

ANEXO 1

RECOMENDAÇÕES DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE NO ATENDIMENTO A PARTO

A) Condutas que são claramente úteis e que deveriam ser encorajadas

1. Plano individual determinando onde e por quem o parto será realizado, feito em conjunto com a mulher durante a gestação, e comunicado a seu marido/companheiro e, se aplicável, a sua família.
2. Avaliar os fatores de risco da gravidez durante o cuidado pré-natal, reavaliado a cada contato com o sistema de saúde e no momento do primeiro contato com o prestador de serviços durante o trabalho de parto e parto.
3. Monitorar o bem-estar físico e emocional da mulher ao longo do trabalho de parto e parto, assim como ao término do processo do nascimento.
4. Oferecer líquidos por via oral durante o trabalho de parto e parto.
5. Respeitar a escolha da mãe sobre o local do parto, após ter recebido informações.
6. Fornecimento de assistência obstétrica no nível mais periférico onde o parto for viável e seguro e onde a mulher se sentir segura e confiante.
7. Respeito ao direito da mulher à privacidade no local do parto.
8. Apoio empático pelos prestadores de serviço durante o trabalho de parto e parto.
9. Respeitar a escolha da mulher quanto ao acompanhante durante o trabalho de parto e parto.
10. Oferecer às mulheres todas as informações e explicações que desejarem.
11. Não utilizar métodos invasivos nem métodos farmacológicos para alívio da dor durante o trabalho de parto e parto e sim métodos como massagem e técnicas de relaxamento.
12. Fazer monitorização fetal com ausculta intermitente.
13. Usar materiais descartáveis ou realizar desinfecção apropriada de materiais reutilizáveis ao longo do trabalho de parto e parto.
14. Usar luvas no exame vaginal, durante o nascimento do bebê e na dequitação da placenta.
15. Liberdade de posição e movimento durante o trabalho do parto.
16. Estímulo a posições não supinas (deitadas) durante o trabalho de parto e parto.
17. Monitorar cuidadosamente o progresso do trabalho do parto, por exemplo pelo uso do partograma da OMS.

18. Utilizar ocitocina profilática na terceira fase do trabalho de parto em mulheres com um risco de hemorragia pós-parto, ou que correm perigo em consequência de uma pequena perda de sangue.
19. Esterilizar adequadamente o corte do cordão.
20. Prevenir hipotermia do bebê.
21. Realizar precocemente contato pele a pele, entre mãe e filho, dando apoio ao início da amamentação na primeira hora do pós-parto, conforme diretrizes da OMS sobre o aleitamento materno.
22. Examinar rotineiramente a placenta e as membranas.

B) Condutas claramente prejudiciais ou ineficazes e que deveriam ser eliminadas

1. Uso rotineiro de enema.
2. Uso rotineiro de raspagem dos pelos púbicos.
3. Infusão intravenosa rotineira em trabalho de parto.
4. Inserção profilática rotineira de cânula intravenosa.
5. Uso rotineiro da posição supina durante o trabalho de parto.
6. Exame retal.
7. Uso de pelvimetria radiográfica.
8. Administração de ocitócicos a qualquer hora antes do parto de tal modo que o efeito delas não possa ser controlado.
9. Uso rotineiro da posição de litotomia com ou sem estribos durante o trabalho de parto e parto.
10. Esforços de puxo prolongados e dirigidos (manobra de Valsalva) durante o período expulsivo.
11. Massagens ou distensão do períneo durante o parto.
12. Uso de tabletes orais de ergometrina na dequitação para prevenir ou controlar hemorragias.
13. Uso rotineiro de ergometrina parenteral na dequitação.
14. Lavagem rotineira do útero depois do parto.
15. Revisão rotineira (exploração manual) do útero depois do parto.

C) Condutas freqüentemente utilizadas de forma inapropriada

1. Método não farmacológico de alívio da dor durante o trabalho de parto, como ervas, imersão em água e estimulação nervosa.
2. Uso rotineiro de amniotomia precoce (romper a bolsa d'água) durante o início do trabalho de parto.
3. Pressão no fundo uterino durante o trabalho de parto e parto.
4. Manobras relacionadas à proteção ao períneo e ao manejo do polo cefálico no momento do parto.
5. Manipulação ativa do feto no momento de nascimento.
6. Utilização de ocitocina rotineira, tração controlada do cordão ou combinação de ambas durante a dequitação.
7. Clampeamento precoce do cordão umbilical.
8. Estimulação do mamilo para aumentar contrações uterinas durante a dequitação.

D) Condutas freqüentemente utilizadas de modo inadequado

1. Restrição de comida e líquidos durante o trabalho de parto.
2. Controle da dor por agentes sistêmicos.
3. Controle da dor através de analgesia peridural.
4. Monitoramento eletrônico fetal .
5. Utilização de máscaras e aventais estéreis durante o atendimento ao parto.
6. Exames vaginais freqüentes e repetidos especialmente por mais de um prestador de serviços.
7. Correção da dinâmica com a utilização de ocitocina.
8. Transferência rotineira da parturiente para outra sala no início do segundo estágio do trabalho de parto.
9. Cateterização da bexiga.
10. Estímulo para o puxo quando se diagnostica dilatação cervical completa ou quase completa, antes que a própria mulher sinta o puxo involuntário.

