

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA

CAMILA PIMENTEL LOPES DE MELO

**No tempo da espera: reflexões sociológicas sobre a humanização do
parto no Recife**

Recife

2017

CAMILA PIMENTEL LOPES DE MELO

**No tempo da espera: reflexões sociológicas sobre a humanização do
parto no Recife**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Sociologia da Universidade Federal de Pernambuco como requisito parcial para a obtenção do grau de doutora em sociologia.

Orientador: Prof. Dr. **Paulo Henrique Novaes Martins de Albuquerque**

RECIFE

2017

Catálogo na fonte
Bibliotecária Maria do Carmo de Paiva, CRB4-1291

M528n Melo, Camila Pimentel Lopes de.
No tempo da espera : reflexões sociológicas sobre a humanização do parto no Recife / Camila Pimentel Lopes de Melo. – 2017.
233 f. : il. ; 30 cm.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Henrique Novaes Martins de Albuquerque.
Tese (doutorado) - Universidade Federal de Pernambuco, CFCH.
Programa de Pós-graduação em Sociologia, Recife, 2017.
Inclui referências e apêndices.

1. Sociologia. 2. Humanização dos serviços de saúde. 3. Parto (Obstetrícia) – Aspectos sociológicos. 4. Trabalho de parto. 5. Nascimento. I. Albuquerque, Paulo Henrique Novaes Martins de (Orientador). II. Título

301 CDD (22. ed.)

UFPE (BCFCH2018-002)

CAMILA PIMENTEL LOPES DE MELO

No tempo da espera: reflexões sociológicas sobre a humanização do parto no Recife

Tese apresentada ao Programa de Pós- Graduação em Sociologia da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Sociologia.

Aprovada em 14/07/2017

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Paulo Henrique Novaes Martins de Albuquerque

(Presidente/Orientador)

Prof^ª. Dr^ª. Eliane Maria Monteiro da Fonte

(Titular interna – PPGS/UFPE)

Prof. Dr. Artur Fragoso de Albuquerque Perrusi

(Titular interno – PPGS/UFPE)

Prof^ª. Dr^ª. Elaine Müller

(Titular externa – DAM/UFPE)

Prof^ª. Dr^ª. Mônica Lourdes Franch Gutiérrez

(Titular externa - PPGS e PPGA/UFPB)

Para Alice e Benjamin, por me apresentarem o tempo da espera.

Para Daniel, pela presença delicada, constante e amorosa.

AGRADECIMENTOS

A experiência do doutorado foi, para mim, tempo de muitas transformações e reconfigurações pessoais e profissionais. Muitas pessoas participaram dessa trajetória de formas distintas e agradecer, nominalmente, a todas elas, seria uma tarefa difícil e mesmo injusta, porque corro o risco de pecar pelo esquecimento. Dessa forma, agradeço imensamente a todas e todos que contribuíram na minha jornada e se fizeram presentes nos encontros cotidianos ou esporádicos. Ainda assim, gostaria de nomear algumas presenças mais marcantes no meu caminhar dos últimos anos.

A minha mãe, Lenira, pelo olhar sempre estimulante e presença constante. Pelo amor que me tens e pela confinação. Por ter se parido vó, junto comigo, em 2009 e também em 2012.

Ao meu irmão, Felipe, pelos momentos de descontração que se misturavam sempre com elucubrações intelectuais. Pelo sorriso com minhas conquistas.

A Alice e Benjamin, que inauguraram um novo mundo para mim. E que, através deles, e talvez por eles, esse projeto surgiu e se consolidou. Por me tornarem e me ensinarem a ser mãe.

A Daniel, que caminha junto a mim há 18 anos, sempre de forma amorosa, respeitosa e companheira. Por todo o amor ao longo de noites longas, chorosas, alegres ou inebriadas (ou tudo isso junto e misturado). Pelo apoio e incentivo nessa longa viagem.

A Nina, Marluce e Epitácio, pelos momentos de “folga dos pequenos”, e pelo apoio carinhoso ao longo do caminho.

Ao meu orientador, Paulo Henrique, pelo acolhimento ao meu projeto e minhas ideias. Pela orientação sensível e pela leitura atenta e respeitosa.

A Artur Perrusi, pelos almoços, às vezes chorosos, mas sempre animadores. Pela escuta e pela disposição em me ajudar em momentos de pouca confiança pessoal.

A todas as narrativas, que compartilham do objeto de estudo e que tanto me ajudaram a pensar sobre o campo. Em especial a Elaine, Mari, Laís, Júlia, Marília e Tati. Pelas narrativas do nascer e do viver.

A Júlia e Gabi, minhas bruxas de eastwick, por sempre saberem de mim e pelo amor fraterno que recebo. À Sheila, pelas risadas que produziram momentos de puro relaxamento e pela escuta tão atenta e delicada.

Aos meus colegas do NESC, pelo respeito e compreensão pela minha demanda por tempo. Em especial, agradeço a Islândia, uma amiga que sempre me incentivou na caminhada pelo doutorado e que me acolheu de forma tão respeitosa, amorosa e integral em meu novo lugar de trabalho, abrindo espaço para minha presença em seus projetos.

Às minhas parceiras do “Zika Mulheres”, Tereza, Ana, Sandra, Thália e Socorro, pela torcida alegre e por me enisanrem a vivenciar a pesquisa de forma compartilhada e companheira.

Agradeço ao grupo que me permitiu realizar a pesquisa e a todas as alunas com quem compartilhei momentos de aprendizado e observação.

Em especial, gostaria de agradecer a todas as mulheres e profissionais que concordaram em compartilhar suas histórias de parto e de vida comigo.

A todas(os) professoras(es) e funcionárias(os) do PPGS, em especial a Eliane Veras e Remo Mutzembergue, pela compreensão sobre a vivência de minha maternidade e meus tempos de escrita.

A Capes, pelo suporte financeiro.

“Gostaria de ter atrás de mim (tendo tomado a palavra há muito tempo, duplicando de antemão o que vou dizer) uma voz que dissesse: ‘É preciso continuar, eu não posso continuar, é preciso continuar, é preciso pronunciar palavras enquanto as há, é preciso dizê-las até que elas me encontrem, até que me digam – estranho castigo, estranha falta, é preciso continuar, talvez já tenha acontecido, talvez já me tenham dito, talvez me tenham levado ao limiar de minha história, diante da porta que se abre sobre minha história, eu me surpreenderia se ela se abrisse.”

(FOUCAULT, 2010: 6)

RESUMO

Este trabalho versa sobre o movimento de humanização do parto e do nascimento (MHPN) em Recife e as respectivas transformações sugeridas pelo modelo de assistência obstétrica. Tem como objetivo ressaltar, à luz das experiências das mulheres que frequentaram rodas de casais grávidos, mudanças na forma de compreender a experiência de parturição, assim como explorar a visão de alguns profissionais que participaram de um curso sobre parto domiciliar que acompanhei, a fim de verificar possíveis pontos de encontro entre a proposta de humanização do parto e as expectativas das mulheres que buscaram participar das rodas. Buscou-se argumentar que, a partir das reivindicações que acompanharam o MHPN, conforma-se uma nova cultura de parto, permitindo o que o próprio movimento chama de protagonismo feminino no parto. Assim buscou-se uma descolonização do ideário do parto, relacionando as transformações sociais e discursivas da humanização com a realidade da assistência obstétrica para evidenciar a conformação da crítica sobre presença de uma epistemologia colonial na obstetrícia hegemônica. As estratégias de investigação utilizadas envolveram a observação participante em dois momentos distintos: no curso teórico sobre parto domiciliar e nas rodas de educação perinatal; além de entrevistas com profissionais envolvidos no curso e também com mulheres que participaram das rodas. As narrativas construídas com minhas interlocutoras permitiram construir três frentes analíticas que apontam para um processo de empoderamento feminino no parto a partir de um modelo orientado para o cuidado dialogado. A primeira delas foi a mudança na relação com o tempo. Se a prática médica consolidada baseia-se na premissa da intervenção e da rapidez, acelerando o desenrolar fisiológico do parto, o ideário humanizado relaciona-se com o tempo da espera, permitindo às mulheres a vivência da experiência de parturição em seus próprios ritmos. A segunda categoria analítica relaciona-se com o uso da tecnologia. No modelo oficial temos uma prática tecnocrática e invasiva, muitas vezes produtora de iatrogenias porque baseia-se no manejo ativo do parto. No modelo de assistência humanizada a tecnologia é norteada pela medicina baseada em evidência. A ideia de *técnicas de conforto* conforma um conjunto de práticas, pertencentes a diversas racionalidades médicas e não-médicas, que são sugeridas como formas de auxiliar a parturiente no processo de trabalho de parto. A terceira lente analítica relaciona-se com a mudança na compreensão do corpo feminino. Baseada na separação corpo e mente, a biomedicina conformou uma experiência de parto sem sujeito e contribuiu para uma prática perpassada pela violência obstétrica. A humanização reconfigura tal compreensão, passando do corpo subalterno ao corpo potente e capaz de parir. Cada dobra analítica construída nesse texto pretendeu tecer uma narrativa que aponta para uma nova cultura de parto. Assim pretendemos contribuir para a compreensão dos aspectos sociológicos contidos no microcosmo em torno do parto.

Palavras-chave: Humanização. Cultura de Parto. Tempo. Tecnologias Leves. Corpo

ABSTRACT

This work deals with the movement of humanization of childbirth and birth (MHPN) in Recife and the respective transformations suggested by the obstetric care model. The objective of this study is to highlight, based on experiences of women attending perinatal education group, changes of understanding the experience of birth, as well as to explore the perception of some professionals who participated in a course on home childbirth that I followed. The aim is to verify possible approximations between the theoretical speech of humanization of childbirth and the expectations of women. Based on a set of arguments related to MHPN, I affirm it conforms a new culture of childbirth, allowing what the movement calls feminine protagonism in childbirth. Because of this, I argued about a decolonization childbirth culture, relating the social and discursive transformations of humanization with the reality of obstetric care to evidence the conformation of criticism on the presence of a colonial epistemology in hegemonic obstetrics. The research strategies used involved participant observation in two different moments: in the theoretical course on home childbirth and in perinatal education group. In addition, interviews with professionals involved in the course and with women who participated in these group. The narratives constructed with my interlocutors allowed us to construct three analytical axis related to a process of female empowerment in childbirth, based on a model oriented by dialogical care. The first axis was the change in the relationship with time. On one hand there is the hegemonic medical practice based on the premise of intervention and speed, accelerating the physiological development of childbirth. On the other, the humanized ideology is related to the waiting time, allowing women to experience childbirth at their own rhythms. The second analytical category relates to the use of technology. In the official model, we have a technocratic and invasive practice, often producing iatrogenies because it bases on the active management of childbirth. In the humanized care model, technology is driven by evidence-based medicine. The idea of comfort techniques conforms a set of practices, representing medical and non-medical rationalities. Those other technologies were considered better ways of assisting the parturient in the process of labor. The third analytic lens relates to changings in the understanding of the female body. Based on the separation of body and mind, biomedicine conformed an experience without a subject and contributed to a practice that was permeated by obstetric violence. Humanization reconfigures such understanding, passing from the subaltern body to body that is powerful and able to give birth. Each analytical axis constructed, intend to weave a narrative that points to a new birth culture. Thus, we intend to contribute to the understanding of the sociological aspects contained in the microcosm around childbirth.

Keywords: Humanization. Birth Culture. Time. Light Technologies. Body

RÉSUMÉ

Ce travail porte sur le mouvement d'humanisation de l'accouchement et de la naissance (MHPN) à Recife et les respectives transformations proposées par le modèle d'assistance obstétricale. Il a pour objectif de surligner, à la lumière des expériences des femmes qui ont participé à des cercles de futurs parents, des changements dans la façon de comprendre l'expérience de l'accouchement, ainsi que d'explorer le regard de certains professionnels qui ont participé à un cours sur l'accouchement à domicile que j'ai suivi. Il soutient l'argument selon lequel, partant des revendications qui ont accompagné le MHPN, une nouvelle culture de l'accouchement se dessine, qui permet ce que l'on appelle actuellement le protagonisme féminin pendant l'accouchement. Nous avons donc cherché à décoloniser l'ensemble d'idées autour de l'accouchement, en faisant une corrélation entre les transformations sociales et discursives d'humanisation et la réalité de l'assistance obstétricale pour mettre en évidence l'adéquation de la critique sur la présence d'une épistémologie coloniale dans l'obstétrique hégémonique. Les stratégies de recherche utilisées ont été l'observation participante à deux moments distincts: le cours théorique sur l'accouchement à domicile et les cercles d'échanges périnataux; en plus des entretiens avec des professionnels et des femmes qui ont participé aux cercles. Les récits construits avec mes interlocutrices ont permis de construire trois fronts analytiques qui pointent vers un processus de renforcement du "pouvoir d'agir" féminin pendant l'accouchement. Le premier était un changement dans la relation au temps. Si la pratique médicale consolidée se fonde sur le principe de l'interventionnisme, accélérant le déroulement physiologique de l'accouchement, l'accouchement humanisé se fonde sur le temps de l'attente, ce qui permet aux femmes de vivre l'expérience de l'accouchement à leur propre rythme. La deuxième catégorie d'analyse est en rapport avec l'utilisation de la technologie. Dans le modèle officiel prédomine une pratique technocratique et invasive. Dans le modèle d'assistance humanisée la technologie est guidée par une médecine fondée sur des données probantes. L'idée des *techniques de confort* soutient un ensemble de pratiques, qui sont proposées comme moyens d'aider la parturiente pendant le processus d'accouchement. La troisième approche analytique se rapporte à un changement dans la compréhension du corps féminin. Basée sur la séparation entre le corps et l'esprit, la Biomédecine a conforté une expérience de l'accouchement sans sujet et a contribué à une pratique imprégnée par la violence obstétricale. L'humanisation reconfigure une telle compréhension, passant de l'idée d'un corps subordonné à celle d'un corps puissant et capable d'accoucher. Chaque aspect analytique construit dans le présent texte a voulu tisser un récit qui nous oriente vers une nouvelle culture de l'accouchement. Nous avons l'intention de contribuer ainsi à la compréhension des aspects sociologiques contenus dans le microcosme de l'accouchement.

Mots-clés: Humanization. Culture de l'accouchement. Temps. Technologies Légères. Corps

LISTA DE FIGURAS

Quadro 01: Temas presentes no curso sobre atenção ao parto domiciliar.....	40
Figura 01: Os usos do rebozo.....	44
Figura 02: As PICs na atenção ao parto.....	45
Figura 03: Caracterização do parto humanizado.....	48
Figura 04: Relato de um parto humanizado atendido por uma das alunas.....	49
Figura 05: Os usos da bola de pilates.....	51
Figura 06: Dinâmica do relógio.....	54
Quadro 02: Mulheres entrevistadas.....	56
Figuras 07 e 08: Recomendações da MBE.....	133
Figura 09: Recomendações para ajudar as contrações.....	137
Figura 10: Posições verticalizadas para o trabalho de parto.....	137
Figura 11: Pelve materna.....	138
Figura 12: Relação entre a pelve materna e a passagem do feto.....	138
Figura 13: USG natural.....	152
Quadro 03: Categorias de desrespeito e abuso.....	182
Figura 14: Faixa do Ato #somotodasAdelir.....	187
Figura 15: Manchetes sobre o caso de Adelir.....	187
Figura 16: Manchetes sobre o caso de Natal.....	192
Figura 17: Cartazes contra violência obstétrica no ato #somotodasAdelir.....	200

LISTA DE ABREVIATURAS

MHPN – Movimento de Humanização do Parto e do Nascimento

PICs – Práticas Integrativas e Complementares

OMS – Organização Mundial de Saúde

MBE – Medicina Baseada em Evidências

REHUNA – Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento

MPPE – Ministério Público de Pernambuco

MS – MINISTÉRIO DA SAÚDE

SUS – Sistema Único de Saúde

V.O. – Violência Obstétrica

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	A PESQUISA DE CAMPO E A CONSTRUÇÃO DE UM ITINERÁRIO NARRATIVO	29
2.1	A observação participante nos módulos teóricos.....	36
2.2	A observação participante nas rodas de gestantes.....	49
2.3	As entrevistas.....	55
3	OS MODELOS DE ASSISTÊNCIA AO PARTO: ALGUMAS PISTAS TEÓRICAS PARA COMPREENDER AS NOVAS CONFIGURAÇÕES NA ASSISTÊNCIA AO PARTO	60
3.1	Entre a subalternidade e autonomia – ou como Foucault e Gadamer ajudam a compreender teoricamente as distintas propostas de assistência ao parto.....	62
3.1.1	Compreendendo a biomedicina à luz de uma perspectiva foucaultiana	64
3.1.2	Desvelando a humanização do parto a partir dos escritos de Gadamer sobre a saúde	68
3.1.3	Possibilidades descoloniais em Gadamer e Foucault	71
3.2	A (des)colonialidade do parto: os novos aspectos teóricos implícitos na crítica realizada pelo movimento de humanização.....	76
3.2.1	A colonialidade do parto	79
3.2.2	A descolonialidade do parto	85
4	O TEMPO E O PARTO: DESACELERANDO O RITMO, DESCOLONIZANDO A EXPERIÊNCIA	91
4.1	O tempo como repertório cultural do parto.....	92
4.2	Desacelerando o parto – multiplicando as experiências.....	101
4.3	Descolonizando o tempo – o parto na <i>perspectiva do sujeito</i>	114
5	PARTO E CIÊNCIA: O PAPEL DA TECNOLOGIA NOS DISTINTOS MODELOS DE ASSISTÊNCIA E SUAS RELAÇÕES COM OUTROS SABERES NA CONSTRUÇÃO DE UMA CULTURA DE PARTO	124
5.1	Medicina, tecnologia e medicalização do parto.....	129
5.2	A medicina e o feminino – a subalternidade da natureza.....	139

5.3	Os usos da palavra tecnologia ou “do que estamos falando quando se fala em humanização?”.....	144
5.4	A casa ou o “lugar delas”; o hospital ou o “lugar deles”.....	153
6	PARTO, CORPO E GÊNERO: AMBIVALÊNCIAS, EMPODERAMENTO E (DES)COLONIALIDADES.....	164
6.1	Problematizando gênero: caminhos teóricos para um olhar descolonial.....	167
6.2	O corpo e o parto na assistência hegemônica: a corporificação da docilidade.....	174
6.3	A violência obstétrica e o corpo matável – um problema de gênero.....	178
6.4	Corpo e empoderamento na experiência do parto humanizado – resistências como possibilidade de existências.....	198
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	213
	REFERÊNCIAS	217
	APÊNDICE A - Guia de entrevista pré-parto.....	229
	APÊNDICE B - Guia de entrevista pós-parto	232
	APÊNDICE C - Guia de entrevista com os profissionais.....	233

1 INTRODUÇÃO

Gravidez e parto ainda são frequentemente associados ao medo e à ansiedade. O cuidado durante a gravidez pode reforçar os medos ou apoiar a felicidade (GEPSTEIN, Yana, 2012:156).

A assistência obstétrica brasileira se delinea como um campo do sistema de saúde que apresenta um embate institucional entre, ao menos, duas propostas de assistência e modos de cuidado obstétrico – uma assistência hospitalar e biomédica e uma proposta do que se entende como humanização do parto e do nascimento. A cidade de Recife pode ser considerada como um microcosmo dessa disputa paradigmática e que assiste a um crescimento, ainda que pequeno em termos percentuais, do universo da humanização. Como cada um desses paradigmas possibilita práticas sociais, relações intersubjetivas, visões de parto, a perspectiva sociológica, ou uma sociologia da humanização do parto se inscreve como uma forma de compreender as novas configurações entre indivíduo e sociedade, agência e estrutura, presentes nesse microcosmo da assistência ao parto.

Considero importante lembrar que o texto aqui apresentado não pretende falar por toda a realidade obstétrica do Brasil. Existe uma multiplicidade de contextos nas mais variadas localidades do país. É sabida a existência paralela e sincrônica de diversos modelos de assistência, que possuem propostas e entendimentos específicos sobre o evento do parir. Não pretendo assim falar em nome de uma totalidade ou de uma suposta homogeneidade.

Um exemplo da diversidade dos modos de cuidado em torno do parto se faz presente na obra de Soraya Fleischer (2011), que realizou uma etnografia das parteiras de Melgaço – região amazônica. Nessa obra, Fleischer nos apresenta uma importante diferenciação entre a noção de cuidado presente nos modos não-oficiais da atenção obstétrica em Melgaço e aquela posta em prática pela biomedicina, para fazer ver a importância da interligação entre conhecimentos ditos populares e o conhecimento tido como oficial, na parteria¹ do norte do Brasil. Davis-Floyd (2001) elaborou um esquema conceitual sobre os distintos paradigmas concernentes à atenção e ao cuidado obstétrico. Para essa autora, podemos falar de três

¹ No campo da atenção ao parto, algumas nomenclaturas começaram a ser usadas de formas menos usuais. É o caso da parteria urbana, termo que tem sido utilizado pelas enfermeiras obstetras e/ou obstetrias que aderem à assistência humanizada e atendem partos domiciliares planejados. Aqui, existe uma clara estratégia de se diferenciar da parteria tradicional, ligada aos saberes populares e a uma formação leiga. Para uma diferenciação desses termos ver PORTELLA, 2017.

paradigmas distintos (e coexistentes na contemporaneidade). O **modelo tecnocrático**, que representa a biomedicina, é baseado na separação cartesiana corpo-mente, ligado à lógica capitalista do lucro, a uma hegemonia tecnológica, constituindo-se baseado no conhecimento especializado e compartimentado e, por esse motivo, operou uma despersonalização do cuidado, que se desdobra numa assistência obstétrica autoritária e distanciada dos sujeitos a quem direciona seus cuidados. O **modelo humanizado** caracteriza-se, segundo a autora, como uma resposta aos excessos tecnicistas e patriarcais da biomedicina e, nesse sentido, recompõe o sujeito cartesiano e o concebe de forma integralizada. Reconhece a importância de uma relação mais simetrizada entre profissionais de saúde e pacientes/usuários, sublinhando a importância da interconexão entre os aspectos subjetivos, culturais e sociais no processo de cuidado. Nesse sentido, o processo diagnóstico é concebido de forma relacional, pressupondo a ideia de corresponsabilidade – usuárias e profissionais estão envolvidos nos processos decisórios. O **modelo holístico** seria, nas palavras da autora, “*a última heresia*” (op.cit.:16). Caracterizado por um ecletismo terapêutico, o modelo holista além de considerar a integralidade e organicidade corpo-mente, também ressalta a questão da espiritualidade, não só como respeito às diferentes crenças e religiões das usuárias, mas sim como um elemento estrutural da própria concepção de saúde e doença, implicando assim os profissionais envolvidos em tal modelo.

Ainda que considere a importância da compreensão e da visibilidade das inúmeras formas de prestar assistência e oferecer cuidados obstétricos diversos, e diante dessa diversidade de compreensões e práticas do cuidado, delinhei meu campo de pesquisa com o foco no modelo de humanização e o diálogo crítico que este movimento estabelece com a biomedicina. Tal delineamento não tem a intenção de desconsiderar o modelo holístico e produzir sua invisibilidade, mas está em consonância com a própria forma como minhas interlocutoras e os sujeitos envolvidos no campo de pesquisa se definem. Por conseguinte, a tese que se apresenta intenta demonstrar, sob uma perspectiva sociológica, que a crítica da humanização do parto se inscreve também como crítica de uma modernidade totalizadora e colonial e, como alternativa, oferece um modelo epistemologicamente distinto, na medida em que pressupõe um sujeito integralizado, uma temporalidade diversa, uma multiplicidade de sistemas de cuidado, uma relação mais equilibrada com a tecnologia. Para tal, passo a descrever, em linhas gerais a realidade obstétrica brasileira e as principais características da proposta de humanização.

Ainda que existam diversas maneiras de se experienciar os nascimentos na realidade brasileira, haja vista a diversidade cultural e as desigualdades socioeconômicas que caracterizam nossa sociedade, a predominância do modelo biomédico se consolidou como forma hegemônica no nosso país, como percebe-se pelos dados disponibilizados no DATASUS em que mais de 96% dos partos acontecem em ambiente hospitalar². Tal nível de institucionalização ocasionou também um processo de medicalização, haja vista os resultados da pesquisa *Nascer no Brasil* (2014), que apresenta um percentual de apenas 5% dos partos ocorridos sem intervenção médica. Assim, considero importante compreender alguns aspectos históricos de tal processo institucional.

Foi dentro do projeto iluminista, do desenvolvimento da razão científica, que a medicina moderna ocidental se desenvolve e se inscreve como instituição oficial de cura. Assentando-se na divisão cartesiana entre corpo e mente, a medicina científica centra o seu olhar no primeiro e preocupa-se em desenvolver um conhecimento anatômico e entender os processos de adoecimento. Sobre esse processo, Foucault (2011) afirma que foi no final do século XVIII que a medicina surge como principal epistemologia do cuidado e demonstra que foi preciso o desenvolvimento de toda uma arquitetura que pudesse, ao mesmo tempo, servir aos princípios empiristas da medicina científica e dar conta do sofrimento humano. Contudo, o parto ainda não era visto como um ato médico, e passou relativamente ao largo dessas transformações, sendo as parteiras as principais figuras da assistência, à exceção dos cirurgiões-barbeiros, que atuavam em casos de complicações.

Foucault ainda esclarece que a medicina moderna, apesar de professar um discurso individualizante, do conhecimento minucioso do corpo, na verdade constitui-se como uma medicina social, visando o controle anátomo-clínico do corpo social. Paulatinamente, a biomedicina associa sua prática com a inovação tecnológica, na possibilidade de desenvolvimento de aparelhos e técnicas mais precisas, de esquadrinhamento corporal, sofisticando assim sua estratégia biopolítica.

Em consonância com o pensamento foucaultiano sobre a medicina e sua biopolítica, mas agora com um olhar mais específico sobre o conhecimento obstétrico, Simone Diniz (1999) nos mostra que “*se o útero era de fato um assunto da ciência e de interesse público, não poderia mais ser deixado nas mãos das próprias mulheres*” (p. 116). Em meados do século XIX, surgem as primeiras faculdades médicas voltadas para a especialidade da obstetrícia (MAIA, 2010).

² Dados disponíveis em <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/LivroIDB/2edrev/f07.pdf>> Acesso em fev. 2017.

Boa parte do conhecimento produzido nessa época foi perpassada pelas crenças morais da mulher enquanto ser destituído de razão e governado pelas emoções. Tal estratégia discursiva foi posta em ação como forma de justificar as desigualdades de gênero num tempo em que as mulheres estavam, gradativamente, ganhando o espaço público (MAIA, 2010; BARRETO, 2011; ROHDEN, 2001; MARTINS, 2005). Dentro da lógica iluminista e cientificista de esquadramento e domínio da natureza, associada ao natural e considerada como objeto do conhecimento, a mulher experiencia uma assistência obstétrica invasiva, patologizante e violenta³.

Profundamente marcada pela técnica como mediadora do cuidado, a obstetrícia ocidental desenvolveu-se dentro de uma lógica que compreende a gestação mais em seus aspectos patológicos do que nos aspectos fisiológicos e socioculturais, ignorando, assim, importantes aspectos constituintes da experiência de parturição. Numa sociedade onde tempo é dinheiro, a cesariana se encaixa como a alternativa mais rentável e racionalizada, ou como “*padrão ouro da assistência tecnocrática*” (MAIA, 2010: 37), na medida em que quase todas as variáveis atuantes no desenrolar do parto podem ser controladas (como por exemplo, tempo de duração, intensidade da dor, data do acontecimento). O parto vaginal, nesse contexto, precisou ser submetido ao tempo institucional, que se assemelha ao tempo acelerado da indústria (MARTIN, 2001). Esperar a evolução fisiológica do parto não faz parte da prática médica atual. Tal cenário é também parte da realidade brasileira, como descrito na pesquisa *Nascer no Brasil* (LEAL, 2014), que demonstra que a via principal de nascimento no Brasil é a cesariana, com um percentual nacional de 52%. Contudo, se olharmos apenas para o sistema complementar, o percentual chega perto do 90%⁴, sendo possível afirmar que não há espaço para uma conduta expectante por parte da clínica privada brasileira. A pesquisa referida ainda sublinha a forte presença de práticas não recomendadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS)⁵.

³ É preciso deixar claro que não negamos a importância do desenvolvimento da técnica e que ela possibilita uma melhor qualidade em muitos aspectos dos cuidados com a saúde. O que ressaltamos aqui é o uso indiscriminado e injustificado de inúmeros procedimentos e formas de atendimento geradores de insatisfação e o aumento dos índices de morbimortalidade materna e infantil pelo abuso das cesáreas no Brasil.

⁴ Para um resumo dos principais resultados da pesquisa *Nascer no Brasil*, é possível acessar o sumário executivo disponível em <http://www6.ensp.fiocruz.br/nascerbrasil/wp-content/uploads/2014/11/sumario_executivo_nascer_no_brasil.pdf> Acesso em jan. 2017

⁵ A OMS recomenda que a taxa de cesariana fique em, até, 15% dos partos. No *site* do ministério da Saúde (MS) encontra-se uma série de informações a esse respeito. (www.saude.gov.br).

No Brasil, esse processo de institucionalização aconteceu em período posterior e marcado por um forte componente de classe. Segundo Martins (2004) até o início do século XX, a presença do médico obstetra no domicílio se restringia apenas para as elites, que podiam pagar pela assistência especializada. As enfermarias dos hospitais ainda eram consideradas como última alternativa, para as classes menos favorecidas que não poderia sequer pagar pelos cuidados de uma parteria empírica (MAIA, 2010: 34). A transferência do local de parto do domicílio para o Hospital se intensifica, principalmente, ao longo da segunda metade do século XX, concomitante com o forte momento de industrialização vivenciado no país, a tal ponto que, atualmente, pensar num parto domiciliar se constitui como uma alternativa contra-hegemônica.

Tal modelo de assistência se inseriu na realidade brasileira, inclusive, por meio de dispositivos de colonialidade, num processo vertical de subalternização de sistemas de conhecimento, reforçando as desigualdades de gênero, classe e raça (TORNQUIST, 2004). Foi assim que ocorreu o afastamento das parteiras empíricas como sujeitos principais dos cuidados com a mulher. Tidas pela medicina oficial como conhecedoras de um saber menor, ofereciam maiores riscos à saúde. A medicina institucionalizada desautorizou as outras práticas existentes localmente, quando oficializa o Hospital como local de nascimento, e a ciência moderna como o saber hegemônico na assistência obstétrica. Assim, todo um arcabouço de conhecimentos empíricos e formas de atuar na assistência ao parto foram, gradualmente, sendo desvalorizadas (MARTINS, 2004). Junto com essa migração para o hospital, ocorreu um processo de medicalização do parto que trouxe consequências tanto para o campo da saúde: alta taxa de cesarianas (com os riscos inerentes a tal procedimento), a patologização do parto normal entre outros. Provocou ainda mudanças sociais e culturais, relacionadas à padronização da experiência do parto dentro do ambiente hospitalar e as rotinas rígidas concernentes a esta instituição.

No bojo da medicalização do parto, a realidade obstétrica se delineou num contexto fortemente marcado pela violência institucionalizada. Em 2012 foi elaborado um dossiê, feito pela rede “Parto do Princípio”, atestando que 25% das mulheres perceberam ter sofrido algum tipo de violência obstétrica no Brasil. Os estudos que abordam o tema da violência (DINIZ, 2016; DOSSIÊ, 2012) relacionam as más práticas obstétricas aos valores patriarcais da mulher como incapaz, frágil e ocupando o lugar de subalterna, imóvel e calada. Se considerarmos a experiência do parto como um importante evento no processo de subjetivação, tal realidade

marcada pela violência obstétrica, corrobora a cultura do medo do parto vigente em tempos atuais⁶.

