

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**

**ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**PAULA CERICOLI MARCHIORO**

**UM TEMPO PARA NOVAS PRÁTICAS DE LIBERDADE: PARTO DOMICILIAR  
PLANEJADO ASSISTIDO POR ENFERMEIRAS OBSTÉTRICAS**

**Porto Alegre  
2020**

**PAULA CERICOLI MARCHIORO**

**UM TEMPO PARA NOVAS PRÁTICAS DE LIBERDADE: PARTO DOMICILIAR  
PLANEJADO ASSISTIDO POR ENFERMEIRAS OBSTÉTRICAS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
como requisito parcial para a obtenção de título  
de Bacharel em Enfermagem, pela Escola de  
Enfermagem da Universidade Federal do Rio  
Grande do sul.

Orientadora: Profa. Dra. Mariene Jaeger Riffel

**Porto Alegre  
2020**

## AGRADECIMENTOS

Para poder realizar esse TCC, nada seria possível sem dois fatores principais: minhas parteiras e minha filha. Pois é sobre elas e para elas, para todas nós mulheres que o escrevo.

Um agradecimento muito especial às enfermeiras obstétricas, essas mulheres que, fortes, lutam incessantemente contra um sistema e uma cultura que não compreende e não respeita a autonomia e a fisiologia do corpo feminino. No meio do caos elas se fazem uma luz de esperança para aquelas que, privilegiadas como eu, tenham a oportunidade de vivenciar um momento único como o parto domiciliar.

À Olivia, minha filha, que veio para me mostrar o que é ser mãe, me proporcionando a experiência mais louca e incrível da minha vida... Me fazendo rever tudo aquilo que pensava sobre obstetrícia e maternidade; mostrando que posso e devo ter voz ativa como mulher, gestante, parturiente e profissional.

Ao meu marido, Felipe, que sempre me trouxe à realidade nos momentos de angústia. Por ser meu parceiro, meu companheiro e incentivador.

À minha família, meu irmão Lucas, minha cunhada Shuang Mu e meu pai Paulo, por estarem sempre dispostos em auxiliar nos cuidados com a Olivia.

À minha amiga Clarice, que gentilmente me cedeu sua casa e foi minha companhia de estudos por vários dias, durante todo o processo de realização deste trabalho, sempre com um cafezinho e um chimarrão a disposição.

À minha amiga Monique, que me auxiliou muito durante a realização deste trabalho, trazendo um olhar diferenciado e pertinente sobre diferentes questões.

À minha professora orientadora Mariene, por me propor este tema maravilhoso e que, apesar dos problemas e dificuldades, acreditou no meu potencial.

Em especial à minha mãe Ângela, por cuidar incansavelmente (e cansada também) da Olivia enquanto eu tinha que resolver assuntos da faculdade para poder terminá-la. Por me acolher durante a fase mais difícil e desafiadora da minha vida: puerpério, estágios da faculdade e realização deste TCC. Sempre respeitando minhas decisões e sendo meu porto seguro. Te amo mãe.

Chegará o dia em que o paradigma utilizado mais frequentemente para ilustrar a virtude sexual será o da mulher ou o da jovem que se defende contra os avanços daquele que tem todo o poder sobre ela (FOUCAULT, 1998, p. 75).

## RESUMO

Este trabalho tem como objetivo relatar a experiência de parto domiciliar planejado assistido por enfermeiras obstétricas vivenciada pela autora, na cidade de Porto Alegre. Depois de presenciar inúmeras ações que caracterizam violência obstétrica no âmbito hospitalar, a autora não conseguia imaginar seu parto ocorrendo em outro local que não fosse seu domicílio, com uma assistência respeitosa e embasada em evidências científicas. Com a transferência da assistência ao parto e nascimento para o hospital, algumas práticas abusivas e autoritárias foram normalizadas, e qualquer coisa vista fora disso causa estranhamento na sociedade. O PDP se insere como uma possibilidade de resgate à autonomia das mulheres, representando uma transgressão a determinados padrões que impõe efeitos de poder e saber sobre os corpos femininos. A experiência de PDP possibilitou momento único de respeito às decisões da autora frente às práticas realizadas em seu corpo e de seu bebê, fazendo com que todo o processo de parturição se desse de forma segura, evidenciando a importância de ter uma equipe que promova um suporte qualificado ao processo de parto e nascimento.

Descritores: Parto Domiciliar, Enfermagem Obstétrica, Parto Humanizado.

## **ABSTRACT**

This work aims to report the experience of planned home birth assisted by obstetric nurses lived by the author, in the city of Porto Alegre. After witnessing countless actions that characterize obstetric violence in the hospital, the author could not imagine her delivery taking place in any place other than her home, with respectful assistance and based on scientific evidence. With the transfer of childbirth and birth care to the hospital, some abusive and authoritarian practices have been normalized, and anything seen outside of that causes strangeness in society. The PDP is inserted as a possibility to rescue the autonomy of women, representing a transgression to certain standards that impose effects of power and knowledge on the female bodies. The PDP experience allowed a unique moment of respect for the author's decisions regarding the practices carried out on her body and on her baby, making the whole parturition process take place in a safe manner, highlighting the importance of having a team that promotes qualified support during the childbirth and birth.

Descriptors: Home Childbirth, Obstetric Nursing, Humanized Delivery

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO E CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA .....</b>	<b>8</b>
<b>2 OBJETIVO.....</b>	<b>14</b>
<b>3 METODOLOGIA .....</b>	<b>15</b>
<b>4 RELATO DE EXPERIÊNCIA .....</b>	<b>16</b>
<b>4.1 A Gestação: implementando um estilo de vida .....</b>	<b>16</b>
<b>4.2 Parto: Um acontecimento único.....</b>	<b>21</b>
<b>4.3 Puerpério e o bebê: um tempo para novas práticas de liberdade com o outro .....</b>	<b>27</b>
<b>5 AO FINAL, OUTROS RECOMEÇOS .....</b>	<b>29</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>32</b>
<b>ANEXO - PARECER COMPESQ .....</b>	<b>35</b>

## 1 INTRODUÇÃO E CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA

Este estudo visa relatar a experiência da autora, uma acadêmica de enfermagem, sobre seu parto domiciliar planejado assistido por enfermeiras obstétricas, na cidade de Porto Alegre no ano de 2018. A autora escolheu este tipo de assistência ao parto por saber da segurança deste modelo e por ter presenciado a realidade obstétrica medicalizada e intervencionista no atendimento ao parto e nascimento, nas atividades de campo realizadas durante o curso de graduação, em diferentes hospitais. Depois de presenciar inúmeras ações que caracterizam violência obstétrica no âmbito hospitalar, a autora não conseguia imaginar seu parto ocorrendo em outro local que não fosse seu domicílio, com uma assistência respeitosa e embasada em evidências científicas.

A violência obstétrica pode ocorrer durante a gestação, parto, pós-parto ou durante uma situação de aborto. Ela pode ser “física, psicológica, verbal, simbólica e/ou sexual, além de negligência, discriminação e/ou condutas excessivas ou desnecessárias ou desaconselhadas, muitas vezes prejudiciais e sem embasamento em evidências científicas.” Além disso, “essas práticas submetem mulheres a normas e rotinas rígidas e muitas vezes desnecessárias, que não respeitam os seus corpos e os seus ritmos naturais e as impedem de exercer seu protagonismo.” (TINÉ, 2018). Algumas práticas categorizadas como violência obstétrica são: comentários agressivos, xingamentos, exames de toque abusivos, impedir presença de acompanhante, redução manual do colo uterino, rompimento artificial da bolsa amniótica, manobra de Kristeller, obrigação da posição de litotomia, cesárea por coação da mulher, entre outros (CURSINO; BENINCASA, 2018).

O Ministério da Saúde (MS) (2016b) salienta que as mulheres devem ser tratadas com respeito pelos profissionais de saúde, que devem fornecer informações baseadas em evidências científicas e incluir a mulher na tomada de decisões no que diz respeito a seu corpo. Além disso, o profissional de saúde deve estabelecer uma relação cordial e saber da importância dos cuidados prestados durante esse momento de gestação e parto.

O século XX estende o desenvolvimento de conhecimentos científicos e tecnológicos ao parto tornando-o um evento esquadrihado e com intervenções destinadas a colocá-lo em determinados padrões. Porém, estas práticas associadas à atenção ao parto e nascimento tornam-se incontáveis e descritas internacionalmente em uma nova perspectiva: a da ciência e da humanização. Tais práticas são descritas como seguras tanto para aquela mulher que deseja um parto hospitalar como o parto domiciliar; salienta-se que essa segurança dependerá de suas condições prévias e das condições presentes no momento do nascimento (SANTOS; MELO;



CRUZ, 2015; VENDRUSCOLO; KRUEL, 2015; BRASIL, 2017b). Entretanto, nem sempre as tecnologias, estão disponíveis da mesma forma para todas as mulheres na rede pública ou mesmo privada. Práticas de intervenção podem ser categorizadas conforme alguns critérios como tecnologias leves ou duras, holísticas ou não, medicamentosas ou não, mais ou menos intervencionistas, mas, sempre vistas como intervenções, visto estarem presentes e atreladas a alguma cultura. Algumas dessas práticas quando realizadas no ambiente hospitalar revestem-se de um caráter ainda mais disciplinado e tecnocrático visto que associado às rígidas regras institucionais e rotineiras como, por exemplo, o uso de instrumentos e medicamentos trazidos pela modernidade (CIELLO et al., 2012; SANTOS; MELO; CRUZ, 2015; VENDRUSCOLO; KRUEL, 2015).

