

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO  
NÚCLEO EDUCASAÚDE  
ESPECIALIZAÇÃO EM EDUCAÇÃO EM SAÚDE MENTAL COLETIVA

Alessandra Xavier Bueno

**As práticas corporais para gestantes como espaço  
possível de cuidado**

Porto Alegre  
2010

Alessandra Xavier Bueno

**As práticas corporais para gestantes como espaço  
possível de cuidado**

Trabalho de Conclusão do Curso de  
Especialização em Educação em Saúde  
Mental Coletiva do Programa de Pós  
Graduação em Educação da Faculdade de  
Educação da Universidade Federal do Rio  
Grande do Sul.

Orientadora:  
Profa. Sandra Fagundes

Porto Alegre  
2010

## RESUMO

A gestação é um momento especial na vida da mulher. Momento de modificações corporais e emocionais. Durante a gestação muitas mulheres procuram praticar atividade física regular com objetivo de manter a forma, ou ainda, preparar o corpo para a gestação, parto e pós parto. Este trabalho objetiva tecer algumas reflexões sobre os espaços de práticas corporais para gestantes como espaços possíveis de cuidado, também, de saúde mental e de promoção às políticas públicas de assistência ao parto, partindo de minhas experiências em um Hospital privado de Porto Alegre e observações em grupos de apoio ao parto.

Palavras-chave: parto humanizado, práticas corporais, atividade física, gestação.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Parto do Princípio .....	10
Figura 2 - Japonesa em trabalho de parto amparada por parteira e assistente.....	11
Figura 3 - Imagem alemã retratando o parto (1513). Neufeld & Henis.....	12

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	6
2 QUESTÕES DISPARADORAS.....	7
3 VINHETA 1: O ASSUNTO QUE INSISTE: A CESÁREA.....	8
4 VINHETA 2: AS MÃES DA RESISTÊNCIA.....	12
5 VINHETA 3: GRUPOS DE APOIO AO PARTO E AS PRÁTICAS CORPORAIS.....	15
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	18
REFERÊNCIAS.....	21
ANEXO – RECOMENDAÇÕES DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE NO ATENDIMENTO AO PARTO NORMAL.....	24

## 1 INTRODUÇÃO

A gestação é um momento especial na vida da mulher. Momento de modificações corporais e emocionais. Durante a gestação muitas mulheres procuram praticar atividade física regular com objetivo de manter a forma, ou ainda, preparar o corpo para a gestação, parto e pós parto. A atividade física/prática corporal durante a gestação auxilia no alívio de dores e desconfortos causados por este momento da vida da mulher. Outro benefício é o alívio de tensões e ansiedade comuns neste período.

Durante minha experiência como facilitadora de práticas corporais para gestantes, pude observar o comportamento das mulheres naquele ambiente e percebi que aquele espaço, dedicado a priori para exercitar o corpo, também era um espaço propício ao surgimento de alguns “papos de gestantes”. Algumas questões começaram a ganhar relevo ao longo do trabalho e me moveram em direção a algumas questões, principalmente em relação às escolhas do tipo de parto, o assunto que mais “insistia” em aparecer.

Pensar na escolha do parto ou de como será o momento deste parto pode estar diretamente relacionado com o que a mulher percebe de seu corpo: corpo forte ou fraco, corpo com muita dor ou menos dor, corpo com maior ou menor potência para dar a luz. O lugar elegido por estas mulheres para movimentar o corpo parecia ser, também, o lugar elegido para se falar sobre esse corpo, mas de uma forma diferente do que eu poderia esperar como professora de educação física.

Este trabalho busca fazer uma reflexão sobre as práticas corporais para gestantes como uma prática de cuidado, também, de saúde mental, partindo de minhas experiências em um Hospital privado de Porto Alegre e observações em grupos de apoio ao parto.

A primeira vinheta traz o tema da cesárea inculido não apenas no discurso medicalizante, mas também reproduzido pelas gestantes que freqüentaram as práticas corporais para gestantes no sistema privado. A segunda vinheta traz uma visão geral dos grupos de apoio ao parto natural e como estes grupos conduzem práticas corporais para gestantes, trazendo o enfoque da busca pelo parto natural – as mães da resistência. A terceira e última vinheta busca explorar um pouco mais a idéia das práticas corporais como espaço possível de cuidado integral da gestante e puérpera. Nas considerações finais busco dissertar de que forma esta experiência me afetou e o que “fica” para minha construção profissional deste processo.

## 2 QUESTÕES DISPARADORAS

Nos últimos anos tenho tido contato com um número considerável de gestantes e mães puérperas através das práticas corporais que orientei até início de 2010 e também por frequentar grupos de apoio ao parto. Desde que comecei a escutar e acolher as histórias das futuras mães nas aulas de yoga e ginástica para gestantes em 2006 fui “imantada” pelo desejo de entender como algumas mulheres acabavam optando pela cesárea, mesmo sendo gestantes de baixo risco<sup>1</sup>, num momento em que a sociedade discute os benefícios do parto natural<sup>2</sup> em relação à cesárea usada de forma desnecessária e inadequada, principalmente, a partir da publicação das recomendações da Organização Mundial da Saúde em relação a este assunto (WHO, 2009).

Quando a mulher opta por iniciar uma prática corporal específica para gestantes, ela procura, na maioria das vezes, preparar-se fisicamente para esta gestação, para o momento do parto e do pós parto. É provável que a idéia de cuidar do corpo na gestação, iniciando uma prática corporal regular, surja por ser, “este corpo”, símbolo evidente da mudança. Cabe salientar que, na minha experiência, conheci muitas gestantes que nunca praticaram atividade física regular durante toda a vida, mas ao serem liberadas pelo médico para tal, a atividade física passou a estar em primeiro lugar na lista de prioridades.

