

Mudança organizativa: a gestão hospitalar do parto como prática

Ana Carolina Júlio e César Tureta

RESUMO

Este trabalho objetiva compreender o processo de manutenção-mudança da gestão hospitalar do parto. Utilizamos a ontoepistemologia da prática, segundo Schatzki, e conduzimos um Estudo baseado em prática em uma maternidade pública, triangulando observação, entrevistas e pesquisa documental. Para além de uma atividade médico-hospitalar, a gestão do parto é uma prática sociomaterial sobreposta a outras (práticas maternas, médicas e de gestão da saúde), construída por meio da interação entre humanos e não humanos. Argumentamos que a manutenção-mudança da gestão do parto é interdependente: há dissolução de determinadas atividades e arranjos materiais, ao mesmo tempo em que outros elementos se mantêm inalterados. Nossa principal contribuição teórica é a análise da “manutenção-mudança” das práticas como um processo único, simultâneo e recursivo; evidenciando o dinamismo das práticas e a mudança como elemento constitutivo da vida organizacional/social. Em termos práticos, este trabalho pode contribuir para a formulação de políticas públicas de saúde e para uma gestão hospitalar do parto centradas na mulher e organizadas em torno de uma nova lógica (para além da técnica médica); com potencial de reduzir o índice de cesárias desnecessárias e, conseqüentemente, os custos das maternidades e do sistema de saúde; ampliando o debate sobre gestão hospitalar, seus atores e práticas.

Palavras-chave: práticas sociais; mudança organizacional; processos organizativos; gestão hospitalar; parto.

Organizing change: the hospital management of childbirth as practice

ABSTRACT

This work aims to understand the maintenance-change process of hospital childbirth management. We used the Schatzki's practice onto-epistemology, and we conducted a Practice Based Study in a public maternity hospital. Data were gathered from observations, interviews, and documentary research. Rather than a medical-hospital event, hospital childbirth management is a socialmaterial practice that overlapped other practices (maternal, medical and health management practices) and is constructed by the interactions between humans and no humans. We argue that the maintenance-change of hospital childbirth management is interdependent: there is the dissolution of certain activities and material arrangements, while other organizational elements remain unchanged. Our contribution is the analysis of the “maintenance-change” of practices as a single, simultaneous and recursive process. This evidence that practices are dynamic, and that change is a constitutive element of organizational/social life. In practical terms, this work can contribute to the formulation of public health policies and to a hospital childbirth management organized around a new logic (beyond medical technique). This has the potential to reduce the rate of unnecessary cesarean sections and, consequently, the costs of maternity hospitals and health system, and to advance the debate about hospital management, its actors and practices.

Keywords: social practices; organizational change; organizing; hospital management; childbirth.

Recebido em: 13/04/2022

Revisado em: 09/06/2022

Aprovado em: 15/11/2022



Ana Carolina Júlio 

Universidade Federal do Espírito Santo,
Brasil e Fucape Business School, Brasil
Doutora em Administração,
Universidade Federal do Espírito Santo,
Brasil

carol.juliosilva@gmail.com

César Tureta 

Universidade Federal do Espírito Santo,
Brasil
Doutor em Administração, Fundação
Getúlio Vargas de São Paulo, Brasil

cesartureta.ufes@gmail.com

Introdução

No Brasil, o parto é visto majoritariamente enquanto um evento médico-hospitalar, estando centrado no obstetra. A mulher é vista passivamente, como uma paciente (e não como a protagonista do processo, quem gesta e dá a luz), e a tecnologia da cesárea tende a ser considerada a forma de parturição mais segura. Além disso, a preferência pelo parto cirúrgico também se relaciona à percepção da (in)capacidade de o corpo da mulher parir, ao medo da dor, à conveniência do agendamento da cirurgia e ao desejo de se controlar um processo fisiológico (Fiocruz, 2016; Georges & Davis-Floyd, 2016; Júlio, 2017). Nesse contexto, somos o país com o 2o maior percentual de cesáreas do mundo (Unicef, 2016; WHO, 2018; Brasil, 2021, Betran et al, 2021).

Entendemos que o campo da Administração tem potencial para refletir sobre questões sociais mais amplas e relevantes (Hui, Schatzki & Shove, 2016; Nicolini, 2016; Wenzel, Krämer, Koch & Reckwitz, 2020), como a gestão do sistema de saúde e a gestão do parto, por exemplo. Afinal, para além da técnica médica, toda a lógica que organiza o parto tem grandes impactos na gestão hospitalar e na gestão do sistema de saúde como um todo (SUS e saúde suplementar), já que um menor percentual de cesarianas – em torno de 15% do total de partos – traz benefícios para a saúde de mulheres e recém-nascidos. Além do mais, esse menor percentual também gera uma redução significativa dos custos das maternidades (por meio da redução das internações em UTI, por exemplo) e do sistema de saúde como um todo – já que a cesárea é a cirurgia de grande porte mais realizada no Brasil e no mundo.

Os estudos baseados em prática (EBP) não se limitam à compreensão de microprocessos sociais, tendo potencial para também investigar grandes temas (Loscher, Splitter & Seidl, 2019; Nicolini, 2016). Os EBPs tendem a ir além da compreensão de práticas específicas e isoladas, dando ênfase à interdependência e às conexões existentes entre práticas (Wenzel, Krämer, Koch & Reckwitz, 2020), que não apenas se relacionam, mas se sobrepõem, algo que é central para o melhor entendimento de fenômenos mais amplos (Hui, Schatzki & Shove, 2016). A orientação ontoepistemológica das teorias da prática não assumem classificações dicotômicas como micro e macro, mas entende que fenômenos mais específicos e mais amplos estão sobrepostos e são mutuamente constituídos.

Este trabalho se alinha a esse movimento. Portanto, o nosso objetivo é compreender o processo de manutenção-mudança da gestão hospitalar do parto como prática social. Para tal, utilizamos a ontoepistemologia da prática, segundo Schatzki, e conduzimos um EBP em uma maternidade pública do Espírito Santo. Triangulamos observação participante, entrevistas informais e em profundidade, e pesquisa documental. Utilizamos a estratégia de *zooming in* e *zooming out*, proposta por Nicolini (2009), para observar in loco a interação entre humanos e outros modos de existência / não humanos (*zooming in*) e buscar compreender como a gestão do parto se conecta com outras atividades e práticas sociais (*zooming out*). Assim, buscamos evidenciar que a prática da gestão do parto não acontece isoladamente, estando interligada e sobreposta a outras práticas sociomateriais (Hui, Schatzki & Shove, 2016).

Ensejamos apresentar possíveis interlocuções entre os Estudos Organizacionais e a gestão da saúde / gestão do parto, assim como perspectivas teóricas e práticas com potencial para avançar a compreensão da gestão do parto. Para isso, argumentamos em favor de um sistema de gestão organizado em torno de uma nova lógica, no qual a mulher assuma seu papel de protagonista, sendo reconhecida e respeitada como tal. Dessa forma, será possível ampliar o debate sobre a gestão hospitalar, seus atores e práticas. Nossa principal contribuição teórica é a análise da “manutenção-mudança” das práticas como um processo único, simultâneo e recursivo. Isso pode ajudar a apreender o acontecimento e o dinamismo da gestão hospitalar do parto e de outras práticas sociais. Também visamos superar a aparente dicotomia entre os fenômenos manutenção e mudança, assim como reforçar o entendimento da mudança como um elemento constitutivo da vida organizacional/social, e não como um episódio pontual, exógeno e extremamente difícil de acontecer.

Além desta introdução, o artigo conta com um referencial teórico sobre a ontoepistemologia das práticas, segundo Schatzki. A seguir, apresentamos o percurso metodológico da pesquisa empírica, que foi realizada em uma maternidade pública. Por fim, temos a análise e a interpretação dos dados, e tecemos nossas principais reflexões teóricas e empíricas nas considerações finais.

Referencial teórico

O contexto brasileiro

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (MS) recomendam que as cesáreas não ultrapassem 15% dos partos, já que altas taxas de cesarianas estão associadas a problemas respiratórios, déficits de crescimento e mortalidade. Ainda assim, 56% dos nascimentos no Brasil em 2019 foram cesáreos, o segundo maior percentual de partos cirúrgicos do mundo (WHO, 2018; Brasil, 2021, Betran et al, 2021).

Estudos recentes (Fiocruz, 2016; Georges & Davis-Floyd, 2016; Júlio, 2017) revelam que a preferência pela via de parto não é meramente determinada por fatores clínicos, mas influenciada por questões culturais e socioeconômicas. No Brasil, a cesárea tende a ser considerada a via de parto mais segura por ser a forma mais tecnológica de dar à luz. A preferência pela cesárea também está relacionada à percepção da (in)capacidade de o corpo da mulher parir, ao medo do parto, à conveniência do agendamento da cesárea e ao desejo de controlar o processo de parturição (Júlio, 2017). Consequentemente, o parto geralmente é performado no contexto hospitalar. Em outros países como Inglaterra, Holanda, Canadá, Austrália e Nova Zelândia os nascimentos podem acontecer em hospitais, como também em centros de parto ou nos domicílios.

Como o modelo brasileiro está centrado no médico e nas organizações hospitalares, toda a lógica que organiza a gestão do parto tem impactos na gestão hospitalar e no sistema de saúde como um todo (WHO, 2018;

Fiocruz, 2016; Georges & Davis-Floyd, 2016; Júlio, 2017). Apesar disso, há no país um movimento social em prol da humanização do parto e do nascimento. Seus objetivos são reduzir a mortalidade materna e perinatal, as intervenções médicas desnecessárias (entendidas como violência obstétrica hospitalar) e a alta incidência de cesáreas (Diniz, 2005).