Em instituições hospitalares a utilização de ocitocina sintética, a realização de episiotomia, episiorrafia e ampliação do número de cesáreas foram técnicas aperfeiçoadas pela ciência ao mesmo tempo em que proporcionaram foram aperfeiçoadas técnicas de otimização do tempo e de controle de processos de modo a “corrigir” a fisiologia, que passa a ser enquadrada em diferentes padrões de normalidade. A valorização de tecnologias apoiadas pela ciência coloca-as em primeiro plano em detrimento dos indivíduos, no caso as mulheres e suas famílias, homogeneizando suas diferenças por meio da disciplina e da normalização. O parto torna-se uma condição a ser tratada (FOUCAULT, 1995; CIELLO et al., 2012; BRASIL, 2017b).

O modelo medicalizado e hospitalocêntrico visa abreviar e “corrigir” os períodos em que o parto se dá e isso envolve o uso de medicamentos e instrumentos que limitam os movimentos da gestante e acabam por causar-lhe sofrimento físico, psíquico e uma experiência de parto em que a associação entre parto e sofrimento é acentuada (CIELLO et al., 2012).

Deste modo, a cesariana e o parto violento fizeram com que a mulher e a sociedade em geral vissem este modelo como “normal”, disciplinados a muitas vezes nem questionar este tipo de assistência. No entanto, a partir de uma nova sistematização de práticas para o parto e nascimento, há uma ampliação do conhecimento e uma flexibilização dos processos relacionados à gestação e ao parto, deslocando determinadas práticas e criando outras, dentro de outros parâmetros de normalidade, determinando uma classificação de gestação de risco habitual e, assim, a possibilidade do Parto Domiciliar Planejado (PDP) (FOUCAULT, 1995; CIELLO et al., 2012; BRASIL, 2017b).

É importante que conhecimentos científicos possam ser ensinados em situações de formação profissional e de esclarecimentos à sociedade em consultas ou por meios midiáticos. Uma das maneiras encontradas pelo Ministério da Saúde para a disseminação e implementação

de boas práticas é a produção de programas educacionais como o projeto Apice On (2017a). Este tem como objetivo “Qualificar os processos de atenção, gestão e formação relativos ao parto, nascimento e ao abortamento nos hospitais com atividades de ensino, incorporando um modelo com práticas baseadas em evidências científicas, humanização, segurança e garantia de direitos.” e a Estratégia Rede Cegonha (BRASIL, 2011) que busca criar critérios para qualificar a assistência ao parto e nascimento baseado em evidências científicas, procurando garantir a humanização e os direitos das mulheres e bebês durante a assistência.

Práticas ampliadas e ordenadas em novas configurações provocam resistências ao mesmo tempo em que tais avanços se dão. Delas emergem poderes e saberes que colocam em questão a relação entre segurança, população e governo, incrementada a partir do século XVIII com a denominação de governamentalidade (FOUCAULT, 1995). É o momento em que a população passa a ser compreendida como problema econômico e político, quando os governos percebem que não têm de lidar apenas com sujeitos ou povos, mas com uma população que precisa ser regulada e cujas variáveis específicas como natalidade, fecundidade, alimentação e habitação se inserem em movimentos próprios à vida, cujos efeitos particulares se dão nas instituições.

Esta palavra (Governo) deve ser compreendida no sentido mais amplo que tinha no século XVI. ‘Governo’ não se referia apenas a estruturas políticas ou a administração dos Estados; antes, designava o modo pelo qual a condução de indivíduos ou grupos deveria ser orientada: o governo das crianças, das almas, dos bens, das famílias, dos doentes. Ele cobria não apenas as formas legitimamente constituídas de sujeição política ou econômica, mas também maneiras de agir destinadas a atuar sobre as possibilidades de ação das outras pessoas. Governar, neste sentido, seria estruturar o possível campo de ações dos outros. (Foucault, 1995, p. 221).

Assim pensada, a governamentalidade se utiliza de dispositivos que opera as práticas considerando as necessidades de todos e de cada um individualmente (FOUCAULT, 2001).

Uma resistência a novas práticas de atenção ao parto está historicamente relacionada com questões de gênero e religiosas, que desvalorizaram o trabalho da parteira e objetificaram o corpo da mulher. Um período histórico que caracteriza bem o lugar desprivilegiado da mulher é a inquisição, que, se fossem manifestados pelas mulheres saberes como os de cura e/ou obstétricos, elas eram desmoralizadas e caçadas como bruxas. A modernidade e a ciência mantiveram a cultura de que o saber masculino e o que era dito por homens tinha valor diferenciado. A medicina obstétrica e científica foi produzida e reproduzida nas universidades,

excluindo quase que por completo profissionais mulheres até a metade do século XX. Neste momento práticas consensuais começam a ser questionadas pela ciência e sociedade, principalmente pelas mulheres ao reivindicarem para seus corpos regras específicas e realização práticas baseadas em evidências a partir do seu consentimento (EHRENREICH; ENGLISH, 2010).

Os estudantes aprendem tudo sobre placenta prévia e toxemia aguda, porém, quando chegam a serem doutores, eles aprenderam pouco sobre a fisiologia do trabalho normal de parto e são ignorantes quanto aos fatores perfeitamente comuns que podem vir a modificar o processo, sem que sejam causa para alarmes ou intervenções. O resultado final é que o parto em si, todo parto, é visto como um problema em potencial (ODENT, 2002. p.100).

Foi depois de mais de meio século de nascimentos quase que exclusivamente hospitalares e, portanto, produzidos dentro de padrões opressores, que as mulheres começam a pensar que outras práticas, as humanizadas, lhes forneceria possibilidades de tornar o parto um momento único e de repercussões positivas para a sua saúde e felicidade, fazendo-as conhecer mais seu corpo e perceber que poderiam ter certa autonomia sobre ele (SANTOS; MELO; CRUZ, 2015; VENDRUSCOLO; KRUEL, 2015).

Neste cenário surge o PDP como uma opção para gestantes de baixo risco, ou risco habitual. No entanto, esta não é uma prática que está disponível na rede de serviços do Sistema Único de Saúde. Apesar disso, o Ministério da Saúde afirma que “não se deve desencorajar o planejamento do parto no domicílio” (BRASIL, 2017b, p. 6), desde que as mulheres “tenham acesso em tempo hábil e oportuno a uma maternidade, se houver necessidade de transferência” (BRASIL, 2017b, p. 14). O MS salienta ainda a importância das orientações sobre os riscos e benefícios do PDP e os cuidados que a enfermeira obstétrica pode realizar durante o trabalho de parto e parto em situações de risco habitual recomendando que gestores de saúde proporcionem condições para a implementação de modelo de assistência que inclua a enfermeira obstétrica e obstetrix nesta assistência (BRASIL, 2017b).

A gestação além de ser um fenômeno fisiológico também deve ser visto como uma experiência saudável na vida da gestante, uma gestação de baixo risco, ou risco habitual, é aquela em que não há necessidade de utilização de tecnologias em saúde e na qual a morbidade e a mortalidade da gestante é igual ou menor que a da população em geral, ou seja, não apresentam nenhuma evolução desfavorável durante a gestação (BRASIL, 2012).

As enfermeiras obstétricas têm sido recomendadas para assistir aos partos de risco habitual por seu conhecimento quanto à fisiologia do parto e nascimento e formas fisiológicas

de acompanhamento de processos que tendem a desviar-se da norma, utilizando-se de práticas não medicamentosas e que necessitam da presença e controle constantes proporcionando maior bem-estar e satisfação para as mulheres (BRASIL, 2017b; CURSINO; BENINCASA, 2018).

No Brasil, pouco se conhece sobre o PDP, gerando alguns mitos e dúvidas sobre a segurança dessa assistência. Em 2016, o número de partos em domicílios foi de 19.445 entre os 2.857.800 nascimentos, ocorrendo, geralmente, devido à ausência de instituições hospitalares próximo às residências, perfazendo um percentual de 1% dos nascidos no país (BRASIL, 2016a).

O PDP está inserido nesse percentual, no entanto os registros disponibilizados no DATASUS não possibilitam identificar dentre os partos domiciliares quais os que são planejados. Os PDP são assistidos por profissionais capacitadas(os) que, geralmente, são contratados de forma particular, e devem atuar para que, dentro das recomendações editadas pelas melhores evidências, ocorram de forma segura e de acordo com as necessidades das mulheres e suas famílias.

