

Katia Pereira da Silva

“O RENASCIMENTO DO PARTO”: ANÁLISE DAS CONTINGÊNCIAS ENVOLVIDAS  
NA ESCOLHA DO TIPO DE PARTO

Palmas – TO  
2016

Katia Pereira da Silva

“O RENASCIMENTO DO PARTO”: ANÁLISE DAS CONTINGÊNCIAS ENVOLVIDAS  
NA ESCOLHA DO TIPO DE PARTO

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) II

elaborado e apresentado como requisito  
parcial para obtenção do título de bacharel  
em Psicologia pelo Centro Universitário  
Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA).

Orientadora: Profa. Dra. Ana Beatriz Dupré  
Silva.

Palmas – TO  
2016

Dados internacionais da catalogação na  
publicação

Silva, Katia Pereira da S586r O renascimento do parto: análise das  
contingências

envolvidas na escolha do tipo de parto / Katia Pereira da Silva /  
Palmas, 2016 56 fls.29 cm.

Orientação: Profa. Dra. Ana Beatriz Dupré Silva TCC (Trabalho de  
Conclusão de Curso) Psicologia - Centro Universitário Luterano de  
Palmas. 2016

1. Parto. 2. Análise das contingências. 3. Metacontingências. I.  
Silva, Ana Beatriz Dupré. II. Psicologia.

CDU: 159.9.072

Ficha catalográfica elaborada pela Bibliotecária – Maria Madalena Camargo –  
CRB-8/298

Katia Pereira da Silva

“O RENASCIMENTO DO PARTO”: ANÁLISE DAS CONTINGÊNCIAS ENVOLVIDAS  
NA ESCOLHA DO TIPO DE PARTO

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) II  
elaborado e apresentado como requisito  
parcial para obtenção do título de bacharel  
em Psicologia pelo Centro Universitário  
Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA).

Orientadora: Profa. Dra. Ana Beatriz Dupré  
Silva.

Aprovado em: 10/06/2016

BANCA EXAMINADORA

---

Profa. Dra. Ana Beatriz Dupré Silva Centro Universitário  
Luterano de Palmas – CEULP

---

Profa. Me. Cristina D. Filipakis Centro Universitário  
Luterano de Palmas – CEULP

---

Profa. Me. Fabiana Curado Centro Universitário  
Luterano de Palmas – CEULP

Palmas – TO  
2016

À minha mamãe.

## AGRADECIMENTOS

A procura de compreender melhor a subjetividade do ser humano, e acreditando que faria desta busca a minha profissão, iniciei o curso de Psicologia. O passar dos dias me ensinou que viver essa ciência é uma tarefa que exige pesquisa, dedicação, amor e, sobretudo encantamento. Ao longo desta trajetória confirmei minha real vocação, amadureci e adquiri conhecimento com o ensinamento de grandes mestres e nos estudos constantes.

Certa que esta conquista não é somente minha, compartilho este momento e sou imensamente grata a Deus que me manteve ciente das minhas convicções, me sustentou e guiou em todos os momentos. À minha mãe Euzanira que sonhou junto comigo e me apoiou incondicionalmente. Ao meu esposo Álvaro, meu maior incentivador, que me faz crer que posso chegar mais longe, sempre presente nos momentos difíceis e também nas maiores conquistas. À minha querida filha Giovanna, tesouro da minha vida, que me ensina todos os dias as mais belas virtudes do ser humano. Aos professores Wanda Zamora, Wayne Matheus, Lauriane Santos, Carolina Pinheiro, Jonatha Rospide, Irenides Teixeira, Cristina Filipakis e em especial a professora e orientadora Ana Beatriz pela dedicação e paciência para transmitir seus conhecimentos e ensinar-me sobre Análise do Comportamento. À Fabiana Curado, minha supervisora de estágio, que me transmitiu sua admiração pela assistência à mulher durante parto e nascimento.

Agradeço aos meus líderes Uilma, Beatriz e Bemivaldo, sem o apoio de vocês esta conquista não seria possível.

Aos meus familiares (Viana's e Pereira's) e verdadeiros amigos Elaine, Maria de Jesus, Olivane e Carla. E a todos que torcem pelo meu sucesso acadêmico e



profissional. Felicidade e gratidão definem o sentimento de concluir esta etapa!

“Nós temos a sorte de estar lidando com uma questão que tem a ver com todo mundo. Todo mundo nasceu, e a maior parte das pessoas vai querer ter um filho. Então, esse tema diz respeito a toda a sociedade”

Daphne Rattner

“Para mudar o mundo, primeiro é preciso  
mudar a forma de nascer”

Michel Odent

## RESUMO

No Brasil, mais da metade dos bebês nascem de parto cesáreo (LEAL; GAMA, 2014). No entanto, de acordo com a Organização Mundial da Saúde – OMS (2015) os indicadores aceitáveis de partos com intervenção cirúrgica devem estar entre 10 e 15%. As modificações nas práticas culturais relacionadas ao parto constituíram o comportamento de dar à luz na atualidade. Historicamente o parto passou por alterações no ambiente, de domiciliar para hospitalar; na posição do parto de vertical para horizontal; e também na assistência à mulher antes exercida por parteiras e agora por médicos e enfermeiros. O alerta impulsionou a Eduardo Chauvet e Érica de Paula a produzirem o filme “O Renascimento do Parto” que reuniu o conhecimento e experiências de estudiosos e mães e abordou o assunto sobre como é realizado o parto no Brasil. O presente trabalho propõe-se a descrever e analisar as práticas individuais e culturais relacionadas à escolha do tipo de parto contidas no filme “O Renascimento do Parto”, utilizando o viés da Análise do Comportamento, por meio dos conceitos de contingências, metacontingências e macrocontingências. Os resultados apontam que o alto índice de cesáreas está relacionado às contingências individuais que predomina um esquema de reforçamento negativo e comportamentos entrelaçados entre os médicos, hospitais, planos de saúde e mulheres grávidas. Conclui-se que a falta de esclarecimentos sobre a realidade do parto natural e os

eventos aversivos no qual a mulher está sendo exposta é a principal causa que mantêm o comportamento de escolha pelo parto cesáreo.

**Palavras-chave:** parto, contingência, metacontingência.

### **ABSTRACT**

In Brazil, more than half of babies born by cesarean section (LEAL, GAMA, 2014). However, according to the World Health Organization - WHO (2015) acceptable indicators surgery with deliveries should be between 10 and 15%. Changes in cultural practices related to childbirth were the behavior of giving birth today. Historically childbirth underwent changes in the environment, from home to hospital; the position of the vertical birth to horizontal; and also in assistance to women before practiced by midwives and now by doctors and nurses. The alert boosted Eduardo Chauvet and Paula Erica to produce the film "O Renascimento do Parto" which brought together the knowledge and experiences of scholars and mothers and addressed the issue of how is done childbirth in Brazil. This paper aims to describe and analyze the individual and cultural practices related to the choice of delivery type contained in "O Renascimento do Parto", using the bias of Behavior Analysis, through the concepts of contingencies, metacontingencies and macrocontingency. The results show that the high caesarean rate is related to individual contingencies predominant negative reinforcement scheme and interlocking behavioral contingencies among physicians, hospitals, health plans and pregnant women. It is concluded that the lack of clarification about the reality of natural childbirth and aversive events in which the woman is being exposed is the main cause that maintain the behavior of choice for Cesarean delivery.

**Keywords:** birth, contingency, metacontingency.

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1:</b> Comparativo entre as informações que são transmitidas historicamente sobre o parto natural e as informações transmitidas pelo filme que não são compartilhadas historicamente .....	30
<b>Quadro 2:</b> Comparativo entre as informações que são transmitidas historicamente sobre o parto natural e as informações transmitidas pelo filme que não são compartilhadas historicamente .....	32
<b>Quadro 3:</b> Consequências apetitivas e aversivas do parto natural e cesáreo .....	32
<b>Quadro 4:</b> Análise das macrocontingências comportamentais envolvidas no comportamento da mulher .....	38
<b>Quadro 5:</b> Análise das macrocontingências comportamentais dos médicos e instituições .....	39

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1:</b> Representação do comportamento respondente inato .....	24
<b>Figura 2:</b> Representação do comportamento respondente aprendido .....	25
<b>Figura 3:</b> Representação do comportamento operante, .....	25
<b>Figura 4:</b> Representação do condicionamento operante, reforço positivo .....	26
<b>Figura 5:</b> Classificação do comportamento operante .....	26
<b>Figura 6:</b> Representação de uma metacontingência .....	27
<b>Figura 7:</b> Representação de uma macrocontingência .....	37
<b>Figura 8:</b> Representação de macrocontingência envolvida na escolha do parto cesáreo no Brasil .....	40

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Fiocruz Fundação Oswaldo Cruz

GM Gabinete do Ministro

MS Ministério da Saúde

OMS Organização Mundial da Saúde

PNH Política Nacional de Humanização

REHUNA Rede de Humanização do Parto e do Nascimento

SUS Sistema Único de Saúde

UNICEF Fundo das Nações Unidas para a Infância

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>2 MUDANÇAS NAS PRÁTICAS CULTURAIS ENVOLVIDAS NA ESCOLHA DO TIPO DE PARTO E EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS BRASILEIRAS .....</b>	<b>13</b>
<b>3 ANÁLISE DO COMPORTAMENTO .....</b>	<b>21</b>
<b>4 O RENASCIMENTO DO PARTO .....</b>	<b>29</b>
<b>5 ANÁLISE DAS CONTINGÊNCIAS, MACROCONTINGÊNCIAS E METACONTINGÊNCIAS ENVOLVIDAS NA ESCOLHA DO PARTO, CONTIDAS NO FILME .....</b>	<b>32</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>43</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>46</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>52</b>

11

## 1 INTRODUÇÃO

O nascimento é simbolizado pelo início de um novo ciclo, a continuidade da vida. Antes do nascimento, ainda na fase de gestação, a mulher vivencia um momento de mudanças emocionais, físicas e sociais que são acompanhadas por familiares e amigos que compartilham experiências e histórias sobre o parto, nascimento e cuidados com o bebê. Na gravidez, a mulher passa a idealizar o momento do nascimento do bebê e faz sua escolha sobre o tipo de parto.

Por muito tempo o parto natural era a única opção para a mulher. Era um evento familiar realizado em casa, quando a mulher era amparada por sua mãe, irmãs, cunhadas ou parteiras. Devido a complicações nos partos, os médicos desenvolveram novos métodos e técnicas para facilitar o nascimento, como fórceps, sedação, pequenas incisões na região do períneo (para ampliar o canal do parto) até a utilização de intervenções cirúrgicas conhecidas como cesarianas. A procura pelo apoio médico tornou-se popular e, gradativamente, as mulheres deixaram o ambiente familiar cheio de rituais e simbologias e passaram a dar à luz em maternidades (SEIBERT et al., 2005; ACKER et al., 2006; PIMENTA, et al., 2013).

A mudança do local de parto, da residência para o hospital constituiu outras formas de cuidado e também outros problemas. Atualmente, o cenário de parto e nascimento retrata elevados indicadores de mortalidade materna e infantil. Conforme dados do DATASUS, 46% das incidências de mortalidade infantil são em decorrência de inadequada atenção ao parto e ao recém-nascido (BRASIL/MS, 2015). Este cenário provocou discussões e reflexões na sociedade civil, Organização Mundial da Saúde, Ministério da Saúde e por este motivo foram estabelecidas políticas públicas visando melhorar a assistência à saúde e reduzir a mortalidade materna e neonatal.

As mudanças na condução do parto também provocaram alterações na predileção da mulher sobre o tipo de parto. Por consequência, o Brasil tem vivenciando o aumento acentuado no número de cesarianas. De acordo com a pesquisa realizada pela Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz, entre 2011 e 2012, 52% dos nascimentos no Brasil foi por cesarianas (LEAL; GAMA, 2014), nos hospitais particulares os indicadores foram de 88% e na rede pública 46% (LEAL; GAMA, 2014). A Organização Mundial da Saúde – OMS (2015) estabelece que os indicadores aceitáveis de partos com intervenção cirúrgica devem estar entre 10 e 15% e aponta que a mortalidade materna e infantil está ligada ao alto índice de cesarianas.

