

# **Inserção de obstetrizes no sistema de saúde: resistência a medicalização do corpo feminino<sup>1</sup>**

Vinícius Becker de Souza (FFLCH - USP)

O interesse deste trabalho é analisar as repercussões da (re)criação de um curso de formação de parteiras profissionais (obstetrizes) por entrada direta na USP. E tentar entender o porquê de tanta resistência e conflitos contra um curso que se atribui uma missão tida como nobre: melhorar a situação da saúde da mulher em nosso país, especialmente colaborar para reduzir o índice de mortalidade materna. Ao mesmo tempo, o curso funda-se em um misto de propostas científico-pedagógicas de tendências contemporâneas, como a teoria de gênero feminista, a humanização da saúde, a medicina baseada em evidências, a aprendizagem baseada em problemas e a multidisciplinaridade. Para melhor delinear nosso problema, vamos compreender estes diversos aspectos da proposta inovadora do Curso de Obstetrícia da USP.

## **Direitos reprodutivos, gênero e humanização da saúde**

Os direitos sexuais e reprodutivos são, atualmente, o grande desafio para a cidadania no Brasil. Segundo a cartilha “Direitos sexuais e reprodutivos” do Ministério da Saúde, que cita a Plataforma de Ação do Cairo<sup>2</sup>,

os direitos reprodutivos abrangem certos direitos humanos já reconhecidos em leis nacionais, em documentos internacionais sobre direitos humanos, em outros documentos consensuais. Esses direitos se ancoram no reconhecimento do direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsavelmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos e de ter a informação e os meios de assim o fazer, e o direito de gozar do mais elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva. Inclui também seu direito de tomar decisões sobre a reprodução, livre de discriminação, coerção ou

---

1 III ENADIR - GT 03 - Antropologia, gênero, direitos sexuais e reprodutivos.

2 Em 1994 foi realizada no Cairo a Conferência Internacional da ONU sobre População e Desenvolvimento.

No entanto, quando observamos tanto a legislação brasileira quanto as práticas de nossa sociedade, fica evidente o quanto estes direitos são desrespeitados. Se nossa observação se basear em uma perspectiva de gênero, então, notaremos que as mulheres são o grupo que menos consegue exercer estes direitos.

Mesmo excluindo de nossa observação os temas mais polêmicos, como o aborto, assim mesmo os direitos mais básicos não são garantidos. Entre estes, estão todos os processos envolvidos na gravidez e no parto. O Brasil ainda possui elevada taxa de mortalidade materna – 68 por 100 mil, em 2010 (Ministério da Saúde, 2012). O índice de mortalidade materna é um dos principais avaliadores da qualidade da saúde, já que a maioria destes óbitos é evitável<sup>3</sup>. Também a contracepção, por maior que seja o uso de camisinha e anticoncepcional, ainda sofre sérios ataques – seja por parte de grupos religiosos, seja por imposição masculina.

Ao filarmos nosso estudo à Teoria de Gênero, seguimos a perspectiva proposta por Nicholson (2000) de que os padrões de gênero têm que ser compreendidos nos seus contextos específicos, devido a complexidade social. Por isso, descartamos o que a autora chamou de “fundacionalismo biológico”<sup>4</sup>, por não acreditarmos que existem qualquer substrato natural que defina o que é mulher (ou homem). Os termos de gênero, mesmo quando identificados como padrões, são históricos e por tanto apresentam variabilidade. Nós vamos observar qual o lugar da mulher no olhar médico, e qual a mudança que o olhar da/o obstetriz produz. Entendemos que essa é a análise mais produtiva que podemos fazer de maneira dialógica.

O cenário da saúde pública brasileira sempre causou desconforto nos profissionais da área, que se mobilizam de tempos em tempos para cobrar mudanças. Foi dessa preocupação que nasceu na década de 1980 o movimento pela humanização da saúde e, dentro dele, a Rehuna ( Rede de humanização do parto e nascimento). Segundo Diniz, a Carta de Campinas, documento que funda a

---

3 Segundo Narchi et al., a mortalidade materna evitável “viola os direitos humanos da mulher à saúde, à vida, à educação, à dignidade e à informação” e é “um indicador de disparidade e desigualdade entre homens e mulheres, sendo sua extensão um claro sinal de discriminação contra a mulher, que encontra maiores dificuldades no acesso a serviços, saúde, nutrição e oportunidades econômicas, não havendo, no caso dos homens, uma única causa de morte ou de incapacidade cuja magnitude se aproxime de todos os casos de morbimortalidade materna” (2013:1060).