Assim, percebe-se que o parto no domicílio é preterido pelo parto hospitalar, que ocorre em 99% das vezes, demonstrando que o parto em domicílio não faz parte da cultura hegemônica no Brasil (BRASIL, 2016a; CURSINO; BENINCASA, 2018). Este cenário evidencia o desconhecimento da população em relação à capacidade que o corpo da mulher possui. Deste modo, o parto hospitalar foi tornado seguro numa cultura onde a sociedade, leiga, enxerga o corpo da mulher como frágil e incapaz, entregando, assim, todo o controle aos profissionais da área da saúde que, sob o escudo da instituição hospitalar, se utilizam de seu poder para dominar os processos do parto e, conseqüentemente, os corpos dessas mulheres, esquadrinhando-os e normalizando-os (FOUCAULT, 1980).

Existem momentos na vida onde a questão de saber se se pode pensar diferentemente do que se pensa, e perceber diferentemente do que se vê, é indispensável para continuar a olhar ou a refletir (FOUCAULT, 1998, p.13).

Historicamente, mecanismos de controle sobre os corpos femininos foram construídos para destruir sua autonomia e autoconfiança, ao mesmo tempo que as parteiras foram hostilizadas e o parto transferido para o hospital, sob o controle do modelo biomédico. Construído e consolidado no imaginário da sociedade, o processo de parto e nascimento é visto como uma situação de emergência e perigo, visto como um evento patológico, que causa dificuldades de entendimento sobre os efeitos que a verticalização das práticas produz sobre as condições éticas dos sujeitos a ela submetidos (EHRENREICH; ENGLISH, 2010). Assim, o parto domiciliar tem causado estranhamento na sociedade em geral.

É nessa perspectiva política e individual que emergiu nossa questão norteadora: como o PDP possibilita cuidado ético de si à mulher que se insere nas possibilidades de escolha com riscos controlados frente a mecanismos de gestão rigorosos que se dão sobre seu corpo? Assim, lembro aqui, das palavras do poeta Antonin Artaud (2001, p. 43) ao falar de um corpo que “as vezes é meu, uma vez que ele porta os traços de uma história que me é própria, de uma sensibilidade que é minha, mas ele contém, também, uma dimensão que me escapa radicalmente e que o reenvia aos simbolismos de minha sociedade”.

## **2 OBJETIVO**

Relatar a experiência de uma acadêmica de enfermagem durante seu processo de parturição em um parto domiciliar planejado assistido por enfermeiras obstétricas.

### 3 METODOLOGIA

Estudo qualitativo descritivo do tipo relato de experiência com o intuito de descrever, explicar ou interpretar uma determinada experiência ou fenômeno (COSTA; LOCKS; GIRONDI, 2016).

O estudo qualitativo aborda os aspectos socialmente construídos da realidade, relacionando intimamente o pesquisador com o estudo, buscando entender como a experiência social é criada, tentando capturar o ponto de vista do indivíduo. Sendo assim, interpreta e significa fatos e acontecimentos em seu cenário de ocorrência (COSTA; LOCKS; GIRONDI, 2016).

O relato de experiência visa descrever uma situação que a autora tenha vivenciado, apresentando reflexões sobre um conjunto de ações nela experienciadas (CAVALCANTE; LIMA, 2012).

Neste estudo será relatado a experiência pessoal de PDP da autora, assistido por enfermeiras obstétricas, ocorrido em seu domicílio no ano de 2018. Pretende-se, a partir deste relato, refletir sobre as situações nele descritas com base na literatura.

## 4 RELATO DE EXPERIÊNCIA

### 4.1 A Gestação: implementando um estilo de vida

Não poderia a vida de todos se transformar numa obra de arte? Por que deveria uma lâmpada ou uma casa ser um objeto de arte, e não a nossa vida? (FOUCAULT, 1995, p. 261).

Assim que soube sobre minha gestação contatei enfermeiras obstétricas para me acompanharem durante o parto. Sabia que o atendimento delas era limitado a poucas mulheres a cada mês e o contato antecipado visava garantir a possibilidade desta assistência.

Na revisão integrativa de literatura realizada por Souza et al. (2019), as autoras evidenciaram que as enfermeiras obstétricas têm habilidade técnica para atender partos domiciliares e são legalmente aptas para tal. Além de entender sobre a fisiologia do parto elas têm um olhar mais humanizado, englobando também os aspectos emocionais e psicológicos da mulher neste processo, utilizando procedimentos e intervenções minimamente invasivos, colaborando para um cuidado seguro, com menos danos e com mais satisfação para as mulheres, o que contribui para um desfecho favorável durante todo o processo de parturição, sem que a segurança dos processos seja prejudicada.

Mas, é necessário pensar nos motivos pelos quais busquei um acompanhamento tão especializado frente a serviços e profissionais que também fornecem assistência de qualidade e que garantiriam a preservação de minha vida e do meu bebê. Talvez a resposta seria uma outra pergunta: de que maneira o que eu entendo por liberdade, ou seja, o poder que exerço sobre mim, enquanto imersa no poder que se exerce sobre os outros, seria valorizado (FOUCAULT, 1998)? Deste modo, fui em busca de um cuidado seguro, com menor possibilidade de procedimentos que considero danosos e com maior respeito a minha autonomia, podendo, assim, colocar em operação minha liberdade de escolha entre as práticas ofertadas neste tipo de assistência, que nem sempre estão disponíveis em serviços hospitalares, como hidroterapia, luzes baixas, acompanhantes diversos, musicoterapia, etc...

Um dos motivos que levam as mulheres a optar pelo PDP é a insatisfação com o modelo vigente de assistência obstétrica em instituições hospitalares, caracterizado por práticas rotineiras que visam cumprir rotinas institucionais sem considerar os desejos e possibilidades de cada mulher durante todo processo do parto. A isto tem-se caracterizado como falta de



autonomia da mulher (CIELLO et al., 2012; CURSINO; BENINCASA, 2018; KRUNO; SILVA; TRINDADE, 2017).

O primeiro contato presencial com as enfermeiras obstétricas foi importante, visto que elas me tranquilizaram quanto à minha inclusão em suas agendas de atendimento. A procura precoce favoreceu o planejamento de encontros, em paralelo ao pré-natal já iniciado na unidade básica de saúde de minha referência.

Ainda assim, havia um receio que me assombrava: a possibilidade de ocorrer algo que atrapalhasse meu plano de parir em casa, pois sabia que a obstetrícia poderia trazer surpresas que indicassem o hospital como local mais adequado, porém eu não me via parindo em outro local que não fosse minha casa. Estava ciente que a taxa de transferência de PDP para o hospital era baixa, em torno de 7,4% a 20% no Brasil e de 19% a 30% internacionalmente (CURSINO; BENINCASA, 2018). Mas isso não era o suficiente para me deixar mais tranquila. Lembrei de minhas ideias sobre ter ou não filhos até pouco tempo atrás: não era uma experiência que eu gostaria, pois, muitas histórias sobre o parto me remetiam à dor, humilhações, mutilações vaginais e ao desrespeito às vontades da mulher. Para mim, eram situações assustadoras que culminavam com a possibilidade de cesariana, uma cirurgia que eu decididamente não queria.

Comecei a refletir sobre como o deslocamento das práticas de assistência ao parto e nascimento para o hospital o propagaram como um local mais seguro do que o domicílio, visto que é no hospital onde se prepondera a atenção a doentes e suas doenças e eu como mulher saudável não poderia concordar com um parto hospitalar. Essa institucionalização do parto acabou levando a assistência ao nascimento para um modelo de atendimento intervencionista, onde se utiliza tecnologias invasivas sem repensar se são mais seguras, adequadas ou até mesmo iatrogênicas, ou seja, que podem causar danos ou complicações. (CIELLO et al., 2012; KRUNO; SILVA; TRINDADE, 2017). Sendo assim, se determinados processos fisiológicos são esperados que aconteçam e que as crianças assim nasçam, não haveriam motivos para a utilização de práticas para a aceleração deste processo, seja por uso de medicamentos, instrumentos ou cirurgias desnecessárias tão comumente utilizadas nos hospitais.

A ciência e a modernidade produziram dispositivos de confinamento para melhor estudar, disciplinar e controlar determinadas populações ou processos. Assim surgiram as escolas, os quartéis, os cemitérios, as zonas de prostituição e os hospitais. Surgiram também as disciplinas que com seus dispositivos e táticas esquadrinham, inventam, normatizam, politizam, medem, ensinam e ampliam as práticas de parto. Estas disciplinas ou especialidades utilizam-se de instrumentos como a estatística e a biopolítica, que relaciona poderes e saberes em relação aos fenômenos ligados à vida das populações (FOUCAULT, 1999). É isso que busca a

biopolítica: uma forma de gerir e governar a vida dando-lhe uma razão. Para gerir a vida foi importante a criação dos dispositivos de confinamento e controle (RIFFEL, 2005).