Ao longo do tempo, percebi que muitas das mulheres que atendia usavam aquele espaço destinado, num primeiro momento a ser o “espaço para movimentar o corpo”, como um espaço de troca de informações, principalmente sobre assuntos que pareciam pouco confortáveis para se falar no consultório médico. Estes assuntos eram estranhos para mim pois minha formação como professora de Educação Física me proporcionou entender como acontecem as alterações no corpo da gestante e como prescrever adequadamente exercícios para essa população, mas não preparou para dialogar com elas. Os “papos de gestantes” aconteciam de forma profusa durante todas as aulas e não parecia pertinente interromper aquele processo. Aliás, foi por não ter papel ativo no início dessas conversas, que fui buscar aprender sobre “esse mundo”, da gestação, do parto e do puerpério, para poder contribuir e aprender para com estes grupos.

São poucos os espaços onde a mulher pode falar sobre medos e anseios relativos à gestação. Muitas vezes, são nos espaços de encontro com outras gestantes, que muitas destas

---

<sup>1</sup> Sem problemas prévios de saúde e cuja gestação ocorre também sem problemas maiores.

<sup>2</sup> Parto natural referido neste texto, é o mesmo que parto vaginal, fisiológico e por isso natural. Não é utilizado o termo mais conhecido “Parto Normal” (exceto para exemplificar fala de usuários) por se confundir com o que é mais comum ou “normal” na atenção obstétrica no Brasil: a cesárea.

mulheres conversam, quase confidencialmente, sobre assuntos que não conseguem discutir com seus médicos ou com pessoas que podem desmerecer a importância que determinada questão tem para aquela mulher.

A mulher da rede privada frequenta o consultório médico, faz os exames, vai, quem sabe, à nutricionista. Acaba por frequentar o curso de gestantes muitas vezes indicado pelo médico, curso este comum em hospitais-maternidade, que dura de 2 a 6 turnos, com conteúdos pré-estabelecidos e, em geral, são ministrados em forma de palestras, ou seja, de forma verticalizada, onde os profissionais de saúde passam informações às gestantes (HOSPITAL MOINHOS DE VENTO, HOSPITAL DIVINA PROVIDÊNCIA, UNIMED, 2010). A outra opção mais comum para a maioria das mulheres entrarem em contato de forma mais frequente com outras gestantes é, então, os grupos de prática de atividade física.

Criar momentos para que aconteçam estas conversas pode não ser o objetivo principal para o professor que orienta tais práticas, mas como lidar com essa possibilidade que parece ser emergente quando falamos de cuidado com a gestante? Por que não acolher a conversa? Pode o espaço destinado à práticas corporais para gestantes um espaço de educação para o parto?

### **3 VINHETA 1: O ASSUNTO QUE INSISTE: A CESÁREA.**

*“Eu optei por fazer cesária porque, imagina, parto normal é uma coisa antinatural! Se fosse tão natural assim, os médicos não precisariam “cortar lá” para o bebê sair. Sim, eles tem que cortar!”* (comentário de uma das alunas da aula de ginástica para gestantes, de um hospital privado de Porto Alegre, durante uma conversa com outras duas colegas, julho de 2007).

A gestação é um momento de fragilidade para muitas mulheres, provavelmente por ser um período de transição, de muitas mudanças não só orgânicas, mas também de ordem psicológica e sócio-familiar (FALCONE, 2005). Outro fator possível de fragilidade é a responsabilização que se coloca à mulher, corpo-gestante, de tomar todos os cuidados possíveis e seguir as “melhores e mais certas” orientações “cientificamente autorizadas”, a definir e prescrever modos mais adequados de cuidar de si e da infância. Meyer (2003) discutindo as formas de maternidade nos corpos femininos, coloca que:



(...) o pressuposto de que o indivíduo pode e deve aperfeiçoar cada vez mais sua forma de viver, seu corpo ou sua saúde implica, também, em colocar, na esfera da pessoa, a responsabilidade pela alocação dos meios e recursos necessários para a consecução desse “projeto” de vida e saúde. (MEYER, 2003, p.36)

Apesar dessa responsabilidade que a mulher carrega de “ter por obrigação” fazer o que é “normal” para gerar sujeitos fortes e saudáveis para que se tornem cidadãos produtivos para a sociedade, muitas mulheres que optam por parto natural sem medicação (anestesia) por exemplo, por acreditarem que aquilo é o correto e benéfico para ela e para seu bebê, ainda assim são ditas loucas ou inconsequentes. O saber técnico (ou tecnológico) sobre o parto se “fixou” na década de 70, quando a tecnologia obstétrica adotada pelo modelo biomédico, cujo objetivo era deter a mortalidade materna e perinatal<sup>3</sup> prevenindo risco através da intervenção, supervalorizou estes riscos e subestimou a capacidade da mulher de parir sem o aparato tecnológico (CARNEIRO, 1999). Ao mesmo tempo, responsabiliza-se a mulher sobre sua gestação e parto e se condenam aquelas que fazem uma opção diferente, como por exemplo, a opção pelo parto domiciliar, onde não há assistência regulamentada pelo sistema de saúde.

O aumento na incidência de cesáreas é um fenômeno comum observado em quase todos os países do mundo. Cerca de 850.000 cesarianas desnecessárias são realizadas anualmente na América Latina (MARTINS, 2002). No Brasil, estes índices foram extremamente elevados na última década, superiores aos de qualquer país. (FAÚNDES, 1991). Os altos índices de cesárea no Brasil parecem estar ligados à fatores socioeconômicos e culturais, já que a maior incidência está no setor privado (DIAS, 2008; FREITAS, 2005).