12

A partir do alerta da Organização Mundial da Saúde sobre o alto índice de cesarianas, considera-se relevante um estudo para identificar as contingências comportamentais individuais e grupais que podem ter influenciado para a redução de partos naturais e conseqüentemente no aumento do índice de partos cesáreos assistidos na contemporaneidade.

Este estudo propõe-se a descrever e analisar as práticas individuais e culturais relacionadas à escolha do tipo de parto contidas no filme “O Renascimento do Parto”, utilizando o viés da Análise do Comportamento, por meio dos conceitos de contingências, metacontingências e macrocontingências. Serão avaliados os argumentos e cenas do documentário e identificadas as contingências envolvidas na escolha do tipo de parto. Ao serem analisados os comportamentos do indivíduo e sociedade ao longo da história será possível descrever alguns entrelaçamentos comportamentais que ajudam a estabelecer as práticas culturais atuais. Trata-se de uma pesquisa relevante para que se possa compreender os contextos que

influenciaram na implementação das legislações em vigor, bem como avaliar as práticas de assistência à saúde que contribuem na escolha do tipo de parto.

Para construção do estudo foram levantados como problemas de pesquisa os acontecimentos históricos que contribuíram para que o parto com intervenção cirúrgica quase substituísse a prática do parto natural. Fez-se necessário, também, compreender a influência das práticas de assistência à saúde no Brasil e, finalmente, avaliar as perspectivas futuras considerando o cenário atual e a legislação de controle que envolve o parto, pós – parto e puerpério.

13

## **2 MUDANÇAS NAS PRÁTICAS CULTURAIS ENVOLVIDAS NA ESCOLHA DO TIPO DE PARTO E EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS BRASILEIRAS**

Por milhares de anos o parto natural era a única opção para dar à luz. Após o surgimento de partos com intervenção cirúrgica e a introdução do médico como figura essencial para sua realização, houve significativas modificações na realização do parto. Ao longo da história é possível observar alterações no local, na posição de parir e conseqüentemente na assistência à mulher durante o trabalho de parto.

O parto era realizado em ambientes domiciliares. As parteiras eram a figura principal para orientar a mulher durante a gravidez, no parto e no cuidado ao recém-nascido (ACKER et al., 2006; PIMENTA et al., 2013). Devia ser “sempre alguém de confiança da gestante e escolhida com antecedência para firmar este elo” (ACKER et al., 2006, p. 648).

A presença do homem durante o nascimento era proibida (CECAGNO; ALMEIDA, 2004), a assistência à parturiente era considerada assunto de mulheres, geralmente com a presença da mãe, irmãs e das parteiras que “criavam um clima



emocional favorável, com suas crenças, talismãs, orações e receitas mágicas para aliviar a dor das contrações” (SEIBERT et al., 2005, p. 246). O conhecimento dos homens sobre partos era relacionado às experiências na realização de partos em animais. Mas, foram os conhecimentos masculinos no manejo de partos com animais que favoreceram no apoio à mulher com complicações de parto (ACKER et al., 2006), em especial no primeiro caso de parto cesáreo reconhecido historicamente. O primeiro parto cesáreo em que sobreviveram mãe e filho ocorreu em 1500, na Suíça, e foi realizado pelo castrador de porcos, Jacob Nufer. Segundo Parente et al. (2010, p. 483), “Nufer abriu o ventre da esposa em golpe único, como abatendo porcos e extraiu seu filho vivo”. A história relata que a mulher ainda deu à luz a cinco filhos via parto vaginal, sendo um de gêmeos.

Outra versão sobre o primeiro parto cesáreo refere-se ao nascimento do imperador romano Caio Júlio César. Conta-se que o nascimento de Júlio Cesar ocorreu por meio da incisão do útero de sua mãe, e que se deve ao seu nome a origem da palavra cesárea. Porém, esta versão é refutada por estudiosos, porque naquele período prevalecia a Lei dos Reis ou *Lex Regia* (716-673 a.C.), que estabelecia que as cesáreas fossem realizadas somente após a morte da mãe com o objetivo de salvar a criança. A origem da palavra cesárea é proveniente da *Lex Regia*, que mais tarde

14

foi denominada *Lex Caesarea* e depois apenas cesárea (REZENDE, 2009; PARENTE et al., 2010).

Somente no século XIX as cesarianas passaram a ser executadas com mais frequência. Naquela época, as cidades industriais da Europa e América vivenciavam a epidemia de raquitismo causada pela nuvem de fumaça que pairava pelas cidades,

impedindo a entrada do sol (CUNHA, 2014). As crianças que sobreviviam tornavam-se adultos com estrutura física deformada.

Sequelas deformantes do raquitismo infantil nos ossos pélvicos impediram que futuras gestantes pudessem ter parto normal. O estreitamento dos canais de parto provocou o médico escocês Murdock Cameroan, em Glasgow, lançar mão da antiga técnica de cesariana que, sempre temida e evitada, passou a ser necessária na segunda metade do século (CUNHA, 2014, p. 252). Enquanto isso, no início do século XIX, o Brasil inaugurava o primeiro Colégio

Médico Cirúrgico (NISKIER, 2011). José Correia Picanço, brasileiro formado em medicina na França, foi o primeiro médico da Casa Real e do Conselho de D. João VI e responsável pela implantação do Colégio Médico Cirúrgico na Bahia e Rio de Janeiro (NISKIER, 2011). Picanço é considerado o pai da Obstetrícia no Brasil. A ele foi creditada a primeira operação cesariana no Brasil, realizada em Pernambuco em 1822 (REZENDE, 2009; PARENTE et. al., 2010).

Naquela época, em todo o mundo era rara a sobrevivência de mulheres submetidas a partos cesáreos (PARENTE et. al., 2010). Para reduzir a mortalidade foram realizadas novas experiências, como por exemplo, a retirada do útero e ovários das mulheres que eram submetidas ao parto cesáreo. De acordo com Parente et. al. (2010), após a alteração do método, de 50 casos realizados houve 58% de sobrevivência materna e 86% de sobrevivência fetal.

Essa prática se difundiu por todo o mundo e impulsionou estudos e desenvolvimento de novos métodos cirúrgicos, iniciando uma época de grande avanço na história do parto abdominal. No Brasil, em 1915, o médico Fernando Magalhães desenvolveu uma nova técnica para realizar cesarianas.

Isolava-se o útero exteriorizado com compressas e dois lençóis estendendo-se longitudinalmente sobre o órgão, depois de herniado e adaptado no segmento inferior um cordel resistente e elástico [...] Os resultados de Magalhães estão entre os melhores, mesmo quando comparados aos internacionais. De 161 casos houve mortalidade materna de 6,8%, e mortalidade fetal de 2,6%, índices já promissores. Em 1926, numa estatística americana, a mortalidade por cesariana era de 13% (PARENTE et al., 2010, p. 485). Neste período, mesmo com os avanços da medicina no Brasil, o parto

realizado por parteiras ainda era comum. Somente em 1901 com a regulamentação

das Faculdades de Medicina, por meio do Decreto no 3.902/1901, criou-se também o ensino oficial de obstetrícia para mulheres. As parteiras deveriam frequentar o curso de Obstetrícia por dois anos para receber o diploma (BRASIL, 1901); a partir de então o curso tornou-se obrigatório para atuação das parteiras (BRENES, 1991; ACKER et al., 2006). O Anexo 1 apresenta o registro da turma de parteiras diplomadas no Hospital de Maternidade Pró-Madre.

Por reivindicação da classe médica quanto à necessidade de praticar o que estudaram na teoria, no início do século XX inaugurou-se na Bahia a primeira maternidade. Devido aos padrões morais da época, as mulheres davam preferências às parteiras mantendo a tradição do parto domiciliar (ACKER et al., 2006). Por este motivo, as parteiras diplomadas foram convidadas para trabalhar nas maternidades sob o controle absoluto dos médicos (ACKER et al., 2006). O Anexo 2 apresenta o registro de uma cesariana realizada no Rio de Janeiro em 1907.

O curso de parto e o surgimento das maternidades são as principais mudanças para a transição do local do parto de domiciliar para hospitalar. As mulheres foram motivadas a se deslocarem para a maternidade, onde encontrariam o apoio das parteiras e do médico. Assim, a procura pela realização dos partos nas maternidades aumentou gradativamente.

Depois de pouco mais de duas décadas da regulamentação do curso de parteira houve a extinção do curso, em 1925, a partir da publicação do Decreto no 16.782-A, que estabeleceu o concurso da União para a difusão do ensino primário, organizou o Departamento Nacional do Ensino e designou reformas no ensino

secundário e superior. Dentre as reformas, o Artigo 133 estabeleceu a supressão do curso de parteiras e a criação do curso de Enfermagem (BRASIL, 1925).

Gradativamente as parteiras foram retiradas do ambiente hospitalar passando as atividades de assistência ao parto para as enfermeiras. No entanto, até os dias atuais as parteiras permanecem auxiliando as mulheres principalmente em locais sem assistência médica como em áreas rurais, tribos e comunidades isoladas.

Segundo o Ministério da Saúde,

Estima-se que existe um número expressivo de parteiras tradicionais, principalmente das regiões Norte e Nordeste. Entretanto, não se dispõe de dados que expressem o real quantitativo das parteiras, pois existe um cadastramento insuficiente destas por parte das secretarias estaduais e municipais de saúde, visto que ainda é predominante a situação de não articulação do trabalho das parteiras tradicionais com o sistema de saúde formal (BRASIL, 2010, p.15).

16

O papel da parteira sofreu alterações e, além da assistência à mulher e criança, passou a ser também o elo para apoiar a mulher na procura do serviço de saúde (MORIM, 2009).

Semelhante à função das parteiras uma nova atividade que nasceu a partir de um movimento contrário a forma de assistência oferecida à mulher nos dias atuais, as Doulas. Elas também têm exercido um papel importante no cuidado à mulher durante o parto e pós-parto. As Doulas são acompanhantes de parto, treinadas para dar apoio emocional e físico à mulher, em especial para proporcionar métodos menos invasivos em lugar da medicalização durante o trabalho de parto (FLEISCHER, 2005).

Atualmente, pouco mais de 98% dos partos são realizados em hospitais (BRASIL/DATASUS, 2015). De acordo com Morim (2009, s/p), “contribuem para esse fato, entre outras coisas, a diminuição da taxa de natalidade, o maior acesso aos

serviços de saúde e a valorização do conhecimento biomédico”. Ir ao hospital para dar à luz tornou-se cultural em várias partes do mundo.

Além da alteração de local para realização do parto, a posição de parir também sofreu modificações ao longo dos anos. Na antiguidade a posição adotada para o parto era instintiva, as mulheres davam preferência à posição vertical. Assumiam a posição ereta ou semiereta nos momentos de expulsão da criança (HYPPÓLITO, 1997; SABATINO; SABATINO, 2004). Além da gravidade que favorece a expulsão, a posição vertical facilita a abertura do canal de parto e é mais conveniente para a utilização de apoios como tijolos, cordas suspensas e cadeiras previamente confeccionadas.

Segundo Hyppólito (1197, p. 4), “na Guiné, as mulheres pariam sentadas no chão e, nos países de influência muçulmana, como no Egito, as mulheres davam à luz sentada numa cadeira”. No livro bíblico de Êxodo, escrito há aproximadamente 1400 anos a.C., está relatado que o povo de Israel tinha como prática o apoio das parteiras e uso de assentos, possivelmente aprendido da cultura egípcia. “E o rei do Egito falou às parteiras das hebreias [...]: Quando ajudardes no parto às hebreias e as virdes sobre os assentos, se for filho matai-o, mas se for filha então viva” (BÍBLIA/ ÊXODO 1:15,16).

As cadeiras de parto, também chamadas de cadeira obstétrica, foram utilizadas durante muitos anos em várias regiões do mundo, por famílias pobres e ricas. Havia diversos modelos que variavam de acordo com a condição social da família. Por exemplo, as cadeiras utilizadas pela nobreza eram ricamente esculpidas e forradas

de veludo e integravam o enxoval da noiva (ACKER et. al., 2006). O Anexo 3

apresenta uma ilustração de Eucharius Rösslin, médico Alemão que em 1513, retratou o uso de cadeiras, apresentando também a figura da parteira. Os Anexos 4 e 5 mostram os tipos de cadeiras obstétricas utilizadas pela realeza e pela classe pobre.