Para chegar ao hospital e transformar-se em ciência, o parto e o nascimento contaram com o dispositivo da disciplina. É a disciplina que vai adequar os indivíduos a certas normas e critérios para que possam ser, ao mesmo tempo, produtivos, passíveis e disciplinados, normalizando-os e adestrando-os para que possam ser mais facilmente controlados (FOUCAULT, 1999). Esse poder disciplinar e a normalização se exerce muitas vezes de forma invisível; seu lugar hierárquico é melhor evidenciado nas normas de instituições, rotinas e práticas que tornam, por exemplo, profissionais da saúde detentores do poder e do saber que suas especialidades encerram, uma vez que foram disciplinados para tal. Ao mesmo tempo, é a disciplina quem levou as mulheres para os hospitais pois lá elas foram ensinadas que era o melhor lugar para ter seus filhos em segurança.

Este modelo se disseminou pelo mundo de tal forma que pouco ou nada era pensado fora dele: era normal que as mulheres fossem internadas e que os bebês nascessem nos hospitais, afastadas de conhecidos ou familiares. Aos internados, seja onde for (hospital, conventos ou quartos) cabe a submissão às normas e à hierarquia (profissional, de gênero, cultural); quem está internado é paciente, incapaz, passivo ou leigo sob o comando de alguém que sabe e que tem poder: o especialista, o patrão, o diretor, o general (FOUCAULT, 1999; KRUNO; SILVA; TRINDADE, 2017). Essa normalização fez com que as mulheres acreditassem que não mais detinham o poder sobre seu corpo e suas vontades, tornando procedimentos e práticas, mesmo que agressivas e sem respaldo científico, como um novo modelo de atendimento a ser aceito.

Deste modo, grávidas, puérperas e seus recém-nascidos são traduzidos como objetos de observação que devem ser vigiados e dominados para que se possa exercer controle sobre seus corpos, transformando-os em figurantes. A partir disso se pode aplicar um poder de maneira livre e autoritária, o que transformou o profissional de saúde em alguém que detém todo o poder e saber sobre o processo de parturição, e a gestante em um objeto submetido a todo e qualquer procedimento, sem que possa ou consiga questionar essa dominação (FOUCAULT, 1998). Assim, quando determinadas práticas se dão sobre o outro, pelo outro e com seu conhecimento e anuência, entra em cena um poderoso dispositivo de controle: a ética, uma prática refletida da liberdade (FOUCAULT, 2004).

A necessidade de buscar o diferente, identificando modos de vida em que as pessoas voltam-se para si reflexivamente, atingindo momentos de liberdade, com regras de existência distintas de padrões e normas ditadas pelas relações sociais habituais, esculpindo, assim, como obra de arte, sua vida e subjetividade, nos remete à Foucault (2000), quando diz que para ser

bom, belo, honroso, respeitável, memorável e que se possa servir de exemplo, é preciso todo um trabalho de si sobre si mesmo. Estas ações:

[...] permitem aos indivíduos efetuarem, sozinhos ou com a ajuda de outros, um certo número de operações sobre seus corpos e suas almas, seus pensamentos, suas condutas, seus modos de ser; de transformarem-se a fim de atender um certo estado de felicidade, de pureza, de sabedoria, de perfeição ou de imortalidade (FOUCAULT, 2000, p.2).

Voltando aos fatos deste meu relato, confesso: minha opção de vida era não ter filhos, visto este modelo de assistência autoritário e temas sobre parto e nascimento não me causavam interesse especial. Mas, em dado momento, assisti ao vídeo de um parto natural cujas imagens me encantaram. Comecei a buscar mais informações e estudar mais sobre as diversas possibilidades que a atualidade oferece nessa área: um mundo de respeito às mulheres e suas famílias baseado em evidências científicas. Esse era o tipo de assistência que, enquanto enfermeira, ofereceria às mulheres; era esse o tipo de assistência que queria durante meu processo de parturição e que se traduzia na vontade do Parto Domiciliar Planejado.

Apesar de não estar instituído na rede de atenção institucionalizada pelo Ministério da Saúde do Brasil, o PDP, instituído na rede de países Europeus, Canadá e Japão, é descrito como de atendimento individualizado e diferenciado, utilizando evidências científicas como base para seu atendimento, realocando a mulher como agente ativa do seu processo de parturição, proporcionando uma experiência de empoderamento, de respeito e acato às decisões que dizem respeito ao seu corpo e ao seu bebê (CURSINO; BENINCASA, 2018). Algumas de suas práticas são: livre movimentação, métodos não farmacológicos de alívio da dor, ingestão de alimentos sólidos e líquidos, acompanhante(s) de sua escolha, corte tardio do cordão umbilical, contato pele a pele e amamentação na primeira hora de vida (KRUNO; SILVA; TRINDADE, 2017).

Nosso corpo é visto como uma unidade biopolítica, é nele que o controle da sociedade sobre os indivíduos se manifesta e onde os estigmas são marcados. Ele é atravessado por toda uma história e leis morais, e é com ele também que se cria resistências e se luta contra ideologias e abusos intoleráveis, como o excesso de poder, que para Foucault(2007) é denominado como dominação/violência, praticados por alguns profissionais no cenário do parto.

Algumas mulheres iniciaram uma luta contra esse abuso de poder e autoridade, de coerção e controle que são exercidos sobre seus corpos, uma luta específica contra a opressão e medicalização no atendimento ao parto, por pensarem que tais práticas seriam apenas uma dominação do outro sobre si e não mais um cuidado para consigo. Assim, muitas práticas

utilizadas no parto e nascimento passaram a ser discutidas na sociedade e consideradas práticas abusivas e violentas, que não levavam em consideração a vontade, o desejo e o conhecimento das gestantes, tornando este movimento um processo revolucionário (FOUCAULT, 2007; CIELLO, 2012).

A natureza do trabalho de parto e parto em si serão cada vez mais entendidos como sendo um processo cerebral involuntário, podendo ser estudado com muito mais acerto por aqueles preocupados com as mudanças fisiológicas da consciência, tal como o sono e o orgasmo. No entanto, os mais potentes propulsores dessa revolução serão as mulheres (ODENT, 2002, p.128).

Foram com estes sentimentos de empoderamento e conhecendo as possibilidades, as vantagens e a segurança das boas práticas de atenção ao parto e nascimento que meu marido e eu nos encontramos com as enfermeiras que assistiriam meu parto. Elas examinaram as anotações constantes em minha carteira de pré-natal e confirmaram a classificação de minha gestação como de risco habitual, incluindo-me na possibilidade do Parto Domiciliar Planejado.

Neste dia pudemos esclarecer dúvidas e receber informações sobre os eventos previstos para o dia do nascimento, bem como quando deveríamos chamá-las, e como preparar a casa, disponibilizando uma área onde elas pudessem ter acesso ao material necessário ao atendimento. Entre os inúmeros materiais que elas disponibilizariam estavam alguns bastante conhecidos como gazes, luvas, sacos de lixo, toalhas limpas, panos de chão, fraldas e absorventes pós parto. No entanto, para um parto domiciliar planejado as especialistas utilizam materiais que dão suporte de vida em situações inesperadas, como cilindro de oxigênio, material para sutura, kit hemorragia e kit reanimação neonatal.

Decidimos ali encaminhamentos para situações em que o parto domiciliar não fosse possível: no plano B (intercorrência média, como por exemplo uma parada de progressão do parto ou uma solicitação minha de analgesia) havia a previsão de encaminhamento ao hospital de minha preferência; no plano C (intercorrência grave, como hemorragia ou batimentos fetais não tranquilizadores) estava previsto o encaminhamento ao hospital mais próximo. A gravidade da intercorrência seria constatada pelas enfermeiras obstétricas, durante a avaliação intermitente durante todo o processo de parto, e sua decisão de transferência seria acatada prontamente. Em situações de emergência obstétrica, a equipe deve ser capacitada e preparada para iniciar o suporte básico de vida, caso necessário, e encaminhar a gestante imediatamente para um serviço de referência (BRASIL, 2012).

O segundo encontro foi direcionado ao acompanhante: haveria algum? Quem seria este acompanhante? A Lei Federal nº 11.108, de 07 de abril de 2005, conhecida como lei do acompanhante, estipula que:

Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (BRASIL, 2005).

Por se tratar de um PDP, o número de acompanhantes é ilimitado: a mulher tem livre escolha sobre quantos acompanhantes vai querer durante seu parto, não ficando restrita a somente um, ou, as vezes, nenhum, como acontece em alguns hospitais (CIELLO et al., 2012). Para meu parto, havia decidido ter duas enfermeiras obstétricas e minha doula, meu marido, mãe, sogra e fotógrafa. Neste encontro também foram esclarecidos aspectos sobre a fisiologia do parto e seus principais eventos.

A gestação transcorreu sem alterações que nos colocasse em risco ou que desaconselhasse o parto domiciliar.

#### **4.2 Parto: Um acontecimento único**

Somos simultaneamente análise histórica dos limites que nos são colocados e prova de sua transgressão possível (Foucault, 1995, p. 351).

Em uma quinta-feira, 12 de julho, às 4h30min, ao sair da cama em direção ao banheiro percebi uma perda vaginal de algo quente e úmido. A princípio pensei se tratar de líquido amniótico, porém, chegando ao banheiro, percebi que poderia ser tampão muco sanguinolento ou tampão com líquido amniótico e percebia contrações uterinas esporádicas. Sabia que tais sinais são característicos da proximidade do trabalho de parto, por isso avisei as enfermeiras e voltei para a cama.