Segundo Davis-Floyd e Sargent (1997), esse tipo de saber sobre o corpo feminino, baseado na medicina ocidental, é perpetuador das diferenças de gênero, que vê a mulher como uma figura passiva e seu corpo dotado de inúmeros mistérios que precisam ser escrutinados e controlados. Essa tendência caracteriza o que Davis-Floyd (2001) chama de modelo tecnocrático de assistência ao parto, descrito um pouco acima. Entende-se que o modelo hegemônico de assistência ao parto no Brasil atende a tais requisitos, podendo ser entendido dentro do escopo do modelo tecnocrático proposto pela antropóloga.

A medicina moderna e ocidental justifica sua importância e status privilegiado de conhecimento da realidade porque estaria pautada na razão e na objetividade. Dessa forma, parece haver um consenso sobre a importância que a tecnologia adquiriu, ao longo da segunda metade do século XX principalmente, no acompanhamento obstétrico, sendo considerada a forma mais segura, confiável e objetiva de acessar as informações sobre a gestação e o parto. Estabeleceu-se um tipo de poder-saber que monitora, regimes de vigilância que normatizam e padronizam o evento – duração, local, tipo de parto etc. – atuando assim na conformação das experiências de parturição. É nesse contexto fortemente instrumentalizado e com viés de gênero que foram sendo reforçadas ideias relacionadas aos perigos do parto vaginal, tanto para o bebê – que pode vir a ‘sufocar’ na passagem pela vagina – quanto para a mulher, que poderia ter a região pélvica comprometida, atrapalhando assim o prazer masculino por conta da ‘frouxidão’ ocasionada pela passagem do bebê. De toda maneira, parece-me claro a pressuposição, no modelo tecnocrático, da incompatibilidade entre o corpo feminino e a parturição.

Contudo, a despeito da capilaridade que o modelo biomédico conseguiu no modelo de assistência ao parto, não o fez sem resistência do próprio campo da medicina. Vários são os estudos que apontam para os limites e usos apropriados para as tecnologias (CHACHAN & PERPÉTUO, 1996; DOMINGUES, 2004; BRENNES, 2001). Apesar do gradativo aumento do uso de tecnologias de vigilância e de diagnóstico no atendimento obstétrico, do aumento anual

⁶ A ideia de cultura de parto, implícita ao longo da tese, baseia-se numa compreensão de que tanto a cultura material envolvida na assistência obstétrica, quanto as histórias compartilhadas, normas, valores e práticas concernentes à realidade do parto, conforma uma mentalidade historicamente construída. Cultura, assim, jamais poderia ser compreendida como algo estático. Ao contrário, está constantemente atualizando suas formulações. Contudo, assumi na tese uma noção de cultura de parto hegemônica, relativa às concepções calcadas no saber da biomedicina que, a meu ver, contribuíram para concepções de medo, sofrimento e risco.

das taxas de cesárea e da cobertura da assistência pré-natal, o Brasil segue possuindo um índice de mortalidade materna alto, além da alta taxa morbidades associadas ao parto⁷.

Esse é um problema que vem sendo enfrentado de várias formas, como, por exemplo, na elaboração de políticas públicas que ressaltem a necessidade de qualificar o acesso aos serviços de pré-natal, ações que ampliem a rede hospitalar e que propõem uma reestruturação da rede assistencial. O conjunto de documentos e ações referentes à assistência obstétrica pode ser considerado como incentivos importantes e qualificados para operar uma mudança no modelo assistencial. Dentre eles, destaco alguns:

1. Programa Nacional de Humanização da assistência hospitalar, de 2001;
2. Política de Humanização do pré-natal e nascimento (PHPN), de 2002;
3. Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher, de 2004;
4. Humanização do parto e do nascimento – HumanizaSUS, de 2004;
5. Programa Rede Cegonha, de 2011;
6. Diretriz Nacional de assistência ao parto normal, de 2016.

Percebe-se que, há algum tempo, esforços governamentais têm sido postos em ação, com o intuito de melhorar a saúde da mulher e a assistência ao ciclo gravídico-puerperal. Resumidamente, e com a exceção da diretriz nacional de assistência ao parto normal (que se concentra na elaboração de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas), os documentos elencados acima assumem como marco orientador a ideia de humanização como horizonte teórico e prático que pode possibilitar melhores índices de saúde porque equilibra o uso das tecnologias disponíveis com os conhecimentos da medicina baseada em evidências (MBE).

No entanto, o que assistimos não confirma tais esforços. Ainda que existam inúmeras recomendações baseadas nas melhores evidências científicas, a prática clínica da obstetrícia brasileira parece não se atualizar com base em tais recomendações, haja vista a permanência de procedimentos sabidamente maléficos para a saúde das gestantes e dos recém-nascidos, que já não encontram respaldo nas diretrizes oficiais do campo obstétrico. Para Diniz (2016), o Brasil segue demonstrado resistência em atualizar sua prática obstétrica, demonstrando pouca permeabilidade para MBE. Por tais motivos, é possível afirmar que a cultura obstétrica brasileira é hierárquica e pouco atualizada.

⁷ Dados disponíveis em <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/C03b.htm>> Acesso em jan.2017

É certo que o advento da obstetrícia moderna cumpre um papel importante no contexto de uma gravidez de alto risco, ou mesmo nas eventuais emergências ocorridas no transcurso de um trabalho de parto. No entanto, o paradigma biomédico, na medida em que inscreveu a gravidez na lógica do risco e da patologia, padronizando os atendimentos, antes de aumentar o nível de satisfação com a experiência de parturição, engendrou uma realidade hierarquicamente estruturada na instituição hospitalar e construiu uma arquitetura cultural que transparece medos, inseguranças e violências. Aqui, a mulher constrói-se em torno da ideia de paciente, minimizando suas vontades e desconsiderando os conhecimentos acerca do próprio corpo, tornando a vivência do parto sofrida e ainda mais dolorosa.

A despeito do fato de ser tratado apenas como um ato médico, e patológico, é possível dizer que o parto e o nascimento são eventos de grande importância social e, neste sentido, possuem inúmeros significados e vivências. Considerando-os como acontecimentos altamente simbólicos e ritualizados, reconhece-se a possibilidade de existência de diversas práticas culturais. Esta pluralidade dos sistemas de cura e de assistência à saúde é, em certa medida, uma resposta social às limitações do paradigma médico-tecnocrático, ressaltando que existe um processo complexo e diverso no ato de cuidar, e que esse envolve aspectos culturais, sociais e psíquicos. É com essa preocupação em evidenciar e melhor compreender tais elementos que a área das Ciências Sociais e Humanas iniciam uma incursão nos estudos sobre a assistência ao parto.

É a partir da segunda metade do século XX que o movimento feminista, e outros movimentos ligados aos direitos humanos, começaram a olhar criticamente para a realidade que cercava a assistência ao parto. Centrado no paradigma intervencionista-médico-cartesiano, o parto passou a ser visto menos em seu processo fisiológico e mais como uma patologia⁸.

Se a relativa timidez de abordagens das ciências sociais sobre o tema marcou uma certa ausência até a segunda metade do século XX, aos poucos esse contexto foi se transformando. Como demonstra Rodrigues (2015), os estudos acadêmicos sobre a humanização do parto se desenvolveram quase que simultaneamente ao crescimento do próprio movimento, mas ainda se concentram em áreas como epidemiologia social e psicologia, sublinhando aspectos como a

⁸ Existem diversos estudos sobre a questão de que o discurso médico vê a “natureza feminina” como “patológica”. Para um aprofundamento nesta questão ver Rodhen (2001), Brennes (1991), Tornquist (2004), Del Priore (1997), Martin (2001).

depressão pós-parto e a saúde coletiva, com temas relativos ao sistema de saúde, ao ethos profissional e às políticas públicas.

Compreendendo a vivência da maternidade a partir das interseccionalidades presentes na experiência, a década de 1980 é tida como um marco qualitativo nas pesquisas sobre saúde da mulher e o parto passa a fazer parte da agenda dos direitos reprodutivos. Rodrigues (2015) ressalta que a maternidade foi um tema ambíguo para o movimento feminista, que compreendeu, durante um tempo, que ela seria um dos motivos pelos quais as mulheres se mantinham subalternizadas ao espaço doméstico. Contudo, a partir da crítica feita à compulsoriedade da maternidade, certos estratos do movimento feminista, principalmente ligados às questões da saúde da mulher, passaram a pautar os temas ligados à maternidade como um direito e assim delineiam-se os argumentos em favor de uma atenção obstétrica respeitosa e de qualidade.

Em consonância com a perspectiva feminista que estuda as questões dos direitos reprodutivos das mulheres, a maternidade é vista, neste contexto, como uma escolha consciente e programada, se afastando da idéia de maternidade como destino biológico do feminino, reforçando assim a crítica ao patriarcalismo. É assim que o Dossiê de Humanização do Parto também define a maternidade, como “[v]oluntária, prazerosa, segura e socialmente amparada – esta é a maternidade defendida pelas feministas brasileiras envolvidas com a humanização do parto”⁹. Contudo, Mattar e Diniz (2012) sublinham que, a despeito dos avanços em torno da não-compulsoriedade da maternidade, ela ainda é de difícil negociação em termos de planejamento, principalmente nas camadas mais populares. Essa realidade é confirmada pela pesquisa *Nascer no Brasil* (LEAL, 2014), que mostra que em torno de 30% das gravidezes ainda são indesejadas.

Foi nesse movimento de crítica ao modelo vigente de assistência ao parto, assim como a compreensão da maternidade como escolha, que nasce 1993 a Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (REHUNA), uma organização da sociedade civil que congrega profissionais da área de saúde e outras organizações que pautam a saúde da mulher. Rodrigues (2015) e Diniz (2014) salientam que a formação da rede foi de extrema importância para o

⁹ Ainda no contexto da humanização, surge a noção do “casal grávido”, destacando assim a presença ativa do companheiro nas questões referentes à maternidade. Essa concepção é entendida dentro do discurso feminista como uma proposta que possibilita a quebra, ou antes, o enfraquecimento do sistema patriarcal, como bem coloca Balbus quando afirma que “esse cuidado infantil conjunto por pai e mãe é uma condição indispensável para superar o patriarcado e a imaturidade emocional do qual ele é uma expressão” (BALBUS in HOLANDA, 1993: 125).

fortalecimento das pautas sobre a melhoria da qualidade da atenção obstétrica. Inúmeros grupos se formaram com o propósito tanto de denunciar o atendimento violento e impessoal do modelo vigente, como para compartilhar informações referentes à gestação e ao parto, visando o empoderamento feminino através do conhecimento, reforçando a ideia de que o acesso à informação pode possibilitar uma diminuição das hierarquias de poder. Inúmeras listas de discussão também surgiram na internet com esse propósito, além de disponibilizarem relatos de parto em que as mulheres compartilham suas experiências. Entendo que esse compartilhar de relatos relaciona-se com o conceito de *narrativas do eu*, onde o crescente papel da (re)organização reflexiva das narrativas biográficas atuam na construção das identidades subjetivas ou auto-identidades (GIDDENS, 2002). Carneiro (2015) sublinha que nessas redes e listas de discussão, muitas mulheres identificam-se a partir das experiências de parto que vivenciaram. Configurando-se, dessa forma, como um importante processo de subjetivação, inscrito, inclusive, no âmbito da sexualidade feminina, entende-se que o parto faz parte dos modos de subjetivação e de jogos de poder e de verdade postos em prática nos distintos modelos de assistência ao parto, contribuindo para a formação de culturas de parto distintas, a depender do repertório cultural utilizado.

Apoiados nas evidências científicas e baseados no respeito aos direitos reprodutivos da mulher, o projeto de humanização da assistência ao parto propõe um modelo centrado na experiência feminina e revaloriza os aspectos fisiológicos deste, em contraposição à visão da biomedicina do parto como patológico, ressaltando assim que o parir pertence à ordem do simbólico e possui variações culturais imensas. É sob esse pano de fundo que o movimento de humanização do parto e do nascimento levanta seus principais questionamentos: o uso apropriado das tecnologias disponíveis, a diversificação de profissionais habilitados a prestarem assistência, o lugar que a parturiente e toda sua bagagem cultural ocupa nesse evento (suas possibilidades de decisão e ação), a compreensão do corpo feminino como potente e capaz e o respeito aos ritmos que o parto pode se delinear.

No entanto, antes de ser entendido como um campo homogêneo e livre de disputas, o movimento de humanização é palco de uma polissemia de sentidos que muitas vezes entram em contradição. Simone Diniz (2001; 2005) aponta para compreensões antagônicas do termo dentro do próprio campo médico. Assim, ela argumenta que existem visões negativas da humanização, que vão desde a recusa em utilizar o termo porque alude a uma noção de alternativo – quando deveria ser considerado padrão ouro – até aqueles que reduzem o termo à questão da gentileza. Por outro lado, Diniz (Op. Cit.) aponta para compreensões positivas e

favoráveis ao termo, que agregam reivindicações de legitimidade política e de direitos reprodutivos, ressaltando uma assistência não violenta.

Considero importante sublinhar a diferença entre uma assistência não violenta e a simples alternativa do uso de anestésicos. A primeira não está ligada, necessária e exclusivamente ao anestesiamento das sensações dolorosas do parto. Em certa medida, as alternativas farmacológicas, usadas de forma rotineira e sem o consentimento e o esclarecimento da mulher são consideradas como uma violência obstétrica. O investimento sobre a ressignificação da dor sentida no processo de parturição centra-se no aspecto de que ela não aponta, necessariamente, para nenhum processo de adoecimento, podendo então ser vista para além da ideia de vitimização. As formas de alívio da dor são entendidas como um processo de escolha da parturiente, que deveria ter acesso às informações sobre as múltiplas opções possíveis. Além disso, foi possível observar que o trabalho de ressignificação da dor se relaciona com novas compreensões sobre o corpo, como se a dor fosse uma oportunidade para escutar os sinais corpóreos.

A proposta de humanização da assistência obstétrica, além de outras tantas mudanças, tenta desconstruir a cultura do medo do parto, dentre outros elementos, argumentando que a dor do parto está diretamente relacionada com o medo que se tem dele. Ancorado numa concepção de sujeito consciente e ativo e baseado em evidências científicas, esse projeto propõe uma ressignificação da dor para além do aspecto vitimizante desta, diferenciando assim as noções de dor e sofrimento (RICOUER, 1994; SARTI, 2001).

Foi assim que percebi a ideia de empoderamento feminino como um dos conceitos-chaves dentro do discurso da humanização, muito embora parece-me que a compreensão de seu sentido seja tomada como tácita pelos profissionais adeptos ao movimento, e de forma muito difusa pelas interlocutoras que estabeleci diálogo durante a pesquisa de campo. Tal elemento aponta, na verdade, para o fato de que a definição e compreensão do termo ainda vivenciam disputas semânticas.

O termo empoderamento surge nos movimentos de luta pela diminuição da desigualdade de gênero e adquire uma polissemia de sentidos no decorrer do seu uso, como planejamento, desenvolvimento, potencialidade. Mas alguns usos guardam estreita relação com a noção de emancipação e com a possibilidade de o sujeito dizer-se sobre si mesmo. Este é o caso do movimento feminista que entende empoderamento como uma importante ferramenta de transformação social que proporciona um fortalecimento das posições social, política e cultural das mulheres mediante a redistribuição do poder dentro das relações sociais e intersubjetivas.

Magdalena León (2000) afirma que, para o movimento feminista, o empoderamento feminino implica, necessariamente, transformações na ordem social visando a diminuição das desigualdades de gênero.

Para Venegas (2005), o processo de empoderamento é um caminho subjetivo, pessoal, onde cada mulher deve empoderar-se a si mesma, mas que para isso é preciso que haja meios que tornem visíveis e conscientes as desigualdades de gênero. Assim, podemos associar a importância dada pelo movimento de humanização do parto à participação ativa em organizações sociais, como grupos de casais grávidos, como forma de diminuição das desigualdades no que diz respeito ao acesso à informação, entendido como possibilidade de empoderamento. Essas transformações não se encontram circunscritas apenas ao universo feminino pois, na medida em que o empoderamento proporciona novas configurações nas posições de poder, o universo masculino também é repensado. Assim a autora afirma que *“os processos de empoderamento envolvem, pois, mudanças na consciência, na autonomia, nas identidades individuais e coletivas, na percepção do mundo e do próprio ser das mulheres”* (VENEGAS, 2005:4)¹⁰.

Esse entendimento do que vem a ser empoderamento feminino parece se aproximar do que o próprio movimento de humanização argumenta quando afirma que *“o empoderamento vem, inevitavelmente, junto com a autonomia e o esclarecimento”* ou *“empoderamento é informação”* e também *“quando se fala em protagonismo/empoderamento, tem que ser na direção do público/parturiente para o profissional”* (notas de campo, 2014). Assim, parece-me que para compreender os usos do termo empoderamento dentro do movimento de humanização do parto, também se faz necessário relacioná-lo com as noções de poder e de sujeito. Como afirma Judith Revel *“se o sujeito se constitui, não é sobre o fundo de uma identidade psicológica, mas por meio de práticas que podem ser de poder ou de conhecimento, ou ainda por técnicas de si”* (REVEL, 2005:84).

Com esse intuito que desenvolvi, no capítulo sobre os modelos de assistência ao parto, argumentos para fazer ver que a noção de sujeito pressuposta na humanização do parto é distinta do modelo biomédico, apontando as possibilidades descoloniais que o Movimento de Humanização do Parto e do Nascimento (MHPN) sublinha nesse processo de reconfiguração do sujeito – uma espécie de descolonialidade do ser. Pressupor um sujeito reflexivo e consciente

¹⁰ No original: *“Los procesos de empoderamiento entrañan, pues, cambios en la conciencia, la autonomía, las identidades individuales y colectivas, la percepción del mundo y de su propio ser de las mujeres”*.

e que tem a possibilidade de realizar um planejamento da experiência de parto também pressupõe uma forma distinta de se relacionar com o tempo. Esse foi o objetivo do capítulo que versa sobre o tempo e o parto.

Em certa medida, o protagonismo feminino no parto reconfigura a conduta dos profissionais que estão relacionados com a assistência. Se os valores vigentes, signatários do projeto de modernidade, estruturaram o sistema de saúde atual, é possível caracterizar a assistência hegemônica numa organização industrial, que obedece ao tempo mecânico. Tal aspecto contribuiu para conformar um ideário de que o parto deveria acontecer de forma rápida, estruturando uma linha de ação profissional que atua no manejo ativo do trabalho de parto. Compreender a parturiente como agente capaz e com poder decisório parece apontar para a configuração de uma conduta profissional expectante, porque quem deve manejar e protagonizar o parto é a própria mulher. Para que o tempo da espera seja possível, também sublinhei a crítica sobre os usos da tecnologia disponível na atenção ao parto.

Sob a perspectiva feminista, argumenta-se que a tecnologia obstétrica opera, em sua vertente tecnocrática, uma possibilidade de sujeição e de perpetuação de valores patriarcais, subjugando também as distintas temporalidades possíveis para a experiências de parturição. Davis-Floyd (2001) aponta para a facilidade com que, imbuídas do caráter científico da medicina (ou pelo menos de seu discurso), as práticas obstétricas são justificadas pelos médicos, ancoradas menos nas evidências científicas e mais no senso comum, valores culturais ou mesmo no peso da tradição. Nesse sentido, os médicos se utilizam do poder social do qual a profissão está revestida, conferindo-lhes autoridade garantida para justificar suas práticas, muitas vezes pouco científicas. O modelo humanizado, apesar de estar baseado na MBE e, nesse sentido, acompanhar certo modelo cientificista, também se abre para outras técnicas, mais relacionais e provenientes de outros sistemas de conhecimento e racionalidades médicas. Com essa abertura, houve uma revalorização da casa como local seguro e possível para a experiência de parturição.

Diversificando os ritmos e as técnicas da parturição, argumentei que existe também uma centralidade do corpo e a importância que o conhecimento sobre seu funcionamento adquire como possibilidade de conquista do empoderamento feminino. Segundo Giddens *“o corpo se torna, na modernidade tardia, cada vez mais socializado e integrado à organização reflexiva da vida social”* (2002:95). A ideia de *“continuidade biográfica”* (IDEM), que é tecida também pelo monitoramento das experiências do corpo parece ser interessante para pensar a importância da experiência do parto como parte integrante do processo de subjetivação. O *“parto roubado”*,

o anestesiamiento das sensações corpóreas, a solidão do parto hospitalar são argumentos que figuram entre as mulheres que buscam o modelo humanizado. Para elas, seria importante ter conhecimento das transformações do corpo, ter consciência das sensações que constituem o trabalho de parto e também exercer um papel de corresponsabilidade nas tomadas de decisão. Assim, elas poderiam aprender a se tornar um “ *agente competente – capaz de se juntar aos outros em bases iguais na produção e reprodução de relações sociais*” (GIDDENS, 2002: 57), apontando assim para a necessidade de mudança na relação com o conhecimento. O parto poderia ser entendido, dessa forma, como uma experiência corporificada que contribui para o processo de subjetivação.

Dessa forma, parece que tal modelo de assistência obstétrica, deslocando a gravidez da ideia de risco e perigo e refazendo a tessitura de um corpo que além de biológico é afetivo, parece possibilitar uma ampliação de experiências que o parto tecnocrático padronizou. Sob tal perspectiva, a mulher não se configura como mera expectante, mas elabora, de forma esclarecida, seus anseios e desejos, inscrevendo a experiência do parto nos modos de subjetivação, a partir de um novo olhar sobre o corpo-que-gesta para além da tradicional arena do pudor, apontando, inclusive, para a possibilidade de experiências sexualmente prazerosas.

O fato é que, sob meu ponto de vista, e aqui talvez se encontre certa dose de originalidade proposta, o campo-tema do parto faz emergir questões relevantes para a compreensão de parte de nossa realidade social como, por exemplo, como as transformações nos modos de assistência ao parto contribuíram para concepções de maternidade, de corpo feminino? Ou ainda, como a experiência dissidente de parturição tensiona as práticas médicas, as representações sociais sobre parto, etc? Num exercício de rememoração da imaginação sociológica como a “capacidade de ir das mais remotas e impessoais transformações para as características mais íntimas do ser humano e ver a relação entre as duas” (Mills, 1982: 13-14) pretendi ampliar os estudos sobre as novas configurações de experiência do parto e como alguns atores sociais compreendem tais aspectos.

2 A PESQUISA DE CAMPO E A CONSTRUÇÃO DE UM ITINERÁRIO NARRATIVO

Eu estava lá, de plantão no hospital, e lá pelas tantas entra uma enfermeira gritando, dizendo: ‘olha, alguém vai lá na sala que tem uma criança que está nascendo na sala de exames. Como eu era o residente mais graduado, eu corri pra lá, abri uma porta e não tinha ninguém, abri a outra porta e não tinha ninguém. Daí eu fui falar com a enfermeira e perguntar se ela estava brincando. Ela então falou: ‘não doutor! O senhor vai ali na primeira porta, abre beeeem a porta que o senhor vai ver a paciente. Meu colega me dizia ‘claro, o paciente não fica onde tu quer que ele esteja!’ Os pacientes não ficam onde a gente quer, ou não deveriam ficar onde a gente quer. Aí eu abri a porta, uma sala de 3x3, uma salinha pequena e no canto assim da parede tinha uma paciente acororada, paradinha ali, acororada. E eu entrei na sala e falei assim: ‘o que é isso mulher, te levanta daí, te levanta!’ E essa paciente não disse nada, ficou em silêncio. E ela olhava pra frente assim, eu cheguei do lado dela e disse assim, te levanta, passa pra mesa pra eu poder te examinar. E, claro, eu tratava ela como um bicho. E nisso a sala atrás de mim começou a encher né. Vieram todos os doutorandos, vieram as enfermeiras, vieram os pediatras porque alguém chamou. E aí eu disse assim, abre um pacote de emergência, me dá uma tesoura que eu quero abrir uma episiotomia, me dá a luva. E aí eu levanto o vestido da pobre mulher e tinha a cabeça de um bebê coroando, só as orelhas pra dentro. E eu disse assim: olha só mulher como é que você vai fazer um negócio desse?! Você está no chã sujo, vai ganhar teu neném aqui no chã’. E aí eu peço pra enfermeira: me consegue um campo. E ela me joga um campo esterilizado e eu jogo debaixo da paciente e peço a luva. Quando a enfermeira foi me dar a luva, o bebê veio. E aí eu tive que pegar o bebê com as minhas próprias mãos (...) E eu pego aquela criança e ainda digo ‘olha o que tu fez, não deu tempo nem de colocar as luvas!’ Mas a sensação de segurar uma criança recém-nascida com as mãos nuas é uma sensação absolutamente inebriante. Porque sentir o calor da criança, sentir aquela viscosidade, aquela pele que é uma seda, o vérnix, pegar o bebê molhadinho assim, é uma sensação que não sai da nossa memória tátil. Uma lembrança tátil que a gente não esquece jamais. E aí claro eu peguei uma tesoura e cortei o cordão imediatamente e entreguei pros pediatras que sequestraram a criança para a uti neonatológica. (...) Tracionei aquele cordão, pra ver se a placenta saía. Aí daqui a pouquinho sai a placenta, e aí eu digo, olha você tem que deitar aqui na maca que é pra eu examinar o teu períneo, que eu vou ter que fazer um bom trabalho aqui porque eu não tive tempo de fazer uma episiotomia. Daí ela sobe, deita na maca e eu olho o períneo dela e não tinha nada, nada, nem uma laceração. E lógico que eu não resisti a tentação de dizer ‘é, mas tu teve muita sorte né, porque ó, não te lacerou’. E ela fica ali, deitada na maca, paradinha, esperando que alguém a leve. Logo depois eu saio da sala e está aquela balburdia. E eu continuo a conversa com os estudantes. E aí veio aquela coisa da inquietude, aquela inquietude sem objeto. Tem alguma coisa errada, eu não sei o que é que é, mas está tudo errado. E eu não sabia o que é que era. E claro que como um bom criminoso eu volto à cena do crime. E tinha uma funcionária limpando a sala e ela olha pra mim e diz, “que rápido né doutor?! Já pensou se o senhor não chega à tempo?”. Quando ela falou isso a sensação foi de que eu fui pro inferno. Foi a primeira grande descida ao inferno que eu tive. Porque quando ela me disse aquela frase, foi que eu me dei conta pela expressão que ela usou,

que eu tive uma epifania, um insight. Porque quando ela disse aquilo eu fiquei absolutamente certo de que se eu não tivesse chegado a tempo, aquele parto teria sido maravilhoso. Porque a única coisa ruim que aconteceu naquele parto foi a minha presença. Tudo que eu tinha feito naquele parto, todos os detalhes, qualquer um que se possa citar, eram equivocados, errados, desrespeitosos, indignos, sem embasamento científico. A forma como que briguei com ela, a forma como eu jamais perguntei o nome dela, a forma como eu a chamei de 'mãezinha', portanto despersonalizando-a, colocando-a na dimensão não do sujeito, mas na dimensão da função. Ela não é uma fulana, ela é mãe, mãezinha e portanto, ela é só a função que ela está fazendo ali e não a pessoa. O fato de eu ter tentado fazer uma episiotomia sem pedir licença e sem indicação científica, médica. O fato de eu ter tracionado o cordão sem esperar a placenta sair. Tudo isso eu fiz errado, uma porcaria. E fiquei absolutamente chocado. Eu fiquei chocado comigo mesmo. Que bobagem trabalhar assim. E aí eu percebi que essa era a forma de proceder da obstetrícia. E aquilo me chocou, mas eu percebi que ninguém enxergou da maneira que eu enxerguei. (...) Essa mulher me deu a maior aula sobre ética médica, sobre medicina baseada em evidência, sobre protagonismo feminino, sem jamais ter me dito uma palavra sequer. E acabou me demonstrando e abrindo as portas para uma nova visão do nascimento. Mas vejam bem, eu sempre digo isso, não tenham ilusões, a primeira porta para transformações pessoais é uma porta para o inferno. (...) E a descoberta da humanização do nascimento, pra mim, foi ir ao inferno da arrogância da intervenção médica (Roger, dez. 2013).

Foi assim, indo ao encontro dessas palavras, que a minha pesquisa de campo se iniciou. Com uma palestra que, fundamentalmente, argumentou sobre a importância de se ampliar a concepção do parto e do nascimento acontecendo para uma plateia, majoritariamente, de profissionais de saúde – médicos e enfermeiras obstetras. E, ainda que esse público ouvinte estivesse presente em grande medida porque se interessa ou é simpático ao assunto da humanização do parto e do nascimento, a forma como o palestrante abordou o parto e a assistência médica foi uma novidade para a maioria dos que ali se encontravam. A estratégia de contar histórias pessoais é frequentemente utilizada, como pude observar ao longo da pesquisa de campo, como forma de sensibilizar as pessoas para os assuntos que serão abordados, especialmente aqueles mais polêmicos.

Em consonância com essa “tradição”, permitam-me uma digressão, para contar a minha história pessoal nesse caminho da humanização. Até porque, se eu for pensar bem a respeito, talvez minha pesquisa de campo tenha começado muito antes e de maneira bem diferente.

Quando decidi ter minha primeira filha, eu estava morando no exterior, num país que pouco me intimizei, que minha condição de estrangeira sempre se fez presente, inclusive por não saber a língua local. Morava na Holanda. E decidi, junto com Daniel, que era tempo de gestar. Alguns poucos meses depois, descobri-me grávida e de malas prontas para visitar o

Brasil (meu marido vinha fazer pesquisa de campo). Havia consultado a médica sobre a viagem e o início do pré-natal. E foi o meu primeiro choque. Com tranquilidade, ela falou-me que poderíamos iniciar o acompanhamento após minha volta (três meses depois). Nossa, pensei, e os exames iniciais? Ao que escuto o argumento de que não sabíamos ainda se a gravidez iria se fixar, assim como não havia nenhuma urgência no início do acompanhamento! E fala-me, com muita normalidade, dos percentuais de perdas naturais, espontâneas no primeiro trimestre. Não havia aquela pressa em fazer ultrassom, para saber a data do parto, ou mesmo para confirmar, autoritariamente, meu anúncio de gravidez. Para ela bastou meu relato de que estávamos tentando, de que minha menstruação atrasou e que o teste de farmácia dera positivo. Não havia desconfiança por parte da médica. Ela acreditara no que havia contado.

Viajo para o Brasil e, não muito segura do que a médica holandesa havia me dito, afinal fazia parte do meu repertório cultural toda a existência de excepcionalidade da grávida os interditos dessa condição, resolvo iniciar o pré-natal por aqui. Procurei um médico que atendesse pelo plano de saúde que havia feito previamente e fomos eu e Daniel para a consulta. Entro na sala do médico, mas não recebo um olhar de volta. Vejo o médico atrás da cadeira, olhando o computador, com cara de quem está preenchendo burocracias. Ainda sem olhar para nós, o médico, com voz dura, pergunta qual era o problema. Respondo que não há problema e que estou grávida. Ao que ele me interpela, sem tirar os olhos da tela, se fiz algum exame de sangue ou ultrassonografia. Quando respondo que não ele se detém em mim. Olha-me com profunda desconfiança e fala com rispidez “e como é que você sabe que está grávida?”. Aquela pergunta não fazia o menor sentido para mim. Como assim, como é que eu sabia??? O corpo era meu, ora mais! E pela primeira vez imaginei que a gravidez poderia ser entendida, pela medicina, como uma experiência descoberta. Quer dizer, que o corpo poderia estar dissociado do sujeito e que não bastava o relato de que já sentia as transformações, de que conhecia meu ciclo menstrual.... Respondo que sabia que estava grávida porque o corpo era meu! Nesse ponto o médico perdeu o controle de suas emoções e falou quase gritando “você vai sair daqui para fazer um ultrassom de emergência! Vai que essa gravidez é ectópica? Vai que você tem algum problema? Olha a bomba que vai cair em cima de mim!”