As alterações na posição do parto ocorreram a partir de sua medicalização, ou seja, da transferência do ambiente familiar para o ambiente hospitalar. A posição decúbito dorsal foi introduzida para facilitar a atuação do médico. De acordo com Mamede, Mamede e Dotto (2007), no século XVII, o médico francês François Mauriceau defendia que a “posição reclinada seria a mais confortável para a parturiente e para o profissional que assiste o parto” (p. 333). A mudança da posição de vertical para horizontal refletiu principalmente a perda do protagonismo da mulher durante o trabalho de parto. O Anexo 6 exemplifica a posição de decúbito dorsal, a qual até hoje, em alguns hospitais, as mulheres são submetidas.

Além das alterações no local do parto e da posição do parir, observaram-se também mudanças na assistência à mulher. Em casa a mulher poderia decidir onde e como parir, já no hospital as mulheres são submetidas a variados procedimentos médicos como a posição de decúbito dorsal, ou seja, a mulher é mantida deitada de barriga para cima, episiotomias de rotina (extinta em alguns hospitais), que é uma incisão entre a vagina e ânus utilizadas para ampliar o canal do parto, raspagem dos pelos, lavagem intestinal, jejum e até sedativos. Sobre a utilização de sedativos, Diniz (2005, p.628) descreve que

Durante várias décadas do século XX, muitas mulheres de classe média e alta no mundo industrializado deram à luz inconscientes. O parto sob sedação total ("sono crepuscular", ou *twilight sleep*) começou a ser usado na Europa e nos Estados Unidos nos anos 10, e fez muito sucesso entre os médicos e parturientes das elites. Envolvia uma injeção de morfina no início do trabalho de parto e, em seguida, uma dose de um amnésico chamado escopolamina, assim a mulher sentia a dor, mas não tinha qualquer lembrança consciente do que havia acontecido. Geralmente o parto era induzido com ocitócitos, o colo dilatado com instrumentos e o bebê retirado com fórceps altos. Como a

escopolamina era também um alucinógeno, podendo provocar intensa agitação, as mulheres deveriam passar o trabalho de parto amarradas na cama, pois se debatiam intensamente e às vezes terminavam o parto cheias de hematomas (DINIZ, 2005, p.628).

Ficam evidentes as mudanças na assistência ao parto, e para dar conta dessa demanda foram estabelecidas legislações voltadas à saúde de modo geral e específicas à gestação, parto e nascimento. Quando a assistência à saúde tornou-se de total responsabilidade do Estado, com a promulgação da Constituição Federal do Brasil buscaram-se melhorias no cuidado à população de modo geral (BRASIL, 1988).

18

Assim, em 19 de setembro de 1990, foi instituída a Lei Orgânica da Saúde no 8.080 que legitimou a responsabilidade do Estado na assistência à saúde. O grande marco da lei no 8.080 foi a criação do Sistema Único de Saúde – SUS para atender a população em todas as esferas de saúde desde a atenção básica até a alta complexidade (BRASIL, 1990).

Surgiram, então, diversas políticas públicas relacionadas ao parto, nascimento e puerpério. No ano 2000, por exemplo, foi publicada a Portaria GM/MS n.o 569 de 10 de junho de 2000 que institui o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. A portaria constituiu princípios e condições para a adequada assistência ao parto e estabeleceu a adoção de práticas humanizadas e seguras com condutas acolhedoras e não intervencionistas (BRASIL/MS, 2000). No mesmo ano de publicação ocorreram 46.490 óbitos infantis, sendo que 32% dos óbitos infantis poderiam ser evitados se tivesse sido oferecida uma adequada assistência ao recém-nascido (BRASIL/MS, 2015). Ainda em decorrência da fragilidade da assistência à saúde no setor público, foi implementada em 2003 a mais conhecida iniciativa do SUS, a Política Nacional de

Humanização – PNH. Esta iniciativa pretende reestabelecer o princípio do cuidado e ampliar a responsabilidade para além do Estado. Abrangendo todas as esferas de atendimento à saúde, a PNH buscou pôr em prática os princípios e diretrizes estabelecidas na Lei 8080/90 compreendendo a importância de valorização de todos os sujeitos envolvidos neste processo, ou seja, usuários, trabalhadores e gestores (BRASIL/MS/2013).

A PNH instituiu os princípios da transversalidade, indissociabilidade entre atenção e gestão, o protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos. A transversalidade propõe que a comunicação entre os sujeitos seja realizada em todos os momentos dentro ou fora das instalações públicas.

“Transversalizar é reconhecer que as diferentes especialidades e práticas de saúde podem conversar com a experiência daquele que é assistido” (BRASIL/MS, 2013, s.p.). A transversalidade permite a inserção de saberes diferentes para produzir saúde. Para que ocorra a indissociabilidade entre atenção e gestão, a proposta é alterar as práticas de cuidado não havendo diferença na proposta da gestão e na forma de atuação dos profissionais da saúde, isto quer dizer que não seria possível separar os aspectos clínicos e políticos. O princípio do protagonismo,

19

corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos busca envolver a participação individual de forma que cada sujeito independentemente de sua atuação (usuários, trabalhador ou gestor) deve se responsabilizar pela promoção da saúde.

“Um SUS humanizado reconhece cada pessoa como legítima cidadã de direitos e valoriza e incentiva sua atuação na produção de saúde” (BRASIL/MS, 2013, s.p.).

Para promover melhor assistência durante o parto, nascimento e puerpério a



mulher recebeu o direito de ser acompanhada por alguém de sua livre escolha durante sua permanência no hospital. A Lei no 11.108, instituída em 7 de abril de 2005, também conhecida como Lei do Acompanhante, garante às parturientes o direito a presença do acompanhante de sua livre escolha, para apoiá-la durante sua permanência no hospital público (BRASIL/MS, 2005). Este direito também foi ampliado às mulheres que são atendidas nos hospitais de iniciativa privada a partir da Resolução da Diretoria Colegiada no 36 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, publicada em 03 de julho de 2008 (BRASIL/MS/ANVISA, 2008).

Nesse momento, os hospitais particulares, passaram a cobrar as despesas pela permanência dos acompanhantes. Após novas discussões a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS publicou a Resolução Normativa no 211 em 11 de janeiro de 2010, para bloquear a cobrança de despesas do acompanhante nas situações vinculadas à obstetrícia, seja na modalidade enfermagem ou individual, uma vez que esta cobrança limitaria o acompanhamento da mulher durante o parto (BRASIL/ANS/MS, 2010). A participação do familiar é essencial para a mulher se sentir segura e melhor assistida durante sua permanência no hospital.

Para melhoria na assistência à mulher, em 5 junho de 2008 foi publicada a Portaria no 1.119/GM/MS, que regulamentou a vigilância de óbitos maternos (BRASIL/GM/MS, 2008) e em 2011 foi instituída a Portaria de no 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011, que criou a Rede Cegonha no âmbito do SUS. De acordo com esta Portaria, a Rede Cegonha consiste em uma rede de cuidados que visa assegurar para a mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, visa também, dar à criança o direito ao nascimento seguro, ao crescimento e ao desenvolvimento saudável (BRASIL/GM/MS, 2011). A Rede Cegonha pretende melhorar o acesso à saúde proporcionando o acompanhamento

da mulher e bebê desde o pré-natal até os dois anos da criança.

Em 2013 o Fundo das Nações Unidas para a Infância – UNICEF divulgou os resultados da pesquisa realizada para estimar a prevalência de nascimentos pré-

20

termos no Brasil e suas possíveis causas. A pesquisa destacou que 11,7% dos nascimentos no Brasil são de crianças prematuras, e é uma das principais causas de morte neonatal (UNICEF, 2013). Consideram-se prematuros bebês que nascem com menos de 37 semanas de gestação. A pesquisa apontou que as cesarianas estão relacionadas ao nascimento de bebês prematuros, sendo que “as mais altas taxas são observadas nas regiões mais desenvolvidas Sudeste, Sul e Centro-Oeste, enquanto as mais baixas estão nas regiões Norte e Nordeste” (UNICEF, 2013).

Devido ao elevado número de cesáreas na rede privada e os índices de mortalidade em bebês prematuros, recentemente, em 06 de janeiro de 2015, a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS estabeleceu novas regras para operadoras de planos de saúde, no intuito de estimular o parto natural também nos hospitais de iniciativa privada. A Resolução Normativa no 368 estabeleceu a obrigatoriedade de divulgação dos percentuais de cirurgias cesáreas e de partos naturais por estabelecimento de saúde e por médico, bem como a utilização do partograma, do cartão da gestante e da carta de informação à gestante (BRASIL/ANS/MS, 2015).

Existem contínuas discussões no setor público e por parte da sociedade em busca de melhores condições à saúde. Todavia, as mortalidades maternas e infantis indicam que há lacunas neste processo que contribuem para indicadores desfavoráveis decorrentes de cesarianas. As mulheres que se submetem ao parto

natural relatam com frequência as agressões médicas por meio de frases coercitivas como: “na hora que você estava fazendo, você não estava gritando desse jeito, né?”; “Não chora não, porque ano que vem você tá aqui de novo”; “Se você continuar com essa frescura, eu não vou te atender” (CIELLO et al, 2012, p. 2).

Os casos de violência obstétrica são uma realidade que está provocando discussões mundiais sobre o assunto. A Organização Mundial da Saúde publicou em 2014 a carta para prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. A OMS declarou que “tal tratamento não apenas viola os direitos das mulheres ao cuidado respeitoso, mas também ameaça o direito à vida, à saúde, à integridade física e a não discriminação” (OMS, 2014, p. 1).

A sociedade civil também organizou movimentos como a Rede de Humanização do Parto e do Nascimento – REHUNA, “Parto do Princípio”, “Ong Bem Nascer”, “Despertar do Parto” que buscam retomar o papel de protagonista para a mulher e melhor assistência durante gravidez, parto e puerpério.

21

### **3 ANÁLISE DO COMPORTAMENTO**

As alterações na forma de dar à luz modificaram a predileção da mulher na escolha entre parto natural e cesáreo e estes e outros comportamentos humanos podem ser estudados a partir de preceitos científicos. A Análise do Comportamento é uma das abordagens da psicologia que estuda os organismos e suas interações, ou seja, estuda o comportamento, por isso possui embasamento teórico que pode favorecer na compreensão das práticas culturais relacionadas à escolha do tipo de parto. Esta abordagem busca compreender o porquê as pessoas emitem determinados comportamentos a partir da investigação dos estímulos ambientais e a

resposta a estes estímulos.

A partir desse entendimento torna-se possível compreender porque certas práticas se reproduzem ao longo do tempo. O comportamento, segundo Skinner, é resultado de três níveis de seleção, ou seja,

é o produto conjunto de a) contingências de sobrevivência responsáveis pela seleção natural das espécies, e b) contingências de reforçamento responsáveis pelos repertórios adquiridos por seus membros, incluindo c) contingências especiais mantidas por um ambiente cultural evoluído (SKINNER, 1981/2007, p.131).

Os três níveis de seleção são a filogenia, a ontogenia e a cultura. A filogenia pertence ao modelo de seleção natural das espécies descrito por Darwin, no qual as características biológicas ou comportamentais são selecionadas e transmitidas de geração a geração, pois contribuem para a sobrevivência e/ou a reprodução da espécie. O organismo que consegue modificar seu comportamento pode estar em um processo de reforçamento e é assim que se constitui a ontogênese. A ontogênese corresponde à história de aprendizagem do organismo. Ao longo da vida, o comportamento do sujeito passa por modificações, à medida que o sujeito se relaciona com o meio, novas respostas são apresentadas, este é o segundo nível de seleção.

Um comportamento pode ser transmitido de geração em geração produzindo e acumulando conhecimento ao longo de várias gerações de indivíduos construindo o terceiro nível de seleção, a cultura (MARTONE; TODOROV, 2007). Quando estamos em grupo, o comportamento de um indivíduo pode influenciar os outros, isto ocorre porque há significativa importância de um organismo para outro como um reforçador social (SKINNER, 1904/1998). O estudo da cultura é fonte para o conhecimento de um grupo e relevante para compreensão do controle social, além de seus reforçadores.

Os organismos possuem dois tipos de comportamento o respondente e o operante. Algumas das respostas dependem do estímulo imediatamente antecedente, como por exemplo, a dilatação ou contração da pupila diante da alteração de luminosidade. Assim, como o organismo responde a um estímulo é denominado de comportamento respondente. A contração da pupila diante da luminosidade é um reflexo inato desenvolvido ao longo da evolução da espécie para sua sobrevivência (BAUM, 2006).