11. Adesão rígida a uma duração estipulada do segundo estágio do trabalho de parto, como por exemplo uma hora, se as condições maternas e do feto forem boas e se houver progresso do trabalho de parto.
12. Parto operatório (cesárea).
13. Uso liberal ou rotineiro de episiotomia.
14. Exploração manual do útero depois do parto.

Anexo 2

PROGRAMA DO CURSO DE DOULA FEITO POR MIM NO DECORRER DO DOUTORADO

Curso Nacional de Capacitação de Doulas da Ando

PROGRAMA DO CURSO DE CAPACITAÇÃO DE DOULAS

CONHECENDO A DOULA

1. História das doulas no Brasil e no mundo.
2. Apoio da mulher para a mulher.
3. Os benefícios do acompanhamento do parto, em especial por doulas.
4. A relação da doula e a gestante.
5. A relação da doula e a família.
6. O impacto da doula nas vidas das famílias a que prestaram apoio.
7. A relação da doula com o local de nascimento e com a equipe de saúde envolvida.
8. Código de ética e normas de conduta.
9. Atribuições e limites da atuação da doula
10. Tipo de doulas e campo de atuação.
11. Identificando os objetivos pessoais e profissionais de tornar-se uma doula.

CONHECENDO SEUS CLIENTES

1. A entrevista inicial.
2. Identificando as necessidades de um cliente.
3. Fornecendo opções a seus clientes - informações sobre recursos para a gestação e parto na sua região.
4. Ajudando a gestante a formular um roteiro de preferências para o parto (plano de parto).
5. Avaliando as expectativas mútuas.

CONHECENDO A FISILOGIA DO APARELHO REPRODUTOR E DA GESTAÇÃO

1. Noções de anatomia e fisiologia do aparelho reprodutor.

2. Bacia pélvica.
3. Soalho pélvico.
4. Terminologia da reprodução.
5. Revisão do desenvolvimento fetal.

CONHECENDO O TRABALHO DE PARTO E O NASCIMENTO

1. Antropologia do nascimento
2. Diversidade cultural - crenças e costumes de parto no Brasi;
3. Sexualidade e parto.
4. Devolvendo à mulher o poder de parir.
5. Recomendações OMS e MS para trabalho de parto e parto.
6. Noções de anatomia e fisiologia do trabalho de parto e parto.
7. Tipos de parto.
8. Procedimentos médicos mais utilizados indução, episiotomia, etc. Evidencias científicas.
9. A fisiologia da dor do parto.
10. O impacto emocional do trabalho de parto e nascimento na mãe e seu companheiro.

CONHECENDO A ARTE DO ACOMPANHAMENTO DO PARTO

O Trabalho de Parto

1. O conforto no parto - o que dizem as pesquisas.
2. Comparando métodos de alívio farmacológico e não-farmacológico da dor
3. O uso da analgesia de parto.
4. O apoio da doula quando há analgesia do parto.
5. Métodos de relaxamento e respiração para o trabalho de parto.
6. Benefícios das posições fisiologicamente facilitadoras da progressão do bebê pelo canal de parto. Movimentações e deambulação.
7. Tocar. Mão amiga.
8. Técnicas de massagem para o alívio e conforto no trabalho de parto
9. Uso do calor e frio para o conforto no trabalho de parto.
10. Técnicas de visualização para o conforto no parto.

11. A música no trabalho de parto e nascimento.
12. A atuação da doula em diferentes situações de parto.

O Nascimento

1. O período expulsivo - descida, puxos, nascimento
2. As posições para o parto.
3. Protegendo o períneo.
4. A episiotomia.
5. A doula no parto natural e no parto com analgesia.

O Bebê

1. As primeiras horas de vida do bebê.
2. Primeiros cuidados. Rotinas e atendimentos humanizados.
3. As capacidades do RN como fator de vinculação precoce.
4. O ciclo de sono e vigília do RN.
5. Bebês prematuros.
6. Perdas fetais.

Acolhendo a Família

1. Recebendo o bebê.
2. Favorecendo o encontro, o vínculo e a amamentação.
3. Rotinas neonatais.
4. Papel da doula no pós-parto imediato.
5. Elaborando a vivência do parto.
6. Preservando a memória do parto;
7. As diferenças na adaptação do homem e da mulher ao papel de pais.
8. Blues pós-parto, depressão e psicose puerperal - definições, alternativas de tratamento. sinais de alerta e intervenção.
- 9.

Lidando com o Inesperado

1. O papel da doula no parto difícil, prolongado ou quando há uma emergência.
2. O papel da doula na cesárea.
3. Adaptando a atuação da doula no atendimento a mulheres com necessidades especiais (adolescentes, portadoras de HIV, vítimas de abuso sexual ou violência doméstica, portadoras de deficiências físicas, no nascimento de bebês com anomalias genéticas).
4. Ajudando a família a processar a vivência do inesperado.