Ao longo dos últimos anos, novas práticas vinculadas à humanização do parto foram implementadas em várias maternidades do país. Isso ilustra que, em geral, o processo de mudança de práticas é gradual e lento. Nesse sentido, uma análise mais detalhada de como isso ocorre requer uma abordagem que tenha as práticas sociais como foco central, de forma que seja possível entender como ela se organiza e se modifica ao longo do tempo (Schatzki, Knorr-Cetina & Savigny, 2001; Schatzki, 2002; 2013).

O que são práticas sociais: a ontoepistemologia das práticas, segundo Schatzki

Schatzki considera as atividades cotidianas (as práticas sociais), a dimensão ontológica fundamental, o bloco fundador da realidade social (Loscher, Splitter & Seidl, 2019; Reischauer & Ringel, 2022), ou seja, as práticas são o principal elemento constitutivo da vida social, o ponto de partida para qualquer investigação das relações humanas (Schatzki, 2002, 2006, 2012; Nicolini, 2013). Para o autor, o termo prática social vai além da simples descrição do que as pessoas fazem ou da mera reprodução de um padrão de ação, referindo-se a um nexos de atividades humanas organizadas e de arranjos materiais (Schatzki, 2002). Ele está relacionado também à um conjunto de ações corporais/mentais de fazer e dizer que é suportado por uma ampla rede de arranjos, pela interação entre humanos e outros modos de existência (não humanos) (Schatzki, 2006).

É interessante notar que a prática social ilustra justamente a relação sujeito-objeto (Loscher, Splitter & Seidl, 2019; Thompson & Byrne, 2022), e não os polos sujeito e objeto (ou corpo e mente, agência e estrutura, natureza e cultura, etc.), buscando dissolver (e não necessariamente resolver) os dualismos clássicos das Teorias Sociais (Reckwitz, 2002). Nesse contexto, a ação e a ordem social deixam de se vincular às figuras clássicas e antagônicas do *homo economicus* e do *homo sociologicus*. Ou seja, nem a mera escolha racional e/ou os interesses individuais do *homo economicus* orientam e explicam a ação, nem os valores, os deveres ou as normas sociais, que constroem o *homo sociologicus*, garantem isoladamente a ordem social (Nicolini, 2013; Reckwitz, 2002). Surge, então, uma ontologia relacional, uma ontologia das práticas baseada na relação sujeito-objeto, que estende o escopo de análise para além da ação humana (Reischauer & Ringel, 2022). Foi essa ontologia relacional que permitiu que vários termos elementares (corpo, mente, agência, estrutura e “coisas”, por exemplo) das Ciências Sociais fossem redefinidos durante a “virada” em direção ao estudo das práticas das décadas de 1980 e 1990 (Reckwitz, 2002; Schatzki, Knorr-Cetina & Savigny, 2001; Wenzel, Krämer, Koch & Reckwitz, 2020).

Definir as práticas sociais enquanto um nexos de atividades organizadas é reconhecer que toda prática é composta pelas dimensões atividade e

organização (Loscher, Splitter & Seidl, 2019). A dimensão organização refere-se aos elementos que fazem com que essas ações de fazer e dizer estejam reunidas (organizadas) em torno de uma mesma atividade humana, de uma mesma prática social. Destaca-se que a organização das práticas se dá em torno de três elementos centrais: regras, entendimentos e teleoafetividades (Schatzki, 2002, 2003).

De acordo com Schatzki (2002, 2005), as regras dizem respeito a princípios e convenções sociais explícitos e tácitos que guiam a ação dos praticantes. Seu efeito normativo é performado e não pré-determinado, já que elas não estão necessariamente vinculadas a mecanismos de poder, autoridade ou sanções. O entendimento da prática refere-se ao *know-how*, à habilidade de um praticante performar as atividades que compõem uma prática, assim como a capacidade de perceber seu significado e propósito. A teleoafetividade, por sua vez, é uma combinação de senso de propósito (telos) e afetos, referindo-se aos fins e meios que dão sentido à ação, assim como às emoções que afetam os praticantes durante a performance de uma prática (Schatzki, 2002, 2005).

Assim, Schatzki define as práticas sociais como atividades humanas organizadas de (não)fazer e (não)dizer, suportadas por arranjos materiais (humanos e não humanos, o corpo dos indivíduos e suas extensões). Os arranjos materiais exercem um papel importante na organização das práticas (Thompson & Byrne, 2022), como demonstram alguns estudos baseados na abordagem de Schatzki. Por exemplo: Cucchi et al. (2022) investigaram os processos espirituais do empreendedorismo comunitário e suas dificuldades quando empresas geram desigualdade econômica em uma comunidade baseada em valores igualitários. Os autores identificaram que práticas sociomateriais se entrelaçam com práticas espirituais, no sentido de amenizarem as tensões intracomunitárias decorrentes do empreendimento baseado na comunidade. Júlio e Fantinel (2021) discutiram a produção e a reprodução da pandemia de Covid-19 a partir da interação entre humanos e não humanos, com foco nas interações mediadas por processos organizativos. As autoras argumentaram que a (re)produção da pandemia está profundamente permeada por práticas e processos organizativos de produção e consumo; práticas de interação com o ambiente; (falta de) acesso de populações humanas a condições materiais de existência, entre muitas outras. Fernandes, Silva e Machado (2021) analisaram o organizar da prática de roteiros turísticos e identificaram que, durante essa prática, transformações geradas a partir da relação humano-material podem fazer com que espaços considerados não-turísticos se tornem turístico.

Além disso, é importante salientar que regras, entendimentos e teleoafetividades são propriedades das práticas e não-características dos indivíduos (Reckwitz, 2002; Loscher, Splitter & Seidl, 2019). Durante sua socialização, os praticantes aprendem como participar de determinadas práticas, adquirindo e incorporando versões dos elementos que as organizam. Todavia, é importante salientar que esses elementos são incorporados de modo diferente, sendo combinados e (re)combinados de diversas maneiras, uma vez que os indivíduos não são idênticos (possuem socialização, experiências, inteligência, poder de observação e status distintos). Assim, cada praticante carrega consigo uma microversão das estruturas que

organizam as práticas das quais fazem parte (Schatzki, 2002; Reckwitz, 2002). Por exemplo, assim como há obstetras e gestantes que preferem a cesárea eletiva, considerando essa via de parto a melhor opção disponível, existem mulheres e médicos que preferem o parto natural. Apesar dessas diferenças, há uma estrutura comum que é socialmente compartilhada pelos praticantes, uma vez que o entendimento geral da prática é social.

Por fim, as práticas se perpetuam/alteram ao longo do tempo devido à persistência/mudança dos elementos que as organizam, da performance de atividades e dos arranjos materiais. Isso evidencia o tempo teleológico das práticas, sendo os fenômenos sociais não somente umnexo de práticas ordenadas e de arranjos materiais, mas também umnexo recursivo das performances passadas, presentes e futuras (Schatzki, 2006, 2013, 2016).

Mudança organizacional: a mudança das práticas

Nas organizações, a mudança não se restringe a transformação de suas estruturas formais, mas envolve também a reconstrução de seus processos organizativos e da malha de práticas e arranjos que sustenta o *organizing*. Isso inclui a (re)organização dos elementos que organizam as práticas: entendimentos, regras e teleoafetos. Portanto, tratar de mudança organizacional é tratar da mudança das práticas que dão vida à organização enquanto um fenômeno social que acontece (Schatzki, 2006).

Nos últimos anos, alguns autores se dedicaram a analisar as mudanças que ocorrem em práticas na área da saúde. Alguns deles tangenciam essa temática sem tratá-la como foco central. Por exemplo, Nicolini (2010) investiga o uso da telemedicina para monitorar cardiopatas enquanto uma inovação que emergiu e se estabeleceu na Itália, afirmando que as práticas inovadoras precisam crescer como um rizoma, de um contexto local para contextos mais amplos. Para que as práticas inovadoras se estabilizem, é necessário alinhar atores e interesses heterogêneos em um todo coerente, a fim de que a inovação não dependa unicamente do trabalho de atores isolados (Nicolini, 2010). Já Yakhlef e Essén (2013) examinam como atividades e práticas inovadoras emergem a partir do imprevisto de seus praticantes. Os autores realizam um estudo com cuidadores de idosos que lidam constantemente com demandas imprevisíveis, adaptando suas habilidades para atender situações emergentes (idosos que se recusam a comer, ou querem conversar por horas).

Outras pesquisas investigam diretamente a questão da mudança das práticas. Por exemplo, Bojorquez et al. (2018) analisam a mudança da dieta alimentar de mulheres imigrantes nos EUA. A autora considera a posição socioeconômica das imigrantes na estrutura social como *“higher order elements”*, orientando a mudança das práticas alimentares. Niemelä et al. (2019) estudam o impacto de tecnologias disruptivas (*connected health technologies*) na transformação da prática cirúrgica pediátrica. Os autores mostram que diretrizes e protocolos hospitalares – tradicionalmente registrados em papel e comunicados por telefone – estão sendo digitalizados e disponibilizados por meio de aplicativos móveis. Eles ressaltam o papel da materialidade na transformação das práticas, entendendo, de forma implícita, que o processo de mudança é exógeno e abrupto (tecnologias disruptivas).