O comportamento respondente também pode passar pelo processo de aprendizagem e o organismo passa a reagir a estímulos que antes não produziam nenhum efeito como, por exemplo, acelerar os batimentos cardíacos e aumentar a transpiração ao sentir o cheiro do perfume que lembra alguém. A princípio, o perfume não causa nenhuma reação reflexa, mas após sucessivos contatos com a pessoa que usava o perfume estabelece-se um emparelhamento entre estímulos e, logo, apenas sentir o cheiro do perfume pode eliciar reações no organismo (taquicardia, sudorese). Houve então, uma aprendizagem chamada neste caso de condicionamento respondente.

Enquanto no comportamento respondente o organismo reage ao estímulo antecedente, no comportamento operante a resposta emitida pelo organismo produz uma alteração no ambiente (MOREIRA; MEDEIROS, 2007), ou seja, a resposta produz uma consequência. O comportamento operante é a ação do organismo sobre o ambiente e para esta ação espera-se uma consequência, como por exemplo, cumprimentar alguém dizendo “oi!” e como consequência ouvir um “olá!” (MOREIRA; MEDEIROS, 2007).

O comportamento operante pode ser condicionado a partir das experiências

vividas pelo organismo. A consequência de um comportamento pode aumentar ou diminuir a frequência de ocorrer novamente. Quando a consequência de um comportamento produz efeito sobre o ambiente e tal efeito influencia o comportamento no futuro, então diz-se que é um condicionamento operante (MOREIRA; MEDEIROS, 2007). Quando a consequência aumenta a frequência de um comportamento, diz-se que é reforçadora. Por exemplo, dentro de tudo o que foi anteriormente apresentado sobre o parto, os indicadores atuais de cesarianas demonstram que a escolha por partos com intervenção cirúrgica aumentou de forma acentuada ao longo dos anos, ou seja, “escolher cesarianas” é um comportamento cuja frequência está aumentada.

23

Isto indica que existem reforçadores que estão contribuindo para a ocorrência de cesarianas, o nome técnico para o aumento na frequência da resposta é reforço. Desta forma, pode-se dizer que a procura por cesariana está aumentada devido algum processo de reforçamento.

Existem dois tipos de reforço, o positivo e o negativo. Às vezes a frequência de um comportamento está aumentada porque há a apresentação de um estímulo reforçador, neste caso diz-se que é um reforço positivo. Quando a frequência está aumentada porque a consequência de tal ação é se livrar ou evitar algo aversivo chama-se de reforço negativo.

No reforço positivo o estímulo reforçador está presente, exemplo, o sujeito cumprimenta alguém dizendo “oi!” e como consequência ouve um “olá!”, se em um contexto semelhante o sujeito emitir o mesmo comportamento porque espera ouvir “olá!” então essa consequência é reforçadora. Já no reforço negativo a frequência do comportamento aumenta a probabilidade de ocorrer para não entrar em contato com

o estímulo aversivo. Considerando nosso tema, uma hipótese é que a frequência de “escolher cesariana” pode estar aumentada para não entrar em contato com a dor.

Quando a frequência de emitir um comportamento está reduzida, diz-se que é uma punição. Também classificada como positiva e negativa, na punição positiva o organismo “diminui a probabilidade de o comportamento ocorrer novamente pela adição de um estímulo aversivo” (MOREIRA; MEDEIROS, 2007, p.71), já na punição negativa o organismo reduz a frequência de emitir um comportamento em consequência da retirada de um estímulo que é reforçador (MOREIRA; MEDEIROS, 2007). Ainda conforme o tema deste trabalho, talvez as mulheres não queiram entrar em contato com alguma consequência aversiva, as ofensas, por exemplo, reduzindo a escolha por parto natural, isto é chamado de punição positiva. Ou talvez as mulheres não queiram perder algo reforçador como, por exemplo, o bebê, então se diminui a frequência de “escolher parto natural” para não perder o bebê. Na punição, o comportamento pode diminuir a frequência até ser eliminado do repertório.

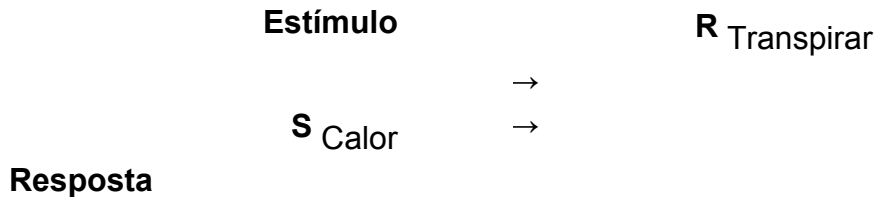
Agora que foram apresentados os conceitos de comportamento e condicionamento respondentes e operantes é possível compreender como é realizada a análise das contingências. Contingências, de acordo com Todorov (2012, p. 59) é “uma relação entre eventos ambientais ou entre comportamento e eventos ambientais na forma condicional (se... então...)”.

24

Para analisar as contingências são utilizados símbolos. O estímulo antecedente é representado pela letra S e a resposta representada pela letra R. O estímulo é “qualquer alteração ou parte do ambiente que produza uma mudança no organismo” (MOREIRA; MEDEIROS, 2007) e a resposta é “qualquer alteração no organismo

produzido por uma alteração no ambiente” (MOREIRA; MEDEIROS, 2007). O sujeito emite um comportamento dependendo do contexto em que está inserido. O contexto é simbolizado por um traço (–) e a probabilidade deste comportamento ser emitido é simbolizada por uma seta (→).

Conforme afirmado anteriormente, os comportamentos respondentes são reflexos, logo existe o estímulo antecedente que elicia uma resposta, ou seja, apenas  $S \rightarrow R$ , por isso chamado de contingência de dois termos. O exemplo apresentado na figura 1 demonstra a análise das contingências do comportamento respondente inato.



**Figura 1:** Representação do comportamento respondente inato.

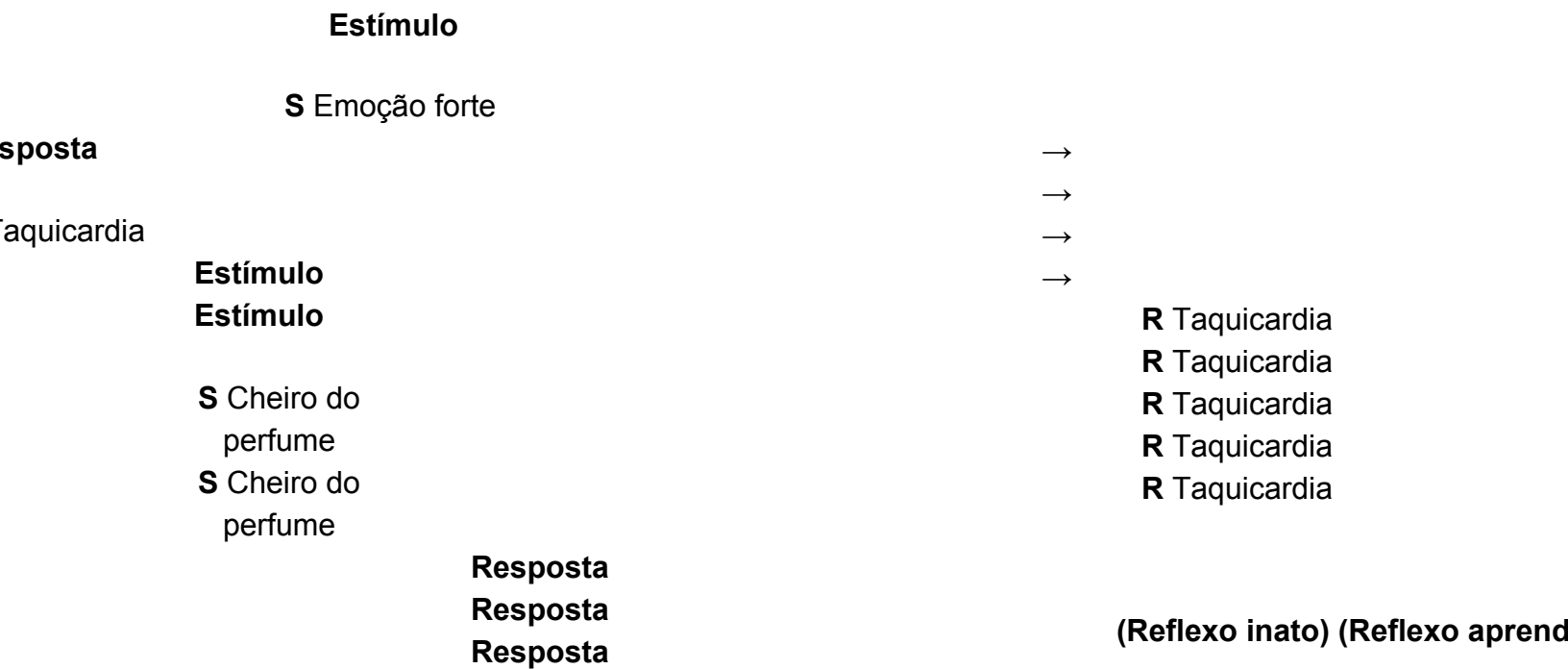
Esclarecendo o exemplo acima, diante do calor (S) existe a probabilidade de o organismo transpirar (R).

No condicionamento respondente ocorre a aprendizagem, ou seja, quando o organismo elicia um comportamento reflexo diante de um estímulo que não tem essa função, diz-se que ocorreu o condicionamento respondente. A figura 2 demonstra a representação do condicionamento respondente, conforme o exemplo dado anteriormente.

### **Cheiro do perfume da pessoa amada**

Emparelhamento de estímulos





**Figura 2:** Representação do condicionamento respondente, adaptado (MOREIRA; MEDEIROS, 2007).

O comportamento operante está relacionado à ação do organismo e sua consequência. Neste caso haverá uma contingência de três termos, por causa da existência de um estímulo antecedente (S) e a emissão da resposta (R) para que ocorra uma consequência no ambiente (S). A figura 3 representa um exemplo de comportamento operante.

**Estímulo**

S –

Novo reflexo

R →

Consequência  
Consequência

S  
S

## Resposta

Diante de uma pessoa Dizer “Oi” “Olá!”

### Figura 3: Representação do comportamento operante

Dependendo da consequência o sujeito pode aumentar ou diminuir a frequência de emitir o comportamento. No exemplo acima, se a resposta foi reforçadora então há probabilidade de o sujeito aumentar a frequência de emitir este comportamento novamente em situação semelhante. Assim, no momento em que um determinado estímulo ambiental sinalizar (Sd) a ocasião em que determinada consequência será apresentada, haverá maior probabilidade de emissão da resposta, ocorrendo, então o condicionamento operante.

A figura 4 apresenta um esquema de condicionamento operante. Diante da consequência reforçadora (S+) o sujeito pode aumentar a frequência de cumprimentar uma pessoa numa situação semelhante.

26

R →

Estímulo

Consequência  
Consequência

Sd –

S+  
S+

Resposta

Diante de uma pessoa Dizer “Oi” “Olá!”

**Figura 4:** Representação do condicionamento operante, reforço positivo.

O exemplo acima representa apenas um tipo de condicionamento operante, o reforço positivo. Conforme descrito anteriormente no comportamento operante há reforço positivo, reforço negativo, punição positiva e punição negativa. A figura 5, desenvolvida por Filipakis (2012, p.12), ilustra as condições de classificação do comportamento operante e proporcionará melhor compreensão do tema.

**Figura 5:** Contingências do comportamento operante (FILIPAKIS 2012, p. 12).

As contingências de três termos ( $S - R \rightarrow S$ ) são utilizadas para analisar o comportamento individual, porém não abrange a análise das contingências de um grupo. Sabe-se que as consequências dos comportamentos individuais em longo prazo afetam a sociedade (TODOROV; MOREIRA, 2005). Então, para analisar a relação das consequências que ligam diferentes sujeitos Sigrid Glenn desenvolveu, em 1986, o conceito de metacontingência.