A definição de trabalho de parto se dá por fases, a fase de latência é caracterizada por contrações uterinas dolorosas e modificação cervical com dilatação de até 4 cm. A fase ativa, ou trabalho de parto estabelecido, ocorre quando há contrações uterinas regulares e a dilatação do colo uterino é maior do que 4 cm (BRASIL, 2017b).

Pela manhã acompanhei minha mãe ao supermercado e voltei para casa, agora sem contrações. Nesse dia uma das enfermeiras obstétricas visitou-me, orientando minha mãe, minha sogra, meu marido e doula sobre o parto. Realizou alguns exames, como palpação

abdominal para verificar a posição fetal, ausculta dos batimentos cardíacos fetais e minha pressão arterial. Ela sugeriu a realização de toque vaginal para verificar quais as modificações ocorridas no colo uterino, mas eu recusei.

O toque vaginal é aconselhado caso haja alguma preocupação com o progresso do parto ou se for requisitado pela mulher (BRASIL, 2017b). Levando em consideração que os demais exames estavam dentro da normalidade, decidi por negar o toque vaginal, pois compreendo que o mesmo se faz desnecessário fora do trabalho de parto. O comportamento de rejeitar o exame de toque tem relação com o poder do indivíduo de se comandar, com sabedoria e liberdade, para garantir seus desejos e sua autonomia e está relacionado com o cuidado de si, uma ação articulada às práticas cotidianas de liberdade, que proporciona possibilidades de compor para si mesmo determinados modos de vida, experienciar e regradar as próprias condutas (FOUCAULT, 2004). Esse comportamento tem relação com regras e valores que nos são impostos culturalmente, e resistir a essa prescrição determina uma transgressão a um sistema autoritário, que muitas vezes realizam rotineira e abusivamente exames que humilham e causam sofrimento físico e psíquico (FOUCAULT, 1998; CIELLO et al., 2012).

Foucault (2004) nos ensina que, para que estas atitudes de tranquilidade e normalidade frente aos processos que se dão sobre nós possam ocorrer, o indivíduo necessita um conhecimento prévio sobre si, sobre seu corpo, sua sexualidade e seus desejos. É necessário se reconhecer como um sujeito ativo, que detém todo o poder sobre si e que entende sobre seus processos fisiológicos, entre eles gestação e parto.

Sabemos que historicamente as mulheres foram submetidas e enquadradas como seres passivos, que não podiam nem sequer comandar seus prazeres, muito menos saber sobre seus corpos. Em uma sociedade onde os valores morais julgam e condenam como impróprios o comportamento sexual feminino e todas atividades a ele relacionados, este ato de apoderar-se é visto como transgressor, pois exercer esse poder sobre si, permite resistir e lutar pelos seus desejos e prazeres, cria perpetuamente objetos de saber, permitindo, assim o exercício uma liberdade ativa (FOUCAULT, 1998, EHRENREICH; ENGLISH, 2010).

Em si mesmo o poder não é violência nem consentimento o que, implicitamente, é renovável. Ele é uma estrutura de ações; ele induz, incita, seduz, facilita ou dificulta; ao extremo, ele constrange ou, entretanto, é sempre um modo de agir ou ser capaz de ações. Um conjunto de ações sobre outras ações (FOUCAULT, 1995, p. 220).

Voltando ao meu relato de parto, o dia passou e a manhã de sexta-feira, 13 de julho, me trouxe algumas contrações e a continuidade da perda do tampão muco sanguinolento. Tomei o

café da manhã sentada na bola obstétrica, me beneficiando da oportunidade de exercícios pélvicos e percebendo, esporadicamente, a sensação de pressão na pélvis. Depois do almoço fui, com minha mãe e sogra, comprar forro para as fraldas de pano e um bolo, pois sábado era meu aniversário e eu havia combinado um chá em minha casa com pessoas próximas. Durante este período eu percebia contrações sem ritmo definido: algumas tão fortes que me impediam de andar permeadas por outras mais fracas.

No meio da tarde uma das Enfermeiras Obstétricas informou sobre a necessidade de uma avaliação mais precisa das condições do colo uterino visto que se o sangramento que me acompanhava não fosse associado ao trabalho de parto esta condição poderia estar indicando algo mais grave como descolamento de placenta. Assim, se não fosse um sangramento esperado e indicativo de trabalho de parto eu deveria realizar uma ecografia no dia seguinte para descartar condições adversas.

Ao final do dia saí de casa para novas compras ao supermercado. Notei que quando eu estava em movimento aumentava a frequência e intensidade das contrações. Daí, em torno das 20h, decidi caminhar para ver se o trabalho de parto engrenava... Fomos, meu marido e eu, dar umas voltas na quadra e ao retornar para casa continuei em movimento, caminhando, dançando e pude avisar a equipe que as contrações estavam mais ritmadas. Fui orientada à hidroterapia com água do chuveiro enquanto meu marido, Felipe, anotava o horário em que cada contração ocorria.

Notei que as contrações se intensificavam e não sei quanto tempo se passou, mas quando saí do chuveiro ele já tinha chamado uma das enfermeiras para me avaliar. Acho que nunca vou esquecer o que ela disse: - "o colo está bem fino, Paula: um papelzinho!" Pensei: - "Oba! tá modificado." Aí ela continuou: -"vamos ver a dilatação, 1, 2, 3, 4, 5, 6! 6 cm!" Eu simplesmente não acreditei naquilo, já estava com 6cm de dilatação! Foi uma surpresa maravilhosa!

Não consegui me conter e comecei a chorar. Não acreditava que já estava com dilatação tão avançada. A minha resistência em me submeter a um toque vaginal em momento inoportuno estava relacionada com a frustração que já havia percebido em mulheres que, após longo tempo em trabalho de parto, eram informadas que seu colo estava pouco modificado, e isso era muito frustrante e desanimador. Deste modo, minha recusa ao toque logo nos primeiros sinais de trabalho de parto, de fato, me permitiu evitar uma ansiedade e frustração desnecessárias.

Conforme Foucault (1999), todo e qualquer exame coloca os indivíduos em um estado de vigilância e observação perpétua, é através dele que as relações de poder e saber se sobrepõe. Com o exame se pode qualificar, classificar e/ou punir indivíduos, podendo diferenciá-los e sancioná-los conforme padrões de normalidade, tornando-os objetos de avaliação. É no hospital

que o exame é ainda mais ritualizado, pois combina a hierarquia de quem domina as técnicas e que tem a experiência profissional com a normalização dos corpos, que submetidos ao exame ficam sujeitos a essa dominação. Assim, é através do exame que se revela e se exerce o poder sobre os corpos e mentes dos indivíduos, que submetidos a exames contínuos e mesmas classificações, acabam perdendo suas características individuais.

Após a fala da enfermeira sobre a dilatação do colo uterino, o tempo e os acontecimentos não são tão claros. Sei que ela chamou sua colega e que minha doula também foi chamada, mas não sei precisar por quem. A principal função da doula é oferecer apoio físico e emocional durante a gestação, trabalho de parto e pós parto, sendo uma acompanhante para além da rede social da mulher (BRASIL, 2017b).

Lembro que a posição em quatro apoios aliviava meu desconforto assim como a massagem na região lombar e o movimento de quadril. Decidi ir para o chuveiro, novamente, para ver se aliviava a dor. Minha Doula ficou comigo me apoiando, mas, infelizmente, dessa vez o chuveiro não adiantou.

Então foi sugerido a hidroterapia na banheira, porém, para encher a banheira eu precisava sair debaixo do chuveiro. Fiquei contrariada, mas respirei fundo e saí. As contrações estavam fortes e eu não via a hora da banheira estar cheia o suficiente para eu entrar. Nesse meio-tempo fiquei em quatro apoios, na cama, movimentando a pélvis a cada contração.

Entrar na banheira com a água bem quentinha me proporcionou alívio quase imediato da dor e pude relaxar bastante. A mangueira que derramava água morna em minhas costas também promovia muito conforto. Os métodos não farmacológicos de alívio da dor devem ser ofertados à mulher durante o trabalho de parto, como imersão em água, utilização do chuveiro, massagens e troca de posições, cabendo ao profissional identificar quais dessas abordagens geram um efeito satisfatório para a parturiente (BRASIL, 2017b). Podemos perceber, utilizando meu próprio exemplo, que as diferentes práticas de assistência, como os métodos não farmacológicos de alívio da dor, variam em níveis de resultado, a depender das percepções da mulher e do estágio do parto, por isso devem estar disponíveis e serem ofertados pelos profissionais de saúde, pois o chuveiro me aliviou até certo estágio do parto, mas depois não foi mais tão eficaz quanto a imersão.

Apesar de ser oferecido alimentos e líquidos eu não tinha vontade de me alimentar, mas após insistência das enfermeiras acabei aceitando água, pois sabia que era necessário manter-me hidratada. Mulheres em trabalho de parto podem ingerir líquidos, de preferência soluções isotônicas ao invés de somente água. Mulheres em trabalho de parto que não estiverem sob efeito de opioides podem ingerir uma dieta leve (BRASIL, 2017b).