Ficou claro para mim que importava pouco a minha saúde. A vida do médico valia mais e poderia se complicar com casos que, eventualmente, saíssem do que poderia ser considerado normal. E nessa hora, percebi com clareza, que havia um problema muito sério na forma como concebemos a gravidez e o parto no Brasil. Havia algo de muito errado. Havia uma cultura de parto doente, de medo... Saio do consultório jurando nunca mais voltar no tal médico.

Assim mesmo fizemos o exame e o ultrassonografista parecia à procura de algo errado nas imagens. Não tinha!

Ao longo dos quase três meses que passamos no Brasil, não consegui encontrar nenhum médico que me olhasse com respeito e confiança. Sempre aquela forma de tratar condescendente, infantilizando a paciente e, quase sempre, assustando-me sobre os perigos do parto normal. Escutei outras tantas barbaridades nos consultórios recifenses, até que voltei para a Holanda, para a cidade onde morava – Vorschoten – para finalmente conhecer a equipe de parteiras¹¹ - De Wit Uil. Logo na primeira consulta percebo uma alegria e uma tranquilidade que não havia encontrado nos consultórios do Recife. Havia alegria pelo meu estado gravídico, contentamento de poder prestar assistência a mais uma gestante. Elas me explicam que trabalham em equipe e que eu iria ser atendida por todas elas ao longo do pré-natal, para que na hora do parto eu já tivesse construído uma relação de confiança com cada uma delas.

Poucos exames laboratoriais, uma única ultrassonografia para verificar a posição da placenta e muita conversa, muita escuta (de meus anseios e do coração de Alice), indicações de cursos para preparação para o parto. As consultas transcorreram de forma tranquila, minhas demandas por tempo, presença e não-intervenção foram acolhidas como se nada disso fosse novidade ou escapasse do rotineiro. Fazia parte daquela cultura a presença do pai na hora do nascimento, o parto domiciliar, a possibilidade da espera, do toque acolhedor. Tais questões não eram impeditivas para os protocolos baseados na evidência científica, tanto que fui transferida para o hospital baseada em um desses protocolos. Contudo, havia possibilidade de diálogo, de tomada de decisão por parte dos sujeitos envolvidos nessa experiência. Enfim, Alice nasceu numa experiência muito prazerosa para mim, ainda que não tivesse sido na minha casa, como desejei inicialmente. Senti-me feliz em ter experienciado o parto no meu ritmo e voltei para casa horas depois de ter dado à luz. Essa experiência pessoal me fez ir em busca de pesquisas sobre o tema do parto no Brasil. A porção pesquisadora me fez questionar tamanha diferença no que entendia como sendo culturas de parto diametralmente distintas. E foi assim que o projeto, que hoje se materializa na tese, se iniciou, ainda em terras neerlandesas e em meio a muitas mamadas e pouco sono.

Iniciei o doutorado grávida do meu segundo filho – Benjamin. Nesta segunda experiência, já conhecia parte do universo humanizado do Recife e fui em busca de uma atenção pautada nesse ideário. Novamente, planejamos um parto domiciliar. Dessa vez fui atendida por

¹¹ No holandês, Verloskundige (antigamente chamadas de vroudevrouw –mulher sábia), designa as parteiras formadas, que passam quatro anos de curso superior estudando as questões relativas à assistência ao parto.

uma médica participante do plano de saúde, contudo, cheguei até ela através de indicação. Apesar de não se mostrar claramente contra a minha escolha pelo parto domiciliar, também não estimulava qualquer busca por informações a respeito do parto normal. Apesar de simpática, era uma consulta burocrática.

Paralelamente ao acompanhamento obstétrico convencional, ao longo da gestação, frequentei algumas vezes a roda de gestante de um grupo que já conhecia e do qual as Doulas que escolhi para me acompanhar faziam parte. Foi nessas rodas que também conheci a parteira que escolhi para me acompanhar. Com um perfil que alia as evidências científicas e uma abertura para o outro, percebi que havia a possibilidade de uma escuta atenta e afetiva. E foi com ela que iniciamos as consultas domiciliares. Sempre muito afetuosas, com muita conversa, almoços, brincadeiras com minha filha mais velha, Alice. E foi assim que vivenciei a chegada de Benjamin, com uma equipe que me cercou de carinho e cuidados adequados, em nossa casa, num ambiente muito tranquilo, lúdico até, com o banho de piscina de Alice junto comigo na banheira, momentos antes de Benjamin nascer. Uma experiência forte, íntima, familiar, que me trouxe muita confiança numa possibilidade de ampliar a compreensão que temos sobre o parto.

Esse pequeno relato sobre minhas primeiras incursões no universo da humanização do parto tem a intenção de explicitar meu lugar de enunciação, meus primeiros olhares sobre a realidade obstétrica brasileira como sujeito no mundo, como mãe, mas enquanto pesquisadora também. Em grande medida, foi também a partir das relações pessoais, que construí ao longo dessas vivências, que foi possível realizar o campo que escolhi e que se delineia nesse texto com as análises propostas.

O presente capítulo tem como intenção explicitar o itinerário percorrido na pesquisa de campo ou o que considero como uma espécie de percurso narrativo sobre os modos como fui me inserindo em cada uma das etapas envolvidas nesse projeto de artefício intelectual. Desde já considero importante assinalar que as lentes pelas quais meu objeto-tema de estudo foi analisado não se pretende como uma leitura definitiva, mas como um dos horizontes possíveis para se compreender determinadas invisibilidades e questionamentos que guiaram o processo de pesquisa. Ademais, afirmo que existe muito de mim, da minha existência no mundo, nas considerações aventadas nesse projeto textual e, por isso, reforço que as análises feitas aqui se constituem mais como uma possibilidade interpretativa de um campo de estudo.

Assim como Mills (2009), acredito que as experiências pessoais contribuem, em grande medida, para nossos achados acadêmicos e por isso compartilhei um pouco da minha experiência e como minhas vivências foram um certo gatilho para os questionamentos que me levaram para o tema da humanização do parto. Com isso não intento afirmar que o fazer científico aqui prescindiu de preocupações metodológicas ou filiações teóricas. Mills argumentou que nossas experiências e nossa vida pessoal podem servir como uma espécie de repertório de “*pensamentos marginais*” (MILLS, 2009:23) que, sob o exercício da escrita, como forma de produzir um arquivo desses pensamentos, pode findar num processo mais elaborado, através da revisitação e da prática analítica. E foi esse, em certa medida, o percurso percorrido por mim ao longo dos anos vividos no doutorado. Vários foram os espaços de arquivos que construí nesse caminho acadêmico – diários de campo, áudios (do campo de pesquisa, mas também dos meus pensamentos), escritos deixados nos livros, ao longo do processo de leitura, cadernos de fichamento com vários *insights*. Assim, a tese, em certa medida, é um esforço final, e de maior porte, de sistematização de meus pensamentos marginais e de minha imaginação sociológica – ou seja, um esforço de passar do particular para aspectos mais gerais num exercício de relativo afastamento analítico e no diálogo com a literatura acadêmica. Alguns desses *insights* continuaram nos cadernos e não conseguiram se transportar para a tese. Ficam guardados como memória do meu percurso. Outros foram se transformando à medida que avançava nas leituras e na pesquisa de campo. Assim minha artesanaria intelectual foi tecida.

Tal postura em relação à produção científica e, em particular da produção das ciências sociais, foi trabalhada por Pires (2008), que afirma a concomitância entre a tarefa de não se eximir de “*um conhecimento sistemático do real*” (op. Cit.: 57) num esforço de objetividade como horizonte; e a impossibilidade da neutralidade, nos lembrando de nossa inserção na realidade social e da operação de recorte e de construção de um objeto de pesquisa.

É assim que posso afirmar que minhas filiações teórico-metodológicas se alinham às perspectivas descolonial e feminista. Ambas as posturas teóricas sublinham a necessidade de tornar explícito o caráter situado da produção científica e exercem um esforço analítico para fazer ver processos de subalternização e invisibilização produzidas pelo projeto de modernidade, que se confunde com a ideia de Ocidente e que, por sua vez, alicerçou as bases do fazer científico. É nesse projeto de uma medicina moderna e científica que a obstetria se fundou e, nesse processo de institucionalização da assistência ao parto, invisibilizou diversos outros saberes e sujeitos do cuidado que, historicamente, estavam associados ao partear e à saúde da mulher. Estou falando aqui de mulheres (e de saberes femininos) que foram silenciadas

e excluídas da esfera pública do conhecimento tido como válido. Esse processo pode ser entendido pelo que Santos (2008) chama de sociologia das ausências – uma forma de conhecimento que produz silenciamentos epistêmicos e certa homogeneidade categorial, alicerçada nas ideias de ocidental, branca, heterossexual e patriarcal. Assim, busquei praticar o exercício do que o autor chamou de uma sociologia das emergências, com o objetivo de contribuir para uma descolonialidade da cultura de parto.

Nesse sentido, tomei o MHPN como um pensamento de fronteira, no sentido de Grosfoguel (2008), por considerar que a proposta humanizada opera uma crítica ao arcabouço conceitual da colonialidade, na medida em que questiona o lugar do saber médico, reivindica uma maior autonomia e poder decisório para as mulheres na cena de parto e também se abre para outros sistemas de conhecimento e cura, para construir uma relação terapêutica mais simetrizada e culturalmente diversa. Assim, defendo que o projeto de humanização, a partir de seu lugar da diferença colonial, contribui para a construção de novas práticas e entendimentos tanto sobre o parto quanto sobre os sujeitos envolvidos nesse processo.

A perspectiva feminista também se delinea como orientação teórica e metodológica porque a entendo como imprescindível para fazer ver as estruturas patriarcais que foram (e ainda são) fundantes para a institucionalização da obstetrícia e as consequentes representações e entendimentos sobre corpo feminino, assim como a ideia de sujeito/mulher que se conformou. Para além de minhas filiações ao pensamento feminista, o próprio campo também se mostrou próximo de tal perspectiva, muito embora nem sempre fosse identificado dessa forma. Diferente da orientação descolonial, que assumo como uma lente de pesquisa para tornar possível certo entendimento da realidade estudada, mas que não houve um rebatimento na empiria, ou seja, não houve nenhuma identificação explícita no campo que indicasse qualquer aproximação com tal pensamento. Contudo, e acredito que no capítulo seguinte esse aspecto deva ficar mais claro, as lentes da descolonialidade, ou melhor pontuando, de uma descolonialidade de inspiração feminista, foi uma proposta interpretativa que intentei construir, justamente para sublinhar o caráter inovador e amplo que se delinea na humanização do parto.

Este trabalho tem como foco principal uma abordagem qualitativa do objeto de estudo em questão. Como Denzin e Lincoln (2006) e Bryman (2008) afirmam, a pesquisa qualitativa se configura como uma diversidade de práticas e de interpretações, em que cada qual descortina aspectos e modos de ver e compreender a realidade social. Assim, os autores deixam claro que existe a possibilidade do emprego de mais de uma técnica de coleta de dados a fim de interpretar tal complexidade. É dentro dessa perspectiva que fui percorrendo e vivenciando diversos passos

metodológicos, para que pudesse compreender a realidade complexa de meu objeto-tema de estudo. Denzin e Lincoln delinham, de forma geral, o que poderia então ser considerado como pesquisa qualitativa:

a pesquisa qualitativa é uma atividade situada que localiza o observador no mundo. Consiste num conjunto de práticas materiais e interpretativas que dão visibilidade ao mundo. Essas práticas transformam o mundo em uma série de representações, incluindo as notas de campo, as entrevistas, as conversas, as fotografias, as gravações e os lembretes (DENZIN and LINCOLN, 2006: 17).

O “mundo pesquisado” da tese – a realidade obstétrica na cidade do Recife – pode mesmo ser visto como um microcosmo, onde existem diversos campos de força atuando entre os vários atores sociais envolvidos nele, assim como é possível perceber formas de funcionamento, normas e valores que são mais gerais, concernentes à realidade mais ampla. Um desses campos de força é o movimento de humanização da assistência ao parto, que realiza uma crítica ao modelo hegemônico e vem propondo um novo paradigma de cuidado, apontando assim para mudanças sociais importantes. Tendo em mente que precisam ser levados em consideração tanto os contextos históricos quanto os atores sociais, foi necessário percorrer um itinerário amplo e longo que envolveu vários métodos de coleta e produção de dados e que possibilitou formas inovadoras de compreensão da proposta aqui em questão. Assim, delineamos alguns passos que foram realizados na pesquisa.

Para alcançar meus objetivos de pesquisa, de compreender de forma mais aprofundada o cenário sobre o MHPN no Recife e seus diferentes alcances, principalmente para as mulheres que procuram/aderiram a essa proposta, pareceu-me importante vivenciar não apenas os relatos das interlocutoras que eu intentava encontrar para a realização da tese, mas também vivenciar as construções teóricas, os posicionamentos críticos e o discurso da humanização a partir dos profissionais. Nesse sentido poderia afirmar que houve três momentos distintos de pesquisa. A observação participante nos módulos teóricos do curso sobre parto domiciliar; a observação participante das rodas de gestantes; e um terceiro momento que foi a realização das entrevistas.

2.1 A observação participante nos módulos teóricos

Em meus primeiros desenhos dessa pesquisa, que hoje assume o formato de tese, havia imaginado, inicialmente, entrevistar apenas mulheres que tiveram a experiência, nomeada por elas mesmas, do parto humanizado. Por questões de vivência pessoal, já conhecia boa parte dos grupos que realizavam rodas de educação perinatal, ou rodas de gestante/casais grávidos. Eu

mesma, na gravidez do meu segundo filho, cheguei a frequentar algumas dessas rodas, não como pesquisadora, mas como gestante que pretendia ter um parto domiciliar. Contudo, também ouvia críticas sobre a clivagem socioeconômica que havia entre os adeptos da humanização, como por exemplo “a humanização é coisa para classe média, média alta, que tem poder aquisitivo para bancar essa escolha” (notas de campo, 2013). E, a partir dessa minha experiência pessoal, fui percebendo que havia sim um perfil de adeptas que poderia se encaixar no entendimento socioeconômico da classe média, com boa escolaridade e acesso amplo à internet. Sob a perspectiva de quem endereçava essas críticas, soava-me como se, por isso, a humanização não pudesse ser considerada como um movimento social, por seu suposto caráter classista.

A partir desses embates, muitas vezes travados nas redes sociais, comecei a questionar-me sobre o alcance ou a permeabilidade que tal projeto paradigmático teria em camadas mais populares e, com isso, tentei chegar nessas mulheres mais vulnerabilizadas economicamente. Contudo, a despeito da existência de algumas obstetras, nacionalmente reconhecidas no meio da humanização, atuarem em um hospital público aqui no Recife, o serviço não é propriamente considerado como um hospital que se alinha aos preceitos da humanização. Existia, e escutei de minhas interlocutoras, a percepção de que se a parturiente tivesse sorte, pegaria a equipe alinhada à humanização, caso contrário, entraria para o atendimento padrão hospitalar.

Uma outra questão me incomodava. Fazer a pesquisa no hospital pareceu-me pouco apropriado por três razões: uma delas se relacionava com o viés de gratidão que poderia encontrar nas mulheres que conseguiram ser atendidas no Sistema Único de Saúde (SUS). O entendimento de que conseguir ser atendida já é um elemento de satisfação impede, muitas vezes, a elaboração de questionamentos críticos em relação aos serviços a que teve acesso. Segundo Bernhart (1999) tal elemento se revela comum principalmente nos serviços públicos; uma segunda questão que me deixava pouco à vontade em interpelar as mulheres ainda no hospital se dava pela proximidade extrema com a experiência vivida do parto e um certo sentimento de desconforto sobre um possível desrespeito aos momentos iniciais do puerpério – momento bastante delicado na vida das mulheres. Por fim, compreendia que precisava de mais tempo e presença para criar uma relação de confiança que permitisse às mulheres contarem de seus planos e narrarem seus partos, o que não seria possível no cenário de entrevistas acontecendo dentro dos ambientes hospitalares. Assim, me vi numa certa encruzilhada metodológica: como conseguir acesso às mulheres de camadas mais populares sem ser através dos serviços públicos de saúde?

Foi através das redes que já havia construído, por minhas vivências pessoais no meio da humanização, que tomei conhecimento do curso sobre parto domiciliar que aconteceria no Recife. Na verdade, o curso que acompanhei já estava em sua segunda versão, e prosseguiu com várias outras turmas ao longo desses anos. Esse curso para o parto domiciliar segue as recomendações da MBE e tem como objetivo capacitar profissionais (já habilitados para prestar assistência ao parto) nos preceitos da humanização e nas especificidades concernentes ao planejamento do parto fora do ambiente hospitalar. Até então, esse era o único curso no Brasil voltado para o atendimento domiciliar e que unificava teoria e prática. Esse elemento da prática foi o diferencial para que eu pudesse entrar em contato com o perfil que buscava.

Essa ideia surgiu do entendimento de Joana, enfermeira obstetra, parteira urbana e organizadora do curso, de que a qualidade do atendimento que é prestado no modelo domiciliar não deveria se restringir para as mulheres e/ou famílias com perfil econômico alto. Nas palavras dela:

Todas às vezes que eu ia dar aula de pós-graduação, e eu já atendia partos em casa, eu sempre tinha alunos que me pediam pra poder ir junto, pra poder participar dos partos, e eu sempre explicava que não tinha condições, que o parto era um momento íntimo, que não dá pra ficar levando aluno, observando [sem ter certa intimidade], e etc. E isso era bem constante. Durante uns dois, três anos as pessoas pedindo, né?! Aí quando foi em 2011 eu atendi um parto em casa, e eu tinha conhecido ea Verônica em outubro de 2010 né, uma história de uma mulher que morava numa casa de taipa, que tinha grandes problemas com o marido né?! Ele era agressivo, era alcoolista, então. Uma situação de vulnerabilidade bem grande, ela já tinha tido uma filha, sete anos antes de 2011, tinha, referia ter sofrido algumas situações que, claro, ela nem sabia o que é que era violência obstétrica, mas pelo que ela me contou foi um parto recheado de intervenções e desrespeito. Aí conversando com ela eu ofereci pra ela se ela desejava parir em casa né, mediante a história dela, se ela desejava parir em casa, falei do parto na água, ela gostou bastante, aí ela quis. E depois que atendi esse parto, me caiu uma ficha né, que eu não poderia, que eu acreditava que o parto em casa, com tanto respeito, com tanto amor, tanto carinho, não poderia ser de acesso apenas para as pessoas que tinham um alto poder aquisitivo. Então, em 2011 mesmo, enquanto em concluía o mestrado eu tive uma ideia, aí eu falei 'nossa, os alunos vivem pedindo pra poder ir pra casa da mulher, pra me ajudar a atender os partos né, e tem essa outra população que de repente não tenha condições de tá pagando'. Aí foi quando pensei no projeto da capacitação de parteria urbana pra instrumentalizar médicos e enfermeiros pra voltar a atender o parto em domicílio. E aí uma forma que eu pensei de poder levar aluno era fazer essa troca com a mulher né. Então ela não pagaria e permitiria que eu fosse com os alunos pra atender o parto dela (Joana, jul. 2015).

Foi dessa oportunidade de poder acompanhar quase todo o itinerário teórico-prático que se construía a partir do curso¹², que me foi concedida a permissão para realizar uma observação participante no mesmo. O curso se constituía de três momentos distintos: os módulos teóricos voltados para os profissionais, com aulas sobre temas diversos ligados à humanização (e que serão detalhados mais adiante), as rodas de educação perinatal, voltadas para as gestantes e familiares, lideradas pelas alunas que acompanharam as aulas teóricas, a fim de proporcionar um reatamento dos aprendizados adquiridos no curso. Para além da intenção de oferecer informações para as gestantes e/ou famílias, as rodas de educação perinatal também possibilitavam estabelecer uma relação de confiança entre as gestantes e as profissionais que possivelmente iriam atender seus partos. E por fim, o curso proporcionava experiências práticas de assistência ao parto domiciliar, mediante a manifestação de desejo por um parto domiciliar e o consentimento da gestante para ser acompanhada pela equipe. Esse momento final, da vivência dos partos não foi acompanhado por mim, por entender que não era esse meu objetivo – acompanhar o parto – mas sim ter a possibilidade de escutar os relatos das mulheres.

O curso teórico se organizava em quatro módulos que aconteceram nos finais de semana (de sexta à domingo) entre dezembro de 2013 e março de 2014. Os temas tratados no curso estão descritos no quadro a baixo, que foi elaborado a partir do projeto do curso a que tive acesso e adaptado conforme minha vivência de pesquisa.

¹² O elemento do quase se refere ao fato de que não acompanhei os partos, nem as visitas que as equipes de parteiras realizavam no domicílio.

Quadro 01 – Temas presentes no curso sobre atenção ao parto domiciliar

MÓDULO 1	MÓDULO 2	MÓDULO 3	MÓDULO 4
História do parto	Aspectos espirituais, culturais e emocionais da gravidez.	Reanimação neonatal e os cuidados com o recém-nascido no domicílio	Sessão com parteiras tradicionais, a fim de escutar seus conhecimentos e modos de prestar assistência ao parto
A realidade da assistência no mundo e no Brasil	Práticas integrativas no cuidado à gestação, parto e pós-parto	Urgências e emergências – como reconhecer	Cuidados no pós-parto e processos de adaptação à maternidade
Aspectos socioculturais do parto – o parto na perspectiva do sujeito	Fisiologia da gestação e pré-natal de baixo risco	As recomendações baseadas em evidências científicas	Organização e formação da equipe multidisciplinar
Empoderamento feminino	Alterações físicas e psicológicas da gestação – possíveis entraves maternos em relação ao parto	O puerpério no domicílio	Aleitamento materno – dificuldades e adaptações
Relação entre parto e sexualidade	Técnicas de Visualização e relaxamento	Benefícios das distintas posições para o parto; parto na água	Métodos não-farmacológicos de alívio da dor

Os temas que compuseram o quadro 01 não foram apresentados de forma tão compartimentada. Ao contrário, várias das temáticas propostas num módulo apareciam nas aulas referentes aos outros módulos. Isso se deu tanto por um intercâmbio de abordagens quanto pela própria interação com as alunas. Assim, iniciei a pesquisa baseada na observação participante, que possibilitou-me observar os aspectos teóricos e escutar histórias relativas às práticas dos profissionais envolvidos na humanização.

A primeira experiência com o campo aconteceu com uma palestra, já mencionada no início do capítulo, que tratava sobre “*o parto na perspectiva do sujeito*”, em que o palestrante menciona que a realidade da atenção ao parto no Brasil estaria passando por uma “revolução silenciosa” que dizia respeito a um “salto paradigmático para enxergar o nascimento humano sobre uma outra perspectiva” (notas de campo, 2013). Resumidamente, Roger teceu argumentos em favor da necessidade de compreensão do parto para além dos aspectos biológicos, ressaltando a importância de questões espirituais, culturais e individuais. O parto na perspectiva do sujeito seria aquele centrado nas necessidades da mulher e, eventualmente, da família que a cerca. Claramente havia uma crítica ao modelo *medicalocêntrico* e *hospitalocêntrico* da assistência hegemônica. Sob essa orientação hegemônica, para Roger, esse modelo tecnicista ajudava a construir uma pobreza cultural sobre o parto, uma assistência despersonalizada e a perda de poder e agência das mulheres. Essa retirada de poder foi associada, muitas vezes, à presença marcante de práticas violentas na assistência voltada à mulher.

Na palestra, assim como nas aulas que seguiram, Roger frisou a presença do saber médico associado ao poder masculino e a uma lógica intervencionista. Argumentou que as mulheres devem ser os sujeitos da mudança social e por isso, precisam “retomar o protagonismo no parto”. O entendimento dele sobre o parto passeava, de forma discursivamente confortável, entre os aspectos científicos e espirituais. Para explicar a “partolândia”, foi para os argumentos da neurociência e o papel dos hormônios que deveriam atuar no apagamento do neocortex. Numa atenção que respeita a fisiologia do parto, não-intervencionista, esse apagamento – uma espécie de êxtase ou transe – seria o estágio final do trabalho de parto, onde a mulher se desligaria do seu em torno, “deixando a natureza falar”. Contudo, no modelo centrado no médico, e não na parturiente, esse estágio é inibido por uma série de intervenções que desrespeitam o desenrolar fisiológico do parto. Numa assistência humanizada seria produtora, para a facilitação da chegada na partolândia, que certo itinerário fosse percorrido. Contudo, esse caminho se desenrola de forma única para cada mulher ou cada experiência. Gatilhos para o “bom parto” são elencados ao longo das aulas, como permitir o carinho erótico entre os companheiros, o suporte contínuo físico e emocional da parturiente, seja através da doula, dos familiares ou de qualquer outro membro da equipe escolhida pela mulher, as visualizações, massagens etc.

Também ressaltou a MBE, criticando explicitamente o que ele chama de “medicina baseada em mitos” (notas de campo, 2013). Aqui existe um senso, inclusive entre as alunas, de

que existe um abismo entre o que se sabe e o que está sendo praticado na assistência obstétrica biomédica. Segundo os adeptos, a manutenção de práticas subalternizantes, que não respeitam a fisiologia do parto e os desejos das mulheres são mantidos em nome da manutenção do status de poder que o médico detém. Em nome dessa manutenção é criado também um conjunto ritualístico no parto industrial, como forma de construir um senso de ordem cultural para um evento compreendido como caótico e ingovernável. Assim, justifica-se e compreende-se o uso rotineiro de ocitocina, a ordem de puxos prolongados, a episiotomia de rotina, a manobra de Kristeller. Todas essas práticas são compreendidas como desnecessárias, principalmente em seu caráter rotineiro, porque causam mais danos do que benefícios. Contudo, são elas também que reforçam a imobilidade da parturiente e aumentam as dores do parto em níveis perto do insuportável. Assim, percebe-se as estratégias biopolíticas da dominação sob a mulher parturiente.

Foi na aula ministrada por Joana que houve uma apresentação, propriamente dita, das participantes do curso. Esse momento durou uma manhã inteira e considero que foi muito importante para a continuidade do curso. Foi nesse momento, com todas sentadas no chão e formando um círculo, que escutamos um pouco da história de cada uma das alunas e os principais motivos que as levaram a procurar o curso de capacitação em parto domiciliar. Assim, 16 mulheres, todas com curso superior completo, se apresentaram e compartilharam suas experiências de vida. Eu, como observadora participante, também vivenciei esse momento, apresentando-me como pesquisadora da área de sociologia, mãe de dois filhos, com dois partos normais e humanizados, um hospitalar e um domiciliar.

O perfil das alunas variou bastante, muitas ainda sem filhos, outras com mais de quatro filhos, experiências de partos empoderados e partos violentos. Algumas com muita experiência profissional, outras recém-formadas. Algumas foram mais sucintas em suas falas, informando apenas profissão e se tinham filhos ou não. Outras se demoraram nas histórias, algumas vezes chegando ao choro, quando narravam as experiências de seus partos. Ouvi frases como “nasci junto com meu filho”, “tive meu parto roubado. Ainda não me recuperei da minha cesariana”, “ainda não cabe em mim tudo isso” (em referência ao ambiente de violência institucional e rotina de más práticas nos hospitais), “eu não acreditava em parto domiciliar” (notas de campo, 2013 e 2014).

Uma das alunas contou sobre seus dois partos, todos eles experiências simbolizadas por ela como muito traumáticas. No primeiro, contou que o marido desmaiou e ficou traumatizado diante de tanta violação e desrespeito vividos na cena de parto. No segundo, o

marido não quis acompanhar o que ela chamou de “pacote completo”, referindo-se à ideia de cascata de intervenções, onde uma má prática puxa a outra e assim entra-se na linha de produção da iatrogenia e violência obstétrica. Algumas histórias se referiram a partos rápidos como sendo bons no contexto hospitalar, porque não dava tempo para ter violência. Outras contaram de suas experiências de partos domiciliares, prazerosos e empoderadores. Muitas delas se questionaram sobre como iriam lidar com a institucionalização após a formação baseada nos preceitos da humanização. Foi sublinhada a dificuldade de lidar com os diferentes profissionais envolvidos na atenção ao parto, principalmente as técnicas de enfermagem, pela falta de informação de qualidade disponível para esses profissionais. O entendimento geral é de que os cursos universitários privilegiam a formação técnica e deixam de lado o exercício da crítica. Sobre isso uma das alunas falou que “a gente aprende a técnica. Na formação convencional nunca vamos ter esse nível de discussão aqui” (notas de campo, 2013). É por isso que compreendi que a questão do empoderamento, do acesso à informação é uma necessidade tanto para as parturientes quanto para as várias categorias profissionais envolvidas na atenção ao parto. Uma formação mais embasada nas evidências científicas e aliada à mudança na compreensão do parto como evento biospsicossocial é libertador também para aqueles que prestam assistência, na medida em que ampliam suas capacidades de atuação, conferindo-lhes também mais segurança em torno de suas práticas.

Joana utilizou recursos visuais, vídeos de parto, alguns objetos como moldes da pélvis, um pano vermelho para simbolizar a placenta e lápis de cor. Ressaltou a importância de permitir que a mulher escolha a posição que se sente mais confortável durante o trabalho de parto e parto e justificou, utilizando o modelo da pélvis, que as posições verticalizadas permitem maior abertura do cóccix. Joana também falou do uso do rebozo, um elemento da cultura indígena mexicana, feito de tecido de algodão, que tem várias utilidades no uso cotidiano. Para o parto, seu uso foi difundido pela parteira Naoli Vinaver, que o usa como forma de ajudar a reposicionar o bebê da pélvis materna, em caso de distócias mais simples. Também utiliza como forma de alívio do peso da barriga e como apoio para mulher puxar.

Figura 01: Os usos do rebozo



As técnicas e tecnologias leves para manejar distócias avaliadas como mais simples foram consideradas muito importantes no parto domiciliar, inclusive para evitar possíveis transferências para o hospital, se não tivessem esse conhecimento à disposição. Aqui friso que, ao longo do curso, sempre foi sublinhada a importância de respeitar os limites de cada parturiente e a margem de segurança do atendimento domiciliar. Lançar mão de tais conhecimentos não implica uma tecnofobia. Foi também ensinado todos os medicamentos e equipamentos de segurança que a parteira urbana deve levar consigo.

Joana também ministrou aula sobre as evidências científicas e trouxe exemplos de casos mais complicados que esticam os limites das evidências científicas através da prática cotidiana e outros sinais de alerta. Isso gerou bastante polêmica e reações contrárias. Compreendo que muito dessa dificuldade se dá pelo fato de que a MBE ainda não foi incorporada e não faz parte do repertório de atuação da maioria das alunas. Ao fim do curso identifiquei que tal resistência foi diluída e as alunas já falavam com mais intimidade sobre as evidências a respeito do parto e as possibilidades e condições que eventualmente é possível ir além do que está prescrito.

As práticas integrativas também fizeram parte do repertório de conhecimentos trabalhados no curso. A professora desse módulo, Hana, distribuiu, para cada uma das alunas, uma apostila sobre “Práticas integrativas de cuidado na gestação, parto e pós-parto”, contendo informações sobre uma diversidade de conhecimentos: fitoterapia, aromaterapia, florais de Bach e da Amazônia, homeopatia, geoterapia e hidroterapia, cromoterapia, assim como

questionamentos e informações sobre os aspectos emocionais e eventuais bloqueios ou entraves para o parto. A professora fez vários exercícios de relaxamento e falou da importância de se compreender o parto também em seus aspectos emocionais e psíquicos, o que ela chamou do “parto entre as orelhas”, sugerindo uma unificação entre o que se passa na mente e no corpo.