Inicialmente a metacontingência compreendia os comportamentos dos indivíduos entrelaçados para que ocorresse o resultado, chamado por Glenn (1991) de produto agregado. Desde 1986, quando Glenn lançou a unidade de análise do terceiro nível de seleção, o conceito de metacontingência tem sido aperfeiçoado. Em

27

2004 Glenn e Malott incluíram o sistema receptor como fator importante para continuidade do comportamento entrelaçado, explicando que “as contingências comportamentais entrelaçadas cessarão sua recorrência se não houver demanda pelos seus produtos” (GLEN; MALOTT, 2004 apud MARTONE; TODOROV, 2007, p. 187). Em 2006 os estudos avançaram ainda mais e lançaram a ideia do culturante, “quando as linhagens operantes de um número de pessoas são suficientemente similares em forma ou produto. Assim, tais linhagens podem ser denominadas de prática cultural” (GLENN, 2006 apud MARTONE; TODOVORV, 2007, p. 188).

Um exemplo de metacontingência é uma linha de produção de automóveis em que há diferentes profissionais com funções específicas. Quando todos trabalham (comportamento entrelaçado) resultam no produto agregado que é o automóvel. Contudo, a probabilidade dessa equipe continuar a produzir automóveis vai depender do sistema receptor, ou seja, vai depender se as pessoas vão gostar do modelo, da cor, da funcionalidade entre outros aspectos do automóvel para então comprá-lo. Se o automóvel for comprado por diversas pessoas mais chances tem de manter a linha de produção. A figura 6 representa o conceito de metacontingência.

**Figura 6:** Representação de uma metacontingência (SILVA, 2012).

O desenvolvimento da metacontingência possibilitou uma compreensão mais ampla das práticas culturais. Alguns operantes individuais também provocam resultados que podem se tornar um problema social. O conceito de macrocontingência estuda a relação entre a ocorrência dos comportamentos individuais, não entrelaçados, mas que em longo prazo produzem um efeito cumulativo (GLENN, 2004). De acordo com Silva (2012, p. 21),

28

a macrocontingência seria, então, comportamentos similares de muitos indivíduos, gerados individualmente, ou seja, sem transmissão cultural e que, por serem emitidos por muitas pessoas simultaneamente, a soma de cada uma das consequências individuais gera um efeito sobre todos os indivíduos envolvidos na prática. Quanto mais indivíduos envolvidos na prática, maior o efeito ambiental.

Os estudos do terceiro nível de seleção, a cultura também tem possibilitado a compreensão da transmissão de conhecimento para a aprendizagem dos membros do grupo.

Assim, a aprendizagem pode ocorrer pela experiência individual, por modelos e também por instruções ou regras. A aprendizagem por experiência do indivíduo

compreende o segundo nível de seleção, a ontogênese, em que o indivíduo ao interagir com o ambiente vivencia suas próprias experiências e aprende a partir das consequências de seu comportamento. Os modelos são referências de comportamentos transmitidos por outros, de acordo com Lé-Sénéchal Machado (2007, p. 12) “atos de imitação, como instâncias primárias de um repertório, constituem-se como uma boa maneira para variantes comportamentais aparecerem, sendo depois selecionada pelas contingências operantes”, ou seja, novos comportamentos surgem a partir da imitação e a probabilidade de ocorrer novamente pode ser alterada de acordo com as consequências vivenciadas individualmente. Um ato de imitação terá sua probabilidade de ocorrer novamente alterada de acordo com os reforçadores ou punidores sociais.

Seguir regras também é um comportamento reforçado socialmente. São contingências operantes, pois estão relacionadas a uma condição, se o indivíduo emitir o comportamento conforme a regra anunciada, então terá uma consequência reforçadora, ou se emitir um comportamento oposto, então terá uma consequência punitiva. As regras são criadas para controlar um comportamento estabelecendo o reforço e/ou punição.

Fruto do comportamento verbal, as regras são transmitidas pelo grupo favorecendo o desenvolvimento da cultura. As experiências individuais são verbalizadas e assim o ouvinte pode alterar seu comportamento de acordo com as informações recebidas. De acordo com Skinner (1904/1998, p. 131) “ao receberem conselhos, ao atentarem para avisos, ao seguirem instruções, e ao observarem regras, as pessoas podem se beneficiar do que outros já aprenderam”. Pode-se dizer que o comportamento verbal possibilita a apropriação do conhecimento e da cultura, de forma que os operantes se estabeleçam entre os indivíduos do mesmo grupo.

As regras são transmitidas por familiares, amigos, meios de comunicação como televisão, rádio, internet, revistas, filmes e também pelas agências controladoras que, para Skinner (1904/1998), são o governo, a religião, a psicoterapia, a economia e a educação. Sobre as agências governamentais, as leis são “a codificação de seus procedimentos controladores” (SKINNER, 1904/1998), elas determinam o comportamento e as consequências de um determinado comportamento. O indivíduo deve estar atento aos limites legais e as consequências punitivas ou reforçadoras de seus atos.

#### **4 O RENASCIMENTO DO PARTO**

Lançado em 2013, “O Renascimento do Parto” é um documentário de 90 minutos, produzido e dirigido por Eduardo Chauvet. A pesquisa, roteiro e produção foram elaborados por Érica de Paula, psicóloga formada pela Universidade de Brasília. No filme, alguns profissionais, estudiosos (antropólogo, médico obstetras, enfermeiro, doula, obstetrix) e mães contam sua experiência e opinião sobre o parto e o nascimento no Brasil, dentre eles estão Michel Odent, um dos médicos precursores do parto humanizado e Robbie Davis Floyd antropóloga americana, pesquisadora do Departamento de Antropologia da Faculdade de Austin, Texas, sobre assuntos de gênero, reprodução e rituais.

As cenas de parto apresentadas no filme são reais, tanto cesáreas quanto parto natural. A primeira parte mostra a dificuldade das grávidas em conseguir um médico obstetra na rede particular que aceite realizar o parto natural. Os profissionais que aparecem no filme criticam o agendamento de cesarianas antes do início do trabalho

do parto, em muitos casos realizados sem justificativa clínica adequada. O filme alerta sobre o alto índice de cesarianas como uma consequência cultural que surge do fato de que tanto profissionais quanto pacientes acreditam que o parto cesáreo é mais controlado e menos arriscado para a mãe e para o bebê.

Para impedir que a mulher opte pelo parto natural alguns mitos foram constituídos ao longo dos anos. Tornou-se normal a ideia de que parto com intervenção cirúrgica é sem risco e que o médico possui total controle da situação, o que não é verdade. Além disso, esquecem-se de que também há outros interesses do médico e hospital: os médicos consideram o retorno financeiro pago pelos planos de saúde insuficiente para acompanhar um parto natural, que pode demorar várias horas;

30

há também o interesse dos gestores dos hospitais para que seja utilizada toda a estrutura hospitalar de forma a gerar mais retorno financeiro.

Na segunda parte do filme, os impedimentos para que a mulher tenha o parto natural começam a ser desmitificados. Os profissionais desconstruem os mitos e relatam os riscos e prejuízos de ser realizada uma cesariana sem necessidade. Para proporcionar o empoderamento da mulher na escolha do tipo de parto, o filme apresenta histórias de parto natural e sua importância como, por exemplo, a liberação do hormônio natural, a ocitocina, que é fundamental para o vínculo entre a mãe e o bebê. Também indica a possibilidade de retomar a forma de parto como era realizada pelos antepassados, de forma natural e humanizada, de acordo com a escolha da mulher que pode optar por parto em casa, no hospital, no chuveiro, com médico, parteira ou doula.

Os depoimentos das mães que aparecem no filme retratam como as



informações sobre a forma de parir são transmitidas. Nos quadros 1 e 2 estão relacionadas as principais afirmativas apresentadas no filme sobre o parto natural e parto cesáreo que contribuem para a predileção da mulher.

**Quadro 1:** Comparativo entre como as informações que são transmitidas sobre o parto natural e as orientações que o filme apresenta que não são partilhadas historicamente.

**Forma que as informações sobre parto natural são transmitidas historicamente**

O parto é doloroso. A dor ocorre durante as contrações: a mulher sente dor e em seguida relaxa. Somente no final do período de parto as contrações são mais intensas e com intervalos menores.

Se não fizer a episiotomia de rotina o bebê rasga a passagem.

Estudos científicos atuais contestam o uso de episiotomia. Quando há uma laceração normal ocorre menos sangramento, não necessita de sutura e é menos dolorosa (MATTAR; AQUINO; MESQUITA, 2007).

A posição da mulher durante o parto tem que ser deitada de barriga para cima.

A mulher deve escolher a posição mais confortável e ir alterando ao longo do trabalho de parto.

Necessário ocitocina de rotina para acelerar o processo de parto.

Significa que não estão respeitando o tempo do trabalho de parto. A ocitocina torna o parto mais doloroso aumenta as contrações e reduz o tempo entre uma contração e outra.

**Informações transmitidas pelo filme que não são partilhadas historicamente**

**Forma que as informações sobre parto natural são transmitidas historicamente**

**Informações transmitidas pelo filme que não são partilhadas historicamente**

A mulher é incapaz porque o bebê é grande ou por causa da idade (muito velha ou muito nova).

corpo da mulher tem a funcionalidade de rir, geralmente o tamanho e peso do bebê é proporcional ao tamanho da mulher.

Frouxidão do períneo (musculatura ao redor do ânus e vagina).

egião do períneo é uma musculatura que tem capacidade de relaxar e contrair, de forma e retorna ao tamanho normal ou muito próximo do normal depois do parto.

31

Circular de cordão pode sufocar o bebê.

Até 40% dos bebês nascem com cordão enrolado no pescoço, não existe a possibilidade do cordão impedir o bebê de respirar porque ele recebe oxigênio do cordão umbilical e da placenta.

Tem mulher que não entra em trabalho de parto.

São raros os casos de mulheres que não entram em trabalho de parto. A maioria das mulheres entra em trabalho de parto, mas geralmente, ocorrem cesarianas antes de completar 42 semanas impedindo que iniciem as contrações.

A mulher não teve dilatação suficiente. Considera-se falta de dilatação quando não há

contrações a partir da 41ª semana de gestação sendo necessária a indução com a utilização de hormônios como, por exemplo, a ocitocina (DUZA et al., 2010). Algumas mulheres são encaminhadas precocemente sem estar em trabalho de parto ativo e não é respeitado o tempo necessário para a fisiologia da mulher.

O profissional empurra a barriga para forçar a saída do bebê (Manobra de Kristeller).

Essa prática foi desestimulada pelo MS, pois pode causar ruptura uterina, lesão do esfíncter anal, fraturas em recém-nascidos ou dano cerebral.

O filme apresenta também as informações construídas socialmente sobre o parto cesáreo e tenta desmitificar os argumentos considerando que partes deles não apresentam a realidade da intervenção cirúrgica.

32

**Quadro 2:** Comparativo entre como as informações que são transmitidas sobre o parto cesáreo e as orientações que o filme apresenta que não são partilhadas historicamente.

**Forma que as informações sobre parto natural são transmitidas historicamente**  
**Informações transmitidas pelo filme que não são partilhadas historicamente**

Salva a mulher e bebê da morte. Cesariana sem indicação apropriada está associada com o aumento das complicações respiratórias para o recém-nascido, aumento da chance de internação em UTI neonatal e aumento da mortalidade neonatal.

Mais confortável e sem dor. É uma cirurgia de grande porte, corta sete camadas de tecido até chegar ao útero, por isso requer maior tempo de internação e de recuperação.

É menos arriscado para a mãe e bebê.

Oferece três vezes mais risco que o parto natural.

**5 ANÁLISE DAS CONTINGÊNCIAS, MACROCONTINGÊNCIAS E METACONTINGÊNCIAS ENVOLVIDAS NA ESCOLHA DO PARTO, CONTIDAS NO FILME**

No desenvolvimento de repertórios comportamentais, o organismo está sujeito aos estímulos ambientais, apetitivos ou aversivos, que conduzirão ao aumento

ou redução da ocorrência de um comportamento. No presente estudo foram identificadas as possíveis consequências apetitivas e aversivas que podem contribuir para a escolha do parto, conforme apresentado no quadro abaixo.

**Quadro 3:** Consequências apetitivas e aversivas do parto natural e cesáreo.

Consequências apetitivas Consequências aversivas **Se aumentar parto natural**

Menor taxa de mortalidade materna e infantil.

Rápida recuperação pós-parto. Menor tempo de internação.

Menor incidência de bebês prematuros, consequentemente melhor desenvolvimento do bebê.

Menor incidência de problemas na amamentação.

Dor durante o parto.