4 Fundacionalismo biológico é a corrente de pensamentos dentro do feminismo que afirma que existam alguns dados fisiológicos em todas as culturas humanas para identificar o gênero, “representante de um leque de posições, unidas de um lado por um determinismo biológico estrito, de outro por um construcionismo social total” (Nicholson,2000: 15)

Rehuna em 1993, é “ denúncia, mas também demanda por justiça e um programa de mudanças” (Diniz, 2005: 631). A carta começa com um alerta: “Analisando as circunstâncias de violência e constrangimento em que se dá a assistência a saúde reprodutiva e especificamente as condições pouco humanas a que são submetidas mulheres e crianças no momento do nascimento, queremos trazer alguns elementos de reflexão à comunidade” (Rehuna, 1993). E segue com vários fatores identificados pelos signatários como prejudiciais a saúde da mulher e do bebê, destacando-se o alto índice de cesáreas eletivas.

Com o surgimento destes atores, que se opõem ao modelo biomédico tecnicista, o campo da saúde no Brasil se complexifica. Até então o grande antagonismo existente era entre os chamados “curiosos” ou “charlatões” - parteiras, xamãs, boticários, curandeiras – e o profissionais formados pelas faculdades. Agora, temos profissionais portadores de diploma que não concordam com o alto grau de intervenção e tecnologia usados no cuidado em saúde.

A definição de humanização que iremos utilizar aqui foi formulada por Ayres,

o ideal de humanização pode ser genericamente definido *como um compromisso das tecnociências da saúde, em seus meios e fins, com a realização de valores contrafaticamente relacionados à felicidade humana e democraticamente validados como Bem comum.* (grifo do autor) (Ayres, 2005: 550)

Ou seja, a humanização não necessariamente é antagonista das práticas do modelo biomédico, mas está interessada em complementar a tecnologia com uma prática do cuidado que é interacional e tem como principal característica o diálogo. O mesmo autor critica a definição clássica de saúde como um “estado de completo bem-estar físico, mental e social” difundida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), pois não podemos ver a saúde de forma estática, mas como um devir. O novo modelo de saúde humanizada pode ser visto, então, como “um ideal de construção de uma livre e inclusiva manifestação dos diversos sujeitos no contexto da organização das práticas de atenção à saúde” (Ayres, 2005: 558).

Estudando os documentos do Ministério da Saúde, Deslandes (2004) apontou algumas características do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNAHAH). A primeira característica é o combate à violência institucional, seja física ou simbólica, que se

apresenta como negação máxima do diálogo na prática terapêutica. Em segundo lugar, temos a preocupação com a melhoria da qualidade dos serviços prestados, enfatizando o que os documentos chamam de “fator humano”. O terceiro ponto destacado diz respeito as condições de trabalho no setor saúde, ponto este que não é muito desenvolvido na política oficial, apesar de muitas pesquisas apontarem baixa remuneração e excesso de trabalho. Por fim, o destaque para o aspecto comunicacional, que deve dar mais destaque ao diálogo entre profissional e usuário, dando a este maior autonomia e protagonismo nas decisões de saúde.

Nos últimos anos, o movimento de humanização conseguiu influenciar as políticas públicas da área da saúde, com a criação do HumanizaSUS e o estabelecimento de protocolos de atendimento humanizado na maioria dos hospitais, públicos e privados. Mas as práticas de assistência não refletem necessariamente o que é proposto nos documentos oficiais, como veremos nas falas dos atores entrevistados, e como levantado por Narchi et al.:

Somente essas estratégias porém, conforme destacado, tem se mostrado insuficientes para melhorar a qualidade assistencial, pois a precariedade dos serviços públicos de saúde é marcante, havendo muito por fazer ou melhorar. A estagnação e, até mesmo, a regressão do processo, no qual os resultados satisfatórios não são ampliados a toda a sociedade, estabelece relação direta tanto com o contexto insatisfatório quanto com a inadequada qualificação dos profissionais de saúde. (2013: 1061)

## **O curso de Obstetrícia**

Tendo como pano de fundo o movimento de humanização da saúde, um grupo de profissionais, oriundos principalmente da enfermagem e das ciências humanas, inicia a discussão da criação de um curso de graduação baseado nos pressupostos de cuidado e assistência humanizados ao parto e nascimento. Seria uma formação de entrada direta, para evitar a “doutrinação” do modelo biomédico, como acontece nos anos iniciais da enfermagem. Quando surge o projeto da “USP Leste” que criou a EACH (Escola de Artes, Ciências e Humanidades), foi proposta o Curso de Graduação em Obstetrícia – retomando o antigo nome de curso que existiu até os anos 70 na USP.