Figura 02: As PICs na atenção ao parto



Houve também uma aula sobre reanimação neonatal, ministrada por uma médica neonatologista, Malu. Foi discutido os protocolos que são recomendados pela Associação Brasileira de Pediatria, que para ela, não rebatem a realidade dos nascimentos, estimulando mais intervenções e procedimentos do que os realmente necessários. Ou ainda, tais recomendações sugerem procedimentos num tempo mais acelerado. Por isso ela afirma que criou um protocolo para reanimação neonatal um pouco diferente, sendo caracterizado por ela como mais próximo das evidências científicas. Como o foco dessa aula era mostrar as eventuais emergências com os recém-nascidos, Malu avisa que poderia “causar alguns sustos em quem não está acostumado” (notas de campo, 2014). De fato, vários vídeos de bebês em situação intranquilizadora causaram angústia nas alunas e, claro, em mim também. Contudo, Malu conduziu a aula sempre num tom tranquilo e relacionando as situações demonstradas nos vídeos com a MBE e, em alguns casos, falando criticamente dos procedimentos desnecessários que são realizados no bebê.

Assim como a assistência ao parto está repleta de práticas não recomendadas e, muitas vezes prejudiciais, o atendimento ao recém-nascido segue a mesma lógica. Segundo Malu,

menos de 1% dos bebês nascem bem mal, ao ponto de precisarem de muitas intervenções. Contudo, o que é vivenciado na prática médica cotidiana é entendido como um uso abusivo de procedimentos que termina por gerar iatrogenias para o bebê. Uma dessas práticas é o clampeamento precoce do cordão umbilical. Malu argumenta que esperar o cordão parar de pulsar traz benefícios para o bebê, que continua uma troca de fluidos com a mãe, permitindo uma reserva maior de ferro e oxigênio, por exemplo. É por isso que Malu afirma que “enquanto tem placenta, tem esperança”, numa clara sugestão para esperar mais tempo para separar o bebê da placenta, através do corte do cordão. Contudo, na visão de Malu, existe uma pressa em separar o bebê da mãe, para que seja possível acultura-lo o mais rápido possível¹³.

A visita das parteiras tradicionais aconteceu para que elas pudessem compartilhar suas experiências e contar um pouco como é a vida delas. Estiveram presentes 5 parteiras que atuam na Região metropolitana de Recife. Contaram suas experiências de iniciação, quase sempre ocorridas por certo acaso e que são significadas como um chamado ou mesmo um presente divino. Afirmaram que “uma vez parteira, sempre parteira” e que existe “muita beleza em tocar a barriga da grávida e conseguir ver onde o bebê está agasalhado” (notas de campo, 2014). Contaram sobre o tempo em que era possível perceber se uma casa tinha uma mulher parindo pelo cheiro da alfazema vindo do domicílio. Uma delas descreveu a profissão como “cheia de choro de felicidade”. Ressaltaram que o trabalho da parteira não é só com gestantes, mas que atendem quem estiver precisando e por isso “parteira dificilmente diz não. Só diz não quando não é para fazer o bem” (notas de campo, 2014). Demonstraram como atendem grávidas em trabalho de parto e sobre como estimulam a mudança de posição da parturiente, como forma de ajudar o bebê a descer. Apesar de não aparecer na fala da maioria delas, a presença de um vocabulário mais científico, fica claro para as alunas a relação entre a muitas das práticas das parteiras e as recomendações da BEM, como a livre deambulação, posições verticalizadas, respeito à fisiologia.

A maioria delas conta um histórico familiar de parteiras – mães, tias, avós – que fizeram circular os conhecimentos sobre o corpo feminino, numa gramática muito própria. O toque e o acolhimento são condutas orientadoras para essas profissionais. Contudo, percebi que a cesariana não é vista como problemática, ao contrário do que acontece nos círculos da humanização. Para as parteiras, a cesariana é simbolizada como um alívio para a mulher, nos casos de parto difíceis. E, porque elas não trabalham com evidências científicas, mas com as

¹³ A referência aqui é a Davis-Floyd (2001;2003), que compreende as rotinas aplicadas ao bebê, como dar banho, colocar a roupa como formas de inscrever a marca da cultura o mais rápido possível.

evidências advindas da empiria, algumas das razões para uma possível cesariana são questionadas pelas alunas.

Também foi trabalhada a relação do parto com a sexualidade feminina, com argumentos que passaram pelo aspecto hormonal, sublinhando que boa parte dos hormônios envolvidos no ato sexual também estão presentes no trabalho de parto e parto. Também aconteceram atividades de reconhecimento do corpo em que a professora pediu para que cada aluna pusesse a mão na região perineal para que pudessem perceber movimentos de relaxamento e tensão que ocorria na região, a depender do tipo de vocalização feita pela mulher. Essa abordagem se assemelha ao que Ina May Gaskin¹⁴ chamou de “open glotis”, para ressaltar a importância para a mulher em trabalho de parto vocalizar com a boca aberta. Essa atividade foi compreendida como uma forma de contribuir para o relaxamento dos músculos da vagina e da região perineal.

Os benefícios do parto na água, a importância da formação de uma equipe multidisciplinar, de reconhecer o protagonismo da mulher, juntamente com as responsabilidades advindas dessa relação mais horizontalizada, ou seja, a questão da corresponsabilidade na relação que emerge desse paradigma de cuidado, foram temas que conformaram os encontros teóricos. Acredito que esse momento foi muito importante para me intimizar mais com a proposta de humanização e seus vocabulários e categorias. Foi também no interregno entre uma aula e uma pausa, que consegui realizar três entrevistas com os profissionais que ministraram aulas, além de também ter entrevistado Joana, a idealizadora do curso.

Invariavelmente, todos os profissionais que ministraram aulas no curso falaram de suas trajetórias pessoais e de como surgiu o que compreendi como “o chamado para a humanização” ou o *turning point*, como conceituou Roger. Parece-me que para se sensibilizar pelo projeto da humanização é preciso que haja algum evento crítico para fazer o profissional mudar, como no caso da história relatada no início do capítulo. Essa transformação é vista como um caminho sem volta e, a meu ver, se assemelha ao chamado divino que as parteiras relatam para justificar o início da vida na parteria. O uso de recursos visuais, como vídeos e fotos de parto foi uma estratégia utilizada frequentemente como forma de exemplificar e fixar as informações que

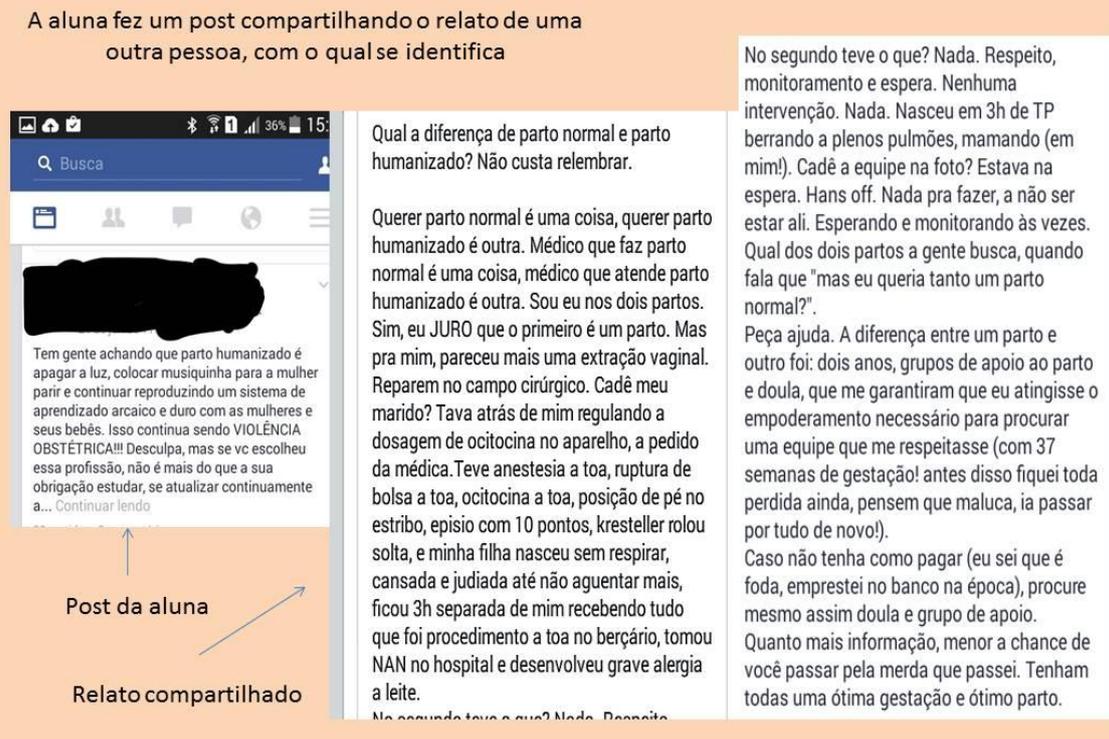
¹⁴ Poderia dizer que Ina May Gaskin faz parte do modelo holístico de atenção ao parto do qual fala Davis-Floyd. Em seus vários livros a autora ressalta a importância do conhecimento sobre o próprio corpo, sobre o respeito ao ritmo da parturiente, assim como ensina uma variedade de técnicas, não-farmacológicas, para alívio da dor, além de sublinhar os aspectos espirituais tanto da experiência quanto da atividade profissional. Destaco três livros: *Birth from within*. Albuquerque, Partera Press, 1998; *Spiritual midwifery*. Canadá, Book Publishing Company, 2002; *Birth matters: a midwife's manifesta*. New York, Seven Stories Press, 2011.

havam sido passadas ao longo das aulas, assim como, do meu ponto de vista, contribuem para a conformação de uma cultura de parto distinta da que temos atualmente.

Após esse período de observação pude compreender melhor em que circuito discursivo se situava o campo que estava acompanhando. A ideia de humanização não é de apreensão transparente e possui muitos sentidos (DINIZ, 2005), dependendo dos grupos em que circulemos. Contudo, poderia descrever, de forma sucinta que, para o campo observado, a ideia de humanização se refere justamente a uma prática baseada nas evidências científicas, ao respeito à fisiologia, aos ritmos próprios das mulheres, à diminuição da centralidade do médico e ao conseqüente protagonismo da mulher. Deixo abaixo dois relatos que colhi das redes sociais, das alunas que fizeram o curso de humanização e suas concepções após a experiência do curso

Figura 03: Caracterização de um parto humanizado

A aluna fez um post compartilhando o relato de uma outra pessoa, com o qual se identifica



The figure shows a social media post on the left and a text box on the right. The post is from a mobile phone screen, showing a search bar with 'Busca' and a profile picture. The main text of the post is partially obscured by a black redaction box. Below the redaction, there is a short paragraph of text. An arrow points from the label 'Post da aluna' to the post. Another arrow points from the label 'Relato compartilhado' to the text box on the right.

Tem gente achando que parto humanizado é apagar a luz, colocar musiquinha para a mulher parir e continuar reproduzindo um sistema de aprendizado arcaico e duro com as mulheres e seus bebês. Isso continua sendo VIOLENCIA OBSTÉTRICA!!! Desculpa, mas se vc escolheu essa profissão, não é mais do que a sua obrigação estudar, se atualizar continuamente a... Continuar lendo

Qual a diferença de parto normal e parto humanizado? Não custa relembra.

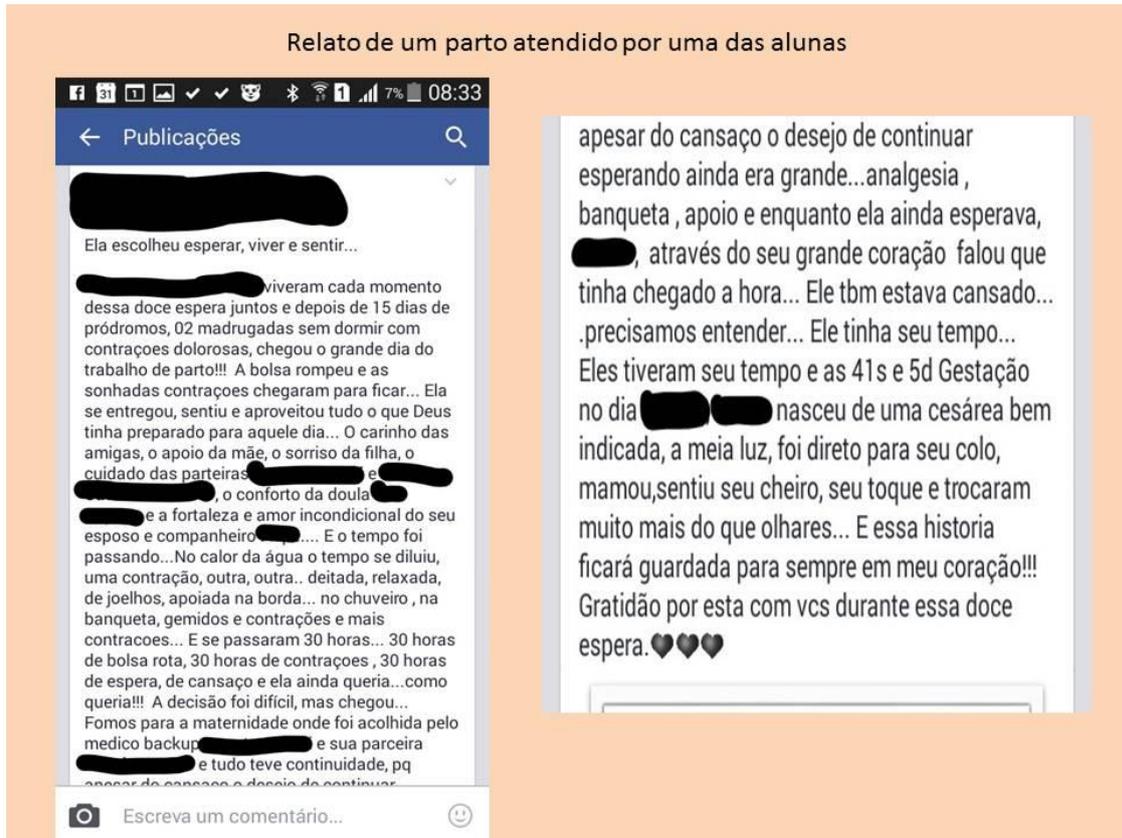
Querer parto normal é uma coisa, querer parto humanizado é outra. Médico que faz parto normal é uma coisa, médico que atende parto humanizado é outra. Sou eu nos dois partos. Sim, eu JURO que o primeiro é um parto. Mas pra mim, pareceu mais uma extração vaginal. Reparem no campo cirúrgico. Cadê meu marido? Tava atrás de mim regulando a dosagem de ocitocina no aparelho, a pedido da médica. Teve anestesia a toa, ruptura de bolsa a toa, ocitocina a toa, posição de pé no estribo, episio com 10 pontos, kresteller rolou solta, e minha filha nasceu sem respirar, cansada e judiada até não aguentar mais, ficou 3h separada de mim recebendo tudo que foi procedimento a toa no berçário, tomou NAN no hospital e desenvolveu grave alergia a leite.

No segundo teve o que? Nada. Respeito, monitoramento e espera. Nenhuma intervenção. Nada. Nasceu em 3h de TP berrando a plenos pulmões, mamando (em mim!). Cadê a equipe na foto? Estava na espera. Hans off. Nada pra fazer, a não ser estar ali. Esperando e monitorando às vezes. Qual dos dois partos a gente busca, quando fala que "mas eu queria tanto um parto normal?". Peça ajuda. A diferença entre um parto e outro foi: dois anos, grupos de apoio ao parto e doula, que me garantiram que eu atingisse o empoderamento necessário para procurar uma equipe que me respeitasse (com 37 semanas de gestação! antes disso fiquei toda perdida ainda, pensem que maluca, ia passar por tudo de novo!). Caso não tenha como pagar (eu sei que é foda, emprestei no banco na época), procure mesmo assim doula e grupo de apoio. Quanto mais informação, menor a chance de você passar pela merda que passei. Tenham todas uma ótima gestação e ótimo parto.

Post da aluna

Relato compartilhado

Figura 04: Relato de um parto humanizado atendido por uma das alunas



Os marcos orientadores da episteme humanizada opera mudanças na forma de compreender o parto. Tempo, técnica e corpo são reconfigurados na cena de humanização, contribuindo para um novo ideário de parto.

2.2 A observação participante nas rodas de gestantes

O momento das rodas de gestante seguiu o roteiro de assuntos tratados no curso teórico, porém adaptado na forma e na linguagem. As rodas foram conduzidas pelas alunas após o fechamento dos módulos teóricos. Inicialmente, elas aconteciam no mesmo lugar onde se deu a primeira etapa do curso. Isso porque ainda estava em processo de negociação com as lideranças comunitárias do bairro que se pretendia realizar o projeto. Foi feita também uma articulação com agentes comunitárias, para entrar em contato com mulheres grávidas, para avisar e convidar para o evento. A primeira atividade na comunidade que participei foi a exibição do filme *O renascimento do parto*. Ela aconteceu em praça pública, aberta a quem quisesse participar e foi seguido por um debate. Alguns dos principais argumentos do filme giram em torno da crítica à normalização da cesárea, principalmente a cesárea eletiva, associando essa

cultura à lógica econômica e ao que se entende por indústria do parto. Observei, ao longo da exibição, que as mulheres mais velhas que estavam presentes simbolizavam o parto de forma mais tranquila e algumas disseram que “não entendem porque hoje as mulheres querem uma cesárea” (notas de campo, 2014). Muitos desses argumentos elencados pelas participantes diziam respeito às dificuldades no período pós-parto, no caso da cirurgia. Assim, o tempo da recuperação era valorizado positivamente para a vivência do parto normal. Após a exibição, foi organizado uma roda entre os presentes para se iniciar o debate. Uma mulher, que já tinha experienciado o parto domiciliar na turma anterior do curso, deu seu depoimento, falando que era possível construir uma cultura de parto diferente da que se tem hoje. Argumentou em favor do parto domiciliar, falando da segurança que se organiza em torno dele, questionando assim a ideia de risco, associada ao parto. Muitas mulheres presentes falaram que gostariam de ter vivenciado um parto mais respeitoso, mas não tinham conhecimento sobre alternativas ao que é oferecido no hospital. Esse aspecto foi relacionado à falta de tempo nas consultas de pré-natal, avaliadas por elas como muito rápida, assim como pela falta de vontade dos profissionais em debater com elas eventuais dúvidas e anseios.

Os demais encontros aconteceram na associação de moradores do bairro. Numa sala simples, com cadeiras, quadro e uma mesa de escritório. Nos encontros sempre estavam presentes colchonetes posicionados em círculo, almofadas e um lanche, proporcionado pelas próprias participantes. Nas rodas, um dos assuntos mais trabalhados foi a questão do corpo da mulher que está grávida. A facilitadora falou das transformações hormonais e suas funcionalidades para o desenvolvimento de uma gestação saudável. Desmistificou a questão do ganho de peso, sempre ressaltando a ideia do corpo perfeito e do corpo potente. A facilitadora também utilizou o modelo da pélvis materna e fez uma simulação do nascimento, fazendo um boneco passar pelo canal de parto, demonstrando todos os movimentos que o bebê realiza para passar pelo canal vaginal. Algumas dinâmicas foram utilizadas para “falar do corpo”, em que se pedia para desenhar ou escrever sobre as transformações do corpo grávido. Outras dinâmicas eram para “se conectar com o corpo”, para “escutar o corpo”, aqui as meditações e visualizações foram as mais comuns. Todas essas dinâmicas foram avaliadas pelas gestantes como positivas, porque proporcionavam momentos de mudança do ritmo cotidiano, geralmente acelerado e pouco consciente do corpo. Também afirmaram que a partir das informações trocadas nas rodas, ocorreu um processo de autoconhecimento que ocasionou, para elas, mais segurança, tanto em relação à gravidez como sobre o parto. Abaixo, uma foto do momento em que a facilitadora

estava abordando as vantagens das posições verticalizadas, demonstrando como a bola de pilates poderia ser utilizada em favor da parturiente.

Figura 05: Os usos da bola de pilates



Parte dos argumentos em favor das posições verticalizadas, assim como do uso da bola, se relacionam com a proteção do períneo. Nesse encontro argumentou-se fortemente contra a episiotomia¹⁵, sendo considerada “um procedimento arcaico” (notas de campo, 2014). Uma das dinâmicas propostas pela facilitadora não funcionou tão bem como no momento do curso teórico. Nesse último, as mulheres realizaram o exercício de tocar na região da vagina e fazer exercícios de vocalização, a fim de perceberem os movimentos de relaxamento e tensão. Nas rodas, o sentimento de constrangimento e vergonha impediu que as mulheres grávidas

¹⁵ A episiotomia é o corte realizado na região perineal, sob a justificativa de ajudar a passagem do bebê e também para proteger a própria região. O MHPN se mostra radicalmente contra, afirmando que não há justificativa científica para o uso rotineiro de tal incisão. Em alguns círculos chega a ser considerada uma mutilação genital.

imerssem nessa atividade, que acabou não acontecendo, muito embora tenham conversado sobre os exercícios e massagens que poderiam ser feitos em casa.

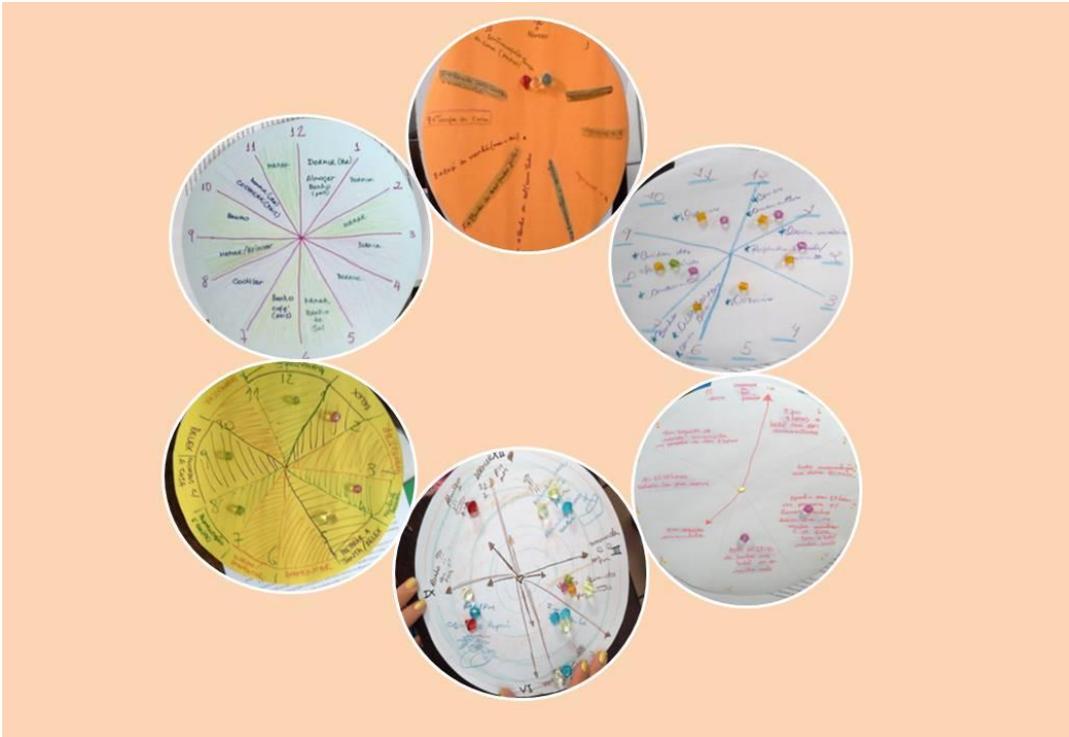
A facilitadora das rodas frisou algumas vezes que as atividades que aconteciam ali não estavam restritas às mulheres grávidas, porque entendia que a participação do pai também seria muito importante nesse processo de acessar informações sobre a gestação, parto e pós-parto. Houve um encontro em que foi abordado as questões da paternidade e as dificuldades que os homens enfrentam para vivenciar de forma mais próxima o nascimento de suas filhas e seus filhos, por conta do machismo institucional dos hospitais, que na grande maioria, não permite a presença de homens no acompanhamento das parturientes. Essa situação foi vivenciada por duas das mulheres que entrevistei. Elas contaram que seus companheiros tiveram que enfrentar as proibições dos hospitais e só conseguiram participar do parto porque estavam bem informados de seus direitos. A pouca frequência dos companheiros de algumas mulheres era notória, o que se traduziu, em alguns casos, numa falta de apoio para o parto domiciliar, porque, segundo as entrevistadas, eles não conseguiram se desfazer dos mitos ruins que cercam o ideário de parto na atualidade. Contudo, nesse encontro que tratou sobre a paternidade e o papel dos homens no trabalho de parto e parto também percebi, entre os presentes, uma disponibilidade e vontade de maior participação, numa espécie de reivindicação de legitimidade da experiência masculina no evento de parturição.

A centralidade e importância do plano de parto foi tema de um dos encontros, embora o assunto tenha estado presente em quase todas as rodas que observei. O plano de parto é tido como um documento central na pactuação mais simetrizada entre a equipe e a parturiente. É nele que as gestantes elaboram seus desejos, planejam suas expectativas, explicitam seus medos, oferecendo pistas de como a equipe pode lidar com tais medos, como por exemplo, explicitar determinadas atitudes que a equipe e os acompanhantes podem assumir, caso percebam que a gestante esteja com alguma dificuldade. Na roda, a facilitadora distribuiu dois planos de parto para que fossem lidos pelas participantes e depois pediu para que elas identificassem termos novos, que não conheciam, para que ela pudesse explicar o significado de cada um dos termos. Isso contribuiu para a familiarização de várias expressões usadas comumente na atenção ao parto. Assim, o plano de parto se configura como um planejamento reflexivo, na medida em que é estimulado a busca de informações para que as possíveis decisões possam ser desenhadas, e contribui para um maior entendimento dos papéis de cada pessoa da equipe que irá acompanhar o parto.

A violência obstétrica também foi abordada pela facilitadora, que caracterizou a assistência hegemônica como violenta e desrespeitosa. Em várias ocasiões, o hospital foi descrito pela facilitadora como um lugar de subalternização das parturientes. Sobre o tema, muitas foram as históricas contadas no dia. Chamou minha atenção o fato de que todos os presentes possuam histórias, contadas por pessoas próximas, de partos assustadores, de tratamento desrespeitoso, de dores lancinantes. Contudo, essas histórias não eram caracterizadas por eles como uma questão de violência, porque naturalizavam esse modelo como sendo parte da experiência de parir. Foi só depois de terem entrado em contato com o ideário da humanização que passaram a reconhecer o elemento da violência como uma questão que pode e deve ser evitada. Por isso, considero que as rodas de gestante são um importante dispositivo educacional que pode contribuir para a descolonização da cultura de parto vigente, marcada pela violência física, simbólica e epistêmica. É nesse sentido que um dos pais participantes das rodas afirmou que “o parto humanizado não está ainda, inserido na cultura”.

O pós-parto também foi abordado nas rodas. Considerado como um período delicado – “um tempo que não tem data certa para acabar” (notas de campo, 2014). Uma fase de grandes mudanças na vida da mulher, mas também da família, muito embora fala-se muito pouco sobre ele. O tema da depressão pós-parto apareceu no encontro, como um dos medos das mulheres sobre o momento. Falaram que o tema deveria ser mais abordado entre as gestantes e avaliaram que, por não ser um tema muito debatido, sentem uma pressão social sobre a compulsoriedade do amor materno e que isso aumenta a cobrança sobre as mulheres que eventualmente passem pela experiência. Um dos argumentos utilizados no encontro foi sobre a importância de oferecer apoio afetivo, emocional, assim como suporte nos afazeres cotidianos. Uma dinâmica proposta no grupo foi a elaboração de um relógio, onde as mulheres/casais imaginariam como seria a vivência cotidiana após a chegada do bebê, quais ajudas necessitariam, quem ajudaria, por quanto tempo. Uma espécie de plano do pós-parto, que ajude a lidar com o tempo específico do binômio mãe-bebê.

Figura 06: Dinâmica do relógio



Os casais fizeram o exercício de imaginar como seria o cotidiano com um recém-nascido. Questões prosaicas como tomar banho ou dormir passaram a ser pensadas de outra forma, num planejamento que segue o ritmo do bebê e de suas mamadas. Algumas mulheres explicitaram o medo da solidão nesse período, já que moram em cidades diferentes das suas famílias. Outras falaram do receio do que consideraram “intromissão” nas formas de cuidado com os filhos. Contudo, na palestra sobre o cuidado com os filhos, percebi certo afastamento da realidade sociocultural entre o que era sugerido e o perfil econômico das parturientes. Todo um itinerário exterior àquela realidade, que por mais que seja com a intenção de modificar determinadas concepções sobre os cuidados com o bebê, são difíceis de acessar para as moradoras daquela comunidade. Acredito que certos “modos de cuidar” são muito estrangeiros e algumas vezes pode gerar a sensação de que as pessoas não sabem mais como fazer, como cuidar e, ao invés de trazer um sentimento de autonomia, pode reforçar o sentido de dependência dessas fontes de informação, já que tudo o que elas aprenderam com suas mães não é mais “indicado”. Por outro lado, a reação das mulheres no momento das entrevistas, quando perguntadas sobre a experiência das rodas, foi positiva e avaliaram como muito

importante para construir um senso de ordem e de tranquilidade nesse momento crítico, de mudanças profundas na vida delas e da família. Algumas afirmaram que se sentiram realmente confiantes em enfrentar algumas determinações que foram ensinadas a elas, principalmente no aspecto do parto e da amamentação.

2.3 As entrevistas

O momento das entrevistas se delineou como o passo final do itinerário narrativo da pesquisa de campo e aconteceu em tempos distintos: com os profissionais, se deu nos intervalos das aulas teóricas, em momentos mais apressados e numa conversa mais técnica¹⁶; com as mulheres, entrevistei tanto no pré-parto quanto no período após o parto. A intenção aqui foi de compreender as percepções que as mulheres, que frequentaram as rodas de educação perinatal, construíam sobre seus partos. Uma espécie de reconstrução dos saberes aprendidos e postos em prática. Como já havia passado meses convivendo com elas semanalmente, as entrevistas transcorreram como *“uma conversa a dois [...] destinada a construir informações pertinentes para o objeto de pesquisa”* (Minayo, 2013:261). Os roteiros (Anexos I, II e III) foram elaborados a partir dos eixos temáticos que emergiram ao longo das observações participantes. Contudo, os roteiros funcionaram mais como um guia para as nossas conversas narrativas, dado o caráter aberto da entrevista do tipo qualitativo (GASKELL, 2002). Todas as entrevistas com as mulheres foram realizadas no domicílio, em horário e dia de livre escolha das mulheres selecionadas. Assim, a *“arte de entrevistar”* (FONTANA & FREY, 1994) teve, para esse trabalho, a intenção de interpretar as ambiguidades inerentes da fala, do mundo da vida das entrevistadas (POUPART, 2008; GASKEL, 2002), para fazer ver os aspectos aqui pretendidos, configurando-se então como *“um instrumento privilegiado de acesso à experiência dos atores”* (POUPART, 2008:216).

As entrevistas pré-parto foram realizadas com quatro gestantes – as mais assíduas e que já estavam no último trimestre de gestação – Flávia, Maria, Sara e Judith. Tal escolha teve como intenção perscrutar as expectativas sobre o parto nos momentos finais da gestação e compreender o planejamento da experiência que se aproximava.