Mulher submetida a procedimentos de rotina (episiotomia, limitação para andar, jejum, posição do parto geralmente, deitada de barriga para cima)

Violência obstétrica, frases coercitivas.

materna e infantil 33

**Se aumentar parto  
cesáreo**

não sente dor durante o

Maior taxa de mortalidade  
materna e infantil

Maior taxa de mortalidade

Maior retorno financeiro para  
médicos, hospitais e planos  
saúde.

Requer maior tempo para  
recuperação pós-parto.

Maior incidência de bebês  
prematuros,  
consequentemente  
problemas no  
desenvolvimento do bebê.

Maior incidência de problema na amamentação.

Os efeitos que os estímulos apetitivos e aversivos exercem sobre o comportamento podem ser evidenciados nas análises das contingências. Conforme exposto neste trabalho, a análise das contingências consiste em identificar a relação entre os eventos ambientais e o comportamento. Observa-se a relação condicional

apresentada abaixo, se o médico informar que há algum risco ao bebê caso espere pelo parto natural, então ela escolherá parto cesáreo para evitar o sofrimento do bebê.

### **S R S**

Médico informa que o	bebê sofra	
cordão umbilical está		Sufrimento do
em volta do pescoço do		Sufrimento do
bebê		bebê
		bebê

Mulher escolhe parto  
cesáreo para impedir

De acordo com Baum (2006, p. 278) “assim como imitamos pessoas bem sucedidas, também nos inclinamos a seguir regras dadas por pessoas bem-sucedidas”. Quando o médico estimula a prática de cesárea, passa a ser reforçador para que a mulher, uma vez que, o médico é considerando detentor de saber. Na análise acima, trata-se de reforço negativo do qual a mulher segue as regras informadas pelo médico para livrar o bebê do sofrimento.

Outro argumento utilizado para influenciar na escolha da mulher é em relação ao tamanho do bebê ou que a mulher tem o quadril estreito, o que iria impedir a passagem do bebê. Tais argumentos desmotivam a grávida, que teme o sofrimento

34

de um parto natural de um bebê grande; então, opta pela cesárea. No filme, a obstetra explica que o peso do bebê normalmente é proporcional à estrutura física da mulher.

## S R S

Médico diz que o bebê é  
muito grande ou mulher  
tem quadril estreito

Mulher escolhe parto  
cesáreo para não  
colocar em risco sua

vida e do bebê  
1 – Sofrimento do  
1 – Sofrimento do  
bebê  
bebê  
2 – Dor  
2 – Dor

Em outros casos, as histórias transmitidas por amigos, familiares e até mesmo programas de TV, que relatam experiências de parto traumáticas, geram a insegurança na mulher. No filme, a obstetrix Ana Cristina Duarte explica que “se a mulher acha que a opção dela é aquele parto horrroso, de abandono e de invasão de privacidade, de corte, de dor, ela pede a cesárea”.

## S R S

Amigos e familiares  
contam experiências  
traumáticas sobre o  
trabalho de parto.

escolhe parto  
) para não

Sofrimento  
Sofrimento

Geralmente quando uma mulher descreve um parto traumático ela se refere aos procedimentos invasivos como episiotomia de rotina, determinação da posição do

parto, frases coercitivas, restrição da entrada de um acompanhante, entre outros. Por estes motivos muitas mulheres descrevem o parto como um evento traumático. O parto torna-se aversivo, por isso aumenta a probabilidade da mulher escolher o parto cesáreo, para não entrar em contato com uma experiência de sofrimento na hora do parto.

A cultura relacionada ao parto com sofrimento gera opiniões contra o parto natural. Assim, quando a mulher opta pelo parto natural pode ouvir opiniões que soam como uma alerta para mudar de ideia, conforme demonstra o esquema de contingência a seguir.

35

### **S R S**

Alguém comenta

porque

“nossa, corajosa!” ou

que é muito

“você não tem medo da

parto natural

dor?”

Dor

Mulher escolhe parto

Dor

Essas frases provocam incertezas quanto à capacidade da mulher em suportar o parto natural. A opinião da sociedade é um reforçador social, por isso, quando os amigos, conhecidos ou familiares colocam em evidência a coragem que é dar à luz de forma natural está provocando um alerta se sua decisão é realmente correta.

Com frequência algumas representações na TV também retratam o parto

natural como um evento traumático. As cenas de novelas mostram mulheres aos gritos, em sofrimento e em alguns casos correndo riscos de morte ou vulnerável ao sequestro do bebê.

A novela “Amor à Vida” exibida em 2014 mostrou o parto de Paloma em um banheiro de um bar onde logo depois a filha foi sequestrada. Outras novelas e minisséries mostraram imenso sofrimento, gritos, choro e suor durante o trabalho de parto, como: Araguaia (2010) parto da índia Estela; Cordel Encantado (2011) mostrou cena caricata, onde Carlota grita que vai morrer; Em a Casa das Sete Mulheres (2003) Anitta grita “nosso filho não quer nascer, estou morrendo de dor, vou morrer com nosso filho na barriga”; na novela Terra Nostra (2000) a cena de parto é ainda mais apavorante, Maria do Socorro entra em trabalho de parto durante uma viagem de charrete, além dos gritos e sofrimento, duas mulheres a ajudam, uma lhe segura às pernas e a outra senta em sua barriga para forçar a saída do bebê.

### **S R S**

Programa de TV que  
mostra cena de  
sofrimento, grito e risco  
durante o trabalho de  
parto.

escolhe parto  
para não  
qual a  
agem da novela.

Sofrimento  
Sofrimento

As representações produzidas pela mídia oferecem modelos que influenciam o

comportamento. As mulheres acreditam que o processo de parto deve ser doloroso e

36

reproduzem o desespero e gritos além de recordarem e vivenciarem o medo semelhante ao que viram e aprenderam na televisão. As novelas também contribuem para que as mulheres escolham a cesariana por entender que é um parto sem sofrimento.

Pode-se inferir que a frequência da escolha por parto cesáreo está aumentada por fuga ou esquivia (reforço negativo), ou seja, a mulher escolhe cesárea para evitar o sofrimento dela e do bebê.

Cada mulher que optou pelo parto cesáreo estava sob influência de contingências, possivelmente alguma das apresentadas acima. O comportamento individual provocou o efeito cumulativo, aumentando os indicadores de partos cesáreos no Brasil. A figura 7 apresenta o esquema de macrocontingência e algumas prováveis consequências que contribuiriam para a escolha pelo parto cesáreo resultando no efeito cumulativo.

37

↑ frequência de optar



por parto cesáreo

**Consequência 1**

Parto  
cesáreo  
realizado

E<sup>f</sup>

eit

o

ac

u

m

ula

S- Estímulo aversivo

do

:

88

**Conseq**

%

de

pa

rto

s

ce

Conseq

↑ frequência de optar  
por parto cesáreo

“Se você gritar o  
pessoal do hospital vai  
te maltratar!”

Parto cesáreo  
realizado

Consequência 1 S-

↑ frequência de optar  
por parto cesáreo

Estímulo

“parto natural vai  
prejudicar sua vida  
sexual!”

Consequência 1

Conseq

S- Estímulo aversivo

**Figura 7:** Esquema de macrocontingência.

“O cordão umbilical  
está enrolado no  
pescoço do bebê!”

e  
46  
%  
no

38

Por causa da correlação entre o comportamento e suas consequências, essas consequências tem potencial para aumentar ou diminuir a probabilidade do comportamento ocorrer. Na figura 7, observa-se que os estímulos aversivos como maus tratos no hospital, a possibilidade de bebê entrar em sofrimento no caso de circular de cordão e até mesmo fatores relacionados à sexualidade após o parto tem contribuído para o efeito cumulativo que é o alto índice de partos cesáreos no Brasil. A macrocontingência contempla o comportamento de indivíduos diferentes que estão suscetíveis a consequências semelhantes. O Quadro 4 apresenta as possíveis consequências para aumentar ou diminuir a ocorrência do parto natural ou cesáreo e o efeito cumulativo.

**Quadro 4:** Análise das macrocontingências comportamentais envolvidas no comportamento da mulher.

**Comportamento**

**Possíveis consequências para aumentar a frequência**  
**Possíveis consequências para diminuir a frequência**  
**Contribuição para o efeito cumulativo**

**Parto Natural**

Menor tempo para

Dor do parto. Redução recuperação.

Medo dos procedimentos médicos: episiotomia, agressividade, defecar durante o parto.  
da taxa de mortalidade materna e

Liberção do hormônio  
neonatal.

(ocitocina) essencial para vínculo mãe e bebê.

Aumentar indicadores de parto natural.

**Parto Cesáreo** Sem dor do parto.

Maior tempo de recuperação.

Aumenta o risco cirúrgico.

Aumenta a probabilidade do bebê nascer prematuro.

Não há liberação natural de ocitocina.

Aumento da taxa de mortalidade materna e neonatal.

Quantidade de cesárea compatível com o percentual indicado pela OMS. Fonte: adaptado de Glenn (2004).

Nota-se que o efeito cumulativo não é o principal agente de mudanças no ambiente, e sim, as consequências. O parto cesáreo possui maior quantidade de consequências aversivas em comparação com o parto natural, mas não são informações divulgadas. Por outro lado, as consequências aversivas do parto natural são em grande parte certas de que irão acontecer. Considerando que o médico e a

39

instituição hospitalar também são sujeitos que influenciam nos indicadores de parto, o Quadro 5 apresenta a análise das macrocontingências envolvidas no comportamento desses sujeitos.

**Quadro 5:** Análise das macrocontingências comportamentais dos médicos e instituições.

	<b>Comportamento</b>	<b>cumulativo Contribuição para o efeito cumulativo</b>
<b>Consequências para diminuir a frequência</b>	<b>Possíveis consequências para diminuir a frequência</b>	
	<b>Possíveis consequências para diminuir a frequência</b>	
	<b>Contribuição para o efeito cumulativo</b>	
	<b>Contribuição para o efeito</b>	<b>Parto Natural Para a instituição</b>

**particular:** Menor consumo de insumos e mão de obra (sala cirúrgica, enfermeiros, medicamentos), num grande período de tempo, conseqüentemente, menor retorno financeiro.

**Para a instituição pública:** Prescrição médica.

do parto.

Redução da taxa de mortalidade materna e neonatal.

**Para o**  
Obstrução  
por maior  
retorno

Aumentar indicadores de parto natural.

**o:** A  
tica para  
a mulher ao  
mesmo que  
horas.

**o:** A  
tica para  
a mulher ao  
mesmo que  
horas.

**ição**  
vulgar os  
e parto,  
da ANS no

**ição**  
vulgar os  
e parto,  
da ANS no

## Parto Cesáreo

**Para a instituição pública:** Atender as normas do Ministério da Saúde para humanização

ção

utilização de  
medicamentos,  
material  
de obra dos  
custo com  
farmácia ou  
nente maior  
eiro.

**Para a instituição pública:** Atender a legislação de humanização do parto.

**Para a instituição pública:** Atender a legislação de humanização do parto.

Quantidade de cesárea compatível com o percentual indicado pela OMS.  
Quantidade de cesárea compatível com o percentual

indicado pela OMS.  
Quantidade de cesárea compatível com o percentual indicado pela OMS.  
**Para o médico:** Melhor organização da agenda;  
Maior retorno financeiro.

**Para a instituição pública:** Prescrição médica;

**Para médico:**  
Avaliação do risco cirúrgico.

Aumento da taxa de mortalidade materna e neonatal  
Aumento da taxa de mortalidade materna e neonatal

Fonte: adaptado de Glenn (2004).

40

Analisando o Quadro 5 observa-se que as consequências que possivelmente contribuem para aumentar o número de parto cesáreo estão relacionadas a questões financeiras. A baixa remuneração aos profissionais que acompanham o parto natural, na rede particular, tem influência sobre o comportamento dos médicos.

Enquanto na macrocontingência os sujeitos se comportam individualmente e contribuem para o efeito acumulativo, na metacontingência ocorre o entrelaçamento dos comportamentos individuais resultando no produto agregado; neste caso, o alto índice de cesáreas. A figura 8 apresenta a metacontingência das práticas culturais que influenciam na escolha por partos cesáreos no Brasil.

Comportamentos individuais entrelaçados Produto Agregado

Ambiente Receptor

**Partos  
cesáreos**

Cultura

**Figura 8:** representação de metacontingência envolvida na escolha dos partos cesáreos no Brasil, adaptado de Glenn (2016).