A assistência ao parto sempre foi “coisa de mulher”. Apenas a partir do século XVIII que os

médicos começaram a se interessar por esta área do saber. Mesmo assim, primeiramente se tentou enquadrar as parteiras na escola médica, com a criação de cursos profissionalizantes de Obstetrícia. No Brasil, estes são criados na primeira metade do século XIX e se mantêm em funcionamento até o início da década de 1970. Ao mesmo tempo, os homens tinham a formação cirúrgica na área, de maneira precária – muitos se formavam sem nunca ter visto um parto, pois o parto domiciliar era a regra devido a inexistência de maternidades. Mesmo com o início da hospitalização no século XX, os médicos se recusavam a “assumir um trabalho que por tradição era prática de mulheres” (Vieira, 2002: 58). Isso levou à entrada de mulheres na faculdade de medicina – ou seja, partejar continuou nas mãos das mulheres, só que estas agora tinham o status de médicas (cf. Vieira, 2002).

O fechamento dos cursos de parteiras profissionais, porém, só se deu durante a Ditadura Militar, após a reforma universitária. As Faculdades de medicina adotaram o modelo de ensino proposto pelo relatório Flexner, ainda que alterando alguns dos principais pontos, um modelo considerado rígido que “privilegiava a formação científica de alto nível, o estudo do corpo humano segundo órgãos e sistemas (com o estímulo à especialização profissional), acreditando ser possível o entendimento do homem pelo estudo de suas partes” (Rego, 2003: 32). Por isso, a especialização em Obstetrícia torna-se prerrogativa médica, incluindo o atendimento ao parto normal. A última turma de Obstetrícia com entrada direta a se formar foi a da USP em 1975.

Criar um curso de graduação que condensa toda a discussão do movimento de humanização da saúde, somado à Medicina Baseada em Evidências<sup>5</sup>, a uma proposta pedagógica Problem-Based Learning<sup>6</sup>, e que ainda conta em seu currículo com uma forte discussão da teoria de gênero – tudo isso representa uma dura crítica aos modelos pedagógicos preexistentes na área de saúde. Como proposto por três fundadoras do curso, “do ponto de vista ético e político o curso busca articular três dimensões: a reflexão sobre a realidade social e a construção de conhecimentos, o compromisso social com o SUS e com o cuidado integral em saúde e, por fim, a adoção de modelo de cuidado

---

5 “Define-se Medicina Baseada em Evidências (MBE) como o emprego consciencioso, explícito e judicioso da melhor evidência disponível na tomada de decisões sobre os cuidados de saúde de um paciente. A MBE requer a integração da melhor evidência com a competência clínica e os valores e as circunstâncias do paciente.” (Guimarães, 2009: 1)

6 “No modelo pedagógico norteado pela ABP, busca-se, principalmente, fornecer ao estudante condições de desenvolver habilidades técnicas, cognitivas e atitudinais aplicáveis tanto para o cuidado dos pacientes, quanto para a manutenção da postura de estudar para aprender pelo resto da vida profissional. Nesse modelo, em que o foco do processo educativo está centrado no estudante, estimula-se a capacidade de autoformação, fomentada pela busca ativa de informações. O estudante é estimulado a construir ativamente sua aprendizagem, articulando seus conhecimentos prévios com os de outros estudantes do grupo, para a resolução de problemas selecionados para o estudo, visando ao desenvolvimento do raciocínio crítico, de habilidades de comunicação e do entendimento da necessidade de aprender ao longo da vida.” (Gomes et al., 2009: 1)

centrado na mulher e o cumprimento das políticas de humanização do parto e do nascimento” (Narchi et al, 2012: 515). Neste mesmo artigo, encontramos uma primeira evidência dos conflitos que surgem com a formação deste novo profissional: a dificuldade de conseguir o registro profissional.