As entrevistas pós-parto, só aconteceu após a realização do “encontrão pós-parto”, marcado pelas próprias mulheres e que estive presente. Ele aconteceu no parque treze de maio

¹⁶ Com excessão de Joana, que tenho uma relação de amizade. A entrevista com ela aconteceu em sua casa, regada a café e bolo e perpassada por emoções narrativas fortes, nesse itinerário da entrevista.

e todas elas levaram seus bebês para que pudessem se conhecer. Nesse encontro elas falaram, de forma geral, sobre suas experiências de parto e essa foi, para mim, a sinalização de que elas estariam dispostas a contar sobre suas vivências de parturição nos momentos da entrevista. De certa maneira, a minha espera foi guiada pelo sentimento de respeito pelo puerpério de cada uma delas, que tinham datas distintas de parto. Após o encontro comecei o contato e a marcação com cada uma das quatro que já havia entrevistado, além de outras duas que também participaram das rodas. Para a minha surpresa e por motivos diversos, nenhuma delas vivenciou o parto domiciliar. Assim, em busca de poder escutar ao menos uma experiência em que o parto tenha acontecido no domicílio, entrei em contato com outra mulher que participou da turma da anterior do curso. Ao todo, onze entrevistas foram realizadas – quatro pré-parto e sete pós-parto.

Descrevo abaixo (Quadro 02) o perfil resumido das características das mulheres entrevistadas. É importante frisar que, em respeito ao princípio do sigilo constante nas recomendações éticas sobre as pesquisas com seres humanos, o anonimato das entrevistadas foi garantido, sendo os nomes utilizados nesse trabalho fictícios.

Quadro 02: Mulheres entrevistadas

Nome	Idade	Cor	Ocupação	Grau de instrução	Renda familiar	Estado civil	Número de gestações	Gestação	Parto desejado	Parto vivido
Sara	30	Parda	Professora	Superior completo + Especialização	R\$ 2.500,00	Namorando	1	Não-planejada	Domiciliar	Cesárea intraparto
Maria	25	Parda	Sem ocupação formal	Ensino médio completo (magistério)	R\$ 1.500,00	Casada	1	planejada	Domiciliar	Normal hospitalar
Flávia	30	Negra	Assistente administrativa	Superior completo	R\$ 2.000,00	Casada	1	planejadíssima	Normal hospitalar	Normal hospitalar
Judith	35	Parda	Sem ocupação formal	Superior incompleto	R\$ 2.500,00	Relacionamento estável	1	Desejada para um ano na frente, mas não planejada para o momento	Domiciliar	Normal hospitalar
Simone	32	Branca	Cerimonialista	Superior completo + Especialização	R\$ 4.000,00	Casada	1	Planejada para depois – veio antes, mas já estava se preparando	Domiciliar	Normal hospitalar
Sandra	30	Parda	Engenheira Civil	Superior Completo + MBA	R\$ 7.500,00	Casada	1	planejada	Domiciliar	Normal hospitalar
Mayra	35 (quando a filha nasceu tinha 33)	Parda	Dona de casa	Segundo grau completo	R\$ 1.200,00	Casada	2	Não-planejada + Indesejada – precisou trabalhar psicologicamente a aceitação da gravidez.	Hospitalar + Domiciliar	Domiciliar

Antes de iniciar a participação nas rodas de educação perinatal, várias das gestantes afirmaram que tinham a cesariana como primeira opção para o nascimento de suas filhas e seus

filhos. Esse posicionamento se relacionava, segundo elas, com as histórias ruins que escutavam, principalmente no que se refere ao aspecto da dor. Contudo, no momento das entrevistas, todas elas afirmaram que o parto normal se configurava como o desejo principal e a cesariana foi representada como uma opção em caso de real necessidade médica.

O entendimento do que seria um parto humanizado variou entre as entrevistadas. Algumas delas, como Flávia, Maria e Judith, associaram a ideia de humanização com o local de parto e, por diversas vezes falavam do parto domiciliar como sinônimo de parto humanizado. Ao serem questionadas sobre a possibilidade de ter uma assistência humanizada no hospital, elas falaram que era muito difícil, porque entendiam que tal instituição não consegue perceber as necessidades individuais das parturientes e nem respeitar o desenrolar fisiológico do parto, ficando implícita também o entendimento de humanização como respeito às individualidades. Foi assim que Flávia afirmou que era preciso muita sorte para encontrar uma equipe que tenha o preparo dos profissionais que ela conheceu nas rodas. Assim, percebe-se que o domicílio se configura, para as mulheres, como uma alternativa segura e mais respeitosa e todas elas falaram sobre o desejo pelo parto domiciliar após terem vivenciado as rodas.

Contudo, apenas uma das minhas entrevistadas experienciou o parto dessa forma. Os motivos variaram. Apesar de ter escutado, no momento das entrevistas, a predileção pelo parto domiciliar, duas das minhas interlocutoras afirmaram que optaram pelo parto hospitalar por falta de apoio das famílias, e principalmente dos companheiros, sobre o parto domiciliar. Ainda que elas tivessem argumentado, com base no que aprenderam nas rodas e as informações que buscaram sobre a segurança de tal escolha, as famílias não se mostraram seguras com os argumentos e elas disseram que sozinhas não se sentiam amparadas para seguir com a escolha. Aliás, esse foi um elemento que me chamou atenção: poucos eram os companheiros (ou outros familiares) que frequentaram as rodas de forma assídua.

Por motivos médicos, outras duas tiveram seus planos modificados ainda na gestação. Judith porque descobriu, na reta final da gravidez, uma diabetes gestacional – o que a colocara no perfil de gestação de alto risco, não sendo mais recomendável a escolha pelo parto domiciliar. Ela não deixou de expressar seu descontentamento com a mudança de planos e se mostrou, na entrevista pré-parto, receosa de como seria tratada no hospital e se teria acesso a uma equipe “mais humanizada”. Sandra afirmou que seu desejo pelo parto domiciliar foi se fortalecendo após ter iniciado a participação nas rodas. Contudo, ao longo da gestação sua pressão arterial estacionou acima do que é considerado normal e, por esse motivo, também não se encaixava mais no perfil para realizar o parto no domicílio. Sandra não demonstrou tanto

receio, porque, segundo ela, confiava muito na equipe que estava acompanhando-a¹⁷. Esse aspecto é percebido na avaliação que ela faz do ambiente hospitalar, afirmando que não tinha mudado tanto a ambiência minimalista que ela havia planejado para o parto domiciliar, “o tempo todo o ambiente foi do jeito que eu tinha pensado em casa” (Sandra, jul. 2015).

Simone, que havia se preparado para o parto domiciliar, foi transferida para o hospital depois de um longo trabalho de parto em casa e de muitas horas de bolsa rota. Para ela a mudança foi difícil porque experienciou uma peregrinação. No primeiro hospital que buscou, encontrou pouca disposição do médico plantonista para continuar acompanhando o desenrolar do trabalho de parto. Assim buscou outro hospital onde pudesse ter seu tempo respeitado para vivenciar a experiência desejada. Esse também foi o caso de Sara. No entanto, ainda que no hospital ela tenha conseguido manter as tentativas para o parto normal, a cesariana intraparto foi o desfecho delineado. A experiência foi traumática para Sara, não por conta da cesariana, tida por ela como realmente necessária e com justificativa médica, mas sim pelas complicações que se seguiram ao nascimento. Segundo conta, ela teve uma hemorragia após o nascimento da filha, difícil de conter, o que levou a equipe a prolongar o tempo da cirurgia e a incisão em seu útero. O período de recuperação foi difícil e doloroso e exigiu um tempo de separação entre ela e a filha. Apesar das dificuldades narradas, Sara afirma que a visão do parto não foi modificada e que ela continua compreendendo o parto normal e domiciliar como seguro e desejável em futuras experiências.

Apesar de compreender que a fala não pode reconstruir ou recontar *ipsi literis* tudo que se passou na experiência, assumo, para esse trabalho, a entrevista como uma possibilidade de acessar os sentidos das ações sociais atribuídos pelos atores sociais (Poupart, 2008). Nos relatos de parto não há coincidência total entre o acontecido e o narrado. As histórias vão e vem no tempo; as mulheres deixam de contar determinados fatos ou lembram-se, no ato de narrar, de acontecimentos antes esquecidos e reconstróem suas narrativas. Ainda que não tenhamos a possibilidade de perscrutar a fidedignidade da experiência de parto, enquanto pesquisadoras o que temos é a narrativa, o contar e recontar de histórias, o jogo entre a memória e o esquecimento. As narrativas se configuram assim como um importante instrumento político dentro do movimento de humanização do parto e do nascimento. Elas poderiam ser entendidas como a história na qual os indivíduos constroem o sentido de determinada experiência.

¹⁷ É importante frisar que Sandra estava acompanhada por uma equipe que atendia pelo sistema complementar de Saúde e não pelo SUS, diferente de Judith, que foi atendida num hospital credenciado à rede pública.

A partir das observações da pesquisa de campo, pude perceber que o itinerário da escolha pelo tipo de parto não é, de forma alguma, retilíneo. Contém ambiguidades e incertezas. Caminhos diversos se cruzam nessa jornada. Histórias familiares, de amigos, medos anseios, desejos. Por isso o parto é considerado um momento de crise, ou como Joana nomeia – um momento de remanejamento de emoções. Assim, esse trabalho se debruça sobre algumas dessas camadas de uma experiência tão rica, visando contribuir com uma visão sociológica de algumas categorias reveladas importantes ao longo da pesquisa de campo.

Nos próximos capítulos pretendo demonstrar que mudanças na concepção de sujeito, tempo e corpo, assim como uma relação distinta com a tecnologia disponível para o parto são frutos de um novo paradigma signatário de uma epistemologia distinta.

3 OS MODELOS DE ASSISTÊNCIA AO PARTO: ALGUMAS PISTAS TEÓRICAS PARA COMPREENDER AS NOVAS CONFIGURAÇÕES NA ASSISTÊNCIA AO PARTO

O cuidado da saúde das mulheres em toda sociedade é um reflexo da cultura total ... É importante que aqueles que prestam assistência à saúde das mulheres estejam conscientes não só da diversidade cultural das práticas de nascimento, mas também das raízes sociais da variação¹⁸ (Margarita Kay apud Davis-Floyd and Sargent, 1997: 4)

Ao alcançar a despersonalização do nascimento e ao mesmo tempo resolver o problema da dor, nossa sociedade pode ter perdido mais do que ganhado. Ficamos apenas com a casca física; o significado transcendente foi drenado. Ao fazê-lo, atingimos o objetivo que talvez esteja implícito em todas as culturas altamente tecnológicas, o controle mecanizado do corpo humano e a obliteração completa de todas as sensações perturbadoras¹⁹ (Sheila Kitzinger apud Davis-Floyd and Sargent, 1997: 7)

O presente capítulo versa sobre alguns elementos centrais envolvidos na crítica que o movimento de humanização realiza em torno do modelo hegemônico de obstetrícia. Pode-se afirmar que estão em disputa dois modelos distintos de clínica obstétrica, que compreendem de forma muito diametral o evento da parturição. Tal disputa não é, de forma alguma, particular da realidade brasileira. A institucionalização da assistência ao parto foi um movimento do mundo ocidental, com seu início em fins do século XVIII e que se intensifica na segunda metade do século XIX. Esse processo não se deu sem resistências por parte das parteiras e das mulheres gestantes, que durante algum tempo ainda insistiram numa forma mais doméstica e baseada nas redes femininas locais para viver a experiência de parto. No entanto, a medicina moderna se estabelece como o saber legítimo, e quase exclusivo, ao ponto de termos, atualmente, a esmagadora maioria dos partos acontecendo em ambiente hospitalar. É importante dizer que essa mudança no modelo de assistência obstétrica carrega em si alguns jogos de verdade,

¹⁸ No original: “women’s health care in every society is a reflection of the total culture...It is important for those who provide women’s health care to be aware not only of cultural diversity in birth practices, but also of the social roots of the variation”

¹⁹ No original: “In achieving the depersonalization of birth and at the same time solving the problem of pain, our society may have lost more than it has gained. We are left with the physical husk; the transcending significance has been drained away. In doing so, we have reached the goal which is perhaps implicit in all highly technological cultures, mechanized control of the human body and the complete obliteration of all disturbing sensations”

disputas semânticas e pressupostos teóricos e que alguns desses pressupostos estão sendo revisitados de forma crítica pelo movimento de humanização do parto e do nascimento.

É possível afirmar que existem ao menos dois modelos distintos de assistência obstétrica no interior do campo médico²⁰ e que essa dupla existência tem gerado tensões normativas, assim como mudanças sociais no que diz respeito ao imaginário social ou no que considero como cultura de parto. Tais tensões advêm de diversos setores da sociedade, mas primordialmente de setores específicos da própria classe médica assim como do movimento de mulheres, que começaram a reivindicar uma outra forma de assistência obstétrica, com mais protagonismo em suas experiências de parto.

Para compreender as novas configurações nas experiências de parto, é preciso, antes, compreender algumas bases teóricas dos distintos modelos de assistência obstétrica existente no Brasil. Parece-me então importante compreender um pouco do processo histórico no qual a medicina moderna atravessou nos últimos dois séculos.

Em fins do século XVIII, com o Iluminismo e o afastamento de dogmas religiosos das explicações científicas, inicia-se, por parte da ciência, um movimento de esquadramento da natureza humana para, na produção discursiva da diferença entre os sexos, possibilitar um delinear de papéis sociais, ou como Fabíola Rohden afirma “*a questão em jogo é uma nova definição da ordem social, e especialmente das relações de gênero, que se apresentavam nesse tempo tão marcadas por grandes transformações*” (ROHDEN, 2001:34). A Revolução Industrial, o processo de urbanização, a entrada da mulher no mundo do trabalho, constituíram-se como cenário para mudanças, de ordem teórica e prática, do campo médico, tecendo uma “ciência da diferença” (ROHDEN, 2001), preocupada em demarcar ou fixar as “naturais” distinções entre o masculino e o feminino. Tais preocupações da medicina têm como arcabouço teórico-filosófico concepções de sujeito, que permitem modos de objetivação e de subjetivação distintos, que permitem em maior ou menor grau, o exercício da autonomia ou da autoridade (poder) na relação médico-paciente.

²⁰ Importante salientar que quando afirmo que existem dois modelos, estou referindo-me aos modos de cuidar e assistir o parto de dentro do campo médico. Decerto existem muitos outros modelos de assistência ao parto, no Brasil e no mundo, que não estão inseridos nesse lugar de saber e de poder da medicina hegemônica, mas que, nem por isso deixam de ter sua legitimidade e suas técnicas de assistência e formas de cuidado. É o caso, por exemplo, de modelos holísticos, espirituais, ou aqueles pautados nos conhecimentos empíricos e tradicionais. Dito isto, esclareço que minha pesquisa se centrou no olhar desses dois paradigmas médicos de assistência ao parto, ainda que eu reconheça que o modelo de humanização do parto não está hermeticamente fechado nesse lugar do conhecimento exclusivamente médico. Ao contrário e por essa abertura que considero a humanização como um novo paradigma clínico-obstétrico.

3.1 Entre a subalternidade e autonomia – ou como Foucault e Gadamer ajudam a compreender os distintos paradigmas de assistência ao parto

Ainda que seja impossível não reconhecer a importância dos avanços que a medicina moderna proporcionou em relação à forma de compreender a fisiologia humana, as doenças e suas respectivas formas de combate, considero ser igualmente relevante reconhecer alguns elementos passíveis de críticas concernentes ao saber médico moderno. Uma dessas questões refere-se às concepções de sujeito pressupostas tanto no modelo hegemônico da obstetrícia moderna, quanto no projeto de assistência obstétrica proposto pelo movimento de humanização do parto e do nascimento. Acredito que esses “modos” de assistência obstétrica, acima diferenciados, praticam duas formas distintas de clínica, inclusive porque possuem paradigmas distintos de cuidado, que possibilitam, em maior ou menor medida, o exercício da autonomia e do empoderamento, ou a subalternidade (PIMENTEL, 2014). Dessa forma, neste projeto textual, trabalho com dois autores cujos estudos tratam do tema da clínica médica para, a partir de seus pressupostos, tentar elucidar as diferentes possibilidades de se conceber o sujeito-parturiente a partir do saber da medicina.

Nesse sentido, busquei realizar uma reflexão em torno da noção de sujeito presente no pensamento de Hans-Georg Gadamer e de Michel Foucault. A intenção dessa escolha não se apresenta na forma de unificá-los em suas abordagens²¹, mesmo porque reconheço que tenham traçado caminhos teórico-metodológicos distintos. O ponto de partida dessas reflexões foi a observação de que ambos realizam uma crítica à ciência moderna e à concepção iluminista de sujeito, ancorada principalmente no pensamento de Descartes, que elabora uma noção de sujeito universal, a-histórico, racional – uma das bases na qual a medicina moderna assentou seus pilares e elaborou suas práticas. Tal concepção se constituiu como o pano de fundo para a maioria das abordagens filosóficas modernas, mas encontrou, nos dois autores acima citados, um campo de crítica e propostas metodológicas que tentam se afastar do legado cartesiano. Nessa perspectiva, podemos apontar, em Heidegger, um elo teórico-metodológico entre

²¹ Há quem afirme que esse diálogo é praticamente impossível (WICKHAM, 2000), no entanto, afirmo a possibilidade de colocá-los juntos, não com a intenção de lê-los com uma lente única, mas justamente porque intento compreender fenômenos distintos, embora correlatos. Ambos criticam a medicina moderna, embora por questões distintas. E são exatamente essas distinções que se fazem interessantes e profícuas neste trabalho. Foucault com sua crítica à medicina moderna, possibilita compreender o modelo hegemônico da obstetrícia atual. Gadamer e sua abordagem dialógica, permite compreender de forma mais sistemática a proposta de humanização do parto, pautada na abertura para a experiência do outro.

Gadamer e Foucault, que possibilita, talvez, algumas aproximações entre suas respectivas abordagens.

Ainda que os referidos autores não tenham, em absoluto, apontando a possibilidade de uma crítica descolonial dessa concepção de sujeito, adoto aqui essa probabilidade (anacrônica) de compreensão como uma ferramenta metodológica. Justifico minha escolha lembrando que a crítica descolonial tem como um dos seus eixos centrais a denúncia dos processos de subalternização e silenciamento do colonizado.

Assim, as temáticas de estudo de Foucault, por exemplo, nos põem em contato com elementos da subalternização por meio de sua exposição (e por que não denúncia?) das várias formas de exclusão, punição e encarceramento desenvolvidas e sofisticadas pelas instituições modernas ocidentais – e aqui a clínica seria um dos modos de produzir e fixar subjetividades subalternizadas pelo olhar do saber médico. Em Gadamer encontramos a proposta de conciliar a tradição, a escuta e o encontro com o outro no processo de conformação da subjetividade e na prática médica, o que pode ser compreendido como uma outra possibilidade epistêmica relativa ao cuidado.

Na medida em que Gadamer entende a medicina como arte, tal concepção implica uma ampliação do saber médico que vai além do conhecimento científico. Dessa forma, o autor aponta a necessidade do diálogo²² como parte constitutiva do tratamento. Por conseguinte, em certa medida, Gadamer atenua o lugar hierárquico do saber médico, recolocando o paciente no processo de cura/tratamento/assistência, ampliando o horizonte de subjetivação. Uma outra questão é a própria recusa do autor à concepção de verdade e de método, que será tão cara para a perspectiva descolonial. Ele elabora uma noção de saúde e de cuidado que inclui a perspectiva da corresponsabilidade – elemento que vai de encontro ao lugar construído, pela medicina hegemônica, de autoridade no assunto, como única possibilidade de experiência de saúde/cuidado.

Dessa forma, Hans-Georg Gadamer desenvolveu uma filosofia da linguagem segundo a qual a compreensão de si possui uma dimensão prática, de um estar no mundo de forma ativa e, nesse sentido, compreender é sempre interpretar. Assim, a hermenêutica, ou hermenêutica filosófica, como ele próprio chamou, teria uma dupla tarefa: possibilitar o desenvolvimento de uma teoria da *praxis* da compreensão e realizar uma ontologia do sujeito. É possível então perceber suas filiações metodológicas ao que ele mesmo chamou de hermenêutica filosófica,

²² “Genuine dialogue, rather, is concerned with creating the opportunity for the other to awaken his or her own inner activity – what doctors call the patient’s own ‘participation’ – without losing their way once again” (GADAMER, 1996, p. 137).

na medida em que tenta superar a divisão clássica entre o sujeito do conhecimento e o objeto do conhecimento por meio da noção de fusão de horizontes, desenvolvendo uma concepção dialógica do sujeito moderno.

Por outro lado, a trajetória intelectual de Michel Foucault nunca aderiu abertamente a nenhuma corrente filosófica específica, apesar de ser possível encontrar elementos em comum tanto com a hermenêutica, ou hermenêutica da suspeita, quanto com o estruturalismo (DREYFUS & RABINOW, 2010). Ao longo de sua obra, Foucault construiu diversas abordagens que possibilitaram a compreensão de objetos distintos – medicina, loucura, sexualidade, prisões, governo etc. No entanto, percebemos que a noção de sujeito sempre esteve presente, mesmo como pano de fundo ou pressuposto, nos seus escritos. Essa noção de sujeito estará, como demonstrado ao longo deste texto, sempre relacionada ao conceito de poder.

Para que esses entrelaçamentos acima propostos possam ser tecidos, optamos por mesclar leituras de comentadores de ambos os pensadores com duas obras específicas dos próprios autores: *The Enigma of Health* (Gadamer) e *O nascimento da clínica* (Foucault). Tal escolha se deve à relativa proximidade de objeto presente em ambas as obras – a problematização da Instituição Médica e suas implicações para o sujeito moderno.

Assim, a construção textual aqui apresentada foi organizada em seções específicas, em que observamos quais são os artifícios e os pressupostos criados por cada um dos autores para que eles pudessem desenvolver uma concepção de sujeito, apontando quais são os conceitos diretamente envolvidos nessa concepção e como eles se articulam no pensamento dos autores. Feito isso, organizamos um tópico em que apresentamos tanto as aproximações entre as perspectivas aqui trabalhadas, quanto as diferenças importantes entre cada um dos pensadores em questão.

3.1.1 Compreendendo a biomedicina à luz de uma perspectiva foucaultiana

Em seu livro *O nascimento da clínica*, Foucault elabora uma reconstrução histórica da medicina moderna, para compreender a formação de um tipo peculiar de organização profissional prática e uma forma de organização do saber médico – a clínica médica. Assim, o autor apresenta uma série de condições de possibilidade da experiência médica como, por exemplo, as transformações pelas quais passou o conceito de doença, assim como as mudanças da preocupação estatal em relação ao gerenciamento das endemias ou epidemias. Se antes o corpo doente era individual e o tratamento se dava no espaço privado do domicílio – espaço

considerado favorável ao desvelamento da doença em seu estado “puro”, livre das transmutações sofridas nos domínios hospitalares (FOUCAULT, 2011, p. 18) –, a medicina social inaugura um escrutínio do espaço público, e o corpo doente, nesse contexto, é o próprio corpo social. Para dar conta desse território doente, o Hospital se constitui como o lugar de destino desse corpo interpelado por diversas interseccionalidades – classe, idade, gênero etc. Essas transformações na experiência da doença podem ser relacionadas à própria noção de sujeito e, por conseguinte, aos modos de subjetivação relativos a tais experiências.

Para tentar demonstrar como a concepção de sujeito é construída no pensamento de Foucault, torna-se necessário, primeiramente, fazer ver a noção própria de história que permeia seus estudos, na medida em que é o próprio conceito de história (ou antes, a crítica a ele) que impulsiona Foucault a construir tanto o método arqueológico quanto o genealógico. Segundo Revel (2005), o ponto de partida foucaultiano é o rompimento com a noção continuísta de história, ou seja, com a ideia de sucessão dos fatos, a concepção de história como linear, teleológica, e a retomada da perspectiva nietzschiana de busca pelas descontinuidades e singularidades da história. Tanto é assim que, no *Nascimento da clínica*, ele realiza uma história descontinuísta do saber médico.

Tentando compreender as condições históricas que possibilitaram o desenvolvimento dos diversos saberes modernos sobre o sujeito, Foucault realiza uma análise profunda de várias instituições envolvidas nesse processo. Para isso, ele estabelece uma relação peculiar com o fazer científico, lançando um olhar, ao mesmo tempo interno e externo, para “*as ciências do homem na modernidade*” (MACHADO, 2007, p. 9) – o que ele chamou de arqueologia do saber. Tal postura metodológica tem como *background* a epistemologia de Bachelard e Canguilhem, que assumiram uma postura crítica diante do postulado da neutralidade do fazer científico e da possibilidade de uma racionalidade universal (IDEM). Por tanto, a história arqueológica perpetrada por Foucault rompe com a própria ideia de racionalidade intrínseca a qualquer epistemologia da ciência. Segundo Machado,

[...] *A riqueza do método arqueológico é ser um instrumento capaz de refletir sobre as ciências do homem como saberes, neutralizando a questão de sua cientificidade e escapando do desafio impossível de realizar, nesses casos, uma recorrência histórica, como deveria fazer uma análise epistemológica. O que não significa, como veremos, abandonar a exigência de uma análise conceitual capaz de estabelecer descontinuidades, certamente não epistemológicas, mas arqueológicas, isto é, situadas no nível dos saberes* (IDEM, p. 9).

O momento arqueológico de Foucault centra-se, assim, na análise das condições de constituição dos saberes como campos disciplinantes do indivíduo moderno, na objetificação

do corpo como campo do saber disciplinar, que subtrai a noção mesma de indivíduo, a não ser para a composição do corpo social. Foi sob esse prisma metodológico que em *O nascimento da clínica* o autor traça uma arqueologia do saber médico, em que o foco não está mais no doente, mas na doença e nos sintomas que só podem ser percebidos e estudados por meio da linguagem. Daí a necessidade da confissão e do exame. Nesses estudos arqueológicos, encontra-se subsumida a noção de indivíduo moderno como objeto (e seus modos de objetivação) e suas respectivas tecnologias de repressão e técnicas disciplinares como produtoras de corpos dóceis.

Entretanto, Foucault também ressalta a emergência do indivíduo moderno como sujeito (e seus modos de subjetivação). Ele coloca que a abordagem da sexualidade e as práticas de confissão como produtoras de reflexividade e de jogos de verdade possibilitaram as condições históricas para os modos de subjetivação. A sexualidade opera, para Foucault, como uma arena em que são produzidos alguns jogos de verdade essenciais, constitutivos da identidade subjetiva do indivíduo contemporâneo. E o discurso sobre ela se intensificou ainda no século XVIII, com o desenvolvimento da medicina social e seu discurso escrutinador e disciplinante.

As relações com o dizer verdadeiro em nenhum outro campo é tão evidente quanto no da sexualidade: pertencemos a uma civilização na qual se exige aos homens dizerem a verdade a respeito de sua sexualidade para poder dizer a verdade sobre eles mesmos (REVEL, 2005, p. 80).

Revel, sobre Foucault, afirma que a sexualidade opera em duas direções distintas. Tanto para possibilitar o processo de subjetivação dos indivíduos, quanto para tornar possível um dispositivo de controle, de disciplina. Tal argumento encontra-se muito claro no *Nascimento da clínica*, em que Foucault afirma que o olhar da medicina, ao mesmo tempo em que permite a subjetivação do indivíduo por meio da fala do “paciente”, possibilitado pelos dispositivos como o de exame e o da confissão, o faz para tornar o sujeito, no momento mesmo da fala, o objeto do conhecimento clínico, constituindo-se num dispositivo disciplinar do corpo e também da sexualidade. Inaugura-se, para Foucault, uma nova experiência com o dizer sobre si mesmo.

Além disso, o conceito de experiência também compõe o mosaico em que se constrói a noção de sujeito em Foucault. Tal conceito vai se transformando ao longo da obra do filósofo e se delineando como uma importante questão para a possibilidade de o sujeito tanto dizer sobre si mesmo, quanto ser transformado a partir de seu discurso, no objeto do conhecimento.

Foucault procura situar o problema da experiência como momento de transformação: o termo passará, então, a ser associado ao mesmo tempo à resistência aos dispositivos de poder (experiência revolucionária, experiência de lutas, experiência de sublevação) e aos processos de subjetivação (IDEM, p. 49).

Por conseguinte, outras três noções, intimamente ligadas entre si, aparecem pressupostas nessa constituição do sujeito moderno em Foucault: resistência, poder e transgressão. Se na obra do filósofo francês o sujeito aparece sempre no par saber/poder, isso ocorre porque os processos de subjetivação implicam, ao mesmo tempo, resistência e transgressão a esse mesmo poder.

A noção de poder, no decorrer dos escritos de Foucault varia bastante: vai desde a hipótese repressiva, dos corpos dóceis, ao biopoder (DREYFUS & RABINOW, 2010). No entanto, ele nunca pressupõe uma ideia de poder anterior aos indivíduos, essencializada, mas em termos de relações de poder, em prática, exercidas pelos sujeitos e sobre os sujeitos (REVEL, 2005). Isso não pressupõe, contudo, uma total sujeição às formas de poder. Por isso, ele defende que o poder pode ser tido como uma resistência periférica, assim como as formas de subjetivação se constituem como resistência aos poderes e saberes.

A análise foucaultiana destrói, portanto, a ideia de um paradoxo/contradição entre o poder e a liberdade: é precisamente tornando-os indissociáveis que Foucault pode reconhecer no poder um papel não somente repressivo, mas produtivo (efeitos de verdade, de subjetividade, de lutas), e que ele pode, inversamente, enraizar os fenômenos de resistência no próprio interior do poder que eles buscam contestar, e não num improvável 'exterior' (REVEL, 2005, p. 68).

Assim, a noção de resistência associa-se às práticas subjetivas que procuram se libertar de determinados campos de poder, para criar possibilidades de novas subjetivações. Nesse sentido, a resistência ocuparia, no pensamento foucaultiano, o lugar que a mudança social ocupa na teoria sociológica. Isso não significa que resistência leve necessariamente à liberdade dos indivíduos ou mesmo que o poder seja, intrinsecamente, negativo (cerceador de liberdade). Como assinala Judith Revel, “*as resistências podem, por sua vez, fundar novas relações de poder, tanto quanto novas relações de poder podem, inversamente, suscitar a invenção de novas formas de resistência*” (2005, p.75).

Diante disso, compreendemos que o conceito de sujeito, em Michel Foucault, possui diversas nuances. Se, por um lado, ele pode ser compreendido como assujeitado sob a ótica das instituições disciplinantes e de suas respectivas tecnologias repressivas, por outro, percebemos uma possibilidade de ação constitutiva por parte do sujeito, presente na ideia de processo de subjetivação, que pressupõe atos de resistência.

3.1.2 Desvelando a humanização do parto a partir dos escritos de Gadamer sobre a saúde

Em seu livro *The enigma of Health*, Gadamer apresenta uma discussão sobre a medicina moderna e seus avanços tecnológicos e relaciona tais transformações às preocupações éticas e humanísticas da medicina clínica e às consequências desse processo para a relação médico-paciente. Se, por um lado, ele aponta que a era tecnológica da ciência trouxe avanços no que diz respeito à potência investigativa da clínica médica, por outro, também levou ao que ele chama de “fé supersticiosa na ciência”, em que as inovações tecnológicas não encontram oposição crítica na sociedade. Assim, Gadamer afirma que a ciência deveria implicar-se na tarefa de desmitologizar a si mesma dentro de seu próprio discurso e prática, como forma de evitar um encastelamento – acrítico e intocável (GADAMER, 1996, p. 7). Portanto, um dos pontos centrais do livro é a relação entre tecnologia, ciência e medicina e como esse processo afeta os modos de subjetivação.