Percebe-se que, ao compartilharem a ontologia relacional das teorias da prática (ver Loscher, Splitter & Seidl, 2019; Wenzel et al., 2020), esses autores tratam do caráter dinâmico e fluido do social. A mudança organizacional não é compreendida como excepcional ou pontual, sendo abordada por meio da mudança das práticas que constituem a organização. Além disso, há o esforço de se superar a dicotomia entre os aspectos “micro” (práticas locais) e “macro” (contextos mais amplos), buscando-se evidenciar que práticas locais e seus contextos mais amplos são fenômenos mutuamente constituídos. Todavia, apesar dos aspectos “micro” e “macro” terem sido reconciliados, o foco analítico na mudança das práticas revela uma outra (mas não nova) dicotomia: “mudança” Vs. “manutenção”. Os EBPs tendem a tratar da mudança das práticas e da estabilização das práticas nascentes sem analisar que o processo de mudança implica, frequentemente, na dissolução de determinadas atividades e arranjos, ao mesmo tempo em que outros elementos se mantêm inalterados (Schatzki, 2013).

A perspectiva de Schatzki sobre a mudança

Para Schatzki (2002, 2005, 2006, 2012, 2013, 2016), a vida social é um fluxo contínuo de atividades, de performances corporais/mentais que coexistem e se sobrepõem. A ideia de acontecimento do social salienta seu caráter dinâmico e fluido, e não a rigidez de estruturas estáticas e formais que existiriam a priori (Loscher, Splitter & Seidl, 2019).

Schatzki (2013) trata a estabilidade como uma forma de persistência da malha de práticas, incorporando a ideia de “evolução” (o desenvolvimento de uma malha cada vez mais complexa). Segundo o autor, se observarmos um longo período de tempo, toda persistência é também evolução. A persistência de uma malha abarca a metamorfose das atividades e da materialidade que a compõem, assim como a alteração do *link* entre atividades e arranjos.

Uma nova malha de práticas raramente emerge de forma instantânea, havendo períodos de transição, pois as mudanças se dão de modo gradual: alteram-se alguns dos elementos que a organizam, enquanto outros persistem. Uma nova malha requer a organização estável das atividades que a compõem (os elementos regras, entendimentos e teleoafetividades precisam ser compartilhados). Isso leva tempo, uma vez que as práticas são performadas por múltiplos praticantes que (re)agem de forma diferente e carregam suas próprias microversões dos elementos que organizam as práticas (Schatzki, 2006, 2013).

Ao tratar da necessidade da organização estável dos elementos que compõem uma nova malha, Schatzki (2006, 2013) enfatiza a importância do *know-how*, ou seja, da habilidade de um praticante realizar as atividades que compõem uma prática, assim como da capacidade de se compreender, “fazer a leitura” dessa prática (de suas regras e teleoafetividades, por exemplo). A mudança dos entendimentos que organizam uma prática nascente resulta em novas (re)ações emergentes e não refletidas, na mudança das performances corporais/mentais dos praticantes diante de novos eventos e circunstâncias (Schatzki, 2012, 2013; Nicolini, 2013).

A dissolução de uma malha de práticas, por sua vez, decorre de mudanças profundas, frequentes, e/ou de larga escala. É importante frisar que a dissolução de um emaranhado de práticas não implica, necessariamente, na sua eliminação – o que também pode acontecer (Schatzki, 2013).

A dissolução de um emaranhado de práticas também pode ser causada por fatores externos como avanços tecnológicos, guerras, crises econômicas/políticas/climáticas etc. São essas externalidades que interrompem o fluxo material que suporta o acontecimento de uma malha, suprimindo os praticantes que performam as práticas, e/ou transformando os entendimentos que as organizam, o que afeta a (re)ação dos indivíduos e altera a performance das práticas (Schatzki, 2013).

A dissolução de uma determinada prática implica, frequentemente, no lento desenvolvimento de um novo emaranhado de práticas e arranjos, o que abarca não apenas o processo de dissolução, mas também a emergência de novas práticas. Assim, a mudança das práticas acontece por meio da dissolução de elementos que sustentavam e organizavam um conjunto de atividades, de ditos e feitos; ao mesmo tempo em que novos elementos organizativos emergem. Esse duplo processo de dissolução-emergência pode acontecer quando novos meios e fins (teleoafetividades) organizam uma malha, transformando os entendimentos práticos dos indivíduos que performam as práticas. Afinal, a motivação e o propósito da ação são alterados (Schatzki, 2013).

Método

Esta pesquisa é um estudo baseado em prática (EBP), de abordagem qualitativa, e sustentada pela ontoepistemologia das práticas, segundo Schatzki (Schatzki, 2006). Dessa forma, compreendemos a prática da gestão hospitalar do parto como um fenômeno situado no tempo e no espaço, imbricado um contexto sócio-histórico e constituído a partir da interação entre humanos e não humanos.

Ao longo da pesquisa, triangulamos observação participante, entrevistas informais e em profundidade, e pesquisa documental. Empregamos a estratégia de *zooming in* e *zooming out* (ver Nicolini, 2009). Alternamos momentos de aproximação (*zooming in*) e distanciamento (*zooming out*). Observamos, *in loco*, a interação entre os múltiplos praticantes que performam a gestão do parto, assim como a interação entre humanos e não humanos que materializavam a prática (*zooming in*). Buscamos compreender, por meio de entrevistas e análise documental, como a gestão do parto se conecta com outras atividades e práticas sociais (*zooming out*). Assim, buscamos evidenciar que a prática da gestão do parto não acontece isoladamente, estando interligada e sobreposta a outras práticas, a uma “malha” mais ampla de práticas sociomateriais (Hui, Schatzki & Shove, 2016).

A pesquisa foi desenvolvida em um hospital público universitário. Esse é um espaço no qual é possível observar diretamente a socialização de internos e residentes em torno da gestão hospitalar do parto. A pesquisa foi dividida em duas etapas. A primeira, aconteceu entre agosto/2016 e julho/2017, e a segunda, entre agosto e dezembro/2018. Foram realizadas 25 observações sistemáticas e participantes na maternidade do hospital, com cerca de 100 horas de trabalho de campo.

Na primeira fase, buscávamos acessar o campo para entender o contexto no qual o fenômeno da gestão do parto acontece e está imbricado. Assim, conversamos com mulheres e ouvimos relatos de parto, muitos deles marcados pela violência obstétrica hospitalar, pelo medo e pelo desejo de um parto respeitoso. Entrevistamos médicos obstetras que atuavam como gestores hospitalares, gerenciando a rotina de maternidades públicas e particulares. Realizamos, ainda, pesquisa documental a partir de documentos oficiais e públicos da OMS, do Ministério da Saúde, da Fiocruz e do Unicef. Esses documentos nos permitiram identificar a gestão da saúde e as políticas públicas de saúde como práticas mais amplas e contextuais, que, uma vez interligadas e sobrepostas, afetam o acontecimento local da gestão hospitalar do parto.

Na segunda etapa da pesquisa, realizamos observações sistemáticas. Conversamos com gestores hospitalares, médicos, enfermeiras, residentes, internos, doulas¹ e outras mulheres. Seguimos de perto dois médicos obstetras experientes, um residente do primeiro ano (R1) e uma enfermeira obstetra. Isso permitiu observar in loco o acontecimento das práticas médicas e da gestão hospitalar do parto, além de nos ter ajudado a compreender melhor a perspectiva do médico e da enfermeira obstetra enquanto praticantes. Ressaltamos que nossas observações não estavam restritas à ação humana. Também foram observados os elementos que materializam as práticas em análise, assim como a interação entre humanos e não humanos.

Também realizamos entrevistas formais. Elas serviram para complementar os dados coletados durante as observações. Nessa etapa da pesquisa, tínhamos maior familiaridade com o fenômeno do parto e seus praticantes, o que nos ajudou a selecionar os entrevistados. Entrevistamos praticantes-chave (mulheres parturientes) e praticantes que performavam a gestão do parto há bastante tempo (obstetras e enfermeiras experientes). Ao todo, foram realizadas dez entrevistas em profundidade com roteiro semiestruturado e com duração média de 1 hora e 30 min. Destacamos que o roteiro foi adaptado de acordo com as particularidades de cada entrevistado.

Tabela 01. Sujeitos entrevistados

Entrevista	Entrevistado	Duração
Primeira Etapa:		
1	Médico obstetra (Particular e SUS) e Ex-gestor hospitalar (SUS)	2 horas 50 min
2	Médico obstetra (Particular e SUS) e Gestor hospitalar (Particular e SUS)	2 horas
Segunda Etapa:		
3	Mulher parturiente 1 (Parto normal humanizado)	1 hora 30 min
4	Doula (Particular)	40 min
5	Mulher parturiente 2 (Cesárea e parto normal humanizado)	1 hora 40 min
6	Doula (Particular) e Fisioterapeuta (Particular e SUS)	25 min
7	Coletivo de Doulas (Particular e SUS)	2 horas 15 min
8	Gestoras da área de faturamento hospitalar (SUS)	1 hora
9	Médico obstetra (Particular e SUS)	1 hora
10	Enfermeira obstetra (SUS)	1 hora

Fonte: Elaborado pelos autores

1 Mulheres que dão suporte físico e emocional a outras mulheres durante o parto

Como um mesmo sujeito pode ser praticante de mais de uma prática – gestores hospitalares, em geral, são médicos; e muitas enfermeiras/médicas também são mães, por exemplo –, as entrevistas nos ajudaram a relacionar as diferentes práticas da malha, evidenciando que a gestão do parto não acontece isoladamente. Ela está conectada e sobreposta a outras práticas sociais.