Obstetizes formadas até a década de 1970 foram registradas no Conselho Federal de Enfermagem (Cofen). E a própria lei do exercício profissional de enfermagem cita obstetizes como profissionais de enfermagem: “Art. 6º - São enfermeiros: II - o titular do diploma ou certificado de obstetiz ou de enfermeira obstétrica, conferidos nos termos da lei;” (Lei Nº 7.498/86). Mesmo assim, o Conselho se recusou em um primeiro momento a efetuar o registro. No ano de 2012, porém, liminar solicitada pelo MP garantiu o direito ao registro e ao exercício profissional das turmas já formadas.

Não são apenas os Conselhos que se opõem a atuação das obstetizes mas também a própria organização do sistema de saúde, baseada em Centros Obstétricos hospitalares, serve como impeditivo para o exercício autônomo dos parâmetros de assistência humanizada à gestação, parto e puerpério.

### **Ouvindo os agentes: o debate em torno da episiotomia**

Iniciamos nossas conversas com os estudantes de obstetrícia em meados de 2011, quando fomos despertados para o problema que estamos discutindo aqui. Apenas alguns meses antes o curso quase foi fechado devido às dificuldades de inserção no mercado de trabalho e à negativa do COREN/COFEN de registrar as/os obstetizes. Nas conversas informais que travamos na época com estudantes e professores, ficava claro o sentimento de perseguição que sofriam, bem como a forte mobilização para superar os obstáculos que surgiam.

Para ilustrar os conflitos que existem, optamos por expor as falas em torno de uma técnica específica – a episiotomia<sup>7</sup>. Este procedimento tem sido realizado rotineiramente nos partos

---

7 Episiotomia, popularmente conhecida como ‘pique’, é um corte feito na vagina para alargar o canal de parto. “Vaginal tears can occur during childbirth, most often at the vaginal opening as the baby’s head passes through, especially if the baby descends quickly. Tears can involve the perineal skin or extend to the muscles and the anal sphincter and anus. The midwife or obstetrician may decide to make a surgical cut to the perineum with scissors or scalpel (episiotomy) to make the baby’s birth easier and prevent severe tears that can be difficult to repair. The cut is repaired with stitches (sutures). Some childbirth facilities have a policy of routine episiotomy” (Carroli e Mignini, 2009 :2).

vaginais, independente de haver indicação ou não. A orientação da OMS é que não mais do que 10% dos partos vaginais sejam realizados com episiotomia. Revisão da base Cochrane sobre o assunto, realizada por Carroli e Mignini (2009), aponta os riscos da episiotomia de rotina. As conclusões dos autores apontam claramente para a necessidade de um uso restritivo da episiotomia. A prática rotineira do procedimento está associada a incontinência urinária e fecal, a cistocele e as dores no puerpério. Quanto a questão de qual tipo de episiotomia, médio lateral ou linha média, deve ser usada, não houve discrepância entre os resultados e a indicação dos autores é que o profissional use a que está mais acostumado.

No Brasil, não existem dados sobre o número de episiotomias realizadas, por não ser um procedimento de notificação compulsória, mas a estimativa é de que seja usada em mais de 90% dos partos vaginais (cf. Santos e Shimo, 2008). Na graduação em Obstetrícia, por ser um curso guiado pela MBE, as/os estudantes são orientados a evitar seu uso – limitando-se aos 10% indicados pela OMS. Para evitar lacerações são utilizados diferentes métodos, especialmente durante o pré-natal a fim de preparar a mulher-mãe para o parto. Quando eles e elas chegam aos Centros Obstétricos hospitalares, porém, têm que enfrentar a realidade do sistema de saúde brasileiro: alto grau de intervenção no processo, com administração de ocitocina, posição de parto em decúbito dorsal, restrição de mobilidade da mulher e episiotomia de rotina. Muitos descrevem o sentimento que têm quando entram pela primeira vez na sala de parto como um “choque”. Precisamos entender essa situação dramática e evidenciar seus componentes sociais.