Não só as cesáreas são utilizadas de forma abusiva, desnecessária e indevida. Outras práticas obstétricas, como por exemplo, a episiotomia<sup>4</sup> é utilizada em quase todos os casos de parto natural em rede hospitalar. A Organização Mundial de Saúde (OMS) indica que este procedimento seja usado com cautela pois existem evidências contra seu uso rotineiro (WHO, 2009). Este fato trouxe preocupação à comunidade científica que, a partir da década de 90, questiona de maneira mais profusa o modelo médico de assistência ao parto e ao neonato, e discute as vantagens da utilização de técnicas consideradas benéficas pela evidência

---

<sup>3</sup> Período anterior e posterior ao parto. Normalmente se refere a um período curto ou imediato, dependendo do contexto.

<sup>4</sup> Incisão efetuada na região do períneo (área muscular entre a vagina e o ânus) para ampliar o canal de parto.

científica, como por exemplo técnicas não-farmacológicas para o alívio da dor<sup>5</sup>, na assistência ao parto de baixo risco (DIAS, 2008).

Alguns riscos do uso indevido da cesárea, que vão além do fato de ser um procedimento cirúrgico de grande porte, bem como alguns mitos em relação ao parto, estão descritos na seção “Derrubando Mitos” do site da campanha da ANS “Parto Normal está no meu Plano” (ANS, 2009b), como por exemplo, complicações respiratórias para o bebê, hormônio importantes ao vínculo mãe-bebê não liberados adequadamente sem o trabalho de parto ou parto ativo.

A cesárea nasceu para ser utilizada quando há risco para a mãe ou bebê, mas hoje, ainda se valoriza a dor, os mitos e os riscos do parto natural, sem deixar claro para esta mulher quão “arriscada” ela está se submetendo a uma cesárea desnecessária. A falta de informação e passividade destas mulheres em relação ao parto, bem como a baixa remuneração dos médicos por parto – o que, segundo os próprios médicos, não é conveniente substituir as horas do consultório por horas de acompanhamento nos trabalhos de parto – contribuem para o quadro que se apresenta em relação às formas de nascer no Brasil (Kruno, 2004).

Kruno (2004) aponta que a passividade e desinformação da mulher gestante em relação ao parto pode ser compreendida quando observamos a história e a herança internalizada do estigma de submissão feminina. A partir da era cristã, onde todo conhecimento pagão, principalmente com relação àquilo que era predominantemente ligado ao feminino, como as parteiras, ciclos menstruais, ervas, benzeduras e muitos outros, foram associados à cultos demoníacos e deveriam ser dizimados. Adiante, o Iluminismo tenta reafirmar a fragilidade e inferioridade do corpo feminino através dos estudos científicos que mostram as diferenças dos corpos de mulheres e homens. Nos séculos XIX e XX há uma popularização do uso do Fórceps que traz a participação masculina na cena de parto (NAGAHAMA, 2005; KRUNO, 2004). “O parto então se torna técnico científico e inevitavelmente um ato médico”. Isso reflete, nos dias de hoje, o comportamento das mulheres perante a parturição segundo a autora.

Apesar de ser um movimento incipiente, existem mulheres que estão reivindicando seu espaço de expressão no ato de parir, que questionam o paradigma atual de assistência ao parto, preconizado nas instituições hospitalares e que buscam o resgate da força feminina, arquetípica e histórica, há muito esquecida (KRUNO, 2004) “as mulheres da resistência” no

---

<sup>5</sup> O Anexo 1 traz as recomendações da OMS no atendimento do parto normal

que diz respeito à escolha do parto. Com isso, fica claro que uma mudança de modelo de atenção ao nascimento seria mais fácil através da mudança da racionalidade biomédica na área da obstetrícia (DIAS, 2008) que deveria vir desde a formação.

O curioso no quadro pintado pelo Brasil sobre as formas de nascer se refere à estas mulheres que parecem um pouco mais “passivas” nesse processo e optam pela marcação prévia da cesárea. Sabe-se que a cesárea é uma cirurgia de grande porte e, como qualquer cirurgia, há riscos envolvidos (DIAS, 2008; MARTINS, 2002) e mesmo assim, muitas mulheres atendidas pelo setor privado de saúde parecem ser capturadas pelo discurso médico que faz, profusamente, indicação da cesárea. O que acontece nesse discurso que faz as mulheres gestantes se submeterem a estes riscos? Qual o imaginário dessas mulheres em relação ao parto? Que potência ao corpo feminino ela atribui a si?

A natureza do processo de estar grávida e dar a luz é muito emocional e pessoal, e a confiança na pessoa que cuida desse processo tem um imenso valor psicológico (FAÚNDES, 1991). Essas mulheres que optam por uma cesárea previamente marcada parecem estar capturadas pelo medo. Os hospitais, para cumprir o papel de “boa” assistência à mãe e bebê utiliza-se de recursos tecnológicos e equipes multiprofissionais altamente especializadas e habilitadas à prestar assistência em todos os graus de complexidade, o que significa que o enfoque primordial da assistência para o parto e ao recém-nascido está voltado para garantir a segurança do nascimento, ou seja, “a intervenção na prevenção e ou tratamento de doenças”, com pouca ênfase em participar e oferecer suporte emocional a um evento ímpar de celebração da vida: o nascimento (RUGOLO, 2004).

O parto antes do saber médico era um evento desgovernado, realizado pelas parteiras ou pelas mulheres da família. Não se sabia o que poderia acontecer (CHAZAN, 2005). Hoje, o parto é controlado, governado, um tentativa constante de “controlar aquilo que nem aconteceu ainda”.

As mulheres tem medo, é fato. Nossa cultura parece reforçar um imaginário de que a tecnologia é o alívio para este medo do parto (medo da dor, de não ter força, medo de não ser mais a mesma mulher) em detrimento ao processo natural de dar a luz. As informações mais relevantes no caso de uma “escolha” do tipo de parto por uma gestante que não necessita de uma cesária, como por exemplo, sobre os riscos que existem no procedimento cirúrgico, normalmente não são passadas a estas mulheres. Nunes (2004) afirma que é raro encontrar parturientes que, ao serem encaminhadas para esse procedimento, são capazes de informar o motivo de tal conduta.