CONHECENDO MEIOS DE INICIAR UMA PRÁTICA COMO DOULA

1. Onde trabalhar.
2. Como divulgar o trabalho
3. Estabelecendo e mantendo relacionamentos profissionais.
4. Organizações profissionais que treinam e dão apoio as doulas
5. Criando uma rede de apoio de amigos e colegas.
6. Documentando o trabalho.

CONHECENDO AS EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS DOS BENEFÍCIOS DA PRESENÇA DA DOULA PARA A MÃE, PARA O BEBÊ, PARA OS VINCULOS FAMILIARES.VANTAGENS PARA A INSTITUIÇÃO E PARA O SISTEMA DE SAÚDE.

Haverá apresentação de vídeos (nacionais e internacionais) sobre os temas abordados.

ANEXO 3

PROGRAMA DO CURSO VIRTUAL FEITO POR MIM NA UNICAMP

CURSO: Atenção simplificada de nascimento de baixo risco gestacional

Prezado aluno do Curso “ATENÇÃO SIMPLIFICADA DE NASCIMENTO DE BAIXO RISCO GESTACIONAL” Este curso está sendo oferecido pela primeira vez em forma “on line” utilizando o ambiente TelEduc de Educação a Distância (EAD), desenvolvido por nossa Universidade.

Ele consta de 25 aulas (teóricas) e varias sessões de vídeos, distribuídas em três (3) módulos. Ao final de cada aula (ou tema) se oferecem sessões denominadas de “fórum de discussão” onde o aluno poderá enviar por e-mail ao docente responsável do tema desenvolvido; perguntas ou esclarecimentos, ou mesmo ampliação do tema, para dirimir dúvidas ou discordar.

Ao final de cada módulo teremos sessões de “bate papo” (chat), aonde os aluno poderão se comunicar simultaneamente com os professores convidados a participar e com os formadores.

TEMAS

- Informações inéditas sobre a história do nascimento;
- Avaliação crítica e realista da situação atual do nascimento e a melhor forma de enfrentar ou atuar;
- Fisiologia do nascimento que não se encontra nos livros ou que ainda não foram incorporadas;
- Métodos tradicionais de atender o parto;
- Métodos não tradicionais de atenção ao parto e nascimento, assim como formas de tratar a dor;
- Consequência das cesáreas desnecessárias e como atender adequadamente ao recém nascido de baixo risco e as puerperas, assim como estimular o aleitamento materno e a anticoncepção neste período.

Para maior aproveitamento do curso o aluno deverá obedecer os seguintes requisitos: Textos: Estes estarão na Biblioteca Virtual a total disposição dos alunos (vide item sobre leitura). Deverão ser consultados antes das aulas os que são de leitura obrigatória. Também serão explicitados os textos de leitura não obrigatória, porém que permitirão ao aluno ampliar conhecimentos e informações sobre o tema. O aluno terá a liberdade de consultar estes, antes ou depois de cada aula.

Serão também indicadas leituras (livros) sobre o tema, porém não estarão na sua totalidade na Biblioteca Virtual, indicando somente a referência bibliográfica do mesmo para facilitar a procura dos livros citados em livrarias. Aulas:

Cada tema será apresentado através de aulas “virtuais” onde o Docente responsável realizará uma exposição resumida, estimulando ao aluno a procurar ampliação do tema na Biblioteca

Virtual, a pesquisar temas pouco conhecidos e a responder dúvidas sobre o tema através do fórum de discussão e das sessões de bate papo.

ANEXO 4

EXERCÍCIO DE ANÁLISE (ADC) DO DOCUMENTÁRIO *BORN IN BRAZIL*

Os dados analisados foram retirados de uma pesquisa da área médica intitulada originariamente 'Born in Brazil' que se preocupou com as altas taxas de cesarianas no nosso país.

A ideologia da relação obstetra x gestante no caso em análise será definida em sua acepção negativa segundo a qual o caráter ideológico dos fenômenos serve para estabelecer e sustentar relações de dominação (Thompson, 1995:79- ver seção 4.2). Nesse estrato do documentário, a obstetra exerce seu poder e sua autoridade a começar pelo fato de ter decidido fazer a cesárea, aparentemente, sem razões clínicas para tal.

Apresento, a seguir, com mais detalhes como tal relação de dominação se constrói por meio da ideologia no discurso. Realizo uma análise de discurso crítica (ADC) de um texto oral coletado em uma pesquisa etnográfica na área da Medicina e apresentado por meio de um documentário intitulado originariamente 'Born in Brazil'. Este trabalho orientou-se para as altas taxas de cesarianas no nosso país. As instituições envolvidas nessa conjuntura são: os hospitais, a universidade, a família. As vozes que se entrecruzam no vídeo são as seguintes: a voz do médico obstetra, a voz do especialista em mortalidade materna e a voz da mulher grávida em seu terceiro trimestre gestacional.