Para Gadamer, a relação intrínseca entre o desenvolvimento tecnológico e a ciência moderna encontra um terreno fértil na ordem da sociedade industrial, levando ao que ele chama de “negócio da ciência”. Nesse cenário, ao mesmo tempo em que as atividades cotidianas são desenvolvidas de forma mais racionalizada, também ocorre uma diminuição na capacidade de formação de julgamentos autônomos. Gadamer afirma que “*quanto mais racionalmente as formas de organização da vida são moldadas, menos o julgamento racional é exercido e treinado entre os indivíduos*”²³ (GADAMER, 1996, p. 17). Um outro problema enfatizado por esse autor é a crescente especialização profissional, pela qual a lógica da sociedade industrial e tecnológica é responsável. Se, por um lado, o especialista possui mais informação sobre suas atividades, por outro, as pessoas comuns (não especialistas) encontram-se mais alienadas de uma possível decisão esclarecida. E isso, para o contexto da medicina, é, em certa medida, problemático, porque a clínica médica lida com sujeitos cujas experiências de saúde/doença são parte do próprio processo de construção de si, de sua própria história. É neste sentido que Gadamer defende a ideia de que a medicina deveria se construir no interregno entre ciência e arte²⁴, numa prática que envolva os elementos do tratamento e do diálogo no processo de cura.

²³ No original: “the more rationally the organizational forms of life are shaped, the less is rational judgement exercised and trained among individuals”.

²⁴ Ainda que a noção de saúde pressuposta em sua concepção seja aquela da ausência de doença, do recobrar o equilíbrio quebrado pela perturbação da doença. Perspectiva que atualmente foi reelaborada e ampliada, porque se entende a saúde mais como um estado autodeterminado e não a ausência completa de doenças ou perturbações.

Essa perspectiva está ancorada no conceito de hermenêutica, utilizado por Gadamer, entendido como a busca da compreensão dos processos comunicativos. E, nesse sentido, a linguagem é peça central em sua obra. É nela que o ser humano, com sua natureza finita, amplia os seus horizontes. No entanto, essa ampliação não é algo ilimitado, mas se dá dentro dos limites da própria história. É a partir dessa perspectiva que ele fala de uma consciência histórica efetiva, em que compreender é eminentemente um ato histórico. Dessa forma, o sujeito da interpretação nunca pode ter uma posição fixa, porque seus pressupostos são sempre adquiridos pela tradição/experiência. Isto é, a compreensão é sempre “comprometida” pelo lugar do sujeito nas relações intersubjetivas e nos processos comunicativos (LAWN and KEANE, 2011, p. 79).

No entanto, Gadamer não acredita na compreensão imediata da linguagem, pois considera que os contextos podem se apresentar questionáveis ou potencialmente incompreensíveis. Apesar de considerar o indivíduo como um “avaliador forte”, esse autor acredita que, a partir de uma postura hermenêutica, seria possível fazer uma ponte entre a possibilidade da compreensão e da incompreensão.

Gadamer desenvolveu sua obra num diálogo crítico com o programa hermenêutico desenvolvido por Dilthey, que coloca muita ênfase nos aspectos de neutralidade e no objetivismo histórico. Contrapondo-se a isso, o filósofo alemão não compreende a hermenêutica como um método propriamente dito, mas como uma atividade essencial a todo ser humano, dada a universalidade da linguagem.

Preocupado em revelar os limites da abordagem ortodoxa da filosofia ocidental, que toma como regra a questão da neutralidade do conhecimento, assim como rechaça a tradição, Gadamer chama a atenção para a necessidade de revalorização dos preconceitos (pré-concepções), na medida em que afirma que todo conhecimento é situado e tem uma relação íntima com o passado (com a história). Podemos entender, então, que ele recoloca o sujeito do conhecimento numa posição mais central e ativa na produção do conhecimento, porque toma o conceito de experiência como central para a possibilidade de compreensão, reforçando a tarefa interpretativa e dialógica das ciências humanas.

Aqui, a dicotomia sujeito/objeto, que funciona como uma pressuposição positivista-empirista básica, cede lugar a uma concepção dos objetos de conhecimento como nem autônoma em, nem abstraível de processos nos quais conhecedor, conhecido e conhecimento estão unidos no mundo da vida que a pesquisa interpretativa estuda²⁵ (CODE, 2003, p. 8).

²⁵ No original: “Here, the subject/object dichotomy that functions as a basic positivist-empiricist presupposition yields to a conception of objects of knowledge as neither autonomous in, nor abstractable from, processes in which knower, known, and knowing are bound together in the Lebenswelt that interpretive inquiry studies”.

O conceito de experiência faz-se necessário, pois, para a compreensão do sujeito-no-mundo, e tomando emprestada de Hegel a noção de experiência como viagem, afirma que essa viagem tem uma capacidade transformadora do sujeito e que somente a partir dela que a verdade (como compreensão/entendimento) é possível. No entanto, Gadamer rompe com a circularidade do conceito hegeliano, quando imputa a necessidade do encontro com o outro nessa experiência vivida (LAWN and KEANE, 2011, p. 47). Seria, então, por meio da aplicação de conhecimentos práticos e adquiridos nas diversas experiências e encontros com o diferente/outro ao longo da história subjetiva, que o indivíduo, ao mesmo tempo em que constrói um conhecimento/entendimento de si, compreende o seu entorno, o mundo da vida. É aí que reside, para Gadamer, o conceito de experiência da verdade: no encontro com o outro. Rejeita, assim, o conceito hegeliano fechado em torno do próprio *self*, como também faz uma crítica ao conceito de subjetividade derivado da filosofia cartesiana.

Referindo-se à ideia de sujeito individual em Verdade e Método, Gadamer é um tanto desdenhoso quanto à noção tradicional do self. Não que ele rejeite a subjetividade, mas desdenha a ideia do 'ghost in the machine' perpetrada por Descartes ²⁶ (Idem, p.19).

Dessa forma, a noção de subjetividade também está, logicamente, implicada na noção de sujeito. Como vemos no artigo do próprio Gadamer, intitulado “Subjectivity and Intersubjectivity. Subject and Person” (2000), ele faz uma digressão na história filosófica do termo subjetividade e de suas origens conceituais. Ainda que claramente influenciado pelo pensamento heideggeriano, ele questiona a noção do outro como um limitador, presente no primeiro. Para Gadamer, não existe problema metodológico em considerar a subjetividade (os preconceitos) no ato da compreensão. No entanto, isso não quer dizer que ele recaia numa abordagem psicologizante dela. E essa perspectiva é tão verdadeira que ele se pergunta, em *Verdade e Método*: “a reconstrução da intenção seria mesmo uma compreensão histórica?” (GADAMER, 2006, p. 552).

Num diálogo crítico com o programa hermenêutico de Dilthey, Gadamer recoloca o sujeito no ato de compreensão, na medida em que defende ser preciso reconhecer os (pre)conceitos do sujeito do conhecimento, assumindo que todo conhecimento é situado e relativo ao contexto histórico. Tal formulação advém do conceito heideggeriano de estrutura prévia da compreensão. É a partir dessa compreensão que “*nós nos dirigimos às coisas com*

²⁶ No original: “Referring to the idea of the individual subject in Truth and Method, Gadamer is somewhat dismissive of a traditional notion of the self. It is not that he rejects subjectivity, it is that he dismisses the ‘ghost in the machine’ idea, perpetrated by Descartes”.

expectativas de sentido, querendo compreender a elas e, uma vez mais, a nós mesmos” (PEREIRA, 2011, p. 129-130).

Percebemos, então, que a possibilidade da compreensão e como ela se dá é de extrema relevância para a noção de sujeito. Para Gadamer, a compreensão é parte do diálogo e este, na maioria das vezes, acontece intersubjetivamente. A construção do conhecimento passa, portanto, pelo constante exercício de reconhecimento e superação desses preconceitos. Assim, Gadamer fala da fusão de horizontes, momento em que existe uma certa acomodação das ideias conflitantes, ou seja, acomodação do outro. Essa acomodação não se refere ao apagamento do outro, mas sim a uma expansão dos próprios horizontes. Uma superação do passado que se renova no presente dialógico. Dessa forma, podemos afirmar que a construção de um *self* se dá, para Gadamer, sempre nesse processo dialógico de compreensão e interação. É nesse sentido que o autor fala do horizonte intersubjetivo, porque é por meio da utilização dos próprios conhecimentos (ou preconceitos) que existe a possibilidade de compreensão do outro a partir dos processos comunicativos.

Assim, Gadamer desenvolve e aprofunda uma concepção de sujeito que está intimamente relacionada à noção do outro – um ser dialógico. Na verdade, ele rasura a fronteira entre o *self* e o outro, a linguagem e o falante, entre o texto e o leitor (DALLMAYR, 1993, p. 507), quando enfatiza a importância do diálogo, que reabilita os preconceitos, reatualiza o passado na tradição, ressaltando a condição histórica do sujeito e de sua experiência hermenêutica.

3.1.3 Possibilidades descoloniais em Gadamer e Foucault

Com o propósito de colocar em perspectiva a noção de sujeito presente na obra de Michel Foucault e Hans-Georg Gadamer, essa seção será uma tentativa de evidenciar alguns aspectos que acredito constituir-se-ão como possíveis aproximações entre os dois autores, assim como alguns pontos de intersecção entre tais abordagens e o programa pós-colonial. Entretanto, a seção também pretende ressaltar as importantes diferenças entre os dois pensadores.

Se Michel Foucault está mais centrado na formação das instituições médicas, que como tal engendram um processo de objetivação do sujeito, Gadamer contempla as relações interpessoais e, mais especificamente, a relação médico-paciente. Se *O nascimento da clínica* versa sobre o olhar médico, talvez é possível dizer que *The enigma of health* aborda o diálogo, entendidos como dois níveis de experiência distintos, os quais, em certa medida, relacionam-se à crítica que o movimento de humanização do parto e do nascimento fazem à clínica obstétrica contemporânea. Se, por um lado, esse movimento elabora um exame crítico e denuncia as más

práticas relativas à instituição médica hegemônica, por outro, revitaliza a importância do diálogo e da conformação da relação médico-parturiente de uma forma menos hierarquizada.

A problemática da desmitologização da ciência, a crítica ao domínio da técnica científica sobre a natureza (GADAMER, 1996, p. 6) e, por conseguinte, ao domínio dos corpos (e, no caso específico das preocupações de fundo deste texto, os corpos gestantes) aproximam-se, claramente, do que Foucault chama de Biopolítica e sua administração dos corpos entendidos, inclusive, como o corpo social.

Outro ponto de aproximação decorre do fato de tanto Gadamer quanto Foucault rejeitarem a metafísica do sujeito, entendida aqui como uma mente autossuficiente a qual se relaciona com os objetos que representa, mas não depende deles. A influência do pensamento de Heidegger sobre a finitude do ser e sua ênfase no *Dasein* possibilitou o desenvolvimento da perspectiva histórica – dos processos de subjetivação em Foucault – e da interpretação dialógica em Gadamer. Entendemos assim que a crítica ao sujeito cartesiano seria, talvez, uma primeira possibilidade de aproximação entre o pensamento dos dois filósofos, assim como, inclusive, uma possibilidade de diálogo com a perspectiva pós-colonial.

Mas o que é que determina a finitude do Dasein? A sua temporalidade. O Dasein é finito porque não tem como transformar o ser em algo permanente, em algo presente. O pensar do ser humano sempre está referido à vida, que não é estática, mas que se caracteriza pela mobilidade entre já ser no mundo (passado), estar sendo no mundo (presente) e projetar-se (futuro) (PEREIRA, 2011, p. 129).

Essa relação com a finitude a qual Heidegger enfatizou, principalmente em *O ser e o tempo*, é facilmente percebida na análise que Foucault faz do surgimento da medicina clínica. Em seu livro *O nascimento da Clínica* (2011), Foucault afirma categoricamente que as transformações pelas quais o saber médico passou, a partir do século XVIII, possibilitaram um novo olhar sobre o sujeito moderno e deslocaram o indivíduo da condição de apenas objeto do conhecimento para sujeito do conhecimento. Assim, Foucault afirma que,

[...] a medicina oferece ao homem moderno a face obstinada e tranquilizante de sua finitude; nela a morte é reafirmada, mas, ao mesmo tempo, conjurada; [...]. Essa experiência, que inaugura o século XVIII e de que ainda não escapamos, está ligada a um esclarecimento das formas de finitude, de que a morte é, sem dúvida, mais ameaçadora, mas também a mais plena (FOUCAULT, 2011, p. 218).

No seu livro *The Enigma of Health* (1996), num capítulo intitulado “The experience of death”, Gadamer nos coloca a questão de que o desenvolvimento da ciência moderna, ou o que ele chama de “segundo esclarecimento”, ancorado no uso da tecnologia, ocasionou a

“desmitologização da morte”²⁷. Tal experiência reforça uma noção de finitude, na medida em que todos os aspectos da vida foram sendo decifrados pelo escrutínio científico, diminuindo, para Gadamer, as possibilidades de simbolização tanto da vida quanto da morte. Isso reverbera fortemente nas experiências dos indivíduos no mundo.

*Paralelamente à perda de qualquer representação pública do que ocorre, os doentes (moribundos) e seus familiares são retirados do ambiente doméstico da família. A morte é, dessa forma, adaptada aos negócios tecnológicos da produção industrial. [...] São precisamente esses enormes avanços tecnológicos, com seus objetivos de preservação artificial da vida, que revelam o limite absoluto do que podemos alcançar*²⁸ (GADAMER, 1996, p. 62).

Assim, podemos inferir que essa clareza técnica com que a medicina moderna trata a morte – e também a vida – contribui para a elaboração de uma concepção de sujeito ancorada na experiência vivida, reavivando o aspecto finito do ser humano no mundo, presente na obra de ambos os autores tratados neste trabalho.

O conceito de história também opera, para ambos os pensadores, como algo importante para a possibilidade de compreensão, que não é, contudo, transparente ou dada. Não é apenas pelo conhecimento do passado que se pode chegar à verdade, é preciso interpretá-lo, assumir seus pressupostos, reconhecer o posicionamento do sujeito que interpreta. Assim, a história atua como um importante pano de fundo para a própria constituição do sujeito, como uma possibilidade genealógica ou dialógica.

A própria relação com a hermenêutica pode ser considerada como um ponto em comum entre ambos os pensadores. A abordagem de Foucault sobre as ciências subjetivantes tem como ponto de partida a hermenêutica. É por meio do método interpretativo que as ciências modernas subjetivantes se desenvolvem, dando possibilidade de fala ao indivíduo. A importância da fala, ainda que com algumas distinções, também é central para o entendimento que Gadamer faz do sujeito. É a partir do diálogo (e da fusão de horizontes) que a compreensão e a experiência se dão. É nesse ambiente, eminentemente dialógico, que existe a possibilidade de constituição subjetiva – no encontro com o outro.

Consideramos, então, que o programa hermenêutico de Gadamer pode se constituir como a possibilidade de uma outra epistemologia, menos hierárquica, mais dialógica. No entanto, a

²⁷ No original: “This second Enlightenment has brought about a demythologizing of death”. (GADAMER, 1996:61)

²⁸ No original: “Alongside the loss of any public representation of what takes place, the dying and their relatives are removed from the domestic environment of the family. Death is thereby adapted to the technological business of industrial production. [...] It is precisely these enormous technological advances, with their goal of the artificial preservation of life, which reveals the absolute limit of what we can achieve.”

biomedicina moderna se constrói como uma imposição epistêmica que nega o diálogo ou a possibilidade de narrar-se. Segundo Alice Cruz,

O privilégio epistêmico reclamado pela ciência moderna tem sido largamente partilhado pela biomedicina, senão, ainda, mais fortemente naturalizado. O que tem conduzido, não apenas à sua imposição epistemológica sobre outros sistemas médicos, mas também, ao estabelecimento de uma relação entre médico e paciente da qual são excluídos o diálogo e a reciprocidade (CRUZ, 2007, p. 2).

Se, de um lado, Gadamer ressalta a importância de se restabelecer uma prática médica ancorada numa hermenêutica dialógica como forma de se evitar a exclusão e a subalternização do indivíduo/paciente, do outro lado, Foucault realiza uma investigação das condições que possibilitaram que tal prática (colonial) médica se instituísse. No entanto, ainda que Foucault ressalte a importância da fala como um pressuposto para os processos de subjetivação, essa fala é sempre interpelada por um forte elemento de poder, já que o outro, que escuta, está no lugar do perito, do discurso científico. É aquele que pode interpretar e tem o poder da verdade, que só pode ser dita pelo sujeito do saber e escutada pelo sujeito leigo.

[...] apenas um cientista bem treinado, não o sujeito individual, poderia compreender o que estava sendo dito. No paradigma confessional, quanto mais o sujeito fala (ou é forçado a falar), mais a ciência sabe; quanto mais o exame da consciência legítimo aumenta, mais fina e ampla é a rede da tecnologia da confissão. Quando esse poder se difundiu, tornou-se claro que o sujeito não poderia ser o árbitro final do seu próprio discurso (DREYFUS & RABINOW, 2010, p. 236).

Ainda que Foucault não esteja associado diretamente ao programa pós-colonial, podemos dizer que a postura crítica assumida por ele em relação à formação epistêmica da biomedicina moderna é já uma crítica e uma denúncia de uma forma de constituição epistêmica autoritária e subalternizante. É neste sentido que Cruz afirma que,

Paralelamente, a especialização do olhar médico, enquanto conhecimento técnico e hermético, acessível apenas àqueles que o possuem, em simultâneo com a transformação dos hospitais em espaços que reflectem a racionalidade científica [...] conduziu ao distanciamento entre médico e paciente, resultando na objectificação do último (CRUZ, 2007, p. 3).

Em contrapartida, ainda que Gadamer admita posições distintas de poder/saber, essa condição não parece ser problematizada, tão profundamente, em suas análises sobre a fusão dos horizontes e as possibilidades de compreensão. Essas distintas posturas frente à relação saber/poder tornam-se muito claras quando observamos as análises que Foucault e Gadamer realizaram sobre o desenvolvimento da medicina.

Parece-nos que o filósofo francês vê a prática médica sob um prisma um tanto distinto do pensador alemão. Para ambos, a ciência médica configura-se numa prática hermenêutica, que abriu possibilidades de subjetivação (para o primeiro) e de compreensão (para o segundo). No entanto, Foucault debruça-se muito mais sobre o elemento de poder inscrito no “par médico-paciente” (FOUCAULT, 2011, p. XIII), enquanto Gadamer enfatiza o caráter dialógico da conversação.

Ainda que Foucault argumente sobre as possibilidades de subjetivação que esse novo olhar clínico possibilitou, também elucida os processos de objetivação do indivíduo por essa mesma prática, como demonstrado nos estudos sobre a hipótese repressiva e a noção de corpo dócil como seu correlato. No paradigma interpretativo da clínica, “o Outro tornou-se um especialista do significado” (DREYFUS & RABINOW, 2010, p. 236).

Por outro lado, em Gadamer, essa atividade hermenêutica aparece de uma forma distinta. O outro (que pode ser um especialista, ou não) desempenha um papel importante por meio do diálogo (e não da confissão ou do exame, como em Foucault), e a compreensão é, eminentemente, subjetiva, individual. Aqui, o diálogo opera como uma espécie de atenuante das distintas posições de poder que eventualmente estejam em jogo.

Gadamer está ligado à tradição de pensamento chamada Hermenêutica filosófica, que, como já dito anteriormente, tenta superar a divisão clássica entre o sujeito do conhecimento e o objeto do conhecimento, por meio da noção de fusão dos horizontes. Esse filósofo entende o ser humano dialogicamente, enfatizando, assim, a centralidade das práticas no mundo. Dessa forma, a atividade de compreensão/interpretação é tida como uma habilidade prática, um saber como proceder. Esse saber como agir é possibilitado pela própria noção, que Gadamer ressalta, de experiência como vivência.

Assim, a compreensão na hermenêutica gadameriana é sempre uma experiência singular, mas que pressupõe o outro nas ações comunicativas. Dessa forma, entendemos que o sujeito se configura não mais como um *self* universal ou transcendental, mas numa relação dialógica e intersubjetiva.

Michel Foucault realiza seu trabalho em franca oposição, também, à noção cartesiana de sujeito universal e racional. Para isso, ele trata das condições de possibilidade, reinserindo o sujeito na história e reafirmando um processo de construção de subjetividades e não de identidades fixas, a-históricas. O sujeito contemporâneo deve constituir-se, então, como um eterno devir. Na medida em que reexamina as instituições modernas, ele demonstra as condições de possibilidades históricas dos discursos e das práticas. É precisamente na ideia de

prática que repousa a noção de discurso como atos de fala produtores de subjetividade – um dizer-se sobre si mesmo. Esse processo de eterna construção e reconstrução se dá, inclusive, por meio da reformulação (ou mesmo do fim) de algumas das principais instituições modernas.

O sujeito seria, então, constituído no decorrer de sua própria história, ideia que se aproxima da concepção dialógica de Gadamer, apesar dos pressupostos metodológicos distintos. É assim que Foucault trata de processos de subjetivação, que podem ser entendidos em dois aspectos distintos: o modo de subjetivação que caracteriza o sujeito como tal, ou seja, suas práticas no mundo; e a relação que estabelece consigo, por meio dessas práticas, para constituir-se sujeito de sua própria existência.

Dessa forma, ainda que ambos os autores tenham traçado caminhos distintos, a tentativa de elucidar alguns mecanismos pelos quais cada um pensa sobre o sujeito contribui para a compreensão de que tanto Gadamer quanto Foucault ressaltam a importância que o desenvolvimento da ciência moderna exerce sobre o indivíduo.

Nesse sentido, acredito que o projeto de humanização do parto e do nascimento abre-se para a possibilidade de construção de uma nova clínica, que tem como marcos orientadores o diálogo e a diminuição da hierarquia na relação médico-paciente, a troca mais horizontalizada de informações, ou seja, uma clínica mais subjetivante e dialógica, o que se aproxima da proposta de Gadamer. Por outro lado, esse projeto também pressupõe um compromisso de cuidar-se, de informar-se, no sentido da autonomia das escolhas e da corresponsabilização como algo que se relaciona ao cuidado de si como prática de liberdade, trazendo-nos de volta para Foucault. Tendo como pano de fundo uma concepção de sujeito informado, consciente e protagonista, o projeto de humanização de medicina relaciona-se, assim, a questões centrais que os dois autores aqui trabalhados abordaram em suas obras.

3.2 A (des)colonialidade do parto: os novos aspectos teóricos implícitos na crítica realizada pelo movimento de humanização²⁹

Esta sessão pretende ampliar o debate sobre como o modelo hegemônico de assistência ao parto e nascimento, na contemporaneidade, está ligado a uma lógica tecnicista, patriarcal e desumanizante, no qual a mulher é tida como um objeto passivo, destituída de ação e poder de escolha. Tal modelo de assistência se inseriu na realidade brasileira por meio de dispositivos de

²⁹ Boa parte desse tópico encontra-se publicado em PIMENTEL, C. . “A (des) colonialidade do parto: reflexões sobre o movimento de humanização da parturição e do nascimento”. In: Paulo Henrique Martins; Adriana Falangola; Artur Stamford da Silva; Islândia Carvalho Sousa. (Org.). *Produtivismo na Saúde: desafios do SUS na invenção da gestão democrática*. 1ª ed. Recife: Editora Universitária da UFPE, 2014.

colonialidade do saber, na medida em que desautorizou toda e qualquer outra prática existente localmente, haja vista que tal lógica de cuidado é oriunda da sociedade europeia. Neste sentido, podemos perceber uma relação assimétrica entre centro e periferia, característica da colonialidade do saber.

Por outro lado, também procuramos argumentar que existe, na atualidade, um movimento contrário a essa lógica produtivista e colonial, que tem como marco orientador o movimento de humanização do parto e nascimento. Tal organização paradigmática se pauta tanto no modelo biomédico, através da *medicina baseada em evidências*, quanto na abertura epistemológica para diversas práticas oriundas de outros sistemas de cura. É o que passamos a chamar de descolonialidade do parto, devido às transformações propostas por esse movimento contra-hegemônico e que abordaremos mais à frente.

A realidade da assistência à saúde da mulher e, mais especificamente, ao parto, está inserida no contexto da sociedade moderna ocidental e, por isso mesmo, foi permeada pelas transformações decorrentes dessa temporalidade. Uma delas, e talvez a mais forte, é o aumento da tecnologia instrumental como mediadora do cuidado. O projeto da modernidade trouxe a técnica racionalizada para a assistência à saúde e, junto a ela, a questão da medicalização do parto.

Podemos perceber essa mudança, de forma clara, quando analisamos o aumento da taxa de cesarianas no Brasil. Ao longo das duas últimas décadas vemos um grande crescimento dos nascimentos feitos através da cirurgia cesariana. Atualmente, nosso país possui uma taxa nacional de 56,7%, ressaltando que, no sistema complementar de saúde, essa taxa ultrapassa os 80% (BRASIL, 2015). O referido procedimento cirúrgico pode ser encarado como um bom representante do produtivismo na saúde, haja vista a previsibilidade, a impessoalidade e a padronização do evento (a cesariana pode ter a data marcada e os procedimentos e o tempo de duração já ficam previstos), possibilitando o manejo do tempo e sua rentabilidade decorrente da quantidade de cirurgias realizadas por dia. Vale lembrar que a cesariana é considerada, no rol de procedimento médicos, como uma alternativa de emergência e é por esse motivo que a OMS estipula que seu percentual não deveria passar dos 15%³⁰.

Em contrapartida, o movimento do parto humanizado, iniciado de forma mais organizada nos anos 1990, inicia uma reação contra tal produtivismo. A crítica feita pelo

³⁰ Fonte: www.saude.gov.br – Acesso em out. 2013

movimento pode ser condensada em duas ordens distintas: 1) da ordem do campo biomédico, demonstrando que o uso indiscriminado de tecnologias invasivas na assistência ao parto não melhora os indicadores de saúde. Em verdade, em vários aspectos, ocasiona uma piora, tanto no que diz respeito à saúde da mulher, quanto da criança (AMORIM, 2010), como demonstrado pela comparação dos índices de morbimortalidade materna nas diferentes vias de nascimento, assim como de complicações neonatais diretamente relacionadas com cesárias eletivas³¹; e 2) da ordem do discurso socioantropológico – em que se afirma que o modelo hegemônico de assistência ao parto muitas vezes impossibilita a multiplicidade de experiências e simbolismos relativos a tal evento (TORNQUIST, 2004; DINIZ, 1999).

Como resposta à padronização da experiência de parturição engendrada pela biomedicina, o movimento de humanização do parto e nascimento propõe um modelo de assistência ancorada na MBE. Entretanto, o movimento não é hegemônico, mas, sim, filho de uma polissemia de discursos – ou vanguardas obstétricas, que são frutos de diversos movimentos: o ecofeminismo, o movimento hippie, e inúmeras influências da medicina oriental (TORNQUIST, 2004). Por conta dessa prática polissêmica, consideramos que a proposta de humanização do parto e nascimento atua como um facilitador na inserção de práticas integrativas complementares na assistência ao parto, na medida em que sugere e recomenda a formação de equipes multidisciplinares. Tais grupos de assistência podem envolver especialidades de vários tipos de racionalidades médicas (LUZ, 2005) como, por exemplo, a acupuntura, essências florais, massagens, Reik, rezas, entre outras.

É a partir dessa miscelânea de discursos e práticas que a humanização do parto pretende contribuir para um maior protagonismo feminino na experiência de parturição, revalorizando outras formas de conhecimento do corpo e diversas possibilidades de cuidado. Fazendo isso, esse novo modelo de assistência também engendra uma crítica ao produtivismo na saúde e seus indicadores.

Se, por um lado, a proposta de humanização do parto e nascimento evidencia a urgência de mudanças nas práticas de assistência, por outro o modelo hegemônico desvaloriza tais achados, lançando mão de atitudes autoritárias³². Dessa forma, o novo modelo de

³¹ Fonte: http://www.ans.gov.br/portal/site/home2/destaque_22585_2.asp – Acesso em out. 2013

³² Como foi o caso recente em que o Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro pediu retaliação ao obstetra que se mostrou favorável ao parto domiciliar numa reportagem da Rede Globo, no programa Fantástico do dia 10/06/2012.

assistência ao parto é objeto de certa tensão normativa dentro dos próprios órgãos reguladores da prática médica.

A partir desse cenário, construímos, neste texto, uma ponte entre as perspectivas desenvolvidas a partir da crítica da colonialidade do saber nas ciências sociais e o universo do parto e do nascimento no Brasil. Para tal, buscamos desenvolver dois objetivos específicos: 1) demonstrar como o desenvolvimento do conhecimento biomédico se constitui como um saber autoritário³³ que destitui a legitimidade de outras práticas e saberes alternativos, contribuindo para o “desperdício da experiência” (SANTOS, 2008); e 2) como o movimento de humanização do parto e nascimento se insere na perspectiva dos estudos pós-coloniais, na medida em que realiza uma crítica do próprio modelo biomédico e, por extensão, ao produtivismo na saúde, assim como propõe novas práticas de assistência médica.

3.2.1 A colonialidade do parto

Os estudos pós-coloniais chamam a atenção para a existência de uma relação assimétrica entre centro e periferia, no que diz respeito tanto à produção de conhecimento como na distribuição do poder. Uma de suas principais críticas refere-se à questão de que a produção de saber que temos é parte de um projeto de sociedade que, por se pretender hegemônica e universal, impede o desenvolvimento da diversidade de saberes e experiências.

Edgardo Lander, argumentando sobre esse tipo de racionalidade colonial e hegemônica, afirma que o neoliberalismo se constituiu como a episteme do mundo ocidental e tem no discurso científico o meio para naturalizar as relações sociais e a compreensão da realidade. O autor ressalta, ainda, duas maneiras através das quais o saber hegemônico exerce o que ele chama de *eficácia neutralizadora*. A primeira se refere à compartimentação da realidade social e aos tipos de saberes parciais que se constituem a partir dessa visão. A segunda trata da relação entre esses saberes e a organização do poder (LANDER, 2005).

Para Anibal Quijano, a noção de poder que temos atualmente está relacionada com a consolidação da ideia de América e do capitalismo moderno – tendo como racionalidade específica o eurocentrismo. Tais elementos estruturam o que o autor chama de colonialidade do poder, pois se trata de reconhecer elementos coloniais na forma de distribuição do poder, que passa a ter um alcance mundial. Para Quijano, a ideia de raça, constituída dentro da relação

³³ Ao longo do capítulo iremos tratar desse argumento a partir da noção de Jordan (1993) de “authoritative knowledge”.

Europa/centro→colônia/periferia, justificou e reforçou as relações de dominação e exploração, já bastante conhecidas do período de colonização, possibilitando assim a formação de hierarquias entre os saberes específicos de cada grupo (QUIJANO, 2005).

Nessa tese, enfim, tomo emprestados os argumentos derivados dessa colonialidade de poder, não para falar de raça (não que isso não seja importante, mas não será o foco deste artigo, especificamente), mas de uma outra relação também assimétrica – a dominação de gênero. Tal dominação, fruto do modelo de sociedade patriarcal, pode ser claramente percebida no modelo obstétrico atual. Diversos estudos feministas demonstraram que a medicina, e mais especificamente a obstetrícia, se desenvolveu como um campo eminentemente masculino, tomando como norma o corpo do homem, ajudando a construir e reproduzir diversos preconceitos de gênero. Quijano ainda ressalta a importância do desenvolvimento e consolidação do que chama de capitalismo mundial para a conformação da ideia de poder que temos na atualidade. Esse conceito moldou as relações de produção e, dessa forma, *“estabelecia-se, pela primeira vez na história conhecida, um padrão global de controle do trabalho, de seus recursos e de seus produtos”* (QUIJANO, 2005:4).