O primeiro relato é paradigmático:

*então a gestante entrou em trabalho de parto, e o obstetra saiu da sala pra ver alguma coisa no corredor. O material pra “episio”<sup>8</sup> tava ali na bancada. Eu aproveitei que estava sozinha na sala, peguei a bandeja e enfiei em um armário...o bebê já tava corando, né, e o obstetra brigando com a gente por não encontrar o material de “episio”. Eu e minha colega tentávamos ajudar a gestante enquanto o médico dava o showzinho dele...mas eu sou contra episiotomia, eu me recuso a fazer. Se você quer fazer, vai lá, assume o parto, porque eu não vou fazer (estudante do 9º semestre).*

Aqui percebemos que o conflito vai muito mais além do que o corporativismo profissional e uma

---

8 “episio” é como os estudantes e profissionais de saúde se referem à episiotomia.

possível “reserva de mercado”. Estamos diante de visões de mundo diferentes. Me arrisco a dizer, *habitus*<sup>9</sup> diferentes. Nesta perspectiva, podemos pensarmos que o cenário da saúde opera como um campo<sup>10</sup>, com os diferentes agentes buscando um tipo específico de capital, que está relacionado ao reconhecimento e a efetividade do cuidado. Os médicos, ainda que formem um grupo heterogêneo, detêm a hegemonia do campo, enquanto os demais profissionais buscam negociar sua participação na terapêutica e na produção de conhecimentos da área.

A partir de nossas observações, percebemos que os médicos possuem um *habitus* constituído, em grande parte devido a grande coerção imposta pelo currículo da faculdade de medicina e da concorrida seleção do vestibular – na verdade, são selecionados apenas aqueles que foram preparados a vida toda para estar na faculdade de medicina, muitos deles filhos e netos de médicos. Dessa forma, podemos entender que a hegemonia do grupo médico dentro do campo tem raízes muito profundas, e o poder que é exercido por eles dificulta as mudanças propostas por outros agentes – inclusive as medidas que o Estado toma na área de saúde só são efetivas quando aprovadas pelo grupo médico.

Não é a toa que o movimento de humanização do parto e nascimento tenha dependido muito das iniciativas de alguns poucos médicos, em um primeiro momento, e atualmente, com a formação de profissionais de enfermagem para assistir à gestação e ao parto, estes/as tenham conseguido atuar muito mais como profissionais autônomos do que no sistema de saúde. Quanto às obstetrites, sendo um grupo completamente novo, que não necessariamente constitui-se em um *habitus* devido a sua heterogeneidade, e sendo profissionais formados com foco em atendimento no SUS, enfrentam dificuldades ainda maiores de reconhecimento.

Além da dinâmica do campo, também podemos observar uma relação de poder e resistência<sup>11</sup> ao

---

9 “o espaço de posições sociais se retraduz em um espaço de tomadas de posição pela intermediação do espaço de disposições (ou do *habitus*) (...) A cada classe de posições corresponde uma classe de *habitus* (ou de gostos) produzidos pelos condicionamentos sociais associados à condição correspondente e, pela intermediação desses *habitus* e de suas capacidades geradoras, um conjunto sistemático de bens e de propriedades, vinculadas entre si por uma afinidade de estilo” (Bourdieu, 1996: 21).

10 “É isso que acredito expressar quando descrevo o espaço social global como um campo, isto é, ao mesmo tempo, como um campo de forças, cuja necessidade se impõe aos agentes que nele se encontram envolvidos, e como um campo de lutas, no interior do qual os agentes se enfrentam, com meios e fins diferenciados conforme sua posição na estrutura do campo de forças, contribuindo assim para a conservação ou a transformação de sua estrutura” (Bourdieu, 1996: 50).

11 “Veja que se não há resistência, não há relações de poder. Porque tudo seria simplesmente uma questão de obediência. A partir do momento que o indivíduo está em uma situação de não fazer o que quer, ele deve utilizar as relações de poder. A resistência vem em primeiro lugar, e ela permanece superior a todas as forças do processo, seu efeito obriga a mudarem as relações de poder. Eu penso que o termo “resistência” é a palavra mais importante, a



poder. Por meio de pequenos boicotes, e muitas vezes sem enfrentamentos diretos, as/os estudantes marcam sua posição no ambiente da sala de parto. E costumam ter como principal aliada a mulher-mãe. Nestas estratégias para conseguir atuar de acordo com seus princípios, obstetrites tendem a ser mais acolhedores/as e conseguir um vínculo com a mulher – afinal, estes são valores norteadores de sua formação. Médicos têm uma formação muito mais focadas em princípios técnicos, e em procedimentos rotineiros e protocolos – de forma que acabam padronizando o atendimento, sem conseguir formar um vínculo mais forte com os pacientes.