Em termos gerais, o documentário pode ser apresentado, resumidamente, da seguinte maneira: para caracterizar a **atividade material**, podemos observar as vozes dos participantes do evento 'parto' em hospitais do sistema público e privado de saúde. Há também mensagens escritas que aparecem constantemente no vídeo intercalando com os relatos orais e as experiências práticas. Trata-se de um discurso do desvelamento acerca da opção pelo parto cesárea. No que tange às **relações sociais e processos**, relatos e imagens englobam práticas relativas ao nascimento divididas temporalmente: antes, no decorrer e após o parto. Verifica-se uma grande frequência nos casos apresentados das seguintes situações: antes do parto, o discurso do médico é favorável ao parto normal; durante o parto, o discurso do obstetra apela para o 'argumento do risco', isto é, na primeira dificuldade do trabalho de parto opta pelo parto cirúrgico sob a alegação de que ou o feto está em sofrimento, ou que a mãe corre risco de vida; após o parto cesárea o discurso do médico é sustentado pela justificativa de que mãe e filho estão bem, então tudo que foi feito foi útil e bom.

Em outras palavras, o médico utiliza o aparato de poder do qual é parte e lança mão do discurso da autoridade que sua posição de sujeito social lhe conferiu a fim de convencer a mãe de que fez o que lhe cabia fazer. A ênfase é, pois, no produto e não no processo, o que vai ao encontro da efemeridade e fugacidade que marcam a modernidade tardia.

No que diz respeito aos **fenômenos mentais**, há determinadas crenças apresentadas por idéias que subjazem essa prática persuasiva da medicina. Elas se baseiam na crença de que o ser humano domina a natureza e pode, então, decidir quando e como os seus semelhantes irão nascer. Segundo essa crença, não cabe mais à natureza sobrepujar a razão humana, ainda mais na medicina que é uma ciência poderosa e valorizada socialmente. Observo ainda valores em que há uma ênfase no efêmero e na comodidade que são proporcionados pelo parto cirúrgico. Destaco ainda os desejos subjacentes de modo a perceber uma ambivalência entre o desejo pelo processo natural e normal, por parte das mulheres, e a ‘sedução’ que a cesariana desperta. Tais desejos estão calcados no senso comum ideológica, uma vez que falseia a verdade das estatísticas científicas as quais apontam que o parto cirúrgico traz vinte e oito mais vezes de risco de morte materna quando comparado ao parto normal.

Apresento, então, como questão central para a análise a ser efetuada, as práticas discursivas divergentes das posições de sujeito obstetra e gestante no que concerne ao tipo de parto escolhido. É uma relação assimétrica em que a ordem de discurso da medicina tem clara primazia perante a ordem de discurso da vida diária. O/a médico/a utiliza o seu papel social e a importância conferida a tal papel no decorrer da história da humanidade para, muitas vezes, influenciar a gestante para um parto mais rápido, mais rentável e mais cômodo para ele/a, enquanto profissional. Há, pois, uma relação de poder entre a figura do/a obstetra e da mulher grávida que possui implicações ideológicas na esfera discursiva e extra-discursiva.

Essa análise focaliza apenas um dos casos presentes no documentário: o primeiro deles. Apresentarei, então, a análise dessa primeira história da fita que trata da relação da obstetra ‘A’ com a gestante ‘L’. A transcrição dos diálogos e das entrevistas registradas na fita de vídeo foi feita por mim por meio de um sistema de notação bem simples, o que acredito que satisfaça o tipo de análise em questão. Assim, utilizo as reticências para indicar pausa na fala/ reticências dentro de colchetes para trechos não compreendidos/ parênteses indicando informações adicionais/ uso a letra em caixa alta para mostrar ênfase na voz/ e, finalmente, os negritos nos momentos em que situo os acontecimentos no tempo e nos lugares.

Optei por apresentar a transcrição das interações no seguinte quadro de modo que já classifiquemos as situações em três momentos distintos: (i) há um **momento anterior ao parto** no ambiente doméstico da gestante, local onde a gestante se sente à vontade e assume a posição de sujeito de comando. A voz da gestante está em primeiro plano, ressaltando o seu desejo pela concretização de um parto normal em conformidade com o seu próprio nascimento; (ii) há o **momento durante o parto** no ambiente hospitalar, onde, ao contrário da anterior, é a obstetra quem ‘domina’ o espaço. O parto foi uma cesariana em decorrência da completude do prazo máximo estipulado pela prática médica, –40 semanas- para o nascimento (apesar de estudos comprovarem que o tempo máximo de uma gestação é de 42 semanas); (iii) e, finalmente, há o momento **logo após o parto** ainda no hospital em que há uma intercalação entre dois ambientes – o quarto da mulher puérpera¹ e o corredor do hospital – e entre os discursos contraditórios da médica e da gestante acerca do tipo de parto idealizado e o realizado.