Neste sentido, também reconhecemos a importância dos estudos pós-coloniais para demonstrar que a lógica utilitarista, própria do capitalismo moderno, se tornou o fio condutor do modelo obstétrico atual, que tem na cesariana sua maior representante. Muito embora também possamos estender o argumento para o consumo de tecnologias relacionadas à assistência ao parto e a toda uma indústria que se desenvolveu em torno dele (desde aparelhos ultramodernos de ultrassom até o mercado de festas para grávidas e recém-nascidos). Neste sentido, o desenvolvimento e consolidação de um modelo de assistência ao parto e nascimento baseado exclusivamente no saber técnico-racional engendrou inúmeras mudanças nas experiências de parturição, como passaremos a demonstrar.

O modelo de assistência ao parto foi remodelado com a consolidação da instituição médica e do projeto de industrialização da sociedade moderna. Se, antes, o parto se configurava dentro de um modelo altamente subjetivo, o desenvolvimento da técnica e do saber médico corroboraram o processo de normatização da vida privada e, no caso específico do objeto deste texto, do parto.

Essa transformação se intensificou na segunda metade do século XX, mas tem suas raízes ainda no século XVIII (CORREA, 1997). A instauração das primeiras escolas de

medicina, no início do século XIX, na Bahia e no Rio de Janeiro, reafirma, em território brasileiro, a prática de um determinado tipo de saber – o biomédico. Essa nova prática do cuidado foi, gradativamente, desqualificando outros tipos de saberes que não estivesse, de acordo com o modelo de pensamento acadêmico hegemônico (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005; MARTINS, 2003; BARROS, 2002).

A instauração do hospital como local oficial e institucionalizado de assistência ao parto pode ser considerada como um dispositivo da colonialidade do saber, na medida em que se sobrepôs às práticas e conhecimentos locais, reforçando a hierarquização dos saberes. Assim, reafirma também um tipo de conhecimento marcado por um forte viés de gênero, já que o desenvolvimento da biomedicina é um lugar historicamente masculino.

A crescente medicalização da vida cotidiana encontra eco na formação das sociedades disciplinadoras, que tomam a instituição médica não apenas no seu âmbito curativo, ligado à saúde, mas também como normatizadora dos hábitos e práticas culturais, tendo o hospital como a esfera mais marcante desse biopoder (FOUCAULT, 2011). Neste contexto, “há o surgimento de uma administração dos corpos, até então inédita (...) que [vai] constituir um biopoder, ancorado tanto numa anátomo-política do corpo quanto numa biopolítica de controle populacional” (SOUZA, 2005: 24).

Segundo Michel Foucault, o desenvolvimento do biopoder ajudou sobremaneira a consolidar o capitalismo, na medida em que contribuiu para a normatização da vida privada e para a construção da noção de corpo como máquina, voltado para a vida industrial (FOUCAULT, 1988). Neste sentido, Trindade afirma que:

O biopoder é a gestão da vida como um todo, técnicas de poder sobre o biológico, que vira central nas discussões políticas. [...] o biopoder vai tratar de gerir a vida em toda a sua extensão, de organizá-la, majorá-la, vigiá-la, para que possa ser incluída, de forma controlada, nos aparelhos de produção capitalistas (TRINDADE, 2011:2).

Neste sentido, podemos afirmar que existe uma articulação entre o capitalismo médico (e seu utilitarismo) e o colonialismo, reforçando assim as assimetrias da sociedade patriarcal. Esse processo gerou uma hierarquização de saberes que deixou à margem os conhecimentos empíricos das parteiras – historicamente figuras centrais na assistência ao parto – reafirmando, assim, que a injustiça social está intimamente ligada à injustiça cognitiva (SANTOS, 2007).

Dessa forma, podemos afirmar que a sociedade brasileira se construiu dentro dessa relação de colonialidade do saber, ou seja, dentro do paradigma de pensamento eurocêntrico, reafirmando aqui as hierarquias de saberes e práticas. Assim, o modelo de assistência ao parto e ao nascimento se constituiu imerso nesse cenário.

Tradicionalmente o parto era considerado como um evento permeado pelo simbólico e extremamente diverso no que diz respeito à experiência. No entanto, ao longo do século XX ele foi inserido na lógica capitalista da linha de produção, o corpo feminino entendido como uma máquina (defeituosa) e vários aspectos da vida, como o nascimento, foram enquadrados no modelo produtivista da saúde (MARTIN, 2001). Assim, a experiência foi perdendo espaço em meio ao manejo padronizado que as instituições médicas normatizadoras praticavam. Entendo, então, que o modelo biomédico de assistência ao parto está centrado numa lógica utilitarista, que não contribui apenas para a promoção da saúde mas também para a mercantilização desta.

Podemos então considerar que o modelo hegemônico de assistência ao parto, do qual a cesariana constitui a representante ideal, encaixa-se dentro da perspectiva da colonialidade do saber, em que o conhecimento biomédico exclui outras possibilidades de assistência, destituindo a autoridade dos conhecimentos tradicionais. Neste sentido, a perspectiva pós-colonial afirma que esses processos hegemônicos e monológicos contribuem para o empobrecimento da experiência (MARTINS, 2011; SANTOS, 2008; LANDER, 2005).

Autores que estudam o universo da parturição demonstram os malefícios do uso excessivo da tecnologia na assistência à parturiente (AMORIM, 2010; THÉBAUD, 2002; MARTIN, 2001). Nessa mesma linha de argumentação os estudos feministas ligados aos direitos reprodutivos da mulher (e que também se relacionam com os estudos pós-coloniais) explicitam as assimetrias nas relações médico-paciente (mulher) e evidenciam que a biomedicina se constitui como um saber com um forte viés de gênero, na medida em que toma o corpo masculino como a norma e tenta enquadrar o feminino neste modelo único, reforçando assim a dominação de gênero (COLLECTIVE, 2005; DOSSIÊ, 2002; MARTIN, 2001).

Dessa forma, podemos estabelecer uma relação entre a perspectiva de Santos (2008), presente no texto “Uma sociologia das ausências e uma sociologia das emergências” e os estudos sobre parto desenvolvidos por Jordan (1993) e Davis-Floyd (1997). Interessa-nos, especificamente, o conceito de *razão metonímica* desenvolvido por Santos (2008), pois é ele

que se relaciona diretamente com o conceito de *authoritative knowledge* idealizado por Jordan (1993). Ambos os conceitos descrevem um tipo de saber que desautoriza os demais tipos de conhecimento que não estejam ancorados nas prerrogativas do pensamento hegemônico.

Para Jordan,

Uma conseqüência da legitimação de um tipo de conhecimento como autoritário é a desvalorização, até mesmo a destituição, de todos os outros tipos de conhecimento. [...] A constituição do conhecimento autoritário é um processo social contínuo que constrói e reflete relações de poder dentro de uma comunidade de prática. Faz isso de tal maneira que todos os participantes vêem a ordem social atual como a ordem natural, isto é, a maneira como as coisas (obviamente) são. A desvalorização de sistemas de conhecimento não autorizados é um mecanismo geral pelo qual as estruturas de conhecimento hierárquico são geradas e exibidas (1997:56)³⁴.

Na mesma direção, Santos argumenta que:

A razão metonímica não é capaz de aceitar que a compreensão do mundo é muito maior do que a compreensão ocidental do mundo. [...] A modernidade ocidental, dominada pela razão metonímica, não só tem uma compreensão limitada do mundo, como tem uma compreensão limitada de si própria (2008: 98).

Um exemplo muito claro do conhecimento autoritativo, metonímico ou colonial é o saber biomédico referente à assistência ao parto. A obstetrícia se desenvolveu baseada na ruptura histórica entre corpo e mente, assim como na separação entre o conhecimento especializado e o senso comum, constituindo o que Lander chama de *universalidade altamente excludente* (LANDER, 2005:10). Foi assim que o conhecimento obstétrico se apropriou do saber tradicional das parteiras, para logo depois bani-las da assistência ao parto (BRENES, 1991), corroborando os argumentos de Santos e Jordan sobre a hierarquia dos saberes, própria desse tipo de racionalidade.

Dentro desse paradigma modernizador ocidental, a cesariana foi se encaixando como uma alternativa rentável e racionalizada, na medida em que quase todas as variáveis relacionadas ao nascimento puderam ser controladas e mesmo agendadas. O manejo do tempo torna-se, então, previsível. Dessa forma, podemos considerar que esta alternativa padronizada

³⁴ No original: “A consequence of the legitimation of one kind of knowing as authoritative is the devaluation, often the dismissal of all other kinds of knowing. [...] The constitution of authoritative knowledge is an ongoing social process that both builds and reflects power relationships within a community of practice. It does this in such a way that all participants come to see the current social order as natural order, that is, the way things (obviously) are. The devaluation of nonauthoritative knowledge systems is a general mechanism by which hierarchical knowledge structures are generated and displayed”

do nascimento pode ser considerada como um claro representante da lógica produtivista da saúde, praticada pela medicina ocidental.

Nesse sentido, podemos argumentar que as práticas relacionadas com a assistência ao parto se constituem como um *saber autoritativo* (JORDAN, 1993; DAVIS-FLOYD; SARGENT, 1997), ressaltando que:

A arena cultural do parto serve como um microcosmo cujas relações entre o rápido progresso tecnológico e valores culturais, comportamentos normativos, organização social, relações de gênero e uma economia política podem ser claramente percebidas (DAVIS-FLOYD; SARGENT, 1997: 6).³⁵

Davis-Floyd e Sargent (1997) argumentam que o discurso médico presente nas sociedades ocidentais está fortemente marcado pela tecnomedicina. Essa última, por sua vez, objetifica o paciente, mecaniza o corpo e exalta o especialista que detém o conhecimento perito e, portanto, o único que pode opinar e intervir no processo do cuidar. Na medida em que a biomedicina se coloca como um conhecimento universalizante e normatizador, desvalorizou outros tipos de saberes relativos à cura e ao manejo da saúde. No entanto, mesmo que embase seus conhecimentos numa racionalidade cientificista, suas práticas nem sempre são baseadas em evidências científicas e, sim, em concepções hierarquizadas e altamente permeadas por preconceções pouco embasadas nos métodos científicos. Esse aspecto pode ser claramente percebido no caso brasileiro, que vive uma cirurgificação do parto, chegando a um índice nacional de 52% de cesarianas, como já referido anteriormente. Tal porcentagem não encontra justificativa plausível na produção científica sobre o tema, ou seja, não é baseada nas evidências científicas.

É mediante essas idiosincrasias do modelo hegemônico de assistência ao parto que o movimento de humanização se constrói, fazendo uma crítica interna ao próprio saber obstétrico e propondo novas práticas e relações sociais (TORNQUIST, 2004; DOSSIÊ, 2002; DINIZ, 1999).

³⁵ No original: “*The cultural arena of birth serves as a microcosm in which the relationships between rapid technological progress and cultural values, normative behaviors, social organization, gender relations, and the political economy can be clearly viewed*”.

3.2.2 A descolonialidade do parto

Se a colonialidade do pensamento está pautada numa razão única e instrumental sobre o mundo da vida, a proposta epistemológica pós-colonial foca exatamente em seu oposto – na coexistência de múltiplas racionalidades (LUZ, 2005), propiciando assim a diversidade de experiências. Sobre a crítica ao primeiro modelo, Martins afirma que:

O problema da colonialidade do saber é, logo, que a adoção de teorias e crenças teóricas eurocêntricas para a análise de distintas realidades históricas sem considerações de suas peculiaridades sociais e culturais contribui para desvalorizar as experiências dos cotidianos locais [...] A naturalização do desenvolvimentismo significa a desvalorização da experiência do fazer sabendo e o encantamento paralelo de uma crença abstrata influenciada pelo mercantilismo (MARTINS, 2011:2).

Na medida em que a razão metonímica e o *conhecimento autoritativo* engendram uma forma única de experienciar o parto, sua contrapartida pós-colonial argumenta na direção contrária, sublinhando a importância dos tempos subjetivos e das experiências individuais. Valorizando a formação de uma equipe multidisciplinar, a humanização do parto possibilita o exercício de diversas práticas integrativas resultantes de outras racionalidades médicas que, por sua vez, possuem diferentes noções de tempo.

A existência dessa proposta alternativa emerge no escopo da crise da saúde (e, por extensão, da racionalidade médica ocidental) surgida em torno da década de 70 e que traz como raiz socioeconômica o desenvolvimento do produtivismo capitalista (LUZ, 2005). O crescimento dessas medicinas alternativas pode ser considerado como uma resposta ao mal-estar coletivo, que ocasiona

[...] uma síndrome coletiva que se poderia definir como biopsíquica, com grande repercussão na saúde física e mental da força de trabalho, caracterizando-se por dores difusas, depressão, ansiedade, pânico, males na coluna vertebral etc., que atinge milhões de indivíduos das populações de quase todos os países nas grandes cidades (LUZ, 2005:148).

As alternativas emersas diante da crise da medicina ocidental inserem-se no modelo de globalização contra-hegemônica, proposto por Santos (2008). Esta ideia ressalta a importância da organização dos movimentos sociais em diferentes campos temáticos. Dentre eles, o autor fala da diversidade epistêmica do mundo, onde podemos inserir o movimento de humanização do parto e nascimento, na medida em que ele propõe uma coexistência de saberes e práticas de cuidado, como, por exemplo, a mescla entre a biomedicina e o incentivo de práticas médicas alternativas.

Neste sentido, o autor argumenta que, dentro desse contexto de globalização contra-hegemônica, os movimentos sociais buscaram criar, fora dos grandes centros produtores de conhecimento, “*uma comunidade científica internacional independente das concepções hegemônicas*” (SANTOS, 2008:94). Podemos pensar nesse mesmo sentido em relação à realidade da assistência ao parto. Jordan afirma que “*o que é mais importante do que qualquer tecnologia, entretanto, é que surjam novas comunidades de práticas*”³⁶ (JORDAN, 1993:167).

Para que tal projeto seja possível, Santos ressalta a necessidade de se estabelecer um outro tipo de racionalidade, criticando assim a *razão indolente*, que está atrelada ao pensamento hegemônico e que propicia o desperdício da experiência. Dessa forma, propõe uma *razão cosmopolita*, ancorada na sociologia das ausências e das emergências, assim como no trabalho de tradução, para chamar a atenção para as novas formas de organização social, diversas e legítimas. Para desenvolver a razão cosmopolita, é preciso mudar a relação espaço-tempo existente na contemporaneidade, valorizando as diferentes explicações do mundo e a diversidade sociocultural existente. É, por tanto, necessário expandir o presente e contrair o futuro (SANTOS, 2008).

Acreditamos que o projeto de humanização do parto e nascimento pode ser compreendido dentro desse contexto de mudança na relação espaço-tempo. Tendo como foco e marco orientador a fisiologia do parto, ele proporciona a expansão do presente, centrando-se na experiência única e pessoal de cada parturiente e, dessa forma, contrai o futuro, na medida em que repensa o conceito de linearidade temporal. Sobre a importância do conceito de tempo para o parto, McCourt afirma que “*tempo é fundamental em relação ao parto. Diz respeito tanto à reprodução social e cultural, quanto à reprodução física e [também] com as continuidades e rupturas entre gerações*” (2009:1)³⁷.

A autora ainda argumenta que o desenvolvimento da biomedicina, associado positivamente às noções de poder e progresso, foi particularmente incisivo (e algumas vezes nocivo) para a área da saúde da mulher. Tal argumentação é seguida de perto pela crítica da perspectiva monológica do pensamento ocidental feita pelos estudos feministas (DOSSIÊ, 2002; MARTIN, 2001; DINIZ, 1999; DEL PRIORE, 1997).

³⁶ No original: “*What is more important than any technology, however, is that new communities of practice arise*”.

³⁷ No original: “*Time is a fundamental theme in considering childbirth. It is concerned with social and cultural as well as physical reproduction, and with the continuities and ruptures between generations*”.

Se, dentro do paradigma biomédico o paciente é visto como um sujeito passivo, justamente porque não compartilha do conhecimento especializado, o movimento pela humanização do parto, propondo uma nova forma de assistência, baseada na transmissão horizontal do conhecimento (JORDAN, 1993), também propõe um novo sujeito, altamente marcado pela autorreflexividade. O projeto de humanização da assistência ao parto e nascimento, fundamentando suas práticas na medicina baseada em evidências, desenvolve um modelo centrado na experiência feminina, na medida em que vê o parto como algo fisiológico.

Aqui é importante ressaltar que o termo fisiológico, usado correntemente dentro do movimento de humanização do parto, não carrega o sentido referente a ser desprovido de experiências individuais, ou seja, puramente biológico. Ao contrário. Ao valorizar o aspecto fisiológico, destacam-se as inúmeras possibilidades que se tem de vivenciar tal evento. O que o movimento quer, ressaltando tal dimensão do parto, é contrapor-se à noção de patológico, fortemente arraigado no modelo hegemônico de assistência.

Neste sentido, a partir dessa visão humanizadora do parto e nascimento, a temporalidade é tida como subjetiva e a espera torna-se um dos marcos orientadores do movimento. Dessa forma, poderíamos dizer que tal projeto aponta para uma noção de sujeito reflexivo e consciente dos processos relativos ao próprio corpo. Tal sujeito é parte integrante do projeto de modernidade que Anthony Giddens, Ulrich Beck e Scott Lash desenvolveram. Para esses autores, o conceito de reflexividade é central para entendermos a sociedade atual, onde o rápido avanço da tecnologia nos leva, ao mesmo tempo, para uma relação de risco e confiança nos sistemas peritos (GIDDENS; BECK; LASH, 1995).

Giddens afirma que a reflexividade, em tempo de modernidade radicalizada, se forma através do conflito entre visões tradicionais e novas formas de organização e explicação da realidade social; ou ainda, pelo constante embate entre conhecimentos peritos e o “conhecimento aplicado em ações leigas” (GIDDENS, 1991: 51).

Se a inversão totalizadora da modernização ‘simples’ baseada nos direitos sociais do projeto iluminista é a impessoalidade do Estado burocrático de bem-estar social, então sua contrapartida reflexiva compreende que os serviços de bem estar social são uma co-produção centrada no cliente e defende um conjunto alternativo de disposições de bem-estar social que capacitam o cidadão. Em resumo, se a modernidade “simples” fornece o cenário de atomização, normalização e individualização, descritos por Foucault (1984 e 2003), então sua contrapartida reflexiva envolve a capacitação dos indivíduos (SOUZA, 2005:39).

E é exatamente essa capacitação dos sujeitos envolvidos com a assistência ao parto que a proposta de humanização persegue e propaga. Jordan argumenta que é preciso que se desenvolvam formas de transmitir e compartilhar o conhecimento de forma horizontal a fim de evitar a deslegitimação de outros tipos de saberes assim como de conhecimentos adquiridos com outras experiências prévias.

*O que nós precisamos pensar é como passar de uma situação em que o conhecimento autoritativo é distribuído hierarquicamente para uma situação em que é, por consenso, distribuído horizontalmente – ou seja, na qual todos os participantes no trabalho de parto e no nascimento contribuam para o estoque de conhecimento no qual as decisões serão tomadas*³⁸ (JORDAN, 1997: 72).

Através do resgate da fisiologia do parto e do sentido de integralidade desse evento, a humanização do parto e nascimento proporcionou uma nova configuração de redes sociais, principalmente para fins de transmissão horizontal do conhecimento (JORDAN, 1993; DAVIS-FLOYD; SARGENT, 1997), já que um dos pressupostos é que a mulher deve estar ciente e bem informada das etapas fisiológicas do parto e os eventuais procedimentos relativos a essa experiência. O movimento de humanização do parto e nascimento busca integrar diversos sujeitos envolvidos com a assistência à parturiente. É por esse caminho que se inserem diversas práticas alternativas do cuidar, principalmente no que se refere ao manejo não farmacológico da dor.

No entanto, é importante esclarecer a noção de redes sociais que estamos usando neste texto. Não se trata de utilizarmos a noção predominante e reducionista que vê as redes no seu caráter sistêmico-funcional, pois esta não consegue apreender a diversidade cultural existente. Procuramos nos aproximar da perspectiva de Alberto Melucci (apud MARTINS, 2009) que associa as redes com os movimentos sociais da sociedade civil. Sobre essa perspectiva, Martins afirma que:

Uma das referências do debate sobre novos movimentos sociais e culturais, propõe que os movimentos contemporâneos se apresentam como redes de solidariedades com fortes conotações culturais, sendo a identidade coletiva

³⁸ No original: “What we need to think about is how we can move from a situation in which authoritative knowledge is hierarchically distributed into a situation in which it is, by consensus, horizontally distributed – that is, in which all participants in the labour and birth contribute to the store of knowledge on the basis of which decisions are made”.

fornecida não por certa unidade de fins, mas por 'um produto de trocas negociações, decisões, conflitos' (2009:21).

Neste sentido, entendemos tanto as redes virtuais, como os grupos de apoio a casais grávidos dentro dessa perspectiva contra-hegemônica de redes sociais. Consideramos que tais grupos atuam como mediadores na “reconstrução” da experiência do parto, na medida em que proporcionam o contar e recontar das experiências subjetivas, assim como colaboram com a transmissão horizontal do conhecimento.

Assim, a proposta de humanização do parto e nascimento se insere dentro dos estudos pós-coloniais e contribui para a crítica ao produtivismo na saúde.

A naturalização do saber biomédico como único capaz de manejar a assistência ao parto e nascimento contribuiu para a construção de uma cultura de medo do parto, na medida em que tal conhecimento se pauta na noção do parto como algo patológico. Tal modelo engendrou silêncios e violências sociais. Porque a razão metonímica rechaça a diversidade das experiências sociais e culturais, ela mesma possibilitou a construção de um tipo de conhecimento, relativo ao cuidado, repleto de hierarquias e assimetrias relacionais.

A normatização biomédica da vida e dos corpos foi ainda mais atuante no que se refere ao universo feminino. Predominantemente marcada pela visão cartesiana e tomando como norma o corpo masculino, a medicina ocidental embasa seus conhecimentos com um forte viés de gênero, na medida em que acredita que o corpo da mulher e seus ciclos devem ser controlados, pacificados. A riqueza do desenvolvimento tecnológico, aliado a um modelo medicalocêntrico, possibilitou a desvalorização do conhecimento feminino sobre o próprio corpo, assim como levou a uma padronização (e também ao empobrecimento) da experiência, típicas da colonialidade do saber.

No entanto, podemos relacionar o movimento de humanização do parto com os estudos pós-coloniais, na medida em que tal proposta de assistência ao nascimento tem como foco a experiência da mulher e seu conhecimento acerca do próprio corpo. Baseado na premissa de que o parto é da mulher, este projeto reforça a importância do repasse de informações de forma clara e contínua, ao longo do pré-natal, como forma de enfrentamento dos diversos tipos de violência e desrespeitos cometidos contra a mulher. Assim, podemos perceber a emergência de uma nova forma de conceber o sujeito-do-parto, não mais aquele passivo e calado, próprio do

modelo biomédico e, sim, consciente e ativo, compartilhando conhecimento e responsabilidade no que tange aos cuidados de si.

Neste sentido, esta nova prática ancora-se na transmissão horizontal do saber, proporcionando uma diminuição na assimetria entre médico e parturiente. Além das informações trocadas nas consultas de pré-natal, os grupos de casais grávidos e as redes sociais desempenham um importante papel nesse compartilhamento, contribuindo para a formação e o fortalecimento de redes de apoio. E, ainda, porque a proposta de humanização do nascimento baseia-se na fisiologia do parto também contribui para uma vivência pautada na espera, sugerindo assim novas experiências e noções de temporalidade.

4 O TEMPO E O PARTO: DESACELERANDO O RITMO, DESCOLONIZANDO A EXPERIÊNCIA

*Em obstetrícia, tempo significa o perigo que os corpos femininos não gerenciados representam. Atualmente, as mulheres são ligadas pelo relógio ao invés das tiras de couro*³⁹ (SIMOND apud DOWNE & DYKES: 2009, 75)

Por que falar do tempo para discorrer sobre o parto? Ou antes: como dizer sobre o tempo? É algo palpável? Visível? Norbert Elias (1998) abre seu livro “*Sobre o tempo*” afirmando a dificuldade que temos em explicar o tempo. Mas também nos alerta para a importância em fazê-lo para que, ao examinarmos as questões relativas ao tempo, poderemos apreender muitos dos aspectos de uma sociedade e seus indivíduos. Para Elias, existe uma certa dificuldade em se compreender o tempo com seu “caráter instrumental” por conta de sua própria natureza, que seria, em certo sentido, independente da existência humana (ELIAS, 1998:9). Tal debate apresenta-se, como demonstra o autor, numa dupla faceta: o entendimento do tempo como algo objetivo, próprio do mundo natural, independente de nossas vontades; e a compreensão do tempo como subjetivo, para tecer sentido aos acontecimentos humanos, ou seja, suscetível (em sua construção de sentido) à intencionalidade. Ainda que muito distantes, ambas as perspectivas consideram o tempo como um dado natural. É sobre esse aspecto que reside a crítica do sociólogo alemão. O conceito de tempo, ou a experiência do tempo, é construído, para Elias, como um processo e não uma cópia do fluxo temporal. A existência de várias formas de contagem do tempo, de vários calendários, atesta sob esse aspecto. O devir se estrutura a partir de organizações sociais compartilhadas e que dão sentido ao estar no mundo através, inclusive, da autodisciplina – referente à obediência, com maior ou menor força, aos calendários. Foucault nos fala da medicina como poder disciplinar, como técnica de controle, que tem como características básicas a organização espacial, o controle do tempo e o aspecto da vigilância (FOUCAULT, 2011). Esses aspectos podem ser claramente percebidos na forma como se estrutura a assistência obstétrica no Brasil.

³⁹ No original: “in obstetrics, time signifies the danger of unmanaged women’s bodies represent. Now, women are bound by the clock rather than leather straps”

No paradigma da biomedicina, contamos em semanas ou meses o tempo gestacional. Dividimos em trimestres. Falamos em período ou data provável do parto. Marca-se data e hora certa para o nascimento. Esquadrinhamos as fases do trabalho de parto, quando esse tem a possibilidade de ocorrer. Cronometramos a duração de cada uma dessas fases. Se algo sai do cronograma, medicaliza-se a mulher. Acelera-se o desenrolar da parturição. Um tempo padronizado. Uma experiência padronizada. Essa poderia ser, em certa medida, uma descrição rápida sobre como a instituição social da medicina moderna estrutura e dá sentido ao parto, disciplinando o corpo da mulher a partir de um saber masculino, que patologiza o feminino (MARTIN, 2001). Alguns dispositivos foram elaborados para reforçar o poder da instituição obstétrica, no que diz respeito ao cumprimento de seu calendário próprio e padronizado: modelos de partograma⁴⁰, utilização rotineira de ocitocina, fórceps, manobra de Kristeller. Todos esses dispositivos só se tornaram possíveis com o reforço da instituição hospitalar como local de parto.

Para o movimento de humanização do parto e do nascimento, essa contagem não precisa ser feita de forma rígida. Alguns marcos temporais são ressignificados, como por exemplo, a hora de ir ao hospital. Para o paradigma da humanização, o tempo de um parto vai depender da mulher, de seus desejos e anseios, porque o parto não se desenrola apenas no corpo biológico, mas no psíquico também. Essa abertura para outras formas de vivência do tempo são, a meu ver, uma ampliação da própria experiência de parturição, que se desenrola de forma mais íntima, mais subjetiva e menos apressada.

4.1 O tempo como repertório cultural do parto

Falar da relação entre tempo e parto é algo, talvez, até óbvio demais – a espera pelo nascimento da criança é o horizonte mais evidente de uma gestação. Não por isso torna-se menos ambíguo. Nos dias atuais, a contagem do tempo gestacional é algo do senso comum. Sabemos com mais exatidão, através da medicina e da obstetrícia, que uma gestação deve durar entre 38 e 42 semanas, tendo como data provável o aniversário da quadragésima semana⁴¹. Essa

⁴⁰ Documento que constrói uma representação gráfica da evolução do trabalho de parto. Ele é utilizado para avaliar a progressão do trabalho de parto e os momentos das chamadas “linhas de ação”, ou seja, orienta na tomada de decisão pela equipe médica. Esse aspecto será melhor discutido mais adiante no texto.

⁴¹ Mas é preciso frisar que a contagem do tempo gestacional não é feita da mesma forma em todas as sociedades. É comum, em comunidades culturalmente menos diferenciadas, uma contagem lunar, que nos dá uma outra noção de vivência temporal da gestação. Os saberes tradicionais das parteiras também realizam contagens diversas, observando o corpo feminino, a posição do bebê, o tamanho da barriga. Esses marcos temporais funcionam menos para saber o estágio exato do desenvolvimento gestacional, e mais para a percepção de que a hora do parto se aproxima. Outro aspecto interessante é saber que a própria medicina também já realizou revisões na contagem do tempo de uma gravidez. Era comum (e ainda o é na população não-perita) dizer que a

“data provável” funciona de formas distintas em nossa sociedade, podendo ser tida como um horizonte de expectativa, ou seja, é tomada como o período provável de nascimento, com margens de dias para mais e para menos, contribuindo para ajustar as condutas médicas na assistência obstétrica, sinalizando para a possibilidade da espera pelos sinais fisiológicos da hora do nascimento. Por outro lado, poderíamos dizer que o limite da quadragésima semana parece funcionar, para muitos profissionais de saúde baseados na obstetrícia hegemônica, como a fronteira entre a possibilidade de ordenamento e o perigo do caos, atuando como a data limite para esperar pelo nascimento de uma criança. Essa segunda forma de conduta se desenrola de forma mais normativa e intervencionista e é ancorada nessa perspectiva que a maioria das cesáreas eletivas são justificadas, “para não passar da hora”, para “não correr o risco de não dar tempo para o médico chegar no hospital” (notas de campo, 2014).⁴²

A medicina contemporânea e a forma como maneja o tempo na assistência obstétrica consolida uma forma de experienciar os eventos da gestação e do parto, tecendo narrativas e sedimentando um repertório cultural que justifica a aceleração da experiência através da ritualística *hospitalocêntrica*.

Esse elemento foi bastante observado no momento das aulas teóricas que assisti – a construção de uma ritualística de procedimentos no parto instrumentalizado como uma forma de ordenamento social de um evento visto como caótico. Essa é a perspectiva construída pela antropóloga norte americana Robbie Davis-Floyd (2003), que, considerando o parto um rito de passagem, a autora argumenta que toda sociedade constrói seus próprios repertórios ritualísticos em torno de seu manejo. E esse elemento ritualístico não está ausente das sociedades industrializadas e desenvolvidas. Para a antropóloga, a medicina hegemônica faria parte do que ela chama de modelo tecnocrático, centrado na figura do médico e da instituição hospitalar. Os protocolos e procedimentos padrão seriam então parte do ritual mais tecnicista, atuando como

gestação dura nove meses. Ora, nem todos os meses têm a mesma quantidade de semanas, o que poderia ocasionar erros de cálculo. Assim, optou-se, no meio médico, por fazer uma contagem baseada em semanas. Mas, ainda assim, essa contagem é pouco precisa, já que não se consegue saber o momento exato da concepção. Novamente, foi preciso estabelecer um marco inicial – que no caso da obstetrícia moderna foi o de contar a partir do dia da última menstruação. Ainda que essa solução não erradique a possibilidade de erros no cálculo gestacional, é a adotada como padrão (associando-se a altura do fundo uterino).