Após algum tempo na banheira as contrações começaram a ficar mais fortes e eu passei a sentir muita dor na lombar. Foi quando se intensificaram as massagens e as trocas de posições se tornaram mais frequentes: eu ficava ora agachada, ora em quatro apoios, boiando de barriga para cima e também ajoelhada. Me sentia enjoada e com vontade de vomitar. Durante a assistência, o profissional deve encorajar a mulher a estabelecer posições em que se sinta mais confortável, e estimular posições favoráveis ao parto, como cócoras, quatro apoios ou lateral (BRASIL, 2017b).

Quando o vômito veio, as contrações estavam bem ritmadas e fortes e pensamentos de impotência me vinham à mente: comecei a pensar que eu não ia conseguir, que não daria conta de passar pelo parto, que eu não era forte nem capaz o suficiente para parir, mas ouvia vozes à minha volta afirmando que eu já estava conseguindo, que tudo transcorria bem. Mesmo assim me sentia irritada e com vontade de xingar a todos. Esta desconfiança sobre a própria capacidade está atrelada culturalmente em nosso inconsciente. Desde o nascimento somos levadas a duvidar de nossas habilidades e desencorajadas a conhecer nossos corpos. Fomos estigmatizadas como femininas, delicadas e sentimentais: seres que deveriam ser subordinados e não pessoas autônomas, livres e capazes, que conseguem obter controle sobre os processos do corpo (EHRENREICH; ENGLISH, 2010).

Queria desistir não somente do parto domiciliar, mas do próprio parto: algo impossível! Pensava: porquê inventei isso? E a sensação de que iria morrer era muito forte. Inclusive, pensei até que seria mais fácil se me afogasse na piscina: - “é só me agachar mais, respirar dentro da água e deu”. A ideia durou poucos segundos, demonstrando o extremo da situação que me encontrava e, assim, evidenciando a vulnerabilidade psicológica a que ficamos expostas no momento de dor extrema, tornando-se, certamente, uma porta de entrada para a dominação do profissional da saúde sobre o processo do parto e tomada de decisões.

Já não havia posição ou massagem que aliviasse tamanho incômodo que a dor provocava: eu estava exausta e as contrações pareciam insuportáveis. Olhei em volta e percebi que tinha muita gente no quarto: minha mãe, minha sogra, a doula, enfermeiras, a fotógrafa e o meu marido. Percebendo meu desconforto, uma das enfermeiras solicitou que algumas pessoas deixassem o quarto por um instante e isso deu um ar mais leve ao ambiente e a sensação aflitiva de estar sendo observada foi aliviada. Conforme Odent (2000), “Os estímulos sensoriais exacerbados provocam uma intensificação na atividade neocortical que, somados ao medo e a insegurança provocados pelos procedimentos, funcionam inibindo a liberação de ocitocina”.

Algum tempo se passou e as contrações vinham acompanhadas de uma vontade incontrolável de fazer força. E eu fazia! As enfermeiras me orientaram a sair um pouco da

piscina, para que a mudança de posição favorecesse a descida e posicionamento do bebê, aceitei e saí indo direto para a cama e deitando de lado, pois eu queria muito descansar. Devido à violência das contrações fui impedida e logo precisei levantar, fiquei em quatro apoios e neste momento disse para as enfermeiras que não queria ninguém no quarto, além delas e meu marido, na hora do bebê nascer. A dor estava demais, as enfermeiras me encorajavam a assumir várias posições, mas eu sentia raiva e ao mesmo tempo lembrava do nosso planejamento e, então, me esforçava para seguir as recomendações, pois também sabia que era essencial a movimentação para o parto. Consegui levantar e fiquei um pouco de pé me sentindo melhor do que na cama.

Quando veio uma nova contração me agachei e sentei na banqueta de parto que estava próxima. Me perguntaram se queria ouvir a playlist que eu havia selecionado para a ocasião do parto e respondi que não. Eu só queria que meu bebê nascesse logo, e a playlist que eu gastei horas preparando não me valia de nada neste momento!

Então o período expulsivo finalmente chegou. Este período do parto pode ser caracterizado por duas fases, a inicial com dilatação total do colo uterino, com ou sem sensação de puxos (vontade de fazer força) e o bebê ainda pode estar alto na pelve e a fase ativa, onde a cabeça do bebê já é visível e há puxos (BRASIL, 2017b).

Para que os diferentes processos relacionados ao parto aconteçam, são secretados hormônios como a adrenalina, ocitocina e endorfinas, que variam em sua quantidade conforme as etapas do parto avançam. As endorfinas, ao atuarem como analgésicos naturais, relaxam a musculatura esquelética e diminuem sensações dolorosas; a ocitocina estimula as contrações uterinas durante o parto e a adrenalina age tornando a expulsão do feto, ao final do trabalho de parto, mais eficaz (ODENT, 2000). As alterações de comportamento são indicativos importantes dos níveis hormonais, conforme a fase que se encontra o processo de parturição e as manifestações de força e energia associadas à raiva e medo, podem se evidenciar no período expulsivo, quando os níveis de adrenalina estão altos (ODENT, 2004).

As contrações vinham fortes e junto delas, sem que eu pudesse controlar, meu corpo fazia força sozinho. Mas nem sempre isso acontecia de forma adequada, e eu sentia isso... Me concentrava para conseguir empurrar o bebê de forma eficaz, e acabei me deparando com um grande desafio: tentar fazer a força certa, o que foi especialmente difícil, e, pude perceber como é árduo estar no comando desta força.

O parto ocorreu na banqueta com uma enfermeira na minha frente e outra me dando apoio, sentada atrás de mim. Em dado momento ela se ofereceu para trocar de lugar com meu marido, mas eu pedi que ela não saísse dali e a segurei com força. Comecei, em seguida, a sentir uma ardência muito forte na região do períneo e ouvi dizerem que o bebê já estava

coroando. Não consegui nem ver nem tocar a cabecinha, ao contrário do que havia pensado que faria. Naquele momento, só queria que o parto terminasse logo. Depois fazer muita força, senti a passagem completa da cabeça. Logo deu vontade de fazer mais força e senti o corpinho também saindo. O momento da expulsão me pareceu interminável e a dor associada a um grito longo e forte trouxe meu bebê à luz.

### **4.3 Puerpério e o bebê: um tempo para novas práticas de liberdade com o outro**

Não me perguntem quem eu sou e não me digam para continuar o mesmo: esta é uma moral de estado civil; ela rege nossos papéis. Que ela nos deixe livres quando se trata de escrever (FOUCAULT, 1995, p. 21).

Após o nascimento, pareceu que o tempo congelava e os acontecimentos pareciam passar em câmara lenta. Eu parecia sem reação e sem acreditar no que havia acontecido. Uma das enfermeiras segurou o bebê na minha frente até eu conseguir pegar, o que demorou alguns instantes, pois eu precisava recuperar algumas forças e diminuir meus tremores de exaustão.

Enquanto segurava aquele corpinho lambuzado de sangue e de vernix e chorando alto, voltei-me para meu marido que olhava tudo sem parecer acreditar no que estava ocorrendo. Foi aí que ele trocou de lugar com a enfermeira posicionando-se atrás de mim. Ficamos um tempo abraçados olhando para aquele bebê, tocando-o e reconhecendo seu corpinho, rosado e úmido.

Nas situações onde o parto se dá de forma fisiológica, a mulher busca por posições que facilitem olhar o bebê, como ficar de joelhos ou sentar-se. Com a expulsão do feto, há um aumento na liberação de adrenalina, que torna este processo mais eficaz e coloca a mulher em situação de alerta. O bebê recebe parte dos hormônios do parto e, ao nascimento, está com as pupilas dilatadas, para que, ambos, mãe e bebê, possam ter condições para o contato olho no olho, fundamental na espécie humana (ODENT, 2003).

Desde que soube da gestação decidi por não querer saber qual seria o sexo do meu bebê até seu nascimento. Essa minha escolha se deu pelo fato de não querer categorizar o bebê desde o útero em algum gênero específico, que é tão forte em nossa sociedade, em que meninos têm enxoval azul e meninas rosa. Tal escolha se alinhou às minhas lutas por um mundo de igualdade de direitos, de possibilidade de práticas de liberdade e de escolhas. Assim pensando, considerei que meu bebê seria menos condicionado a padrões tão limitantes. Mas o turbilhão vivido até então nos fez esquecer de verificar o sexo do bebê... Foi somente quando uma das enfermeiras

perguntou se era menino ou menina que vimos ser a Olivia: nossa bebê surpresa que chorava forte em meus braços.

Passados os momentos de estupefação fui auxiliada a ir para a cama, o que aliviou a dor lombar e favoreceu o contato pele a pele durante nossa hora de ouro vivida somente entre nós três: Felipe, eu e Olivia que mamava enquanto ainda estava plugada na placenta.