Referem-se quase sempre a uma mal explicada “falta de passagem”, ou ao convincente argumento de “evitar a morte do feto” e supervalorizam as vantagens que este procedimento ofereceria em relação ao parto por via vaginal, a exemplo da supressão das, tão temidas, “dores do parto”. (NUNES, 2004, p. 344)

O discurso, segundo Foucault (1996, p. 10), não é simplesmente aquilo que manifesta o desejo, é, também, aquilo que é o objeto de desejo; “visto que o discurso não é simplesmente aquilo que traduz as lutas ou os sistemas de dominação, mas aquilo por que, pelo que se luta, o poder do qual nos queremos apoderar.” O discurso que “paira” sobre estas gestantes segue uma palavra de ordem médica e, “aquilo que o médico diz é cientificamente autorizado”. E são nestes discursos, uma característica da assistência ao parto no Brasil, que percebemos o controle do saber médico em relação às formas de nascer. Quero lembrar que me refiro aqui ao parto controlado desnecessariamente pelo procedimento cirúrgico mesmo que a gestante tenha todos os sinais de que é possível um parto natural, diferente da possibilidade de, no trabalho de parto, quando mãe e bebê estão em risco, se fazer uma cesárea necessária.

#### **4 VINHETA 2: AS MÃES DA RESISTÊNCIA**

*“Quando soube que estava grávida, já comecei a procurar médicos e hospitais para ter meu bebê. Acabei por optar por ter meu bebê em casa, mesmo não sendo muito a favor da idéia, simplesmente por que não encontrei médicos que me deixassem segura. Todos me perguntavam “você quer parto normal ou cesárea?” e eu pensava “como assim?” Na Alemanha você não tem opção. É parto normal é pronto. Se o médico precisa fazer cesárea por algum motivo importante, ele vem te pedir desculpas no outro dia”.* (Participante estrangeira de um grupo independente de apoio ao parto humanizado de Porto Alegre, novembro de 2008)

De um lado, atendendo no setor privado, ouvia o discurso da maioria das gestantes justificando sua escolha antecipada pelo procedimento cirúrgico para o momento do nascer de seu bebê. Por outro, nas escutas que tive oportunidade de fazer em um Grupo de Apoio ao Parto Natural<sup>6</sup>, ouvia opções e opiniões diferentes daquelas que eu estava acostumada.

---

<sup>6</sup> Grupos apoiados por mães que defendem e informam sobre as questões relacionadas ao parto natural organizados como movimento social, não necessariamente ligado à rede de saúde.

Gostaria de ressaltar que as mulheres que encontrei nestes grupos de apoio são mulheres com as mesmas condições financeiras e de acesso à informações que as mulheres que convivi na rede privada. Ali, permeia outro discurso, eu diria até, um “discurso da resistência” por ser uma opção totalmente contrária às das mulheres do parto cirúrgico. Ouvia mulheres que queriam ser protagonistas do nascimento de seus filhos, que demonstravam vontade de poder sobre seus corpos e entendiam o parto como um processo fisiológico, não se contentando com poucas explicações ou por informações vindas somente dos médicos. Elas buscavam apoio entre as próprias mulheres e em movimentos sociais/culturais que defendiam, por exemplo, os benefícios do parto natural em relação à cesárea desnecessária - aquela antecipada sem necessidade - e melhores formas de assistência ao nascimento<sup>7</sup>.

Esses grupos não são contra as cesáreas necessárias. Eles não são favoráveis às cesáreas desnecessárias em mulheres com gestação de baixo risco, principalmente quando marcadas previamente. Como movimento social, os grupos entendem que a cesárea é um procedimento que salva muitas vidas, quando utilizado no momento adequado. Dão apoio e informação às mães que são “da resistência”, que optam por se preparar para um parto natural, mas também são informadas de que uma cesárea é indicada quando à risco.

Arrisco-me a dizer que, no que diz respeito à atual assistência ao parto no Brasil, ainda que lentamente, estamos caminhando em outra direção. Talvez o trabalho das *doulas*<sup>8</sup> que surgiram ainda nos anos 80 (retomaremos este assunto adiante no texto), amparadas pelo trabalho das valorosas parteiras não mais vistas hoje em dia, não nos conduziu neste caminho de fazer com que emergja uma outra possibilidade de assistência, que se contrapõe ao discurso medicalizante relacionado ao parto. Pode-se considerar que estamos em um momento em que uma contra-informação circula, cada vez mais profusa, diferente daquela que se fixou a partir da década de 70, que fazia apologia à cesárea. Deleuze (1999) coloca que a contra-informação só se torna eficaz quando ela é, ou se torna um ato de resistência. O movimento pelo parto natural, principalmente os domiciliares, ou outros modelos que não o institucionalizado nos hospitais, se mostram atualmente como ato de resistência, pois não negam a cesárea quando utilizada de forma adequada, mas justificam sua existência em “contra-informar” a situação ainda vigente no país: a informação que circula de que a cesárea é segura e melhor para a mãe. Observando o contexto em que os movimentos pelo parto

---

<sup>7</sup> A assistência humanizada ao nascimento diz respeito às práticas da equipe em relação à todos os fatores que envolvem o momento do parto (tanto natural quanto cesáreo) que vai do cuidado com o ambiente em que o parto ocorre até o momento de despedida da mulher da maternidade.