Resolvi separar esses momentos porque acredito ser importante observar a articulação entre o discurso e o ambiente/papel social ao qual os sujeitos se submetem. Verificar, por exemplo, o discurso da médica antes e após o parto é muito interessante em termos de mudanças discursivas e das possíveis implicações na identidade.

| | |
|----------------|---|
| <p>ANTES</p> | <p>Entrevista em casa, poucos dias antes do parto</p> <p>G: “Pra mim é muito importante que seja parto normal porque eu tenho minha mãe como espelho, né? ... Esses sete filhos que ela teve que... que foi algo que ela também passou coragem pra gente, né? (imagem da médica obstetra) “A doutora A sempre nos incentivou que fosse um parto normal. Nas primeiras consultas ela dizia ‘Tu tem tudo pra que seja parto normal, né?’ Então eu sempre saía (ri) feliz da vida do consultório. Cada vez que ela falava isso, que ela fazia exames, ela dizia que a neném estava bem posicionada e que tudo correria bem pra que seja um parto normal... então para gente era um alívio escutar isso da nossa médica, né?”</p> <p>No hospital, no dia do parto:</p> <p>G: “Agora eu to um pouco nervosa; to ansiosa, mas eu to bem ... to super bem. (não verbal: mãos nervosamente se apertando).</p> |
| <p>DURANTE</p> | <p>Preparação para a cesárea: mulher amarrada na cama em posição de crucificada.</p> <p>Fala da médica já na sala de cirurgia: “40 semanas certinho tá... Eu fiz uma eco pra ver se podia esperar mais uma semana. Ela tem um aborto, ela é Rh negativo, fez Kogan depois da curetagem, aborto espontâneo e nada de especial, o pré-natal foi tranqüilo.</p> <p>Durante a cirurgia (diálogo) M: “Ta sentindo alguma coisa querida ? Mais um minuto... Já vai sair o neném.” (Voz de outra</p> |

¹ Denominação conferida à mulher que deu à luz recentemente.

| | |
|-------------|--|
| | <p> pessoa) “mudou-se de tática” Não verbal: gestante começa a ficar tensa, chora e tenta fazer força e levantar da cama. G: “Durante a hora do parto, eu tava bastante nervosa e eu ouvia a doutora dizendo que as buchehinhos dela [...] tava de mal jeito, né?” M: Ela ta do meu lado aqui, ela ta vindo toda pro meu lado. (se dirigindo a outro profissional) Não faz força Lu. (falando com a paciente) “Ela quer participar (outra voz)” M: Ela é cabeluda. G: Eu queria assim ta podendo ajudar e... e... ao mesmo tempo eu tava como medo ‘será que se por demorar né? Tão mexendo nela . Será que não vai prejudicar a neném?” M: Não te mexe! Não querida, não te levanta! Ela ta vindo pro meu lado, alguém ta empurrando errado. G: E aquilo foi me deixando mais nervosa e... quando eles tiraram a neném então eu vi ela toda roxinha ... daí eu me assustei. M Ó, bem gordinha! (entrega para a enfermeira que, por sua vez, sai correndo com o bebê) M: Ela ta bem Lu. Te acalma que ela tá bem. Enquanto a médica faz a sutura, uma enfermeira traz a neném toda embrulhada e aproxima da mãe. M: Lu, se já foi difícil sair por esta BAITA abertura, tu imagina por baixo. </p> |
| <p>APÓS</p> | <p> M: Esse comportamento que ela... demonstrou agora durante a cesárea até que não me surpreendeu, porque ela já vinha muito muito ansiosa. ‘Ah mas será que tá tudo bem? Será que não é melhor uma cesárea e ao mesmo tempo, não, mas eu quero um parto normal’. Na verdade ela tava bem ambivalente. G: Eu, em hipótese alguma, eu pedi pra doutora fazer uma cesárea né? Apesar da ansiedade a gente sabe que... todo mundo passa por 9 meses... a grande maioria é gerada em 9 meses né? Por que não a minha filha também não ia esperar esse tempo? M: Ela até queria parto normal se nascesse naquele dia, se tivesse que esperar [...] quem sabe? G: Desde o início eu sempre comentei com a doutora que eu queria que fosse parto normal, né? M: Quando tu dizes olha, estamos com 37 semanas, a partir de agora pode nascer, não é mais prematuro, não tem mais fatores de risco [...] pra prematuridade, e essa espera até as 40 semanas acaba gerando um pouco de ansiedade. Marido: Ela disse que não valia a pena esperar mais, que o melhor fazer a cesárea. M: Pela Luciana, ela teria operado há mais tempo. G e esposo: suspiro e silêncio M: Então as coisas têm de ser muito bem pensadas / pausa/ sempre de comum acordo com o paciente (ri) Nunca fiz estatística no consultório, mas o índice de cesárea é alto. Muito porque as pacientes já vêm com a idéia pré-concebida que querem cesárea. (...) </p> |

| | |
|--|---|
| | <p>M: Cê faz analgesia, mas o medo é sempre o medo da dor. (...) M: Elas têm medo de alterar a musculatura vaginal, ficar diferente, perder o prazer.</p> |
|--|---|

1- Léxico:

Discurso da obstetra caracterizado pelo uso de vocabulário especializado da área médica, pouco explicativo sobre a razão real para a opção da cesárea.

‘eco’ rh negativo’ Kogan’ curetagem aborto espontâneo

(1) “40 semanas certinho tá... Eu fiz uma eco pra ver se podia esperar mais uma semana. Ela tem um aborto, ela é Rh negativo, fez Kogan depois da curetagem, aborto espontâneo e nada de especial, o pré-natal foi tranqüilo.