Além disso, o relato dos acontecimentos passados nos permitiu apreender o tempo teológico das práticas, bem como a recursividade entre passado, presente e futuro (Schatzki, 2006). Isso nos ajudou a compreender a lógica que organiza a gestão do parto ao longo do tempo e o impacto dessa lógica no processo de manutenção-mudança do parto.

Para a análise e interpretação dos dados, empregamos o procedimento de codificação de dados de Corbin e Strauss (1990), a análise temática a posteriori (Ryan & Bernard, 2003), assim como a metodologia “*Inductive Concept Development*”, de Gioia, Corley e Hamilton (2012).

Após a codificação aberta (Corbin & Strauss, 1990), buscamos similaridades e diferenças entre os primeiros códigos (violência obstétrica hospitalar, regras, entendimentos, teleoafetos, materialidade, manutenção, mudança, gestante, obstetra, gestor hospitalar etc.), o que nos levou a formulação das categorias emergentes de 1ª ordem.

Após esta etapa, indagávamo-nos como as categorias de 1ª ordem poderiam sugerir conceitos que nos ajudassem a explicar o fenômeno da gestão do parto de forma mais ampla. Dessa forma, a análise de 2ª ordem revelou três categorias sobrepostas: dinâmica teleoafetiva, materialidade da manutenção-mudança e entendimentos emergentes.

Definidas as categorias de 2ª ordem, buscávamos por “dimensões agregadas” (Gioia; Corley & Hamilton, 2012) que nos permitissem compreender o processo de manutenção-mudança da gestão hospitalar do parto. Foi assim que a gestão do parto se revelou interconectada e sobreposta a outras práticas, como as práticas maternas, médicas e de gestão da saúde. Elas foram uma malha mais ampla de práticas, que estão imbricadas em um contexto histórico-social (Schatzki, 2002; Hui, Schatzki & Shove, 2016). Nesta fase emergiram as dimensões agregadas: “manutenção e mudança” e “entendimentos, regras, teleoafetos e materialidade”. Elas perpassam não apenas a gestão do parto, mas também as práticas maternas, médicas e de gestão da saúde.

A seguir, apresentamos nossa Estrutura de Dados com categorias emergentes de 1ª e 2ª ordem, e dimensões agregadas.

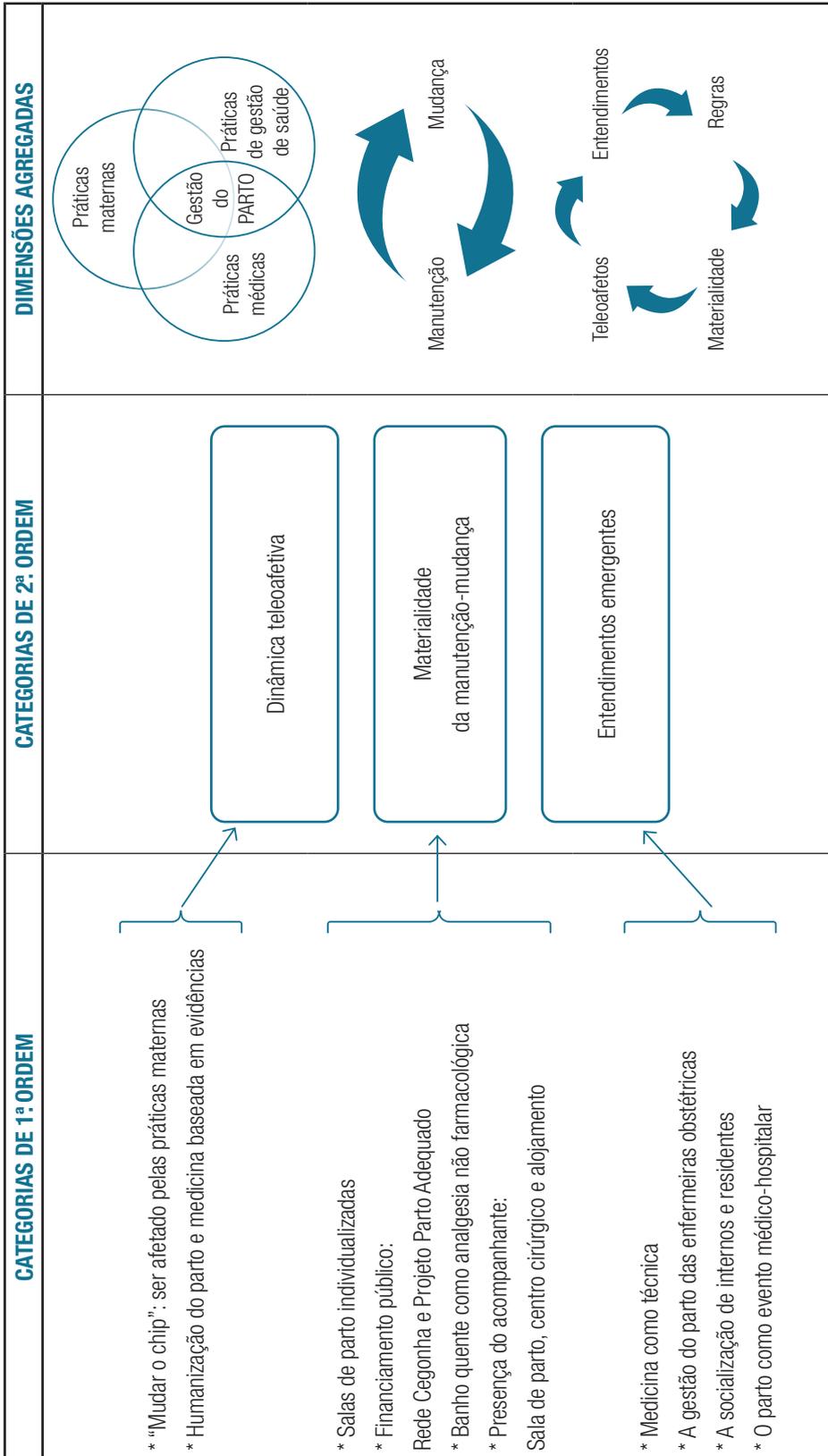


Figura 01. Estrutura de dados, com categorias emergentes da análise dos dados

Fonte: Elaborado pelos autores

Por meio dessas categorias e dimensões buscamos compreender o processo de manutenção-mudança não apenas da gestão do parto, mas da malha de práticas como um todo.

Resultados

A gestão hospitalar do parto como prática

Ao analisarmos como a gestão hospitalar do parto acontece no cotidiano da organização estudada (*zooming in*) e como essa prática se interrelaciona com outras atividades e práticas de seu entorno (*zooming out*), percebemos que o parto e a gestão hospitalar do parto estão para além de atividades médicas, extrapolando as fronteiras do “fazer médico” e/ou do “fazer hospitalar”. Entendemos o parto e a gestão hospitalar do parto como: (i) práticas sociomateriais, construídas e (re)construídas por meio da interação entre humanos e não humanos; (ii) práticas organizadas em torno e por meio das dimensões regras, entendimentos e teleoafetos; (iii) práticas que não acontecem isoladamente, estando interconectadas e sobrepostas a outras práticas de uma malha mais ampla; (iv) práticas imbricadas em um contexto sócio-histórico.

Assim, no contexto analisado, o parto e a gestão do parto se revelam como a intersecção, a sobreposição de, pelo menos, três práticas mais amplas: práticas maternas, médicas e de gestão da saúde.

As práticas maternas relacionam-se à performance da maternidade e do parto. Diferentemente das práticas médicas e de gestão, o fazer materno é majoritariamente performado por mulheres-mães, sendo os corpos das mulheres-mães e de seus bebês centrais no acontecimento dessa prática. As práticas médicas correspondem à assistência física e emocional prestada pelos profissionais da saúde à mulher e ao bebê durante a gestação, o parto e o pós-parto. Apesar de, no Brasil, essa prática estar centrada no médico (daí a nomenclatura “práticas médicas”), profissionais como as enfermeiras obstetras são tecnicamente e legalmente aptas para acompanhar o pré-natal e assistir o parto normal. As práticas de gestão da saúde são mais amplas e contextuais, relacionando-se com a organização dos sistemas de saúde público e privado, e com políticas públicas de saúde como, por exemplo, a Rede Cegonha (Brasil, 2011) e o Projeto Parto Adequado (Brasil, 2016). Isso impacta diretamente na forma como a gestão local de hospitais e maternidades acontece.

Nossos resultados mostram que o acontecimento da gestão do parto e de toda a malha de práticas mais amplas se dá por meio da interação entre humanos e não humanos – por exemplo, os corpos dos praticantes (gestantes, bebês, médicos, enfermeiras obstetras, doulas etc.), tecnologias (in)disponíveis (cesárea, equipamentos de monitoramento fetal etc.) e estrutura física das maternidades (que podem ter ou não uma UTI Neonatal). A gestão do parto é sustentada e organizada por regras, entendimentos e teleoafetos (propriedades das práticas que são incorporadas pelos praticantes como “microversões”).