<sup>8</sup> Mulheres que acompanham a gestante dando apoio emocional durante a gestação, parto e nos primeiros meses do pós parto.

natural surgem, na luta pela assistência humanizada ao parto e pelo protagonismo da mulher e da família no nascimento, pode-se dizer que é um movimento de resistência híbrido, que não está apenas preocupado em fazer oposição à palavra de ordem - recusa ao discurso - mas traz novos olhares e novas possibilidades de reflexão nesta contra-informação. Pelbart (2003) diz que:

Se na modernidade a resistência obedecia a uma matriz dialética, de oposição direta das forças em jogo, com a disputa pelo poder concebido como centro de comando, com as subjetivações identitárias dos protagonistas definidas pela sua exterioridade recíproca e complementariedade dialética, o contexto pós-moderno suscita posicionamentos mais oblíquos, diagonais, híbridos, flutuantes. Criam-se outros traçados de conflitualidade (PELBART, 2003, pg. 136).

A resistência traz novos questionamentos, que surgem para além da prática indevida da cesárea, tentando proliferar a contra-informação. “Mas o poder continua flutuando”. É como a imagem de um polvo<sup>9</sup> que assume várias formas e apresenta novos métodos e estratégias à medida que gera resistência, emanando tentáculos com o intuito de não deixar escapar nada do seu controle.



Figura 1: Site Parto do Princípio (Fonte: www.partodoprincipio.com.br)

<sup>9</sup> Exemplo trazido por uma colega em aula do curso de especialização em Educação em Saúde Mental Coletiva para exemplificar seu entendimento sobre biopolítica.

### 5 VINHETA 3: GRUPOS DE APOIO AO PARTO E AS PRÁTICAS CORPORAIS

“Fazendo essas aulas eu consigo sentir meu corpo, sabe? Eu uso a minha respiração pra fazer massagem no meu bebê (risos). Acho que ele sente e eu sinto que ele gosta. Isso me deixa mais tranqüila”. (Aluna das aulas de yoga – 28 semanas, quando ao final da aula, foi perguntado à turma se alguém gostaria de falar algo sobre como estavam se sentindo).

Existem diversos Grupos de Apoio ao Parto (Natural) no Brasil<sup>10</sup>. Esses grupos, em sua maioria, oferecem práticas corporais para gestantes dentro do seu “pacote informacional” onde todas as atividades propostas tem o sentido de educar para o parto dar suporte a esta gestante. As práticas corporais referidas aqui são normalmente práticas corporais introspectivas, caracterizadas por movimentos suaves e situações de aparente imobilidade, como o caso de uma determinada postura ou de um exercício respiratório consciente, voltadas para a obtenção de uma maior consciência corporal, como consequência da atenção prestada às sensações somáticas produzidas por essas ações (GOVERNO DO ESTADO DO RS, 2009). Dentre outros serviços também é oferecido o acompanhamento de uma *doula*.

A palavra "*doula*" vem do grego "mulher que serve". A história da parturição nos mostra que as mulheres em trabalho de parto eram acompanhadas, além da parteira, por outras mulheres “serviçais assistentes de parto”. Conhecimento empírico, passado de geração a geração, foi acumulado fruto da experiência de milhares de mulheres auxiliando outras mulheres na hora do nascimento de seus filhos (ANDO, 2010).



Figura 2: Mulher Japonesa em trabalho de parto amparada por parteira e assistente.  
Fonte: Medical Museum University of Iowa

<sup>10</sup> Vide [www.partodoprincipio.com.br](http://www.partodoprincipio.com.br)



Figura 3: Imagem alemã retratando o parto (1513). Neufeld & Henis.  
Fonte: Medical Museum University of Iowa

No contexto atual, anos de 2010, a palavra *doula* aplica-se às mulheres que dão suporte físico e emocional a outras mulheres antes, durante e após o parto, promovendo encorajamento e tranquilidade (LEÃO, 2001). É por este motivo, a proximidade com a mulher desde o início da gestação, que a maioria das *doulas* também conduzem grupos de práticas corporais que são oferecidos às gestantes que as procuram – uma forma de garantir a continuidade do cuidado e a escuta com estas mulheres ao longo do período gestacional. Normalmente, os grupos continuam ainda alguns meses após o parto, mantendo o cuidado e o vínculo com a gestante mesmo no pós parto.

O cuidado é uma ação integral, que tem significados e sentidos voltados para a compreensão de saúde como direito de ser (PINHEIRO, 2004). Escutar, informar, dar relevo à potência corporal da mulher, entender quem é o indivíduo (ou o conjunto de experiências sob uma dada relação que o caracteriza) dentre outras qualidades, são peculiares a qualquer profissional que esteja no papel de cuidador das mulheres gestantes. Não é diferente, em minha opinião, daquele que está ali para ministrar uma prática corporal. A *doula*, a mulher que acompanha a mulher durante a gestação, o parto e o puerpério, está constantemente dando apoio emocional especial para esta fase da vida da mulher, seja através das aulas de yoga, dos exercícios corporais para o momento do parto, ou com práticas de reeducação perineal no pós parto. Alguns estudos demonstram que mulheres que são acompanhadas por



*doulas* tem uma experiência de parto mais positiva, tem melhor senso de controle do processo de parto e auto percepção (LEÃO,2001).

As práticas corporais para gestantes devem ser orientadas levando em consideração a produção de significados que esta gestação/momento/espço tem para a mulher. No espaço de tais práticas acontecem conversas, encontros, novos sentidos, e principalmente, produção de saúde. São nesses encontros que muitas vezes, são produzidos resultados na direção ao que é indicado pela Organização Mundial da Saúde adotado pelo Ministério da Saúde: a sensibilização da sociedade em relação aos benefícios e custos do parto natural em mulheres gestantes de baixo risco, dentre outros. Campanhas de incentivo ao parto natural, verba para pesquisas na área relacionada dentre outras ações, podem ser observadas no site da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), pois o grande desafio atualmente é direcionado para a rede privada de saúde, onde o número de cesáreas é muito maior do que na rede pública (ANS, 2009).