O comportamento dos médicos, hospitais e planos de saúde e das mulheres estão entrelaçados. Os médicos não querem comprometer suas agendas, os hospitais esperam que suas salas de cirurgias, insumos, enfermarias/apartamentos sejam utilizados por mais tempo; os planos de saúde pagam um valor muito baixo para que um médico acompanhe uma mulher durante parto natural, enquanto um procedimento cirúrgico tem maior valor; e as mulheres, por medo de consequências aversivas, escolhem o parto cesáreo. Assim, o sistema conduz a mais mulheres optarem por parto cesáreo, contribuindo para a proporção de 88% de partos cesáreos na rede particular.

41

Neste trabalho foram listadas algumas leis relacionadas à gravidez, parto e puerpério, sendo que sua importância consiste em normatizar o comportamento dos diversos sujeitos (mulher, médico e gestores) envolvidos na escolha do tipo de parto.

O contexto dos médicos e hospitais também passou por alterações, que culminaram no modelo de assistência atual. Havia casos de complicações durante o



trabalho de parto e a formação de medicina tinha o objetivo de oferecer melhor assistência à saúde, reduzir a mortalidade neonatal. Porém, esse objetivo sofreu alterações e à medida que foram realizados partos cesáreos bem sucedidos os médicos perceberam a facilidade de conduzi-lo, diferente do parto natural que está sujeito a intercorrências clínicas além de não haver o controle sobre o tempo de trabalho de parto.

À medida que surgiram novas demandas, mais leis foram instituídas para sustentar as necessidades da população. A linha do tempo abaixo apresenta a evolução das políticas públicas e eventos históricos sobre o parto e nascimento no Brasil.

42

**Linha do tempo:** Evolução das políticas públicas e principais eventos na história do parto e nascimento no Brasil.

<b>1910</b> Inauguração da 1ª Maternidade do Brasil, a Maternidade Climério de Oliveira na Bahia.	
<b>1925</b> Decreto no 16.782-A: extingue o curso para parteiras.	
<b>1988</b> Constituição Federal estabelece a saúde como dever do Estado.	
<b>1990</b> Lei 8080: Criação do SUS.	
<b>2000</b> Portaria GM/MS n.º 569: Institui o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento.	
<b>2003</b> PNH: Amplia a	

responsabilidade para além do  
Estado.

**2005** Lei no 11.108: Direito ao  
acompanhante.

RN da ANS no 36: Direito ao acompanhante na rede **2008** particular. Portaria no 1.119/GM/MS:  
Regulamenta a vigilância de óbitos maternos.

**2011** Portaria de no 1.459/GM/MS: Institui a Rede  
Cegonha.

98,8% dos partos são realizados em hospitais.

**2013** Pesquisa UNICEF relaciona  
a prematuridade e mortalidade  
neonatal às cesarianas.

**2014** OMS publica carta para prevenção e  
eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos  
durante o parto em instituições de saúde.

**2015** RN da  
ANS no 368, estabelece novas  
regras para operadoras de planos de  
saúde.

**1901** Decreto  
no 3.902: Faculdade de Medicina e  
curso para parteiras.

43

## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A história revela que a transição do local do parto, de domiciliar para hospitalar foi o principal evento que desencadeou as modificações no protagonismo da mulher no momento do parto, na posição de parir e na assistência à mulher e ao bebê. Quando o parto era realizado em casa as mulheres eram assistidas por parteiras e outras mulheres da família, que as motivavam a escolher a melhor posição para parir e assim desempenhar seu papel em dar à luz ao bebê. No hospital as mulheres foram submetidas a intervenções médicas, além das modificações na posição do parto e da assistência profissional, muitas vezes com maus tratos.

Além do que foi levantado teoricamente, o filme “O Renascimento do Parto” apresenta várias contingências, metacontingências e macrocontingências que constata a manutenção do comportamento de escolher excessivamente o parto cesáreo. Nesse estudo foi possível analisar as contingências, metacontingências e macrocontingências e demonstrar os efeitos na cultura. Ao descrever as contingências, tornaram-se evidentes que as consequências que configuram o produto agregado estão relacionadas à estimulação aversiva, indicando o reforço negativo. As consequências aversivas, como a dor do parto, atendimento agressivo por parte dos profissionais de saúde e os efeitos posteriores relacionados à sexualidade aumentam a frequência para a mulher escolher o parto cesáreo.

Na metacontingência observou-se que há um entrelaçamento entre o comportamento das mulheres, dos médicos, dos gestores dos hospitais e dos gestores dos planos de saúde. Algumas mulheres, antes mesmo de engravidarem, já estão convictas de que não suportam o parto natural, certamente por medo de entrar em contato com as consequências aversivas; os médicos reforçam esse comportamento para que o tempo destinado à realização do parto encaixe em sua agenda; os hospitais têm maior lucratividade com o parto cesáreo; e os planos de saúde favorecem a realização desses partos. Todos esses eventos contribuíram para criar a cultura de que o parto cesáreo é a melhor opção em relação ao parto natural.

Observou-se também que o comportamento dos médicos também é resultado dos eventos históricos. A formação em medicina e a valorização do conhecimento biomédico contribuíram para o parto ser transformado em um evento cirúrgico. No filme “O Renascimento do Parto” a obstetra Ana Cristina Duarte comenta que as indicações de cesárea são na verdade uma necessidade do médico para exercer controle sobre o “imprevisível” e “incontrolável” processo natural do nascimento.

Constatou-se também, que não há divulgação das informações relacionadas aos riscos do parto cesáreo. A cesariana é uma cirurgia de grande porte e além do risco cirúrgico pode ocorrer também prematuridade dos bebês, ocasionadas por erros na contagem da idade gestacional. Além disso, muitas indicações para cesáreas são, na verdade, por mitos, uma vez que não possuem evidências científicas de que o parto natural coloca em risco a mulher e o bebê (como o cordão enrolado no pescoço, bebê muito grande, quadril estreito, entre outros).

O Ministério da Saúde instituiu regras para controlar cesáreas que não possuem indicação adequada e garantir o parto humanizado e assim aumentar os indicadores de parto natural. No entanto, muitas mulheres não têm conhecimento do que é um parto humanizado, que pode escolher a posição do parto; que deve ser respeitada a sua fisiologia e o tempo necessário para o parto natural; que tem direito a um acompanhante de sua livre escolha; que a equipe do hospital deve manter condutas acolhedoras e não intervencionistas (BRASIL/MS, 2000; BRASIL/MS, 2005; BRASIL/MS/ANVISA, 2008).

Além da importância de a mulher conhecer seus direitos, mudar o cenário de parto no Brasil somente será possível se houver intervenções culturais que desconstruam os saberes que estão consolidados. As intervenções deverão contribuir para que ocorra efetivamente a humanização da assistência à saúde, devolvendo para a mulher o protagonismo durante o trabalho de parto.

Espera-se que este estudo proporcione reflexões que contribuam para outras pesquisas visando o aprofundamento do estudo sobre os efeitos culturais relacionados à escolha do tipo de parto. Neste sentido, vale ressaltar a importância

do psicólogo atuando em diferentes cenários, tais como comunitário, escolar, clínico e hospitalar para produzir intervenções culturais em metacontingências e macrocontingências, ou seja, abrangendo maior número de sujeitos envolvidos.

O psicólogo, atuando em intervenções culturais para alterar o produto agregado em macrocontingências, deve ter como alvo as mudanças comportamentais enquanto que na metacontingência o foco deve ser nos comportamentos entrelaçados. Assim, as intervenções principais recaem sobre esclarecer às mulheres, principalmente, e a sociedade em geral, sobre a mitificação relacionada ao parto natural, que gera tanta aversividade e escolhas precipitadas.

Apenas a partir desses esclarecimentos as mulheres poderão argumentar e de fato assumir novamente o protagonismo no momento do parto. O filme “O

45

Renascimento do Parto” iniciou esse processo de esclarecimento e conjuntamente com essa análise, pode contribuir nesse sentido.

As intervenções culturais favorecerão a escolha sobre o tipo de parto de forma consciente. A mulher, ciente dos seus direitos, terá mais segurança e confiança para avaliar o que é melhor para ela e para o bebê, aceitando a possibilidade de realizar um parto natural ou até mesmo, entender a necessidade de parto cesáreo, quando houver indicação legítima. Assim, à medida que as mulheres forem submetidas a estímulos reforçadores, novos operantes serão condicionados promovendo, então, a alteração na cultura.

46

## REFERÊNCIAS

ACKER, Justina Inês B. Verruck, et al. As parteiras e o cuidado com o nascimento. **Rev. Bras Enferm**, 2006 set-out; 59(5):647-51. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672006000500010](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000500010)> Acesso em 26 de setembro de 2015.

ANDERY, M. A., MICHELETO, N., SERIO, T. M. (2005) A análise de fenômenos sociais: esboçando uma proposta para a identificação de contingências entrelaçadas e metacontingência. In: TODOROV, J. C.; MARTONE, R. C.; MOREIRA, M. B. **Metacontingências: comportamento, cultura e sociedade**. Santo André, SP: Esetec, 2005.

BIBLIA DE REVELAÇÃO PROFÉTICA; Tradução Emirson Justino da Silva e Maria Luisa Costa Cisterna. Barueri, SP: **Sociedade Bíblica do Brasil**, 2010.

BRASIL. Decreto no 3.902 de 12 de janeiro de 1901. **Coleção das Leis da República dos Estados Unidos do Brasil** de 1901, Rio de Janeiro, v.I, Imprensa Nacional, 1902.

BRASIL. **Decreto no 16.782-A de 13 de janeiro de 1925**. Coleção das Leis da República dos Estados Unidos do Brasil de 1925, Rio de Janeiro, v.II – Atos do Poder Executivo, Imprensa Nacional, jan.- dez. 1926.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**: Texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nos 1/1992 a 68/2011, pelo Decreto Legislativo no 186/2008 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/1994. – 35. ed. – Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2012. Disponível em [http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/legislacao/Constituicoes\\_Brasileiras/constituicao1988.html/ConstituicaoTextoAtualizado\\_EC84.pdf](http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/legislacao/Constituicoes_Brasileiras/constituicao1988.html/ConstituicaoTextoAtualizado_EC84.pdf). Acesso em 07 novembro de 2015.

BRASIL. Lei n.o 8.080, de 19 de Setembro de 1990. **Lei Orgânica da Saúde**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 1990, Seção 1. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm)>. Acesso em 10 de novembro de

2015.

BRASIL. **Portaria Gabinete do Ministro/Ministério da Saúde n.o 569, de 1o de Junho de 2000.** Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Gabinete do Ministro/Ministério da Saúde, Brasília, 2000. Disponível em: <[http://www.datasus.gov.br/SISPRENATAL/Portaria\\_569\\_GM.PDF](http://www.datasus.gov.br/SISPRENATAL/Portaria_569_GM.PDF)>. Acesso em 10 de novembro de 2015.

47

BRASIL. **Lei n.o 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. Gabinete do Ministro/Ministério da Saúde, 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 10 de novembro de 2015.

BRASIL. **Portaria Gabinete do Ministro/Ministério da Saúde n.o 1.119, de 5 de Junho de 2008.** Regulamenta a Vigilância de Óbitos Maternos. Gabinete do Ministro/Ministério da Saúde, Brasília, 2008. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1119\\_05\\_06\\_2008.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1119_05_06_2008.html)>. Acesso em 10 de novembro de 2015.

BRASIL. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária/Ministro/Ministério da Saúde Resolução – RDC n.o 36, de 03 de julho de 2008.** Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Agência Nacional de Vigilância Sanitária/Ministro/Ministério da Saúde, Brasília, 2008. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036\\_25\\_07\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html)>. Acesso em 10 de novembro de 2015.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.** Parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais [recurso eletrônico]: o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais e experiências exemplares. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto\\_nascimento\\_domiciliar\\_parteiras.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto_nascimento_domiciliar_parteiras.pdf)>. Acesso em: 21 maio 2014.

BRASIL. **Agência Nacional de Saúde Suplementar, Resolução Normativa – RNo 211, de 11 de janeiro de 2010.** Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1o de janeiro de 1999, fixa as diretrizes de atenção à saúde e dá outras providências. Agência Nacional de Saúde Suplementar/Brasília, 2011. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTU3NQ==>. Acesso em 10 de novembro de 2015.