Vale ressaltar que as “categorias” gestão hospitalar do parto, práticas maternas, médicas e de gestão da saúde buscam explicitar parte do que pôde ser apreendido durante esta pesquisa, pois os resultados apresentados por pesquisadoras e pesquisadores não dão conta de capturar a totalidade e a complexidade dos fenômenos sociomateriais/organizacionais que nos propomos a investigar. Além disso, destacamos que o entendimento da gestão do parto como fruto da inter-relação e sobreposição das práticas maternas, médicas e de gestão da saúde é uma abstração teórica, um recurso didático do qual lançamos mão para tornar o fenômeno investigado mais inteligível e concreto a leitoras e leitores (Moura & Bispo, 2021).

O Hospital Universitário e a maternidade

O hospital universitário presta serviços de média e alta complexidade e atende pacientes do sistema público de saúde. A maternidade do hospital é referência para gestantes de alto risco, acometidas por hipertensão e diabetes, por exemplo. A maternidade realiza de 80 a 100 partos/mês. Cerca de 60% dos partos são cesáreos e 10% dos bebês precisam de UTI Neonatal. O hospital e a maternidade são campos de prática para estudantes de graduação em medicina e enfermagem, e para médicos residentes em ginecologia, obstetrícia e neonatologia. É nesse espaço que os atores interagem e (re)produzem as práticas médicas, que vão ganhando novas configurações à medida em que seus entendimentos, regras e telosafetos são alterados.

Dinâmica teleoafetiva

No Brasil, a formação do médico baseia-se no paradigma da medicina como técnica (Davis-Floyd & John, 1998; Georges & Davis-Floyd, 2016). O médico aprende a reparar funções, supervalorizar a tecnologia e seguir procedimentos padronizados, corroborando para a manutenção das práticas. A gestação é entendida como um “problema” que deve ser solucionado o mais rápido possível, pois a mulher não seria capaz de parir em segurança sem intervenções médicas. O parto é um evento médico-hospitalar e intervenções médicas devem ser feitas (durante o parto normal ou por meio da cesárea). O objetivo é controlar o processo, tornando-o mais previsível (Davis-Floyd & John, 1998; Georges & Davis-Floyd, 2016; Júlio, 2017).

Todavia, apesar de a “medicina como técnica” ser o entendimento dominante em torno do qual a gestão do parto está organizada, ele não é o único. Mesmo entre os residentes – que são profissionais ainda em formação, que ainda estão sendo socializados –, não há um consenso absoluto em relação ao que (não)fazer e a como (não)fazer. Esses indivíduos incorporam e carregam consigo diferentes microversões (Loscher, Splitter & Seidl, 2019) dos elementos que organizam as práticas (regras, entendimentos e telosafetos). Cada praticante tem histórias de vida, habilidades e atitudes distintas (Schatzki, 2002, 2012). Por exemplo, durante uma observação, chamou-nos a atenção o fato de um residente do segundo ano (R2) não concordar com os procedimentos que estavam sendo adotados pela residente do primeiro ano (R1).

[...] presenciei um R2 discordar dos toques em excesso: “eu não vou tocar essa menina de hora em hora, ela não está tendo contração... ela é praticamente uma criança, tem 13 anos. Se eu tocar de 3 em 3 horas vou acompanhar do mesmo jeito, ela não está em trabalho de parto ativo [...]” (notas de campo, 14 nov. 2016).

Ou seja, a prática social está para além de um padrão de ação, sendo mais bem compreendida por meio de seu dinamismo e movimento. Há uma variedade de ordens, lógicas e práticas, que podem se sobrepor e coexistir (Schatzki, 2002, 2012).

No trecho acima, percebe-se que o residente também destacou o fato de a gestante ter apenas 13 anos. Portanto, além de esse residente ter um entendimento diferente em relação às práticas médicas, ele foi “afetado” (Heidegger, 2005) pelo fazer materno, pelo fato de a gestante ser uma adolescente. Isso mudou sua performance.

Percebemos que outros profissionais também foram afetados pelas práticas maternas, o que contribuiu para a mudança do seu fazer médico.

[...] minha mãe teve 5 filhos, todos partos naturais. Eu cresci ouvindo histórias de parto, histórias de afeto. Hoje em dia esse conhecimento não é mais passado de geração pra geração. As pessoas não sabem como foi o seu parto. Muitas mulheres só passam a se interessar quando pensam em engravidar ou já estão grávidas. Por conta disso, apesar de a minha formação na graduação e na residência ter sido tradicional, como acontece com a maioria dos estudantes, esse modelo me incomodava [...] (notas de campo, 20 set. 2016).

Outro relato desse mesmo obstetra chamou a atenção: “[...] eu tive uma paciente chata, informada, que não aceitava tudo que eu falava, sempre rebatia... foi quando eu descobri que a mulher também tem desejo, preferências... ela é a protagonista do seu parto... e não o médico! [...]” (notas de campo, 20 Set, 2016). Segundo o relato de uma doula, outros obstetras do estado também passaram por experiências semelhantes, (des) construindo seu entendimento em relação à obstetrícia e ao corpo da mulher, assim como em relação às suas próprias práticas.

[...] conversamos sobre como surgiu a parceria entre as doulas e a maternidade [de uma cidade capixaba]. A doula me explicou que ela assistiu uma amiga do obstetra que é diretor da maternidade, há uns 2 anos. “Na época, ele estava desconstruindo a cesárea, já que ele era um obstetra que operava muito e que praticava internações de rotina. Ele não tinha “mudado o chip”, como ele fala. Ele fez o possível para oferecer para essa amiga uma experiência positiva e próxima do que ela queria. Ele desconstruiu muitas práticas. Não adianta, o médico faz aquilo que aprendeu... Ele começou a frequentar o Simpósio de assistência ao parto, que acontece em São Paulo. Ele começou a entender que dentro da maternidade ele poderia fazer muita coisa. Porque a maternidade onde ele é diretor tinha muitos casos de violência obstétrica” [...] (Entrevista Doula).

É dessa e de outras formas que o fazer materno pode impactar o fazer médico, alterando – por meio da dinâmica teleoafetiva – a lógica e os entendimentos que organizam a malha de práticas na qual a gestão do parto está imbricada. Novos meios e fins (novas teleoafetividades) podem ser o ponto de partida para a reorganização de uma malha de prática. Afinal, a motivação e o propósito da ação foram alterados. É dessa forma que novos entendimentos e teleoafetos levam a mudanças nas performances corporais dos praticantes diante de novos eventos e circunstâncias.

A dinâmica teleoafetiva, que levou os obstetras a “mudarem o chip”, não significa que esses profissionais abriram mão da razão. Conforme o trecho acima (“Ele começou a frequentar o Simpósio de assistência ao parto”), é comum que gestantes e profissionais da saúde que se interessam pelo parto humanizado busquem evidências científicas e informações atualizadas para embasar suas escolhas e práticas, defendendo a “Medicina Baseada em Evidências”. Isso evidencia uma das características dos Estudos Baseados em Prática: superar as várias dicotomias estabelecidas pelas Teorias Sociais Clássicas (razão Vs. emoção, por exemplo), deslocando a ênfase para as relações entre as práticas. Afinal, os fenômenos sociais não são independentes, mas mutuamente constituídos. Há uma relação recursiva e reflexiva entre eles. Assim, tais “contradições” enfatizam as conexões entre os elementos que compõem a malha de práticas, e não a necessidade de se escolher entre um ou outro.

A materialidade da manutenção-mudança

Na maternidade, a lógica que organiza a gestão do parto é constantemente ensinada e aprendida por uma gama de praticantes que performam essa malha de práticas há anos (médicos e enfermeiras) ou há alguns meses (estudantes em internato e residentes). Como essa lógica é flexível, práticas tradicionais coexistem com novas práticas de assistência. Isso mostra que manutenção e mudança são faces de um mesmo fenômeno mais amplo.

Os esforços locais de gestão em prol da humanização do parto são visíveis quando analisamos a estrutura física da maternidade. Na gestão de 1999-2003, o local (pré-parto) onde as mulheres ficam durante seu trabalho de parto foi reformado. Ao invés de um grande *hall*, o pré-parto foi transformado em quatro salas individualizadas, com paredes e porta, o que dá privacidade. Essa mudança foi um avanço frente as demais maternidades locais, nas quais as mulheres compartilham um mesmo espaço, havendo apenas cortinas separando os leitos.

Nesse mesmo período, um chuveiro quente foi instalado. O banho de água quente é muito usado durante o trabalho de parto, sendo uma forma simples e barata de analgesia não farmacológica. Novos arranjos podem ser compreendidos como expressões materiais da mudança, sinalizando que a lógica que organiza uma malha de práticas está em pleno processo de transformação. A nova materialidade também pode orientar a *performance* dos praticantes (a existência de um chuveiro quente estimula o uso da analgesia não farmacológica) e tem um efeito prescritivo em relação ao que fazer.

Por volta de 2003, a maternidade passou a permitir que as mulheres tivessem um acompanhante de sua escolha (em geral o marido ou a mãe). Esse dado nos chamou atenção, já que a lei federal que regulamenta o direito ao acompanhante foi sancionada em 2005 (Brasil, 2005). Essa permissão indica que o processo de mudança dos entendimentos que organizam a gestão hospitalar do parto estava em andamento antes mesmo de a implementação de uma regra ser formalmente constituída.



Figura 02. Sala de parto individualizada e cadeira do acompanhante

Fonte: Registro fotográfico dos autores

Todavia, a entrada de qualquer acompanhante era proibida no centro cirúrgico e as mulheres que eram encaminhadas para a cesárea ficavam sozinhas. Já no pós-parto, somente mulheres podiam ser acompanhantes à noite, sob a justificativa de que o alojamento era compartilhado. Por volta de 2014 essa realidade mudou. A maternidade passou a permitir que as mulheres também estivessem acompanhadas durante a cesárea e os homens puderam permanecer à noite (vale ressaltar que o alojamento continuou sendo compartilhado).