Os espaços de práticas corporais para gestante ligados a estes movimentos de apoio ao parto natural, tem um papel fundamental neste processo, pois como citei anteriormente, poucos são os momentos em que uma gestante atendida pelo do setor privado, por exemplo, se encontra regularmente com grupo de gestantes. Nos grupos de apoio a contra-informação é livre para circular, informações que contribuam com as campanhas dos órgãos de saúde, como modelos inovadores de cuidado e atenção à gestante e, principalmente, contribuam para melhorar as formas de nascer no Brasil.

Além disso, o profissional cuidador (*doula*, professor de educação física, fisioterapeuta e etc.) deve estar ciente de que existe uma nova relação que está surgindo na vida da mulher gestante: o vínculo mãe-bebê. A relação da mãe com seu filho já começa desde o período pré natal, e se dá, basicamente, através das expectativas que a mãe tem sobre o bebê e da interação que estabelece com ele. Como na vinheta 3, em que a mãe compara os seus exercícios respiratórios durante uma aula de yoga com uma “massagem” em seu bebê - que sente - algumas gestantes do estudo de realizado por Piccinini (2004) reconheceram que seu estado emocional durante a gravidez poderia ser transmitido para o feto, e poderia influenciar no seu temperamento. Este dado revela um sentimento de vínculo intenso entre a mãe e o bebê já durante a gestação. O autor ainda coloca que este estudo apontou a existência de uma relação materno-fetal bastante intensa, a qual é embasada especialmente nos sentimentos ou expectativas das gestantes sobre o sexo, o nome, as características psicológicas, a interação mãe-feto e as preocupações com a saúde do bebê.

Outro ponto relevante, já considerados pelas doulas em todas as atividades propostas por elas, inclusive as práticas corporais, é a inclusão do pai durante a gestação. Os pais mais conscientes dos significados de trazer um bebê ao mundo, em sua maioria de classe média, não aceitam mais o simples papel de provedor. Desejam compartilhar com a mulher os cuidados com o bebê, acompanhando de perto o desenvolvimento da gravidez, freqüentando as consultas de pré natal (FALCETO, 2006). Piccinini (2004) aponta que a aceitação do bebê pelo pai é um fator fundamental para o estabelecimento e para a qualidade do apego da mãe ao bebê. Sendo assim, é relevante pensarmos na inclusão do pai nos espaços destinados a cuidar da gestante.

Como referido anteriormente, para as gestantes do setor privado de saúde, a possibilidade de encontrar outras gestantes com maior freqüência é através das práticas corporais regulares. O profissional que orienta tais práticas, não deve considerar apenas a prescrição de exercícios como saber relevante para este grupo e sim, a possibilidade de agregar outros saberes referentes a este momento especial da vida da gestante, ou do “casal grávido”.

## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Durante os anos que estive em convívio com as gestantes das aulas de yoga e outras práticas corporais que ministrei em um hospital privado de Porto Alegre fui afetada por inúmeras questões. Dentre elas, a de maior relevo neste período, foi a questão da escolha do parto cesáreo. Acreditava que aquelas mulheres tinham acesso a informações “adequadas”, que poderiam ir ao encontro de um plano de parto que proporcionasse a vivência plena da gestação, do parto e do puerpério, principalmente pelo fato de pertencerem a uma classe social com maior poder aquisitivo.

Como estudante de saúde coletiva e “defensora” da livre circulação da informação sobre as recomendações da OMS para assistência ao parto normal (ANEXO 1) não entendia a possibilidade de estar mulheres optarem por um parto cesáreo mesmo estando em uma gestação de baixo risco.

Através busca por ouvir “o outro lado da história”, que me levou ao encontro dos grupos de apoio ao parto natural, reunidos em espaços não relacionados ao sistema de saúde, percebi que o grupo no qual eu estava inserida, como professora, não era um coletivo. Não eram, exatamente, experiências que trocavam. Elas reforçavam, entre elas mesmas, os mitos, os medos e os desejos por passarem rapidamente por aquele momento (o parto). A “louca”

era a gestante que chegava naquele grupo com desejo de parto natural – ou a professora que não era gestante e tentava argumentar sobre a obstetrícia baseada em evidências. Logo havia tentativa de nos fazer acreditar (eu, professora e a “louca” do parto natural) que a não vale a pena sentir dor e passar por todo o “trauma” do parto natural.

Relembrando aquelas cenas através deste trabalho, penso que é mais fácil aceitar a idéia de que ali estava se formando um conluio e não um coletivo. Chamo de conluio pelo fato de aquele grupo tentar reforçar a idéia do discurso, conspirar contra aquele que faz uma opção diferente, que é a “louca” ou a “coitada” que passará por um parto doloroso. Acreditava que eu estava capturada pela inquietação mas hoje penso que elas sim estavam capturadas e não eu.

Talvez tenha sido pretensão minha pensar na possibilidade de contribuir com a circulação da informação sobre parto natural no espaço de práticas corporais no setor privado. Mesmo com o cuidado de não proporcionar um conflito com a racionalidade que opera dentro deste tipo de instituição (um hospital privado), percebo que as mulheres já chegam nas aulas referidas com idéias formadas sobre aquilo que elas nem vivenciaram ainda, em relação a sua gestação. Ouvi alunas relatarem “que o médico havia lhe dito que seria cesárea, pois seu bebê não estava bem posicionado para parto normal”. Estranhava esse tipo de fala, principalmente vindo de uma gestante de 15 semanas. Em suma, aquelas pessoas se encontravam – e mantinham os encontros – por que conseguiam reforçar a idéia do discurso biomédico referente à cesárea, entre elas.

O espaço de práticas corporais / atividade física<sup>11</sup> para gestantes pode ser um espaço de escuta, de troca, de cuidado. A gestante vivência mudanças corporais e emocionais que podem ser mais fortes para algumas mulheres em um período, o da gestação, que pode ser um curto espaço de tempo para assimilar tais mudanças. O corpo expressa sentimentos, vivências e aprendizados. Hoga (2006) coloca que:

Por meio de seu corpo, a gestante pode estar revelando o que ocorre em seu interior e as sensações vivenciadas. Sua interpretação e compreensão são necessárias, pois são fatores que geram possibilidades para estabelecimento de maior vínculo entre profissionais, gestantes e seus familiares. Considera-se, portanto, que, por meio do corpo, é possível estabelecer um processo de comunicação, assim como gerar e apreender conhecimentos (p.312).