BRASIL. **Portaria Gabinete do Ministro/Ministro/Ministério da Saúde n.o 1.459, de 24 de Junho de 2011.** Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha Gabinete do Ministro/Ministro/Ministério da Saúde, Brasília, 2011. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/images/stories/noticias/pdf/rn%20262.pdf>>. Acesso em 10 de novembro de 2015.

BRASIL. **Agência Nacional de Saúde Suplementar/Ministério da Saúde, Resolução Normativa– RN n.o 262, de 01 de Agosto de 2011.** Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde previstos na RN no 211, de 11 de janeiro de 2010. Agência Nacional de Saúde Suplementar/Ministro/Ministério da Saúde,

48

Brasília, 2011. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/noticias/pdf/rn%20262.pdf>>. Acesso em 10 de novembro de 2015.

BRASIL. Política Nacional de Humanização. **Ministério da Saúde**, 2013. 1a edição. Disponível em [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_humanizacao\\_pnh\\_folheto.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf) acesso em 05 de março de 2016.

BRASIL. Indicadores de cobertura – IBD 2010 – Departamento de Informática do SUS – DATASUS. **Ministério da Saúde**. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/idb>>. Acesso em 26 de setembro de 2015.

BRASIL. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária/Ministério da Saúde. Resolução Normativa – RN no 368, de 6 de janeiro de 2015.** Dispõe sobre o direito de acesso à informação das beneficiárias aos percentuais de cirurgias cesáreas e de partos



normais, por operadora, por estabelecimento de saúde e por médico e sobre a utilização do partograma, do cartão da gestante e da carta de informação à gestante no âmbito da saúde suplementar. Brasília, 2015. Disponível em <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=Mjg5Mg>. Acesso em 05 de março de 2016.

BRENES, Correa Anayansi. **História da Parturição no Brasil, Século XIX**. Cadernos de Saúde Pública, RJ, 7 (2): 135-149, abr/jun, 1991. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1991000200002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1991000200002) Acesso em 26 de setembro de 2015.

CECAGNO, Susana; ALMEIDA, Francisca D. Oliveira. Parto domiciliar assistido por parteiras em meados do século XX numa ótica cultural. **Texto Contexto Enferm**, 2004 Jul-Set; 13(3):409-13. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v13n3/a10v13n03.pdf>. Acesso em 26 de setembro de 2015.

CIELLO. Cariny, et al. "Violência Obstétrica" Parirás com dor". **In. Parto do Princípio**. Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa. Dossiê da Violência Obstétrica - "Parirás com dor". 2012. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf> . Acesso em 26 de setembro de 2015.

CUNHA, Stefan Ujvari. **A história do século XX pelas descobertas da Medicina** / Stefan Cunha Ujavari e Tarso Adoni – São Paulo: Contexto, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-40142014000300017>. Acesso em 26 de setembro de 2015.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, 10(3): 627- 637, 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232005000300019](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300019)>. Acesso em 20 de setembro de 15.

49

FLEISCHER, Soraya. Doulas como "amortecedores afetivos": notas etnográficas sobre uma nova acompanhante de parto. **Ciências Sociais Unisinos**. 41, 11-22, 2005. Disponível em [http://revistas.unisinos.br/index.php/ciencias\\_sociais/article/](http://revistas.unisinos.br/index.php/ciencias_sociais/article/)

view/624. Acesso em 22 de maio de 2016.

FILIPAKIS, Cristina. D. **Utilização de princípios da Análise do Comportamento no ensino de algoritmos e programação**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação), Centro Universitário Luterano de Palmas, Palmas, TO, 2012.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA – UNICEF. **Pesquisa para estimar a prevalência de nascimentos pré-termo no Brasil e explorar possíveis causas**. Brasil – 2013. Disponível em [http://www.unicef.org/brazil/pt/br\\_prematuridade\\_ possiveis \\_causas.pdf](http://www.unicef.org/brazil/pt/br_prematuridade_ possiveis _causas.pdf). Acesso em 25 de abril de 2015.

GLENN, Sigrid. S. Individual Behavior, Culture and Social Change. **The Behavior Analyst**, 2004, 27, 133-151. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2755396/pdf/behavan00004-0003.pdf>. Acesso em 13 de março de 2016.

GLENN, Sigrid. S. Metacontingências em Walden Dois. In: TODOROV, J. C.; MARTONE, R. C.; MOREIRA, M. B. **Metacontingências: comportamento, cultura e sociedade**. Santo André, SP: Esetec, 2005.

GLENN, Sigrid. S; et al. Toward Consistent Terminology in a Behaviorist Approach to Cultural Analysis. **Behavior and Social Issues**, 25, 11-27, 2016.

GOIS, Antonio; MENCHEN, Denise. Cesáreas superam partos normais pela primeira vez no país. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 20 nov. 2011, Folha Saúde. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/saude/9952-cesareas-superam-partos-normais-pela-primeira-vez-no-pais.shtml>>. Acesso em 26 de setembro de 2015.

HYPPÓLITO, Silvia Bomfim. **Assistência Médica ao Parto – Estudo Comparativo do parto assistido na posição vertical e horizontal**. 1997. 102 f. Tese (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Federal do Ceará. Ceará. 1997. Disponível em <http://www.saudepublica.ufc.br/imagens/uploads/dissertacoes/dddf2dfff2c9a7ce5208a49b6af7b61c.pdf> acesso em 05 de março de 30.

LEAL, Maria do Carmo. GAMA, Silvana Granado. Nascer no Brasil. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2014, vol. 30, p. 55-85. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_issuetoc&pid=0102-311X20140013&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=0102-311X20140013&lng=pt&nrm=iso). Acesso em 22 de

maio de 2016.

LÉ-SÉNÉCHAL MACHADO, Vívica. **O comportamento do brasileiro na faixa de pedestre: exemplo de uma intervenção cultural**. Dissertação de Mestrado. Universidade de Brasília, Instituto de Psicologia. Brasília, DF. 2007.

50

MAMEDE, Fabiana Villela; MAMEDE, Marli Villela; DOTTO, Leila Maria Geromel. Reflexões sobre deambulação e posição materna no trabalho de parto e parto. **Esc. Anna Nery [online]**. 2007, vol.11, n.2, pp. 331-336. ISSN 1414-8145. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452007000200023>>. Acesso em 15 de novembro de 2015.

MARTONE, R.C; TODOVOV, J.C. O Desenvolvimento do Conceito de Metacontingência. **Revista Brasileira de Análise do Comportamento** / Brazilian Journal of Behavior Analysis, 2007, Vol. 03, no 2, 181-190.

MOREIRA, Marcio Borges; MEDEIROS, Carlos Augusto. **Princípios básicos de análise do comportamento**. – Porto Alegre: Artmed, 2007.

MORIM, Júlia. **Parteiras tradicionais**. Fundação Joaquim Nabuco, Biblioteca Blanche Knopf. Recife. Disponível em: <<http://basilio.fundaj.gov.br/pesquisa-escolar/>>. Acesso em: março de 2016.

NISKIER, Arnaldo. **História da Educação Brasileira: De José de Anchieta aos dias de hoje** – 1500/2010. 3a Edição – São Paulo: Editora Europa, 2011. Acesso em <http://books.scielo.org>. Acesso em 19 de fevereiro de 2016.

O RENASCIMENTO DO PARTO. Direção: Eduardo Chauvet, Produção: Érica de Paula e Eduardo Chauvet. 2013. DVD, 90 min.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS (2014). **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. Suíça – 2014. Disponível em <http://www.who.int/reproductivehealth/en/>. Acesso em 22 de fevereiro de 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS (2015). **Declaração da OMS sobre taxas de cesáreas**. Suíça – 2015. Disponível em <http://www.who.int/reproductivehealth/en/>. Acesso em 15 de novembro de 2015.

PARENTE, Raphael Câmara. Et al. A história do nascimento (parte 1): cesariana. **Revista Feminina**: Setembro de 2010. Vol. 38(9): 481-486. Disponível em: <[http://www.febrasgo.org.br/site/wp-content/uploads/2013/05/feminav38n9\\_pg481-486.pdf](http://www.febrasgo.org.br/site/wp-content/uploads/2013/05/feminav38n9_pg481-486.pdf)>. Acesso em 22 de setembro de 15.

PIMENTA, Deborah Giovana et al. O parto realizado por parteiras: uma revisão integrativa. **Enferm. glob.**, Murcia, v. 12, n. 30, abr. 2013 . Disponível em: <[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412013000200023&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000200023&lng=es&nrm=iso)>. Acesso em 20 de setembro de 2015.

REZENDE, JM. **À sombra do plátano: crônicas de história da medicina [online]**. São Paulo: Editora Unifesp, 2009. A primeira operação cesariana em parturiente viva. pp. 171-172. ISBN 978-85-61673- 63-5. Available from SciELO Books .

51

SABATINO, Hugo. SABATINO, Veronica. Resgate das formas de nascer. **Saráo Memória e Vida Cultural de Campinas**. Unicamp. Volume 2, número 4, Janeiro, 2004. Disponível em [http://www.centrodememoria.unicamp.br/sarao/revista16/PDF/sarao\\_texto\\_02.pdf](http://www.centrodememoria.unicamp.br/sarao/revista16/PDF/sarao_texto_02.pdf). Acesso em 15 de fevereiro de 2015.

SEIBERT, S. L; et al. Medicalização X humanização: o cuidado ao parto na história. **Revista de Enfermagem UERJ**. 2005; 13:245-51. Disponível em <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=413374&indexSearch=ID>> Acesso em 26 de setembro de 2015.

SILVA, Ana Beatriz D. **Uma análise das contingências comportamentais envolvidas na gestão pública do manejo e uso seguro de agrotóxicos no Distrito Federal**. 2012.175f. Dissertação de Mestrado. Universidade de Brasília, Instituto de Psicologia. Brasília, 2012.

SKINNER, B. F. **Ciência e Comportamento Humano**/ B. F. Skinner; Tradução João Claudio Todorov, Rodolfo Azzi. – 10a ed. São Paulo: Martins Fontes, 1904/1998.

SKINNER, B.F. Seleção por consequência. (C. R. X. Cançado, P. G. Soares, S. Cirino, Trans.). **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, Vol. IX, no 1, 129-137. 1981/2007.

SOUZA, A. S. R; et al. Indução do trabalho de parto: conceitos e particularidades. **Feminina**. Abril, 2010. Vol. 38 no4, p. 185-194. Disponível em <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n4/a003.pdf>. Acesso em 25 de abril de 2016.

TODOROV. J.C., O conceito de contingência na psicologia experimental. Universidade de Brasília e State University of New York at Stony Brook. Psic.: **Teoria e Pesquisa**, Brasília, 1991, V. 7, no1, pp. 59-70. Disponível em: [http://www.walden4.com.br/pww4/index.php?title=Todorov\\_2012:O\\_conceito\\_de\\_conting%C3%Aancia\\_na\\_psicologia\\_experimental\\_-\\_vc](http://www.walden4.com.br/pww4/index.php?title=Todorov_2012:O_conceito_de_conting%C3%Aancia_na_psicologia_experimental_-_vc) acesso em 13 de abril de 2016.

TODOROV, J. C., MOREIRA, M. Análise experimental do comportamento e sociedade: um novo foco de estudo. In: TODOROV, J. C.; MARTONE, R. C.; MOREIRA, M. B. **Metacontingências: comportamento, cultura e sociedade**. Santo André, SP: Esetec, 2005.

## **ANEXOS**

53

Anexo 1: Parteiras diplomadas pelo Hospital Maternidade Pró Madre.

Fonte: FONSECA, 2011.

Anexo 2: Cesariana realizada na Maternidade da UFRJ em 1907.

Fonte: PARENTE et al (2010, p485).

54

Anexo 3: Ilustração da obra de Rösslin Fonte: NISKIER, 2011

Anexo 4: Cadeira para parto utilizada pela nobreza.

Fonte: <http://www.espacoclaudiabueno.com.br/bem-estar/voce-sabe-como-o-parto-se-desenvolveu/>

55

Anexo 5: Cadeira obstétrica primitiva usada pelos colonizadores no Ceará

Fonte: HYPPÓLITO, 1997, p.9.



## Anexo 6: Posição para o parto em decúbito dorsal

Fonte: <https://humanizandoideias.wordpress.com/tag/parto-2/>