Entre as práticas recomendadas para a hora de ouro, período compreendido pela primeira hora após o nascimento, estão o contato pele a pele entre mãe e bebê, o clampeamento oportuno do cordão umbilical, o aleitamento materno e a postergação do banho. Estas práticas diminuem o stress materno e do bebê, favorecendo o vínculo, a manutenção da temperatura corporal à níveis fisiológicos, a colonização da pele do recém-nascido com microrganismos que favorecem a formação de seu microbioma e sistema imunológico, o aporte sanguíneo e de ferro sérico além de ser fator de proteção para a anemia durante o primeiro ano de vida (BRASIL, 2017b).

É considerado como o terceiro período do parto o nascimento do bebê até a dequitação (expulsão) da placenta e membranas (BRASIL, 2017b). A dequitação ocorreu em 40 minutos após o nascimento e foi somente aí que o cordão foi cortado pelo Felipe, auxiliado pelas enfermeiras. A laceração de segundo grau resultante do nascimento não precisou de sutura e depois da primeira hora, aqueles que estavam esperando fora do quarto vieram conhecer a Olivia.

Com meu consentimento, recebi ocitocina intramuscular para prevenção de hemorragia pós parto, na Olivia foram administradas a vitamina K, para prevenção de hemorragia neonatal, e a vacina da hepatite B. Todos estes procedimentos haviam sido previamente discutidos e acertados com as enfermeiras nos encontros durante a gestação. O colírio a base de nitrato de prata, muito utilizado para prevenir a oftalmia neonatal causadas principalmente pelos parasitas *Neisseria Gonorrhoeae* e *Chlamydia Trachomatis*, não foi administrado, pois assumi não possuir nenhuma condição que indicasse seu uso.

O Ministério da Saúde (2017b) preconiza a profilaxia da oftalmia neonatal de forma rotineira nos cuidados com o recém-nascido até 4 horas após o nascimento. No entanto a utilização do nitrato de prata a 1% deveria ser reservada apenas em caso de não se dispor da pomada de eritromicina à 0,5% ou, como segunda escolha, a tetraciclina a 1%. Além de meu posicionamento, esta não é uma prática utilizada de rotina pelas enfermeiras.

Olivia foi o maior presente que poderia receber em meu aniversário (14/07). Pesou 3730kg, mediu 48cm em suas 38 semanas e 5 dias de gestação.

## 5 AO FINAL, OUTROS RECOMEÇOS

Diante do exposto penso que o parto deveria ser cuidado como evento fisiológico onde a autonomia, o respeito e o conhecimento sobre o corpo e mente feminino estariam em foco. Práticas recomendadas e éticas têm sido utilizadas de forma restrita no cotidiano brasileiro, mais propenso a considerar o corpo feminino como equipamento defeituoso e, por isso, necessitando de correção adequada à modelos biomédicos.

Sendo assim, o PDP é modelo experimentado em menos de 1% dos nascimentos, causando estranhamento na sociedade sujeitada ao modelo hegemônico de saúde associado ao parto e nascimento ao longo das últimas cinco décadas. Emergido do conhecimento de segmento diferenciado da população, o PDP tem por princípio o respeito à diversidade de práticas possíveis, desde que cientificamente embasadas, e, portanto, seguras. Ao deslocar-se o foco da atenção do profissional para as mulheres, deslocam-se, também, as decisões sobre as práticas a serem utilizadas, principalmente nas situações de normalidade.

Mesmo já passados quase 10 anos da implantação da Estratégia Rede Cegonha, que implementa práticas preconizadas pelo Programa de Humanização do Parto e Nascimento, muita gente se surpreende com as práticas atualmente ainda não utilizadas, como: deambulação, livre movimentação, ingestão de alimentos e líquidos, acompanhante de escolha da mulher, métodos não farmacológicos de alívio da dor, contato pele a pele e amamentação na primeira hora de vida. Isto se deve a normalização de práticas assistenciais desaconselhadas e não respaldadas pela ciência e amparados por normas institucionais que permitem seu uso, mesmo que desaconselhadas ou consideradas prejudiciais evidenciando dificuldades de alguns profissionais em adequarem-se a um novo ordenamento ditado por novos saberes e instituindo outros poderes. Desta maneira o parto hospitalar medicalizado e autoritário mantém seu caráter de normalidade em detrimento do parto domiciliar ou em centros de parto normal. Deste modo, não seria interessante (re)pensar a suposta neutralidade do discurso científico e os processos de medicalização dos comportamentos, condutas e desejos que se encontram neste cruzamento entre a normalização e a gestão da vida? Deslocar pensamentos e práticas dos limites precisos dos corpos para a população e seus processos vitais num espaço tão privilegiado como o domicílio, fariam parte deste processo de individualização, proteção e controle do parto e nascimento?

Outro questionamento a ser realizado, neste ano de 2020, em que as estatísticas do Brasil mostram aumento vertiginoso de contaminação pelo vírus Sars-CoV-2 e que as medidas e recomendações de isolamento propagadas pelo governo são desencontradas, é: como o parto

domiciliar planejado se encaixaria neste modelo biopolítico? Não seria importante pensar em integrar o PDP na rede de serviços do SUS, corroborando conquistas trazidas nos programas de humanização à saúde e em especial ao parto e nascimento, que preconizam a individualização da atenção no ciclo gravídico-puerperal e disponibiliza um leque de opções de práticas à escolha da mulher?

É impossível deixar de pensar que a pandemia da COVID-19<sup>1</sup>, coloca o hospital como um local pouco adequado para a assistência de gestantes, puérperas e recém nascidos, visto o elevado risco de contaminação para a doença. Concomitante a este pensamento, sabe-se que equipes de PDP do Brasil e no mundo tem aumentado o número de atendimentos, evidenciando o conhecimento de alternativas seguras fora do meio hospitalar e que sejam seguras (CORREA; DUARTE, 2020) . Isto nos remete, novamente à Foucault (2000), quando diz que: “nosso futuro comporta mais segredos, mais liberdades possíveis e mais invenções do que nos deixa imaginar” (p. 300). Uma liberdade entendida como efeito de ações que podem tanto limitar o campo de possibilidade de outras ações, como não se deixar determinar inteiramente por ela; capaz de criar e produzir modos de se governar, de limitar e de resistir ao governo dos outros.

Espera-se que as reflexões deste trabalho possam contribuir para aumentar o interesse da sociedade, de profissionais de saúde, principalmente de enfermeiras obstétricas, e governos sobre as práticas de humanização do parto e nascimento para que usuárias dos serviços de saúde do SUS possam ter acesso ao PDP.

Passar pela experiência de parto contribuiu muito para meu processo de (trans)formação como sujeito de ação e objeto de observação; me permitiu refletir e (re)pensar sobre práticas que, como futura enfermeira obstétrica, quero oferecer às mulheres e seus bebês; pude ampliar meu aprendizado acadêmico, (auto)conhecimento e (auto)crítica, tão importantes para a construção de saberes, que resignificaram o que eu já trazia em mim: uma assistência humana e respeitosa ao parto e nascimento.

Eu digo que para parir é preciso confiança, conhecimento e uma pitada de coragem. É possível acreditar nas potencialidades do nosso corpo associadas ao suporte qualificado de uma equipe que acompanhe a gestação, o parto, o puerpério e o recém-nascido de forma competente. A dor intensa no corpo e na alma fazem com que, com a ajuda de certos hormônios, a gente esqueça de parte do que foi planejado e até duvide do que estudou ou sabe. Por isso a

---

<sup>1</sup> Conforme mesa redonda apresentada em live do dia 19 de maio de 2020 no endereço de videoconferência do ZOOM, ID 819 9507 2097, SENHA 568409; a professora da UFRGS Virgínia Leismann Moretto apresentou os seguintes dados: Até o dia 14 de maio de 2020 a COVID-19 provocou 16 mortes maternas no Brasil, (por enquanto nenhuma no RS) até agora identificadas. Estas mortes ocorreram durante ou após o terceiro trimestre de gestação. Este número significa mais do que todas as mortes por H1N1 no Brasil durante o ano de 2019.

importância de uma equipe que saiba esperar e assistir ao trabalho de parto, de risco habitual, respeitando os planos realizados quando, no passar das horas, os momentos de dor trazem dúvidas e a vontade de desistir de tudo; que saiba manter a expectativa frente à aparente perda das forças necessárias para trazer à luz alguém que tanto se quer; para que a força incontável e avassaladora dos processos envolvidos no parto e nascimento não se esvançam e que, ao final, se possa sair com a sensação de liberdade e força que uma experiência assim vivida produz; quando “sujeito e objeto se formam e se transformam um em relação ao outro e um em função do outro” (FOUCAULT, 2004, p. 237).

Finalizo dizendo que acredito na necessidade de resistir ao sistema vigente, há muito tempo normalizado em nossa sociedade, que desconsidera o conhecimento científico e o potencial feminino. A busca de informações e o empoderamento de mulheres incita uma luta em prol de uma assistência digna, segura e ética durante o processo de parto e (re)nascimento.

Parir é resistir, é existir. Parir num PDP é revolucionário!