A utilização de abreviação ‘eco’ para ‘ecografia’ e de léxico altamente especializado na palavra ‘Kogan’ pode estar funcionando como um mecanismo discursivo de proteção de acordo com o qual o sujeito preserva sua face perante a figura estranha do pesquisador em sua prática cotidiana.

Ao conversar com a gestante, porém, o discurso se modifica e assume características de informalidade : uso de léxico pertencente à ordem de discurso da vida diária (**baita – por baixo**), emprego do pronome ‘**tu**’ e da forma de tratamento ‘**querida**’.

(2) L, se já foi difícil sair por esta BAITA abertura, tu imagina por baixo.

2- Construção da identidade das gestantes segundo a visão da médica

(3) *...ela já vinha muito muito ansiosa.*

(4) Na verdade ela tava bem ambivalente.

(5) ...as pacientes já vêm com a idéia pré-concebida que querem cesárea.

(6) mas o medo é sempre o medo da dor.

(7) Elas têm medo de alterar a musculatura vaginal, ficar diferente, perder o prazer.

A médica quer convencer o outro e a si mesma de que fez o que a paciente desejava – o parto cesárea. Para tal, ela constrói uma identidade fragilizada para a gestante por meio de seu discurso, principalmente com a adjetivação da paciente (ambivalente – ansiosa), a repetição do advérbio de intensidade ‘muito’ enfatizando o estado de ‘ansiedade’ da gestante. Além disso, a médica reitera o substantivo ‘medo’ acompanhado pelo advérbio de tempo ‘sempre’ o que confere um alto grau de certeza e confiabilidade na informação.

3- Estrutura oracional

a. “40 semanas certinho tá... Eu fiz uma eco pra ver se podia esperar mais uma semana. Ela tem um aborto, ela é Rh negativo, fez Kogan depois da curetagem, aborto espontâneo e nada de especial, o pré-natal foi tranqüilo.

Ao ser questionada pelo pesquisador sobre o motivo da cesárea -no exemplo (1)- a médica constrói frases com poucos verbos e geralmente com o verbo ‘ser’ que atua mais como uma cópula que como palavra com carga informacional significativa. Assim, a construção frasal é feita pela valorização do conteúdo em detrimento da marcação temporal.

Esse tipo de construção transmite a idéia de rapidez (talvez quisesse expressar a pressa em realizar a cirurgia) e, mais profundamente, me parece que transmite também a idéia de que a decisão é inquestionável.

Martins (1989)² ressalta que a recorrência das frases unimembres, quase sem verbos, de construção curta, são indicativos de um pensamento desorganizado, freqüentemente, inserido em contextos de conturbação emocional.

4- Topicalização

Médica:

(8) “40 semanas certinho ta

(9) Não faz força Lu

² A autora Nilce Martins trabalha com estilística. Essa leitura refere-se ao capítulo “A estilística da Enunciação” em seu livro Introdução à Estilística.

(10) *Não te mexe! Não querida, não te levanta!*

Os elementos lingüísticos selecionados para ocupar a posição mais alta (tópico) na frase podem ser significativos, pois pressupõem uma escolha e não outra. A ênfase que se pretende conferir à determinada informação está clara no discurso da obstetra que para explicar a decisão pela cesárea inicia sua fala com a informação de que a gestação chegou à data prevista para o parto (em média, são 40 semanas gestacionais). Talvez essa explicação possa ser parte de uma estratégia mais ampla do auto-engano (Gianetti, 1997), segundo a qual o sujeito recorre à justificativa mais plausível para acreditar realmente que fez o que deveria ter feito. Esse processo é parte da coerência/unidade que o sujeito constantemente busca para a sua identidade (Giddens).

A médica ainda usa o advérbio de negação na posição de tópico para enfatizar a necessidade de a paciente assumir seu papel naquele evento, o papel de ficar quieta, deitada sobre a cama, passivamente. Essa posição de sujeito da gestante está localizada na posição oposta àquela do parto normal em que a mulher assume posturas mais ativas e, conseqüentemente, minimiza a presença e mesmo o papel do obstetra no parto. A cesárea pode ser vista, de um ponto de vista criticamente aguçado, como uma estratégia altamente enfraquecedora na prática social e discursiva em torno do processo de nascimento.

E, finalmente, gostaria de comentar esse recorte retirado da fala da gestante que resgatou a voz da médica em seu próprio discurso:

(11) “Nas primeiras consultas ela(a médica) dizia ‘Tu tem tudo pra que seja parto normal, né?’”

O início da frase realça uma espécie de qualificação da paciente para o parto normal (*Tu tem tudo*) como se o tipo de parto escolhido fosse algo que dependesse somente da gestante, de sua saúde física e de sua vontade. Por meio dessa construção, a médica está, em um nível inconsciente, talvez, se desresponsabilizando pela tomada de decisão no momento do nascimento, ela coloca sobre a mulher a inteira responsabilidade pelo resultado a ser obtido. Se for normal, ótimo, mérito da mulher; se for cesárea, foi a mulher (e seu corpo) que não ‘conseguiu’ o parto vaginal.