Outro relato que se separamos para exemplificar foi uma discussão entre estudante e professora. A professora do curso, que na verdade é uma técnica contratada para orientar os/as estudantes, foi formada em uma Faculdade de Enfermagem que segue o modelo biomédico, onde aprendeu a intervir com frequência durante a assistência ao parto.

*Então ela chegava e perguntava se a gente já havia feito o toque. Eu respondia que já, mesmo não tendo feito. Mesmo assim ela ia lá e tocava. Podia ver o incômodo da mãe, que fazia caretas...o trabalho de parto já se estendia por horas, e a professora resolveu fazer uma episio pra facilitar. Eu e minha colega discutimos com ela, pois não parecia haver necessidade. Ela (a professora) só queria terminar com isso logo. Ela nos deu uma bronca, e pegou a tesoura da minha mão...Depois de terminado o parto, tentei conversar com ela, mas ela saiu bufando (egressa ).*

Podemos ver que as dificuldades também surgem dentro do próprio curso, devido a professores e técnicos formados em um modelo diferente. E a falta de espaço para diálogo da equipe é, no mínimo, uma falha pedagógica, já que discutir os casos vistos em sala de parto é parte do processo de aprendizagem da profissão. Fica evidente também a grande disparidade de formação que há entre os diversos cursos da área de saúde, principalmente na área de enfermagem.

Outro relato, em que a mulher-mãe é estrangeira e não queria que fosse feito a episiotomia:

*Ao perceber que a enfermeira iria fazer a episiotomia a parturiente pedia desesperadamente que não a fizesse. A enfermeira, debochada, continuou realizando a anestesia e dizendo que era preciso*

*se não o bebê a rasgaria inteira. O marido que compreendia e falava melhor o português dizia que ela não queria e tentava entender o porquê era necessário. A enfermeira explicava superficialmente e ao mesmo tempo fazia o procedimento antes mesmo que a parturiente permitisse (egressa)*

O profissional de saúde se apoia em seu diploma para garantir sua autoridade e controle sobre o corpo da mulher-mãe. O diploma constitui o “estado institucionalizado” do capital cultural, e possui uma “autonomia relativa em relação ao seu portador”. Garante reconhecimento de competências, de modo que serve de instrumento de comparação. Mesmo a mulher-mãe tendo conhecimento sobre a sua situação, e solicitando que um procedimento desnecessário não fosse realizado, ela teve que se submeter a ação da enfermeira.

### **Obstetrizes em ação: da resistência ao protagonismo**

O que conseguimos observar até agora é que boa parte dos direitos reprodutivos das mulheres têm sido negados pelo Estado e pela sociedade brasileira. Dentro do nosso campo de estudos, vimos que direitos básicos – como acesso a saúde durante o pré-natal, a presença de acompanhante na hora do parto e o esclarecimento sobre os procedimentos que são feitos sobre o seu corpo – são negados. Humanizar a saúde passa pelo reconhecimento destes direitos e por garantir a autonomia da mulher-mãe.

Uma das formas encontradas pelo próprio sistema de saúde é a inclusão de profissionais com uma formação diferenciada, focada nas relações interpessoais e no diálogo. A criação do curso de Obstetrícia é fruto deste contexto, e sua tentativa de inovação do campo da saúde provoca reações dos agentes que ali já atuavam. Como aparece na teoria de Bourdieu, o campo é um espaço de luta, o que garante a dinâmica e a mudança estrutural. Mas os conflitos sempre acabam gerando dramas, principalmente quando o seu habitus ainda está em adequação ao campo – os médicos e enfermeiros formados no modelo médico ainda não estão adaptados a nova realidade de exigências do sistema de saúde, e as/os obstetrizes ainda sofrem para conseguir implantar suas práticas.

O poder está nas mãos dos médicos, que detém a hegemonia do campo. Mas a resistência de obstetrizes também desencadeia resistências de médicos e enfermeiros que, principalmente através

dos conselhos, tentam barrar a entrada daqueles profissionais. Então a luta passa a ser por reconhecimento, e parece que as/os estudantes de obstetras têm conseguido se aproveitar do vínculo que estabelecem com as/os usuárias/os.