## REFERÊNCIAS

ARTAUD, A. Oevres. In: ARTAUD, A. **Van Gogh**: o suicidado da sociedade. Trad. Ferreira Goulard. Rio de Janeiro: José Olympio, 1993.

BRASIL. Lei n 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União [internet]. Brasília, 2005. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm). Acesso em: 06 fev. 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. **Informações de Nascidos Vivos do Brasil**: banco de dados. Brasília, 2016a. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>. Acesso em: 16 maio 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde das Mulheres. **APICE ON aprimoramento e inovação no cuidado e ensino em obstetrícia e neonatologia**. Brasília, 2017a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal**: versão resumida. Brasília, 2017b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Portaria nº 1.459*, 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a **Rede Cegonha**. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2011.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAUDE. **SÉRIE A. NORMAS E MANUAIS TÉCNICOS CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA, Nº 32: ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO**. 1 ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 320 p. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_32\\_prenatal.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf). Acesso em: 06 fev. 2020.

CIELLO, Cariny et al. **Violência obstétrica**: "parirás com dor". 2012. Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres. Disponível em: <https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>. Acesso em: 03 maio 2020

CAVALCANTE, Bruna Luana; LIMA, Uirassú Tupinambá. Relato de Experiência de uma estudante de Enfermagem em um Consultório Especializado em Tratamento de Feridas. **Journal of Nursing Health**, Pelotas, v.2, n.1, p.94-103, 2012

CORREA, Alessandra. **Com medo de contágio e hospitais lotados, grávidas optam por parto domiciliar**. 2020. Disponível em: <https://epoca.globo.com/sociedade/com-medo-de-contagio-hospitais-lotados-gravidas-optam-por-parto-domiciliar-1-24337752>. Acesso em: 23 maio 2020.



COSTA, Roberta; LOCKS, Melissa Orlandi Honório; GIRONDI, Juliana Balbinot Reis. Pesquisa exploratória descritiva. In: LACERDA, Maria Ribeiro; COSTENARO, Regina Gema Santini (Org.) **Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde: da teoria à prática**. Porto Alegre: Moriá, 2016, p. 273-289.

CURSINO, Thaís Peloggia; BENINCASA, Miria. Parto domiciliar planejado no Brasil: Uma revisão sistemática nacional. **Ciência e Saúde Coletiva**, Periodico da Internet. ago. 2018. Disponível em: <<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/parto-domiciliar-planejado-no-brasil-uma-revisao-sistemica-nacional/16924?id=16924&id=16924>>. Acesso em: 17 jan. 2020.

DUARTE, Nathália. **Cresce a procura por parto domiciliar em meio à pandemia de coronavírus**: veja o que está em jogo na decisão. veja o que está em jogo na decisão. 2020. Disponível em: <https://revistacrescer.globo.com/Gravidez/Parto/noticia/2020/05/cresce-procura-por-parto-domiciliar-em-meio-pandemia-de-coronavirus-veja-o-que-esta-em-jogo-na-decisao.html>. Acesso em: 23 maio 2020.

EHRENREICH, Barbara; ENGLISH, Deirdre. **Witches, Midwives & Nurses: a history of women healers**. 2. ed. Nova Iorque: Feminist Press, 2010. 108 p.

FOUCAULT, Michel. **A ética do cuidado de si como prática da liberdade**. In: Ditos & Escritos V - Ética, Sexualidade, Política. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.

\_\_\_\_\_. **A arqueologia do saber**. 4. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

\_\_\_\_\_. **As técnicas de si**. Trad. de Wanderson Flor do Nascimento e Karla Neves. 2000. Disponível em: [https://cognitiveenhancement.weebly.com/uploads/1/8/5/1/18518906/as\\_tnicas\\_do\\_si\\_michel\\_foucault.pdf](https://cognitiveenhancement.weebly.com/uploads/1/8/5/1/18518906/as_tnicas_do_si_michel_foucault.pdf). Acesso em: 18 maio 2020.

\_\_\_\_\_. **História da sexualidade 1: A vontade de saber**. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

\_\_\_\_\_. **Historia da sexualidade 2: o uso dos prazeres**. 8. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1998.

\_\_\_\_\_. **Microfísica do poder**. 23. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2007.

\_\_\_\_\_. **O sujeito e o poder**. In: DREYFUS, Hubert e RABINOW, Paul. Michel Foucault: uma trajetória filosófica – para além do estruturalismo e da hermenêutica. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

\_\_\_\_\_. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. 20. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1999.

\_\_\_\_\_. **“Omnes et singulatim”**: para uma crítica da razão política In: Dits et Écrits 1954-1988, Vol. IV (1980-1988). Tradução: Selvino J. Assmann. Florianópolis, 2001.

ODENT, Michel. **A cientificação do amor**. São Paulo: Terceira Margem, 2000.

\_\_\_\_\_. **Água e sexualidade: a importância do parto ecológico**. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 2004.

\_\_\_\_\_. **O camponês e a parteira**: uma alternativa à industrialização da agricultura e do parto. São Paulo: Ground, 2003.

\_\_\_\_\_. **O renascimento do parto**. Florianópolis: Momento Atual, 2002.

PINTO, Celi Regina Jardim; GUAZZELLI, Cesar A. Barcellos. **Ciências humanas**: Pesquisa e método. Porto Alegre: Editora da Ufrgs, 2008. 148 p.

RIFFEL, Mariene Jaeger. **A ordem da humanização do parto na educação da vida**. 2005. 236 f. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Materno Infantil, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/7097/000539271.pdf?sequence=1>. Acesso em: 18 maio 2020.

SANTOS, Rafaella Ayanne Alves dos; MELO, Mônica Cecília Pimentel de; CRUZ, Daniel Dias. Trajetória de humanização do parto no Brasil a partir de uma revisão integrativa de literatura. **Caderno de Cultura e Ciência**, Crato, v. 13, n. 2, p.76-89, mar. 2015. Disponível em: <[http://periodicos.urca.br/ojs/index.php/cadernos/article/view/838/pdf\\_1](http://periodicos.urca.br/ojs/index.php/cadernos/article/view/838/pdf_1)>. Acesso em: 02 abr. 2019.

SOUZA, Silvana Regina Rossi Kissula et al. A enfermeira obstétrica no cuidado ao parto domiciliar planejado: revisão integrativa. **Refacs**, Brasil, v. 3, n. 7, p.357-365, jul. 2019. Disponível em: <<http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/refacs/article/view/3758/pdf>>. Acesso em: 17 jan. 2020.

TINÉ, Luíza. **Você sabe o que é violência obstétrica?** 2018. Blog da Saúde, Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://www.blog.saude.gov.br/index.php/promocao-da-saude/53079-voce-sabe-o-que-e-violencia-obstetrica>>. Acesso em: 27 dez. 2019

VENDRUSCOLO, Cláudia Tomasi; KRUEL, Cristina Saling. A história do parto: do domicílio ao hospital; das parteiras ao médico; de sujeito a objeto. **Disciplinarum Scientia**: Série: Ciências Humanas, Santa Maria, v. 16, n. 1, p.95-107, 2015. Disponível em: <<https://periodicos.ufn.edu.br/index.php/disciplinarumCH/article/view/1842/1731>>. Acesso em: 02 abr. 2019.

## ANEXO – PARECER COMPEAQ

Sistema Pesquisa - Pesquisador: Mariene Jaeger Riffel



**UFRGS**

[Livrando Pesquisa](#)  
[Projeto de Pesquisa](#)  
[Atividade Relação](#)  
[Situação Pesquisa](#)  
[Instituição Científica/ Tecnológica](#)  
[Voluntário](#)  
[Programas de Fomento à Pesquisa](#)

[Retornar](#)

---

**Dados Gerais:**

<b>Projeto N°:</b>	38331	<b>Título:</b>	A ORDEM DO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO ASSISTIDO POR ENFERMEIRAS OBSTÉTRICAS		
<b>Área de conhecimento:</b>	Enfermagem Obstétrica	<b>Início:</b>	25/11/2019	<b>Previsão de conclusão:</b>	31/08/2020
<b>Situação:</b>	Projeto em Andamento				
<b>Origem:</b>	Escola de Enfermagem Departamento de Enfermagem Materno-Infantil	<b>Projeto Isolado</b>			
<b>Local de Realização:</b>	não informado				
<b>Não apresenta relação com Patrimônio Genético ou Conhecimento Tradicional Associado.</b>					
<b>Objetivo:</b>	<p>Descrever como os dispositivos de saber e poder se articulam com práticas utilizadas no Parto Domiciliar Planejado assistido por enfermeiras obstétricas.</p>				

**Palavras Chave:**

PARTO DOMICILIAR PLANEJADO

**Equipe UFRGS:**

**Nome:** MARIENE JAEGER RIFFEL  
 Coordenador - Início: 25/11/2019 Previsão de término: 31/08/2020

**Avaliações:**

Comissão de Pesquisa de Enfermagem - Aprovado em 29/01/2020 [Clique aqui para visualizar o parecer](#)

**Anexos:**

[Projeto Completo](#) **Data de Envio:** 16/01/2020