Assim, analisar a gestão hospitalar do parto pela ótica da sociomaterialidade significa entender que essa prática não acontece, exclusivamente, por meio da performance humana. Além dos corpos das mulheres gestantes/parturientes e de seus bebês, que são centrais no acontecimento dessa prática e interagem com os médicos, enfermeiras obstétricas e acompanhantes, uma gama de não humanos como salas de pré-parto individualizadas, chuveiro e água quente, leis federais e alojamentos do pós-parto também compõem as práticas analisadas.

A gestão do parto assume várias facetas em decorrência da interação entre esses diversos atores (humanos e não humanos). Humanos e não humanos interagem de inúmeras formas diferentes ao longo do tempo (Wenzel et al., 2020; Thompson & Byrne, 2022). Essa interação não é pré-definida, mas sim construída e (re)construída de forma dinâmica e fluida (Reischauer & Ringel, 2022). Por exemplo, em determinada época não se permite a presença de acompanhantes durante as cesáreas; em outro momento, tal permissão é concedida apesar de não haver legislação sobre o tema; e, em um terceiro momento, passa a vigorar a lei federal que regulamenta o direito ao acompanhante.

Isso evidencia o aspecto relacional do fenômeno, uma vez que aspectos sociais e materiais não possuem uma relação hierárquica ou significados inerentes e determinados a priori, sendo indissociáveis e mutuamente constituídos (Júlio & Fantinel, 2021; Moura & Bispo, 2021; Júlio & Tureta, 2018). Evidencia-se, igualmente, que as práticas sociais estão para além da

mera reprodução de um padrão de ação e que a mudança é um elemento constituinte dos fenômenos sociais e organizacionais.

Entendimentos emergentes

Apesar de uma nova materialidade ser visível na maternidade, o processo de manutenção-mudança da gestão hospitalar do parto aprofundou-se por meio da mudança dos entendimentos que organizam a malha de práticas, e não somente da estrutura física. Em 2014, devido ao projeto Rede Cegonha, seis enfermeiras obstetras foram contratadas. Com isso, além de dois médicos obstetras e dois residentes, a maternidade passou a contar com uma enfermeira obstetra em todo plantão. Dessa forma, o modelo de assistência passou a ser multidisciplinar e incorporou novos praticantes. Em relação à gestão do parto, as enfermeiras obstetras trabalham especificamente no pré-parto, partejando as mulheres em trabalho de parto e performando um fazer relativamente novo no contexto brasileiro.

[...] cabe às enfermeiras não apenas ministrar medicamentos prescritos ou monitorar gestantes, mas, especialmente, partejar! Como a maternidade é pequena e há apenas quatro salas de pré-parto, esse partejar pode ser feito de acordo com as necessidades e o perfil de cada mulher. Além de estimular as parturientes a comer algo leve e a beber água, as enfermeiras oferecem massagem e banho quente como técnicas não farmacológicas para alívio das dores. As parturientes (juntamente com seus acompanhantes) realizam exercícios de agachamento, com bola de pilates, e dançam suas músicas preferidas, o que estimula o trabalho de parto (notas de campo, 03 out. 2018).



Figuras 03 e 04. Parturiente dançando

Fonte: Registro fotográfico dos autores

A gestão do parto das enfermeiras obstétricas chamou nossa atenção. Essas profissionais não costumam estar disponíveis nos plantões de maternidades públicas ou mesmo privadas, o que faz com que práticas não farmacológicas e centradas na mulher também não sejam comuns. Inclusive, para garantir esse tipo de assistência, algumas mulheres optam por pagar uma profissional à parte.

Dessa forma, a inserção das enfermeiras obstetras fez com que novas lógicas de trabalho e diferentes entendimentos em relação ao que (não) fazer, diante da parturição, passassem a organizar a malha, o que mudou a gestão hospitalar do parto. Isso ocorre porque, durante seu processo de socialização, os praticantes incorporam e carregam diferentes microversões dos elementos que organizam as práticas (Schatzki, 2002, 2012).

É interessante ressaltar os efeitos da nova gestão hospitalar do parto na socialização dos estudantes. Um residente que está em processo de aprendizagem tende a entender as salas de pré-parto individualizadas, a água quente como forma de analgesia, a presença do acompanhante e o partejar das enfermeiras obstetras como elementos “naturais” da gestão do parto, e não como “novidades estranhas”. Assim, ele preserva a adoção dessas estratégias durante sua *performance* futura, já que esses praticantes estão sendo socializados em torno dessa nova lógica.

É dessa forma que a organização corrente das práticas pode orientar a *performance* futura dos residentes, exercendo um efeito teleológico (de coocorrência entre passado, presente e futuro) sobre as práticas a serem performadas por esses futuros obstetras. Afinal, uma organização (enquanto um fenômeno social) não é somente umnexo de práticas ordenadas e de arranjos materiais, mas também umnexo recursivo de suas ações passadas, presentes e futuras (Schatzki, 2006).

Discussão dos resultados

como o parto e a gestão hospitalar do parto são a intersecção de práticas maternas, médicas e de gestão da saúde, é preciso compreender que seu processo de manutenção-mudança abarca não apenas a gestão hospitalar de forma pontual, mas todas as práticas que compõem a malha na qual o parto enquanto fenômeno social está imbricado.

A manutenção-mudança das práticas ocorre de forma interdependente, não sendo possível tratar da mudança das práticas sem se analisar também a manutenção de alguns dos elementos já existentes na malha. O processo de mudança das práticas implica na dissolução de determinadas atividades e arranjos materiais, ao mesmo tempo em que outros elementos se mantêm inalterados.

Portanto, não se trata de considerar a mudança e a posterior estabilização das práticas, mas de levar em conta que manutenção e mudança são mutuamente constituídas e não acontecem apenas de forma linear. É justamente por isso que argumentamos que faz mais sentido considerar a manutenção e a mudança das práticas enquanto um único processo de “manutenção-mudança” (com hífen!), enfatizando a relação recursiva e mutuamente constituída desses fenômenos.

Além disso, a manutenção-mudança de uma malha abarca um duplo processo de dissolução-emergência: a mudança das práticas acontece por meio da dissolução de elementos que sustentavam e organizavam um conjunto de atividades, de ditos e feitos; ao mesmo tempo em que novos elementos organizativos emergem.

Com relação às práticas locais (as práticas maternas, e as práticas médicas e de gestão da equipe de saúde local), a sua manutenção-mudança pode ser entendida por meio da articulação entre teleoafetividades e entendimentos, conforme evidenciamos na Figura 5:

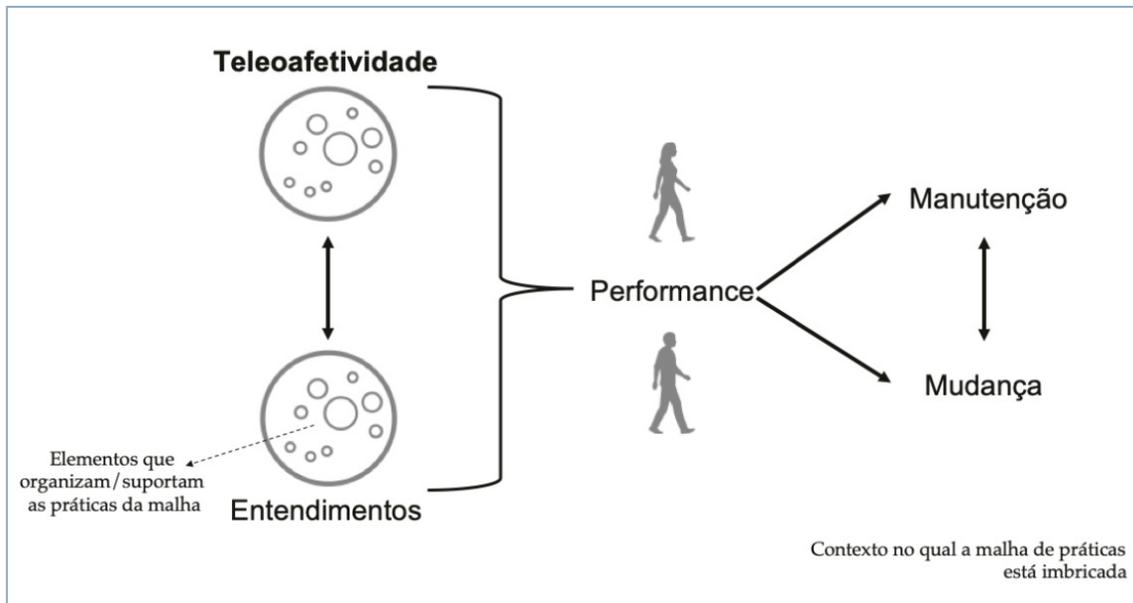


Figura 05. Dinâmica do processo de manutenção-mudança das práticas locais

Fonte: Elaborado pelos autores

Como descrito, as práticas maternas afetaram os praticantes (especialmente obstetras e gestores hospitalares – que também são médicos), alterando a dinâmica teleoafetiva que organiza as demais práticas da malha (práticas médicas e de gestão). Isso, por sua vez, alterou os entendimentos práticos que orientam a performance, contribuindo para a mudança de alguns dos elementos da gestão hospitalar (o toque de hora em hora e o partear das enfermeiras obstetras, por exemplo).