Já no discurso da gestante, o pronome pessoal ‘eu’ assume a posição inicial da frase destacando assim a voz da mulher como autora de suas idéias e de seus desejos.

Gestante:

(12) *Eu, em hipótese alguma, eu pedi pra doutora fazer uma cesárea, né?*

5- Tempo verbal

(13) *“Pra mim é muito importante que seja parto normal porque eu **tenho** minha mãe como espelho, né?” (...)*

(14) “A doutora A sempre nos **incentivou** que fosse um parto normal. Nas primeiras consultas ela **dizia** ‘Tu tem tudo pra que seja parto normal, né?’ Então eu sempre **saía** (ri) feliz da vida do consultório. **Cada vez que ela falava isso, que ela fazia exames, ela dizia que a neném** estava bem posicionada e que tudo **correria** bem pra que seja um parto normal... então para gente **era** um alívio escutar isso da nossa médica, né?”

As situações comunicativas podem ser divididas em dois grupos distintos de acordo com os tempos verbais que são indicativos da atitude locucional dos produtores, o que distingue o ‘mundo narrado’ e o ‘mundo comentado’³

No trecho em questão, a gestante inicia seu discurso sobre sua vontade e sua escolha pelo parto normal usando o presente do indicativo, o qual é considerado tempo do comentário, tempo em que o locutor trata de assuntos que o atingem diretamente. Logo em seguida, a gestante muda o tempo verbal, ao falar sobre a médica, utilizando predominantemente o pretérito (perfeito e imperfeito) que pertence ao mundo narrado, tempo esse ligado à situação comunicativa de relato. Interessante essa mudança temporal na fala da gestante, pois ela estava se referindo ao que ainda não tinha acontecido, a algo que nem ela mesma sabia como iria se desenrolar. Por que então usou o tempo pretérito para um acontecimento futuro? Parece-me que esse uso temporal demonstra uma certa insegurança na relação entre a gestante e sua médica. O que ela tinha certeza e sobre o que falava comprometidamente era sobre seus desejos. Quando, porém, incluiu no seu discurso a figura da obstetra, algo de incerto entrou em questão, pois, não dependia só de sua vontade a concretização do parto normal. Daí a mudança para o mundo narrado

(15) *Ela **tem** um aborto, ela é Rh negativo*

³ “Mundo” deve ser entendido como conteúdo possível de uma comunicação lingüística (Koch, 1999)

O uso do tempo presente aqui é particularmente interessante porque apresenta duas estruturas semânticas distintas que exigiriam verbos em tempos distintos também. A construção sujeito + verbo SER+ complemento em ‘Ela é rh negativo’ traz uma característica da gestante destacada pela médica como algo que poderia ser desfavorável para o parto normal (apesar de a obstetra não dizer isso claramente). Já em ‘Ela tem um aborto’ possui um conteúdo semântico diferente da frase anterior, uma vez que ter sofrido um aborto espontâneo não é característica da gestante, sim, é um fato ocorrido no tempo passado. Ora, esperava-se, portanto, o uso do verbo no pretérito perfeito, da ordem do mundo narrado e não no presente/mundo comentado. Por que a médica produziu tal discurso? Talvez porque seu objetivo fosse convencer o interlocutor de que o parto normal seria um procedimento de risco e, por meio de uma enumeração de fatores importantes, a médica foi construindo sua argumentação justificando a realização da cesárea.

(16) Ela até queria parto normal se nascesse naquele dia

6- Pressuposição

(17) ...estamos com 37 semanas, a partir de agora pode nascer

Segundo Fairclough (1992:63), as pressuposições podem ser manipulativas, em suas palavras, “são modos efetivos de manipular pessoas, porque elas são freqüentemente difíceis de desafiar (...) elas contribuem para a constituição ideológica dos sujeitos”. Nesse trecho, a pressuposição é marcada pelo uso de ‘nós inclusivo’ no verbo ‘estamos’. Ao falar dessa maneira, a médica se apropria de algo inalienável – a gestação alheia. A ideologia subjacente nessa pressuposição está na posição de sujeito que a médica assume ao dividir com a gestante, não só o que concerne ao parto (data, tipo), como também no que diz respeito à gestação em si. Isso reflete claramente, o poder que os médicos acreditam possuir – construído e sustentado pelo senso comum- no que concerne à sua relação com o paciente.

.

7- Intertextualidade

(18) Médica: Esse comportamento que ela... demonstrou agora durante a cesárea até que não me surpreendeu, porque ela já vinha muito muito ansiosa. ‘Ah mas será que tá tudo bem? Será que não é melhor uma cesárea e ao mesmo tempo, não, mas eu quero um parto normal’. Na verdade ela tava bem ambivalente.

A intertextualidade é a propriedade que tem os textos de serem formados por fragmento de outros textos, claramente delimitados ou não. É, pois, uma marca da heterogeneidade inerente ao discurso e pode ser de maneira explícita – intertextualidade manifesta- ou de forma ‘mesclada’- intertextualidade constitutiva ou interdiscursividade.