As mulheres que expressam esta certeza, de que é mais segura e benéfica a escolha pela cesárea, exteriorizam essa opinião sempre que há oportunidade, durante os encontros

---

<sup>11</sup> Optei por não trazer conceitos referentes à diferenciação de práticas corporais e atividade física, pois acredito que não seja relevante neste trabalho.

“dos corpos” em movimento, ou seja, o espaço/tempo destinado a preparar o corpo para a gestação e parto. Buscam ainda entre os pares, afirmar este discurso, pactuando a idéia, construindo o que chamo aqui de conluio. Seria por ser este espaço, o espaço destinado aos corpos? Que significados tem este espaço para que ali, estas mulheres manifestem a necessidade de afirmação do discurso biomédico que governa o corpo-gestante? Por que a passividade demonstrada por Nunes (2004) e Piccinini (2004) continua presente, mesmo quando existe a oportunidade de “conhecer o estranho que é benéfico” (o parto natural)? Chego ao final deste trabalho com mais perguntas do que havia no início do mesmo.

Nos grupos de apoio ao parto natural, encontrei não apenas um discurso diferenciado – que é favorável ao parto fisiológico como parto normal e possível – mas “me” encontrei com mulheres diferentes daquelas que me procuravam para as aulas no sistema privado. Ali identifiquei o coletivo: mulheres que se encontravam para serem afetadas por estes encontros (como eu me propus) e expressavam idéias comuns em relação à temática da assistência ao parto. As mulheres destes grupos retornam a eles, mesmo após o parto, para contribuir e continuar o coletivo. Se reúnem para a prática corporal, para sentir o corpo e aprender a vivenciar plenamente a experiência corporal e emocional da gestação. Tentam de maneira simples expor em palavras todas as suas sensações em relação ao parto – uma visão positiva do processo – no intuito de ajudar outras mulheres a passarem por este momento, de certa forma, contribuindo para com as mudanças esperadas para a assistência ao parto no Brasil.

Partindo das premissas de que a gestante que frequenta práticas corporais regulares durante a gestação, se encontra com maior frequência com o profissional que orienta tais práticas em comparação aos demais profissionais cuidadores e, que, se faz necessária a mudança da assistência ao parto no país, torna-se relevante a reflexão sobre o papel das práticas corporais e de profissionais preparados e implicados com as questões relativas às formas de nascer nas práticas de cuidado da gestação e puerpério.

Finalizando este texto, remetendo-me novamente às imagens das mulheres do sistema privado e dos grupos de apoio ao parto natural, trago sugestão para novos estudos que possam refletir a partir de experiências de inclusão das práticas corporais sistematizadas junto aos programas de pré natal nas unidades de saúde bem como, a busca por grupos de apoio ao parto que possam estar inseridos na rede de saúde. Os grupos produzem número maior de encontros estabelecendo vínculos afetivos entre usuários e equipe como também, “quebram” a imagem que o pré natal acontece apenas nas consultas de assistência médica e de enfermagem. As Práticas Corporais, no contexto da integralidade, podem garantir a continuidade do cuidado através do “convite” para expressar-se através do corpo.

## REFERÊNCIAS

ANDO. Associação Nacional de Doulas. Disponível em: <http://www.doulas.org.br> Acesso em: 28 out 2010.

ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portalv4/site/home/default.asp#>. Acesso em: 15 de mai de 2010.

\_\_\_\_\_. Parto Normal está no meu Plano.

[http://www.ans.gov.br/portal/site/\\_hotsite\\_parto\\_2/index.asp](http://www.ans.gov.br/portal/site/_hotsite_parto_2/index.asp). Acessado em: 04 de jun de 2009.

CARNEIRO, L.M. Casa de parto: um novo paradigma na atenção ao parto. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA E NEONATAL, 1999, Rio de Janeiro : **Anais do 2º Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal**. 1999. p. 27-33.

CHAZAN, L.K. As Imagens Fetais e a Produção do Prazer de Ver: a construção do feto como Pessoa mediada pela ultra-sonografia obstétrica. **Mnemosine**. v. 1, n. 1, p. 347-363 2005.

DIAS, M.A.B. Trajetória das Mulheres na Definição pelo Parto Cesáreo: estudo de caso em duas unidades do sistema de saúde suplementar do estado do Rio de Janeiro. **Ciências e Saúde Coletiva**. v. 13, n. 5, p. 1521-1534, 2008.

FALCETO, Olga. **Unidos pela amamentação**. Porto Alegre: Dacasa, 2006.

FALCONE, V.M. Atuação multiprofissional e a saúde mental de gestantes. **Rev. Saúde Pública**. v. 39, n. 4, p. 612-618, 2005.

FAUNDES, A. A Operação Cesárea no Brasil: Incidência, tendências, causas, consequências e proposta de ação. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 7, n. 2, p. 150-173, abr/jun, 1991.

FOUCAULT, Michel. **A Ordem do Discurso**. São Paulo : Edições Loyola, 1996.

FREITAS, P.F., et al. Desigualdade social nas taxas de cesariana em primíparas no Rio Grande do Sul. **Rev. Saúde Pública**. v. 39, n. 5, p. 761-767, 2005.

GOVERNO DO ESTADO DO RS. Secretaria de Educação. **Referenciais Curriculares do RS**. 2009. Disponível em:

[http://www.educacao.rs.gov.br/pse/html/refer\\_curric.jsp?ACAO=acao1](http://www.educacao.rs.gov.br/pse/html/refer_curric.jsp?ACAO=acao1). Acessado em: 09 jan 2009.