Dessa forma, pudemos observar que os elementos que organizam as práticas locais mudaram em uma dada sequência (teleoafetos → entendimentos). Assim, os teleoafetos revelaram-se como “higher order elements” (Bojorquez et al., 2018), sendo o ponto de partida para a mudança da performance de determinadas atividades locais.

É importante frisar que outros elementos/atividades se mantiveram constantes, o que evidencia o processo de manutenção-mudança das práticas, pois enquanto novos elementos/atividades emergiram, outros elementos/atividades já existentes mantiveram-se inalterados.

Com relação às atividades e práticas mais amplas da malha (o fazer médico como técnica e as políticas públicas de saúde), argumentamos que seu processo de manutenção-mudança pode ser entendido por meio da articulação entre a materialidade que suporta as práticas e os entendimentos que as organizam, como pode ser observado na Figura 6.

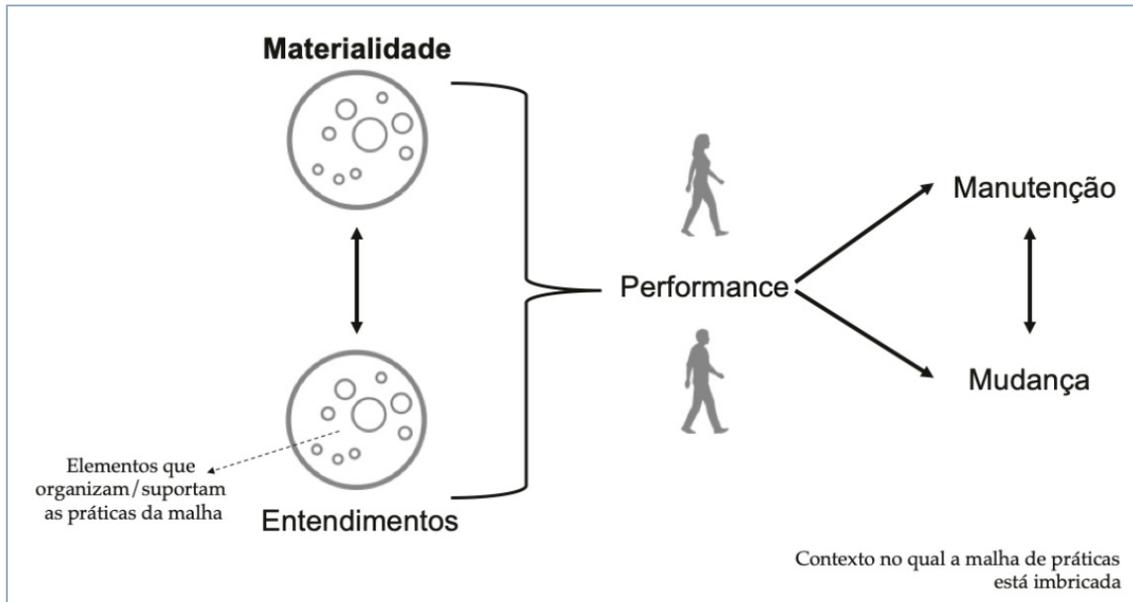


Figura 06. Dinâmica do processo de manutenção-mudança das práticas mais amplas

Fonte: Elaborado pelos autores

Conforme demonstrado, ao financiar a reestruturação física da maternidade (salas de parto individualizadas e chuveiro quente) e criar equipes horizontais/multidisciplinares, as políticas públicas como a Rede Cegonha e o Projeto Parto Adequado (práticas mais amplas) contribuíram para a implementação de uma nova materialidade, afetando a performance local do paradigma da medicina como técnica. Esses novos aspectos materiais alteraram os entendimentos práticos dos praticantes (especialmente de neófitos como internos e residentes), ajudando na mudança de alguns dos elementos/atividades do parto como prática.

Foi por meio dessa nova dinâmica (materialidade → entendimentos práticos) que o banho quente, a presença do acompanhante e a gestão do parto das enfermeiras obstétricas emergiram como elementos “naturais”, deixando, aos poucos, de ser “novidades estranhas”. Esses novos entendimentos práticos, por sua vez, passaram a orientar a performance dos praticantes, contribuindo para a mudança de algumas das atividades da gestão hospitalar do parto (materialidade → entendimentos práticos → performance). Por exemplo, obstetras e enfermeiras entendem o banho quente como analgesia não farmacológica → obstetras e enfermeiras prescrevem banho quente a parturiente.

Dessa forma, observamos a relação entre a malha mais ampla e as práticas locais. Notamos, ainda, que a mudança da malha como um todo também ocorre em uma dada sequência (materialidade → entendimentos práticos → performance), em que a materialidade é o ponto de partida para a mudança. Isso ilustra que analisar a gestão hospitalar do parto pela ótica da sociomaterialidade significa entender que essa prática não acontece, exclusivamente, por meio da performance humana. Além da interação entre mulheres gestantes/parturientes, bebês, médicos, enfermeiras obstétricas

e acompanhantes, uma gama de não humanos como salas de pré-parto individualizadas, chuveiro e água quente, leis federais e alojamentos do pós-parto também compõem as práticas analisadas. Isso também evidencia que humanos e não humanos interagem de inúmeras formas diferentes ao longo do tempo (Wenzel et al., 2020; Thompson & Byrne, 2022).

Por outro lado, uma nova materialidade não altera necessariamente todos os entendimentos que organizam as performances de diferentes praticantes. Por exemplo, médicos experientes, socializados em um tempo passado (em torno do entendimento da medicina como técnica), tendem a interpretar, pelo menos *a priori*, os novos arranjos como “novidades estranhas”, mantendo sua performance (a saber: prescrição rotineira de ocitocina – analgesia farmacológica). Isso exemplifica que a interação entre humanos e não humanos não é pré-definida, mas sim construída e (re)construída de forma dinâmica e fluida (Reischauer & Ringel, 2022); o que faz com que a gestão hospitalar do parto assuma várias facetas (não apenas ao longo do tempo, mas também ao mesmo tempo; já que diferentes entendimentos podem coexistir). Isso também ratifica o aspecto relacional do fenômeno do parto, uma vez que aspectos sociais e materiais não possuem uma relação hierárquica ou significados inerentes e determinados *a priori*, sendo indissociáveis e mutuamente constituídos (Júlio & Fantinel, 2021; Moura & Bispo, 2021; Júlio & Tureta, 2018).

Evidencia-se, igualmente, o processo de manutenção-mudança das práticas, pois novos elementos/atividades emergiram ao mesmo tempo em que elementos/atividades já existentes mantiveram-se inalterados. As práticas sociais estão para além da mera reprodução de um padrão de ação, sendo a mudança um elemento constituinte dos fenômenos sociais e organizacionais. É justamente por isso que, apesar dos esforços em prol de políticas públicas de saúde e de uma gestão hospitalar do parto centradas na mulher, não há apenas formas humanizadas de assistência, e sim a coexistência entre novas práticas e práticas há muito tempo enraizadas. Afinal, há uma variedade de entendimentos, lógicas, atividades e práticas que não apenas coexistem, mas se sobrepõem. Isso evidencia que manutenção e mudança são faces de uma mesma moeda, de um mesmo fenômeno. Manutenção e mudança são fenômenos interdependentes e mutuamente constituídos, que podem ser mais bem compreendidos enquanto um único processo de manutenção-mudança.

Considerações finais

O objetivo deste trabalho foi compreender o processo de manutenção-mudança da gestão hospitalar do parto. Para tal, utilizamos a ontoepistemologia da prática segundo Schatzki e conduzimos um EBP em uma maternidade pública. Ao analisarmos como a gestão hospitalar do parto acontece no cotidiano da organização estudada e como essa prática se interrelaciona com outras atividades e práticas de seu entorno, percebemos que o parto e a gestão hospitalar do parto estão para além de atividades médicas, extrapolando as fronteiras do “fazer médico” e/ou do “fazer hospitalar”. Entendemos o parto e a gestão hospitalar do parto

como: (i) práticas sociomateriais, construídas e (re)construídas por meio da interação entre humanos e não humanos; (ii) práticas organizadas em torno e por meio das dimensões regras, entendimentos e teleoafetos; (iii) práticas que não acontecem isoladamente, estando interconectadas e sobrepostas a outras práticas de uma malha mais ampla; (iv) práticas imbricadas em um contexto sócio-histórico.

No contexto analisado, o parto e a gestão do parto se revelam como a intersecção, a sobreposição de, pelo menos, três práticas mais amplas: práticas maternas, médicas e de gestão da saúde. É nesse encontro de práticas que vemos emergir no Brasil um movimento social em prol da mudança da gestão hospitalar do parto e da humanização do parto/nascimento, sendo um de seus objetivos reduzir a alta incidência de cesáreas.

Como demonstramos, aspectos dessas práticas são mantidos e/ou se alteram em função da articulação entre teleoafetividades e entendimentos, bem como entre materialidade e entendimentos. A dinâmica teleoafetiva de uma prática pode afetar as demais, de modo a provocar novos entendimentos sobre o parto e reorientar a performance da gestão do parto. Aspectos materiais também podem reorientar o entendimento sobre o parto, alterando a performance de determinados praticantes. As implicações para a gestão hospitalar do parto se mostram diretamente relacionadas com a busca por uma assistência que coloque a mulher em primeiro plano. Ao mesmo tempo tais práticas dividem espaço com atividades e lógicas bastante solidificadas no campo médico-hospitalar.