Quando confrontamos dois modelos de formação diferentes, vemos que produz reflexo na prática profissional. Como o modelo da humanização está lutando para obter legitimidade, acaba tendo que recorrer a desvios para conseguir atuar nos hospitais formatados pelo modelo biomédico. Entre essa disputa de poder, as mulheres-mães percebem a diferença de tratamento, mas também são as agentes menos empoderadas dentro do sistema. Assim, ainda que oficialmente a humanização da saúde tenha sido aceita, parece-nos que apenas alterações na formação dos profissionais poderá modificar a realidade dos hospitais.

As grandes transformações acontecem nos aspectos cotidianos. E as práticas de saúde não fogem a regra. Pretendemos continuar nossa observação de maneira ainda mais participante, para que possamos compreender ainda melhor os caminhos tortuosos que levam as ideias originais a se tornarem realidade.

## Referências Bibliográficas

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 1(3), 2005.

BOURDIEU, Pierre. O poder simbólico. Lisboa, Editora Difel, 1989.

\_\_\_\_\_. Razões práticas: sobre a teoria da ação. Campinas, Papiurus, 1996.

DESLANDES, Sueli F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciência & Saúde Coletiva*. 9(1). 2004.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.10, n.3, 2005.

FOUCAULT, Michel. O nascimento da clínica. Rio de Janeiro, RJ : Forense Universitaria, 1994.

\_\_\_\_\_. Sexo, poder e a política da identidade. In: Coletivo Sabotagem (org.) Por uma vida não fascista. 2004.

GOMES, Romeu, BRINO, Rachel de Faria, AQUILANTE, Aline Guerra e AVÓ, Lucimar Retto da Silva de. Aprendizagem Baseada em Problemas na formação médica e o currículo tradicional de Medicina: uma revisão bibliográfica. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 33 (3). 2009.

GUIMARÃES, Carlos Alberto. Medicina baseada em evidências. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*. 36 (5). 2009.

MINAYO, Maria Cecília de Souza e DESLANDES, Sueli Ferreira (organizadoras). Caminhos do pensamento : epistemologia e método. Rio de Janeiro : Editora Fiocruz, 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Direitos sexuais e reprodutivos – Uma prioridade do governo. Brasília, 2005.

\_\_\_\_\_. Boletim 01/2012 – Mortalidade Materna no Brasil. Brasília, 2012.

Disponível

em:

<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/index.cfm?portal=pagina.visualizarTexto&codConteudo=6403&codModuloArea=783&chamada=boletim-1/2012- -mortalidade-materna-no-%20%20brasil>

NARCHI, Nádia Zanon; PEREIRA DA SILVA, Lúcia C. F. e GUALDA, Dulce Maria Rosa. Contexto, Desafios e Perspectivas na Formação de Obstetrias no Brasil. *Saúde e Sociedade*, São

Paulo, v.21, n.2, 2012.

NARCHI, Nádia Zanon ; CRUZ, E. F. ; GONÇALVES, R. . O papel das obstetrias e enfermeiras obstetras na promoção da maternidade segura no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, 2013.

NICHOLSON, Linda. Interpretando o gênero. *Revista Estudos Feministas*. 8(2), 2000.

PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. LEI No 7.498, DE 25 DE JUNHO DE 1986. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L7498.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7498.htm).

REGO, Sérgio. A formação ética dos médicos: saindo da adolescência com a vida (dos outros) nas mãos. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2003.

REHUNA. Carta de Campinas. Campinas, 1993. Disponível em: <http://www.ongamigasdoparto.com/2011/05/carta-de-campinas-ato-de-fundacao-da.html>

SANTOS, Jaqueline de Oliveira e SHIMO, Antonieta Keiko Kakuda. Prática rotineira da episiotomia refletindo a desigualdade de poder entre profissionais de saúde e mulheres. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*. 12(4). 2008.

VIEIRA, Elisabeth Meloni. A medicalização do corpo feminino. Editora FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2002.

WEI, Chang Yi ; Gualda DMR ; PEREIRA DASILVA, Lucia Cristina F.; MELLEIRO, Marta Maria . A percepção de puérperas oriundas da Atenção Primária sobre a Humanização da Assistência ao parto em um hospital de ensino. *Revista O Mundo da Saúde*, v.36, 2012.