HOSPITAL DIVINA PROVIDÊNCIA. Disponível em:

<http://www.divinaprovidencia.org.br/bebes/index.php?id=224&idcategoria=22> Acesso em: 01 nov 2010.

HOSPITAL MOINHOS DE VENTO. Disponível em:

<http://www.hospitalmoinhos.org.br/content/especialidades/saibamais-detalle-especialidade.aspx?ida=86&id=87> Acesso em: 01 nov 2010

KRUNO, R.B.; BONILHA, A. Parto no domicílio na voz das mulheres: uma perspectiva à luz da humanização. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**. v. 25, n. 3, p.396-407, dez 2004.

LEÃO, Míriam; BASTOS, Marisa. **Doulas apoiando mulheres durante o trabalho de parto: experiência do hospital Sofia Feldman**. Rev Latino-am Enfermagem, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 90-94, maio. 2001.

MARTINS Costa et al. **Cesáreas - Indicações**. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Ministério da Saúde. Disponível em:

[http://www.ans.gov.br/portal/site/hotsite\\_parto\\_2/index.asp](http://www.ans.gov.br/portal/site/hotsite_parto_2/index.asp). Acesso em: 2 de maio de 2010.

MEYER, D. E. Educação, saúde e modos de inscrever uma forma de maternidade nos corpos femininos. **Revista Movimento**. v. 9, n.3, p.33-58, set/dez, 2003.

NAGAHAMA, E.; SANTIAGO, S.M. A intitucionalização médica do parto no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 10, n. 3,p.651-657, 2005.

NUNES, I.M.; MOURA, M.A.V. A atenção ao parto como espaço de poder. **Acta Paulista de Enfermagem**. v. 17, n. 3, p. 340-345, jul/set, 2004.

PARTO DO PRINCÍPIO. Disponível em: <http://www.partodoprincipio.com.br> Acesso em: 28 out 2010.

PICCININI, Cesar Augusto et al. **Expectativas e Sentimentos da Gestante em Relação ao seu Bebê**. Psicologia: Teoria e Pesquisa, Brasília, v. 20, n. 3, p. 223-232, set/dez. 2004.

PINHEIRO, R.; GUIZRDI, F. Cuidado e Integralidade: por uma Genealogia de Saberes e Práticas no Cotidiano. In: Pinheiro, R.; Matos, R. A. **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Hucitec, ABRASCO, 2004.

RUGOLO, L. Sentimentos e percepções de puérperas com relação à assistência prestada pelo serviço materno-infantil de um hospital universitário. **Rev. Bras. Saúde Materno Infantil**. v. 4, n.4, p.423-433, out/dez, 2004.

UNIMED. Disponível em: <http://www.unimedpoa.com.br/Clientes/Bem-Estar/detalhe/curso-para-gestantes/993.aspx> Acesso em: 01 nov 2010

UNIVERSITY OF IOWA. Medical Museum. **The History of Childbirth**. Disponível em: <http://www.uihealthcare.com/depts/medmuseum/galleryexhibits/factsoflife/childbirth/history.html> Acesso em: 03 out 2010.

WHO. **World Health Organization**. Disponível em: [http://apps.who.int/rhl/pregnancy\\_childbirth/childbirth/2nd\\_stage/jlcom/en/](http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/childbirth/2nd_stage/jlcom/en/). Acesso em: 03 jan 2009.

## ANEXO

### **Recomendações da OMS (Organização Mundial da Saúde) no Atendimento ao Parto Normal**

#### **A) Condutas que são claramente úteis e que deveriam ser encorajadas:**

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



18. Utilizar oxitocina profilática na terceira fase do trabalho de parto em mulheres com um risco de hemorragia pós-parto, ou que correm perigo em consequência de uma pequena perda de sangue.

19. Esterilizar adequadamente o corte do cordão.

20. Prevenir hipotermia do bebê.

21. Realizar precocemente contacto pele a pele, entre mãe e filho, dando apoio ao início da amamentação na primeira hora do pós-parto, conforme diretrizes da OMS sobre o aleitamento materno.

22. Examinar rotineiramente a placenta e as membranas.

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

1. Uso rotineiro de enema.

2. Uso rotineiro de raspagem dos pelos púbicos.

3. Infusão intravenosa rotineira em trabalho de parto.

4. Inserção profilática rotineira de cânula intravenosa.

5. Uso rotineiro da posição supina durante o trabalho de parto.

6. Exame retal.

7. Uso de pelvimetria radiográfica.

8. Administração de ocitócicos a qualquer hora antes do parto de tal modo que o efeito delas não possa ser controlado.

9. Uso rotineiro da posição de litotomia com ou sem estribos durante o trabalho de parto e parto.

10. Esforços de puxo prolongados e dirigidos (manobra de Valsalva) durante o período expulsivo.

11. Massagens ou distensão do períneo durante o parto.

12. Uso de tabletes orais de ergometrina na dequitação para prevenir ou controlar hemorragias.

13. Uso rotineiro de ergometrina parenteral na dequitação.

14. Lavagem rotineira do útero depois do parto.

15. Revisão rotineira (exploração manual) do útero depois do parto.

**C) Condutas utilizadas com insuficientes evidências que apóiem a sua clara recomendação e que devem ser utilizadas com precaução até a conclusão de novos estudos:**

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

**D) Condutas freqüentemente utilizadas de forma inapropriada:**

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

11. Adesão rígida a uma duração estipulada do segundo estágio do trabalho de parto, como por exemplo, uma hora, se as condições maternas e do feto forem boas e se houver progresso do trabalho de parto.

12. Parto operatório (cesariana).

13. Uso liberal ou rotineiro de episiotomia.

14. Exploração manual do útero depois do parto.

**Fonte: Parto do Princípio**