Nesse trecho, a médica resgata a voz da gestante a fim de conferir maior valor de verdade ao seu argumento de que a cesárea foi feita em decorrência da indecisão e ansiedade da paciente. Por se tratar de um discurso oral não há as mesmas marcas explícitas do intertexto como na escrita (verbo dicendi, dois pontos, travessão, aspas). Todavia, há marcas da oralidade que indubitavelmente constroem a intertextualidade manifesta, tais como a entonação da voz que se modifica; a ocorrência da partícula introdutória ‘Ah’, as perguntas em estruturas paralelas, etc.

A médica inicia sua fala ressaltando o fato de que ela como médica já previa o comportamento ansioso (e por pressuposição, ‘inadequado’) da gestante. Ela conclui o comentário com um julgamento acerca do estado de espírito da paciente utilizando um item lexical bastante recorrente, no discurso médico, em referência à grávida: ‘ambivalente’.

8- Metáfora

A gestante recorre a uma construção metafórica ‘espelho’ para explicar sobre sua preferência pelo parto normal. Ela traz a figura materna, tão recorrente na gravidez, a fim de marcar sua opção clara e segura favorável ao processo natural.

(13) “Pra mim é muito importante que seja parto normal porque eu tenho minha mãe como espelho, né?”

9- Ideologia

A ideologia da relação obstetra x gestante no caso em análise será definida em sua acepção negativa segundo a qual o caráter ideológico dos fenômenos serve para estabelecer e sustentar relações de dominação (Thompson, 1995:79). As formas simbólicas (ações, falas, imagens e textos) serão analisadas sempre tendo em vista o modo de operação da ideologia na construção dos sentidos. A relação médico-paciente já foi mencionada no que concerne à dominação e à assimetria (Magalhães, 2001). Nesse estrato do documentário, a obstetra também exerce seu poder e sua

autoridade a começar pelo fato de ter decidido fazer a cesárea. Apresentarei, a seguir, com mais detalhes como tal relação de dominação se constrói por meio da ideologia no discurso.

a) Reificação

A ideologia como reificação é caracterizada pelo apagamento do caráter transitório, temporal e histórico de processos e situações. Pela estratégia da naturalização um fenômeno localizado sócio-historicamente é apresentado como um acontecimento natural ou como produto inevitável de características naturais. Ao terminar o parto, a obstetra faz um comentário (ver abaixo) acerca da dificuldade do parto. Por meio de um cruzamento com a ordem de discurso da vida diária, a médica utiliza o termo 'baita', enfaticamente, em uma comparação entre a abertura propiciada pelo corte da cesárea –feito pela obstetra – e a abertura natural do colo uterino e do canal vaginal feminino. Com essa comparação, a médica utiliza o discurso da persuasão para convencer a si mesma (auto-engano) e à própria gestante de que a dificuldade do parto normal teria sido muito maior. Ora, a natureza humana possui um mecanismo natural de nascimento incalculável e imensurável em termos de abertura do corpo da mulher. Como se pode saber, como calcular esse grau de abertura? Fazer esse tipo de pressuposição seria falsear a realidade e obscurecer o caráter natural do fenômeno do parto.

(2) L, se já foi difícil sair por esta BAITA abertura, tu imagina por baixo

Por meio da eternalização, o discurso da médica ao explicar sobre o motivo da cesárea obscurece o caráter histórico do fenômeno do aborto na vida da gestante, apresentando-o como se ele fosse uma característica permanente.

(19) Ela tem um aborto, ela é Rh negativo, fez Kogan depois da curetagem, aborto espontâneo.

b) Dissimulação

Pela dissimulação as relações de dominação podem ser sustentadas por serem ocultadas, negadas ou obscurecidas, passando por cima de processos existentes. Observamos claramente a operação desse modo de operação da ideologia no momento em que a médica afirma que a gestante queria ter feito a cesárea há mais tempo, quando, na realidade, a paciente não o desejava. A construção verbal desse trecho é particularmente interessante, pois, por meio da estratégia ideológica do 'deslocamento', a médica trata a operação cirúrgica como algo que independesse de

sua participação enquanto profissional da saúde; a responsabilidade de uma decisão como a do parto cesárea é deslocada para a paciente, como se a gestante tivesse a onipotência de decidir operar ou não, e mais, como se a paciente pudesse operar a si própria.

(20)Pela Luciana, **ela teria operado** há mais tempo.

c) Fragmentação:

A ideologia por fragmentação segmenta sujeitos e grupos que possam vir a ser uma ameaça ao poder dominante. Pela diferenciação, a médica destaca o grupo de gestantes como pacientes que geralmente optam pela cesariana, retirando de si o papel de alta influência nessa decisão.

(21) “...mas o índice de cesárea é alto. Muito porque as pacientes **já vêm** com a idéia pré-concebida que querem cesárea.

A médica, também, distingue a figura da gestante do caso em questão, resguardando sua face ao justificar o motivo da cesárea centrado apenas na ansiedade da grávida.

(22)Esse *comportamento que ela... demonstrou agora durante a cesárea até que não me surpreendeu, porque ela já vinha **muito muito ansiosa**.*