Nesse sentido, nosso argumento é que a gestão hospitalar do parto acontece, simultaneamente, por meio da manutenção e da mudança das atividades e práticas que dão vida a esse fenômeno social/organizacional. Uma vez que, de forma interdependente, o processo de mudança implica na dissolução de determinadas atividades e arranjos materiais, ao mesmo tempo em que outros elementos organizativos se mantêm inalterados. Assim, a principal contribuição teórica deste trabalho é a análise da “manutenção-mudança” das práticas como um processo único, simultâneo, mutuamente constituído e recursivo. Isso nos ajuda a apreender o acontecimento e o dinamismo não apenas do parto e da prática da gestão hospitalar do parto, mas de fenômenos sociais/organizacionais quaisquer. Além disso, este trabalho também almeja superar a aparente dicotomia entre os fenômenos manutenção-mudança, reforçando o entendimento da mudança como um elemento constitutivo da vida organizacional/social, e não como um episódio pontual, raro e extremamente difícil de acontecer.

Em termos práticos, este trabalho pode contribuir para a formulação de políticas públicas de saúde e para uma gestão hospitalar do parto mais centradas na mulher e organizadas em torno de uma nova lógica (para além do corpo médico e da técnica médica), com potencial de reduzir o índice de cesárias clinicamente desnecessárias e, conseqüentemente, os custos das maternidades e do sistema de saúde como um todo. Afinal, a própria OMS se posiciona para além das questões médicas, demonstrando preocupação com os altos custos das cesáreas clinicamente desnecessárias, “[...]uma vez que recursos financeiros são necessários para melhorar o acesso aos cuidados maternos e neonatais [...] e as cesáreas representam um gasto

adicional significativo para os sistemas de saúde” (OMS, 2015, p. 2). Assim, compreender que o parto é performado ativamente por múltiplos atores, está sobreposto a outras práticas mais amplas e imbricado em um contexto histórico, econômico, social e cultural é um possível caminho para ampliar e avançar o debate sobre políticas públicas, gestão, gestão hospitalar, seus atores e práticas. Isso evidencia que o campo da Administração e dos Estudos Organizacionais e de Gestão têm sim potencial para refletir sobre questões sociais mais amplas e relevantes (Hui, Schatzki & Shove, 2016; Nicolini, 2016; Wenzel, Krämer, Koch & Reckwitz, 2020), como a gestão do sistema de saúde, a gestão hospitalar e a gestão do parto.

Por fim, estudos futuros poderiam analisar temas aparentemente pontuais e que supostamente não se relacionam à gestão de forma mais ampla. Por exemplo, alcoolismo, drogadição e obesidade estão para além do simples comportamento individual, podendo ser analisados não apenas como problemas de cunho médico, mas também como questões sociais e de saúde pública, que impactam a gestão dos sistemas de saúde público e privado.

Referências

- Betran AP, Ye J, Moller A, et al. (2021). Trends and projections of caesarean section rates: global and regional estimates. *BMJ Global Health*, 6:e005671.
- Bojorquez, I., Rosales, C., Angulo, A., de Zapien, J., Denman, C., & Madanat, H. (2018). International migration and dietary change in Mexican women from a social practice framework. *Appetite*, 125, 72-80.
- Brasil (2005). Presidência da República. *Lei do Acompanhante*. Recuperado em 01 março, 2019, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm.
- Brasil (2011). Ministério da Saúde. *Rede cegonha*. Recuperado em 01 fevereiro, 2019, de http://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html
- Brasil (2016). Agência Nacional de Saúde. *Projeto parto adequado*. Recuperado em 01 março, 2019, de <http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiaisparapesquisa/Materiaisporassunto/webtotalpartoadequado.pdf>
- Brasil. (2021). Ministério da Saúde. *Sinasc: Sistema de informações sobre nascidos vivos*. Recuperado em 15 novembro, 2021, de <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>
- Corbin, J., & Strauss, A. (1990). Grounded theory research: procedures, canons, and evaluative criteria. *Qualitative Sociology*, 13(1),3-21.
- Cucchi, C., Lubberink, R., Dentoni, D., & Gartner, W. B. (2022). ‘That’s Witchcraft’: Community entrepreneuring as a process of navigating intra-community tensions through spiritual practices. *Organization Studies*, 43(2) 179–201.
- Fernandes, T. A., Silva, A. R. L., & Machado, F. C. L. (2021). A organização da prática dos roteiros turísticos no turismo receptivo. *Cad. EBAPE.BR*, 19(4), 842-857.
- Georges, E., & Davis-Floyd, R. (2016). Humanistic obstetrics in Brazil. In L. Manderson, E. Cartwright & A. Hardon (Eds.). *The Routledge Handbook of Medical Anthropology*. Routledge.

- Gioia, D. A., Corley, K. G., & Hamilton, A. L. (2012). Seeking qualitative rigor in inductive research: Notes on the Gioia methodology. *Organizational Research Methods*, 16(1), 15-31.
- Hui, A., Schatzki, T., & Shove, E. (2016). *The nexus of practices: connections, constellations, practitioners*. Routledge.
- Júlio, A. C. (2017). Mudança de práticas: o fazer obstétrico na Grande Vitória/ES. *Teoria e Prática em Administração*, 7(2), 128-155.
- Júlio, A. C., & Tureta, C. (2018). "Transformando lixo em luxo": a materialidade nas práticas da produção carnavalesca. *BBR. Brazilian Business Review*, 15, 427-443.
- Júlio, A. C., & Fantinel, L. (2021). A produção da pandemia de covid-19 e as relações organizadas entre humanos e outros modos de existência. *Revista Brasileira de Estudos Organizacionais*, 8(2), 437-456.
- Loscher, G., Splitter, V., & Seidl, D. (2019). Theodor Schatzki's theory and its implications for Organization Studies. In Clegg, S. and Cunha, M. P. (Eds.). *Management, Organizations and Contemporary Social Theory*. London: Routledge.
- Moura, E. O. D., & Bispo, M. D. S. (2021). Compreendendo a prática da gestão escolar pela perspectiva da sociomaterialidade. *Organizações & Sociedade*, 28, 135-163.
- Nicolini, D. (2009). Zooming in and out: Studying practices by switching theoretical lenses and trailing connections. *Organization studies*, 30(12), 1391-1418.
- Nicolini, D. (2010). Medical innovation as a process of translation: a case from the field of telemedicine. *British Journal of Management*, 21(4), 1011-1026.
- Nicolini, D. (2013). *Practice theory, work, & organization: an introduction*. Oxford University Press.
- Nicolini, D. (2016). Is small the only beautiful? Making sense of 'large phenomena' from a practice-based perspective. In A. Hui, T. Schatzki, & E. Shove (Eds.), *The nexus of practices: connections, constellations, practitioners*, 98-113. Londres: Routledge.
- Niemelä, R., Pikkarainen, M., Ervasti, M., & Reponen, J. (2019). The change of pediatric surgery practice due to the emergence of connected health technologies. *Technological Forecasting and Social Change*, 146, 352-365.
- Organização Mundial da Saúde. (2015). *Declaração da OMS sobre taxas de cesáreas*.
- Reckwitz, A. (2002). Toward a theory of social practices: a development in culturalist theorizing. *European Journal of Social Theory*, 5(2), 243-263.
- Reischauer, G., & Ringel, L. (2022). Unmanaged transparency in a digital society: swiss army knife or double-edged sword? *Organization Studies*, OnlineFirst, 1-28.
- Ryan, G. W., & Bernard, R. (2003). Techniques to identify themes. *Field Methods*, 15(1), 85-109.
- Schatzki, T. R. (2002). *The site of the social: a philosophical account of the constitution of social life and change*. Pennsylvania State University.
- Schatzki, T. R. (2005). The sites of organizations. *Organization studies*. 26(3), 465-484.
- Schatzki, T. R. (2006). On organizations as they happen. *Organization studies*, 27(12), 1863-1873.

Schatzki, T. R. (2012). A primer on practices: theory and research. In J. Higgs, R. Barnett, S. Billett, M. Hutchings & F. Tredre (Eds). *Practice-Based Education: Perspectives and Strategies*. Rotterdam: Sense Publishers.

Schatzki, T. (2013). The edge of change: on the emergence, persistence, and dissolution of practices. In E. Shove & N. Spurling (Eds). *Sustainable Practices: Social Theory and Climate Change*. London, Routledge.

Schatzki, T. (2016). Crises and adjustments in ongoing life. *Österreichische Zeitschrift für Soziologie*, 41(1), 17-33.

Schatzki, T., Knorr-Cetina, K., & Von Savigny, E. (2001). *The practice turn in contemporary theory*. London: Routledge.

Thompson, N. A., & Byrne, O. (2022). Imagining futures: theorizing the practical knowledge of future-making. *Organization Studies*, 43(2) 247-268.

WHO – World Health Organization. (2018). Maternal, newborn, child, and adolescent health. Recuperado em 02 abril, 2021, de https://www.who.int/maternal_child_adolescent/about/en/.

Wenzel, M., Krämer, H., Koch, J., & Reckwitz, A. (2020). Future and organization studies: on the rediscovery of a problematic temporal category in organizations. *Organization Studies*, 41(10) 1441-1455.

Yakhlef, A., & Essén, A. (2013). Practice innovation as bodily skills: the example of elderly home care service delivery. *Organization*, 20(6), 881-903.