⁴² Circulam na internet diversas listas com as mais variadas justificativas para o agendamento de uma cesariana. Muitas delas estão relacionadas a problemas de manejo com o tempo. Alguns sinalizam para uma patologização da gestação – “o bebê pode passar do tempo” é um bom exemplo disso, sinalizando para uma defectibilidade do corpo feminino em gestar. Outras justificativas se dão pela dificuldade de manejo do tempo do profissional de saúde, que tem “férias agendadas”, “viagem marcada”, “não sai de casa à noite” etc. Percebe-se que, na maioria das vezes, o ator central das decisões é o médico obstetra e não a parturiente. Uma das listas mais conhecidas encontra-se neste site <<http://estudamelania.blogspot.com.br/2012/08/indicacoes-reais-e-ficticias-de.html>> Acesso em jan. 2015

forma de ordenamento das ações do corpo médico. Um dos procedimentos utilizados para exemplificar esse aspecto seria a ordem de puxos prolongados, que funcionariam, segundo Roger, mais “*como um mantra para acalmar o profissional*” e menos como algo que as mulheres desejam. A utilização das batas, a despersonalização das pacientes são elementos que também funcionariam para a “*manutenção da posição social, do prestígio e poder dos médicos*” (notas de campo, dez. 2013).

Assim também pode-se considerar a fixação com a data provável do parto como um dos elementos da ritualística do parto biomédico que, centrado na técnica e no uso rotineiro de exames de imagens, criam regimes antecipatórios em torno da gestação, justificando assim as intervenções em nome de futuros imaginados (SÄNGER, 2014).

Acontece que, segundo as próprias estatísticas da obstetrícia, menos de 5% dos partos acontecem na data provável e, muito em função disso, passou a ser chamada, em tom anedótico entre os adeptos da humanização, de “data improvável” (notas de campo, 2014). Ainda que improvável, esse dia fronteiro continua a marcar o calendário das gestantes. A espera pelo nascimento do bebê parece ansiar não apenas a futura mãe ou futuro pai. Pessoas próximas (ou nem tanto) continuam a perguntar pelo dia do nascimento – “está marcado para quando ” é talvez a pergunta que as mulheres grávidas mais escutem ao fim de suas gestações. E essa interpelação nos fala muito de como compreendemos o modelo de assistência obstétrica – o controle linear e previsível da gestação.

A relação que o manejo do tempo foi construindo com o modelo biomédico de assistência ao parto foi reforçada ao longo do século XX, especialmente após a década de 1950, quando as induções medicamentosas e a cesariana foram se instaurando como possibilidades padrão. Considero que esse seja um dos aspectos coloniais do sistema médico-obstétrico: a construção de um monopólio das formas padronizadas de experiências de parturição, através, inclusive, do controle do tempo da experiência. Esse seria um dos elementos que Santos (2008) chama de empobrecimento da experiência, que silencia outras possibilidades de vivência do parto, por exemplo.

Esse parece ser um dos questionamentos centrais para o MHPN – o manejo do tempo na experiência da gestação, parto e pós-parto. O movimento elabora uma crítica à cultura de parto hegemônica, que apressa, que padroniza. Logo no início da entrevista pós-parto com Sara, o primeiro aspecto que ela abordou foi a dificuldade que enfrentou por ter escolhido esperar o trabalho de parto espontâneo de sua filha, que nasceu com 41 semanas e 6 dias – ou seja, no espaço fronteiro, estabelecido pela biomedicina, entre a normalidade e o caos.

Mas foi muita pressão viu? Para essa mulher nascer, com 41 semanas (...) todos os dias era, era uma pressão que vinha de várias partes. Vinha das avós, dos amigos, mesmo que indiretamente não querendo pressionar, mas ficava aquela cobrança: “essa menina vai nascer, não é?” Quem estava mais tranquila era eu e o pai assim, né? Ele ficava de boa, ele ia na minha onda né? Como eu queria esperar... mas foi punk! Assim né? Por que é um momento que você quer ficar na maior tranquilidade e fica todo mundo em cima de você cobrando. E eu “caramba esse negócio de modelo de parto é uma coisa muito foda né?!”. Porque você praticamente é forçada a perder sua autonomia, sua vontade de respeitar o tempo (Sara, dez. 2014).

Esse relato não é, de modo algum, raro. Ao contrário, muitas mulheres que decidem esperar pela *hora do bebê*, pelo início espontâneo do trabalho de parto, relatam as pressões sofridas por diversas pessoas de seu ciclo social, inclusive ameaças de marcar cirurgia para a parturiente, caso ela insista pela opção do parto domiciliar. Esse foi o caso de Simone, que conta que passou toda a gestação ouvindo do sogro que ela era louca por ter escolhido parto domiciliar e que ele tinha um obstetra amigo dele que poderia marcar a cirurgia para “salvar o neto”⁴³. Para além do óbvio estresse gerado por tais posicionamentos contrários e mesmo desrespeitosos relativos às escolhas da gestante, existem estratégias de resistência que são compartilhadas entre as mulheres que frequentam os grupos (presenciais ou virtuais). Elas compartilham experiências e relatam, como forma de ajudar as demais, o que fazem para diminuir ou escapar dessas situações. Uma dessas estratégias é mentir sobre a idade gestacional, projetando a data do parto para depois do período provável, dando a possibilidade de adiar a pressão social pelo nascimento. Há também o fato de que elas escolhem não publicizar a escolha pelo parto normal humanizado – seja ele hospitalar ou domiciliar (notas de campo, 2014). Um outra, adotada por Simone, por exemplo, foi não avisar ao sogro quando ela entrasse em trabalho de parto. Simone ainda conta que, assim como Sara, ouviu muitas vezes a pergunta sobre a data do nascimento. E simula um dos diálogos que teve ao longo de sua gestação:

- *As pessoas que perguntam:*
- *e aí, vai ser quando o parto?*
- *quando Jesus quiser!*
- *Como assim? Tu não marcasse não?*
- Eu disse - não, não vai ser cesariana não.*
- *Como assim?*
- *Porque vai ser normal*
- *Tu vai fazer normal? Tu é doida?*
- *Não! (Simone, jul.2015).*

⁴³ É preciso lembrar que um dos casos mais emblemático sobre a perda de autonomia e a impossibilidade de decisão sobre o próprio corpo na experiência de parturição aconteceu em Torres (RS), no dia 1º de abril de 2014, com Adélir Goes, de 29 anos. Ela foi arrancada de casa por policiais que portavam uma ordem judicial que a obrigava a ter uma cesariana. Pessoas e organizações ligadas ao movimento de humanização fizeram várias mobilizações em repúdio ao caso, chamando a atenção para a violência com que se tratou Adélir. Voltarei a falar deste caso no capítulo 6.

Sara também comenta a dificuldade que as pessoas têm em compreender as escolhas que são tidas como diferentes ou contra hegemônicas:

É, hoje em dia, a espera do parto tá muito vista como uma forma... É como se as pessoas quisessem enxergar, como se o melhor lugar pra parir fosse no hospital né?! Muitas pessoas olham e estranham quando a gente fala que vai ter o parto diferente. Que vai ter um parto em casa ou que vai ter em outro lugar que não é o hospital. Então pra muitas pessoas isso ainda é loucura (Sara, dez. 2014).

Ora, como saber, quando uma criança vai nascer? Tamanho estranhamento e a permanência do questionamento de forma recorrente em nossa sociedade se justifica, talvez, pela alta taxa de cesariana que temos no Brasil, onde mais da metade dos bebês nascem por cesariana, chegando a mais de 80% no sistema privado de saúde⁴⁴. Dentre esse segmento da sociedade, em sua grande maioria concentrada na classe média, é comum e da ordem do dia sabermos quando, exatamente, o nascimento ocorrerá, pelo que a cirurgia eletiva é uma modalidade comum na prática obstétrica. Essa forma de experienciar o parto está pautado marcadamente pela lógica industrial e do tempo linear do relógio. Por outro lado, o MHPN vem contribuindo para a construção de experiências dissidentes de parto, propondo, inclusive, uma mudança na percepção do tempo. Tal alternativa sinaliza para diversas transformações no paradigma da assistência obstétrica, que por sua vez, está ancorada na experiência colonial de modernidade e da sociedade industrial. Esse arcabouço contribui para a construção de uma cultura de parto centrada no médico, mediada pela tecnologia e que patologiza o corpo feminino, fazendo com que muitas experiências de parto sejam, por vezes, violentas, insatisfatórias e desrespeitosas.

Visto como um rito de passagem ou como um “*momento pivotal*” (notas de campo, 2014), a vivência e/ou percepção do tempo na experiência do gestar e parir não envolve apenas às mulheres, mas diversos atores na cena. Estamos aqui falando das expectativas sociais (familiares, amigos etc.) que se constroem em torno da gestante; dos profissionais de saúde que estruturam suas práticas e atitudes; das instituições hospitalares (ou que prestam assistência obstétrica) que organizam os espaços para a experiência de uma forma que possibilite ou não uma vivência mais individualizada ou a vigilância em massa; a própria gestante, que elabora seus horizontes de expectativas e seus espaços de experiência (Koselleck, 2006) de acordo com o repertório cultural a que tem acesso. É nesse sentido, que Koselleck afirma que:

⁴⁴ Ver:< <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/22946-ministerio-lanca-protocolo-com-diretrizes-para-parto-cesariana>> Acesso em fev. 2015

A experiência é o passado atual, aquele no qual acontecimentos foram incorporados e podem ser lembrados. Na experiência se fundem tanto a elaboração racional quanto as formas inconscientes de comportamento, que não estão mais, ou que não precisam mais estar presentes no conhecimento (KOSELLECK, 2006: 309)

A experiência, que só pode ser contada quando transformada em passado, toma corpo, no paradigma da humanização, na figura dos relatos de parto, que são ferramentas, em certo sentido políticas, que contribuem para construir imaginários mais diversos (MULLER & PIMENTEL, 2013) e, em certa medida dissidentes, apontando assim para uma tentativa de quebra com o tabu do parto existente em nossa sociedade (MULLER et al, 2015) e com a posição subalterna que a mulher ocupa nas histórias e imagens modernas de parto.

Por outro lado, o horizonte de expectativas, aquele da esperança, do porvir, se materializa através do plano de parto. Uma construção muito encorajada pelo MHPN, é nele que as mulheres expressam seus desejos, vontades e expectativas em relação ao parto. É também onde se definem os espaços de ação de cada ator envolvido na cena do parto, quais as atribuições de cada membro da equipe escolhida pela parturiente, qual o tempo da disponibilidade pela espera. Uma construção subjetiva, o plano de parto é o documento/atestado da potencialidade e dos desejos de cada mulher. Ainda que o horizonte de expectativas – ou o plano de parto – esteja focado num tempo vindouro, ele se origina e toma materialidade no presente.

(...) também ela é ao mesmo tempo ligada à pessoa e ao interpessoal, também a expectativa se realiza no hoje, é futuro presente, voltado para o ainda-não, para o não experimentado, para o que apenas pode ser previsto. Esperança e medo, desejo e vontade, a inquietude, mas também a análise racional, a visão receptiva ou a curiosidade fazem parte da expectativa e a constituem (KOSELLECK, 2006: 310)

Para esse novo paradigma, o ideal é que o plano de parto seja construído baseado nas evidências científicas – um dos pilares desse movimento da humanização – inclusive para que a questão da corresponsabilidade se estabeleça de forma mais estruturada. E a construção do plano exige tempo – para ir em busca de informação, para escrever, planejar, organizar. E muitos profissionais exigem a construção do plano, como é o caso de Joana, ou recomenda, como no caso de Hana.

Hoje eu não atendo sem o plano de parto, né. Não posso atender sem o plano de parto, eu me nego se a mulher não fizer plano de parto. Porque o Plano de parto traduz todas as vontades dela né (...)Plano de parto é fundamental pra que a mulher defina o que é que ela quer. Porque quando ela escreve, ela tá traduzindo ali seus desejos, suas vontades, que ela leu, que ela estudou, o que é que tá de acordo com o parceiro ou não, né. Então, é pra muito além de

colocar só o desejo, mas a confirmação de que ela realmente buscou aquele conhecimento [...]E se algum momento ela tá com seu plano de parto e se tão faltando alguns itens, a gente faz ela estudar, ela reler, ela lembrar né (Joana, ago. 2015).

Eu indico para todas as gestantes, independente do local de parto, que a gente construa o plano do parto, eu oriento essa construção, mas também eu deixo muito à vontade a mulher pra tomar as próprias decisões. Eu vou orientando só pra nortear. Mas quem prepara são elas e eu acho fundamental. Principalmente se é um parto hospitalar, pra que a mulher, de alguma maneira, se resguarde. Ainda que nem sempre, o plano de parto é obedecido pelos profissionais. Mas alguma coisa a gente consegue salvar, um procedimento ou outro. E isso traz também uma consciência, pro casal, do que eles querem para aquele momento. Durante essa construção chega um pouco mais essa consciência (Hana, jan. 2014).

Ainda que os profissionais ressaltem a escrita do documento, como uma forma da mulher se empoderar e se conectar com a experiência de parturição de uma forma mais consciente e reflexiva, planejada, tal recomendação não é seguida à risca por todas as mulheres que frequentaram as rodas do grupo de gestante que observei. Entre as mulheres que entrevistei, nem todas construíram seus planos de parto. Flávia, por exemplo, acreditava que o plano de parto seria necessário apenas para o parto domiciliar. Para ela, não adiantava construir o plano de parto para ir para o hospital, já que ela compreendia que, uma vez admitida na instituição hospitalar, ela não teria nenhuma possibilidade de escolha ou decisão, inclusive porque sabe que o médico tem muitas outras pacientes para atender. Quando perguntada se achava que teria condições, pela experiência das rodas de gestante, de contradizer alguma indicação da equipe médica, ela responde:

Acho que não! Até porque não vai ter só eu pra fazer. Vai ter mais gente esperando. Em casa não, só teria eu, então o tempo é meu. Isso aí eu peguei bem no grupo, por isso que eu queria ter aqui. Mas no hospital de jeito nenhum. Eu tô ali praticamente pra fazer o que eles querem e não o que eu quero (Flávia, fev. 2015).

Vemos então que o horizonte construído por Flávia foi bastante reduzido, no que diz respeito à vivência de seu próprio tempo, devido apenas ao local de parto ser o hospital. Ela reconhece que não tem poder decisório na cena hospitalar, que não é dona do próprio tempo. Por outro lado, algumas mulheres se preparam bastante para a construção do plano de parto, porque compreendiam que a escrita demandava um tempo de dedicação diferente, como no caso de Sara:

Plano de parto pra mim, eu vi que não era uma coisa que, que merecia ser escrita assim, em meio à confusão do dia a dia, correria do trabalho. Então, era uma coisa que ia ter que colocar muito de mim ali né, daquilo que eu iria querer para o parto [...]então como não é um momento qualquer, mas é sobre

o nascimento do seu filho e o seu renascimento também né, como mulher. [...] Então quando eu relaxar essa semana, eu vou ficar mais, vou estar mais, com mais tempo para escrever. Com mais tempo, no sentido é... um tempo com maior qualidade, pra poder escrever. Porque escrever, assim, pensando sobre ele (Sara, dez. 2014).

Acredito que podemos entender os dois conceitos utilizados pelo historiador Koselleck – horizonte de expectativas e espaço de experiências – para o novo paradigma de parturição. Em termos socioantropológicos, entendo que tais conceitos podem nos informar, em grande medida, as condições de possibilidade de formação de novas subjetividades e experiências de parto. Neste sentido, é possível afirmar que o MHPN se constitui como um novo horizonte de expectativas que oferece as condições de possibilidade para novos espaços de experiência de parir e uma outra cultura de parto.

É possível assim admitir que, no Brasil, existem e estão em disputa, pelo menos dois horizontes de expectativas sobre a parturição: o humanizado, propondo uma desaceleração da experiência e uma maior horizontalidade nas hierarquias (DAVIS-FLOYD, 1997) e a obstetrícia moderna, centrada no médico, no hospital e no tempo industrial, maquínico (MARTIN, 2001).

Foi a partir da insatisfação de uma parcela considerável das mulheres, que o modelo obstétrico moderno começou a ser questionado, sob a perspectiva de que elas não tinham seu tempo respeitado, suas vontades ouvidas. Foi a tensão entre visões distintas do que seria uma boa experiência de parto (e suas práticas profissionais relativas à atenção ao parto) que fez emergir um novo paradigma de parto, que soubesse esperar, respeitar, acolher. Assim, desejo, expectativa, anseios, unem-se aos relatos de parto, conformando um novo paradigma de assistência obstétrica, assim como uma nova cultura de parto.

Percebe-se assim, que o elemento do planejamento está muito presente dentro do paradigma da humanização. Um planejamento que está associado ao empoderamento, à possibilidade de tomada de decisão, na mesma medida em que também aponta para uma outra temporalidade, mais desacelerada. Uma possibilidade, na junção entre expectativa e experiência, de expandir o presente e que, ao invés de padronizá-las, multiplica as experiências através de uma conduta expectante.

Dentro desse paradigma... você tá cuidando, você tá atendendo, cuidando de uma mulher e um bebê. E aí esse binômio mãe e bebê, eles têm um tempo que é só deles, né? Então tem mulher que tá pronta pra parir com 38 semanas e tem mulher vai estar pronta com 42. E se você botar dentro do sistema, todo mundo vai parir com 39, aquela que dava pra esperar até 42 vai ser induzida ou vai ser operada. Se a gente dá uma atenção focada no indivíduo, você pode

esperar. Você vai saber que aquela mulher vai precisar de mais tempo pra ter o bebê (Malu, fev. 2014).

Eu só entendo a humanização com esse respeito, com evidência e com a visão holística, não tem como. Precisa, porque cada mulher é uma, ela não vai ter a receitinha do bolo dela certinha (Joana, ago. 2015).

Então o parto humanizado ainda é essa perspectiva de saber que eu vou ter aquele meu momento de forma muito respeitosa, que meu corpo não vai ser invadido, desnecessariamente (Sara, dez. 2014).

Existe, no ideário humanizado, um realinhamento ou uma inflexão do tempo, que não obedece apenas ao tempo linear do relógio. O respeito aos tempos subjetivos, às experiências individuais são elementos centrais que são associados à não-violência, à empatia, ao acolhimento, a uma nova forma de gestar a assistência obstétrica. Contudo, essa nova relação com os tempos diversos do gestar e parir não são tecidos de forma tranquila e sem embate. Ao longo das observações no curso teórico, umas das questões mais trazidas pelas alunas se referia aos entraves sociais e culturais que precisavam enfrentar. A principal dessas críticas dizia respeito aos protocolos rígidos das instituições hospitalares, que não estavam em compasso com os saberes e práticas da humanização. Elas também afirmaram que sentiam pressões da família da parturiente, dos colegas de profissão, do contexto social. Para uma das professoras dos módulos teóricos, um dos problemas refere-se ao fato de que “*existe um descompasso entre os valores vigentes da sociedade sobre o parto e os valores da humanização*” e que existe uma “*falta de questionamento da norma*” (notas de campo, jan. 2014).

Essa falta de questionamento não seria apenas das gestantes ou de pessoas leigas nos assuntos da medicina. A reprodução de procedimentos sem embasamento científico, por parte dos profissionais que prestam atendimento obstétrico foi apontada inúmeras vezes nas aulas teóricas. Um dos profissionais chega a afirmar que estamos vivendo uma “*medicina baseada em mitologias*” e que “*a reprodução de protocolos de rotina não precisa de justificativa racional para continuar existindo*” porque esse procedimento ritualístico – dos protocolos – constrói um senso de ordem social que contribui para a manutenção das relações de poder existente entre médico e paciente (notas de campo, dez. 2013).

Tais argumentos também são encontrados em diversos estudos sobre parto. Davis-Floyd caracterizou vários paradigmas de assistência obstétrica. Eles podem reforçar saberes e poderes altamente hierarquizados, como no caso do modelo tecnocrático, em que o ordenamento do parto se dá pelo controle rígido do tempo. Ou podem reavivar valores culturais centrais para cada experiência, no caso do paradigma holístico (DAVIS-FLOYD, 2001). Jordan

também argumenta que a forma como cada sociedade estrutura seus sistemas de atenção e cuidado contribui para o reforço ou não do conhecimento autoritativo e o manejo do tempo de forma mais ou menos hierárquica. A autora também evidencia a importância de se considerar o parto não só como um evento biológico, mas também os seus aspectos culturais e sociais, afirmando que “*o parto é um evento biossocial que sugere e reconhece que a biologia humana é, ao mesmo tempo, imbuída de uma função biológica universal e uma matriz social que é culturalmente específica*” (JORDAN, 1993:3).

Reconhecer o elemento da cultura na conformação dos modelos assistenciais em relação ao parto seria, a meu ver, uma possibilidade de ampliar a experiência e contribuir para uma eventual desaceleração da mesma, conformando novas comunidades de prática e um outro repertório cultural.

4.2 Desacelerando o parto – multiplicando as experiências

A questão do manejo do tempo do trabalho de parto adquire nuances muito distintas nos diversos modelos de assistência. A medicina hegemônica pensa o parto como algo que *acontece* com a mulher ao invés de algo que a mulher *faça*. (ROTHMAN, 2006). E foi nesse caminho que se construiu a ideia de *manejo ativo* do trabalho de parto, justificando a intervenção médica. Para Rothman, a primeira grande mudança, na direção desse manejo ativo, aconteceu em 1968, em Dublin, com a introdução rotineira da ocitocina nos partos hospitalares, garantido controle do tempo de trabalho de parto pela equipe médica. O segundo momento significativo do controle médico se deu pela adoção do partograma de Friedman, que começa a separar as fases do trabalho de parto e estabelecer o tempo médio de cada fase. Foi assim que, segundo a autora, ficou estabelecida uma conexão entre a normalidade estatística (a média de tempo) e a normalidade fisiológica do desenrolar dos partos, ficando assim justificada toda intervenção médica que vise normalizar esse tempo.

Uma vez que a conexão falsa e enganosa é feita entre anormalidades estatísticas e anormalidades fisiológicas, a porta é aberta para tratamento médico. Trabalhos de parto estatisticamente anormais são tratados medicamente (ROTHMAN, 2006:63)⁴⁵.

⁴⁵ No original: “Once the false and misleading connection is made between statistical abnormality and physiological abnormality, the door is opened for medical treatment. Statistically abnormal labors are medically treated”

Nesse paradigma de assistência, os médicos são os principais sujeitos de ação. São eles quem decidem quando o trabalho de parto começou, qual a hora de intervir e quando o parto deve terminar. Esse também é um elemento trazido por Jordan, em seu estudo comparativo sobre o parto. Para ela “checar o colo uterino da mulher e decidir se ela pode ou não começar a fazer força são deveres reservados exclusivamente ao médico”⁴⁶ (JORDAN, 1993:167). Não foi à toa que, nessa lógica do manejo ativo, criou-se a ideia de que é o médico quem *faz* o parto.

Esse é um dos posicionamentos em franca oposição à medicina hegemônica que a humanização do parto elabora. Nesse paradigma existe uma inversão semântica que afirma que quem *faz* o parto é a mulher, os profissionais prestam assistência baseando-se mais na conduta atenta e expectante. Esse elemento será um dos fios condutores para o argumento de que a experiência de parto humanizado pode proporcionar um empoderamento feminino. Há uma inversão entre quem pode ou deve esperar. No paradigma da humanização é a mulher quem *faz* o médico esperar.

Que é o tempo que tu tens que esperar... que é o momento de aguentar essas dificuldades e os tempos específicos daquela criança, assim como a gente tem que aguentar os tempos específicos do parto. Então para todos esses processos, o parto é um capacitador (Roger, dez. 2013).

No modelo baseado nas obstetrias (*midwifery model*) o entendimento sobre a progressão do trabalho de parto ganha contornos menos fixos. O tempo aproxima-se mais da noção cíclica, em que a experiência e o progresso do parto podem ir e vir no tempo (MCCOURT, 2009). É comum que parteiras, enfermeiras obstetras e obstetrias que atendem partos domiciliares ou em centros de parto normal, explicitem experiências em que as mulheres, quando desconfortáveis ou sem suporte contínuo, por exemplo, retrocederam no trabalho de parto. Nesse sistema de atenção, cada parto é considerado único e existe uma compreensão mais centrada na mulher (ROTHMAN, 2006).

Durante o período de observação, tanto no curso teórico quanto nas rodas de gestante, assim como nos momentos de entrevista, alguns argumentos apareceram de forma recorrente. Um deles refere-se ao elemento da espera. Aqui ela não estaria ligada ao desleixo, à falta de cuidado, ao contrário. A espera se delineia como um elemento de respeito e atenção focada no sujeito, como bem argumenta Hana, que afirma que a conduta expectante “*é você respeitar.*

⁴⁶ No original: “checking the woman’s cervix and deciding whether she can push are duties reserved only for the physician”

Respeitar os tempos da mãe, do bebê... respeitar o processo como ele se apresenta” (jan. 2014).

Malu também sublinha a importância da atenção focada na espera, de forma ativa e atenta.

Você vai esperar a até 42, mas você vai dar atenção ao neném, você não vai abandonar a mulher. Você vai tomar providências, vai pedir ultrassom, pra ver se tá tudo bem... Tem mulher que tem parto de duas horas, tem mulher que tem parto de dois dias né?! (Malu, fev. 2014).

Esse reconhecimento das diferentes possibilidades de desenrolar do trabalho de parto ressalta uma compreensão ampliada do parto como evento biopsicossocial. Esse entendimento só é possível quando também se permite que o tempo seja esticado, que o presente seja dilatado, moldando-se às experiências subjetivas.

Esse talvez seja um dos motivos para a dificuldade de aceitação da proposta humanizada – o elemento de desaceleração da experiência de parturição. Uma mulher pode passar dias em trabalho de parto e isso implica, dentre outras coisas, o afastamento das “funções produtivas”, do mundo do trabalho. Seria um tempo gasto com algo que não traz retorno financeiro. O enriquecimento da experiência de parto não seria condizente com a noção de tempo que é compartilhada socialmente nas sociedades contemporâneas e capitalistas. “Por que sofrer tanto? Para que esperar todo esse tempo?” são frases costumeiramente ditas às mulheres que ocasionalmente falam abertamente de suas escolhas pelo parto normal.

Haveria assim, na atualidade, uma sensação de estar pressionada pelo tempo, de ir mais rápido, de encurtar as horas, de contrair o presente. Essas são pistas para, talvez, compreender melhor o crescente aumento das taxas de cesarianas. Ao serem questionadas sobre a realidade atual do parto no Brasil, as mulheres entrevistadas também ressaltaram esses aspectos.

Mas, assim, acho que as pessoas hoje procuram cada vez mais isso: facilidades, não é nem agilidade que agilidade é uma coisa boa, mas assim, é tudo muito na luz instantânea e o trabalho de parto é uma coisa que demora. Então o médico não quer demorar, o médico que o tempo dele, quer tirar, fez, tchau! Muita mulher também quer isso, ela não quer passar por um processo que tem que esperar. Imagina você esperar da segunda de madrugada até a sexta-feira para poder nascer? Então as pessoas não têm paciência, não têm! (Simone, jul. 2015)

Eu creio que, é, é a questão da agilidade, né? Do pessoal querer logo liberar o leito, aí já faz cesariana porque tem muita mulher esperando né? Muita mulher gestante aí tem que liberar o leito aí faz logo a cesariana, pela questão de ser mais rápido, de não ter paciência de esperar a mulher passar por aquele processo todo, e... e ter normal, aí já vai logo pra cesariana (Maria, jan. 2015)

Atualmente a visão das mulheres atuais, modernas, elas não querem passar por esse processo. Eu acho que é a questão do tempo... é o tempo... é a dor...

é o desgaste. Ela não quer ter desgaste, ela quer chegar, ter e pronto. Quer chegar, ter e acabou a história (Judith, dez. 2014)

A cesárea e os partos induzidos rotineiramente conseguem racionalizar melhor o uso do tempo institucional. Todavia, empobrece a experiência subjetiva porque padroniza, em regras rígidas, a tessitura de um rito de passagem tão complexo como é o parto. Uma das “dicas” que se propaga no meio da humanização é “esperar o máximo de tempo em casa. Chegar no hospital já perto de parir” (notas de campo, 2014).

Essa sugestão vem como um meio termo para quem não quer um parto domiciliar (que obedeceria a outra lógica temporal, mais cíclica, mais próxima do desenrolar fisiológico do parto), mas quer ter seu tempo respeitado. Sabe-se, dentre os adeptos dessa proposta, que quanto mais cedo a mulher for para o hospital, maior é a probabilidade de sofrer intervenções desnecessárias (na maioria das vezes para acelerar o trabalho de parto), violência obstétrica (com forte componente machista) ou mesmo terminar numa cesariana indesejada (que também pode se configurar como uma violência). Na maior parte das vezes a cirurgia é justificada pela ausência de dilatação (defectibilidade do corpo feminino), argumento que é desconstruído nesse novo paradigma. Dentro da proposta humanizada, argumenta-se que a grande maioria das mulheres tem o “poder” de dilatar, mas para isso precisa ser deixada em sua privacidade e ter seu tempo respeitado (notas de campo, 2014). Acontece que, desse modo, a dilatação pode levar mais tempo do que os médicos ou a instituição têm disponíveis⁴⁷. E esses elementos da aceleração do parto e da indisponibilidade dos obstetras foram encontrados nas falas das mulheres que entrevistei.

Eu acho que quem tá ali tá muito preocupado em terminar aquele trabalho, porque vai ter outras mulheres esperando, então eles querem desocupar leito, eles querem desocupar a equipe. Eles não estão preocupados se o bebê ainda não tá, se a mulher ainda não dilatou, acelera esse processo. Então eu vi, na possibilidade de ter um parto em casa, o respeito muito ao meu corpo, e ao tempo do meu bebê. Porque tem mulheres que, sei lá, levam 12 horas de trabalho de parto, tem mulheres que levam mais de dois dias e isso é respeitado. Porque cada história, cada corpo, cada bebê é diferente. No hospital eles não respeitam isso. Eles estabelecem um tempo limite né?! ‘Ah, deu, já tá tempo demais, então vamos acelerar isso aí!’ (Sara, dez. 2014).

⁴⁷ E sobre esse argumento é preciso ressaltar que não estou supondo um maquiavelismo sádico e consciente. Sabemos dos problemas que o SUS enfrenta em termos de superlotação, por exemplo. Porém essa realidade é também sentida nos hospitais privados. Contudo, a estrutura que organiza os leitos está montada sob a ótica das cesarianas agendadas (nos hospitais privados), sem disponibilizar vagas para possíveis partos espontâneos, construindo um ciclo vicioso que se retroalimenta.

Pra acelerar porque é (...) os médicos não querem esperar, os procedimentos, a conclusão do parto, então fazem isso pra acelerar. Não precisa toda mulher tem dilatação (Marido de Judith, dez. 2014).

Nessa lógica temporal das instituições, que obedecem ao ritmo capitalista, desacelerar significa produzir menos, perder dinheiro. Assim, a experiência do parto humanizado parece não encontrar espaço para desenvolver-se dentro do ritmo hospitalar.

Hartmut Rosa (2009 e 2011), em seus estudos sobre a aceleração das sociedades contemporâneas, nos fala de “motores” para a aceleração social. Um deles, e talvez o mais óbvio e comentado, seria o motor econômico, regido pelas regras capitalistas de produzir cada vez mais (noção de crescimento) na mesma medida de tempo (aceleração).

No caso específico desta tese, poderíamos, a partir do argumento de Rosa, exemplificar tal ponto de vista comparando uma cesariana ao parto normal. Se levarmos em consideração o tempo médio do trabalho de parto que os manuais de obstetrícia relatam, temos uma duração de doze horas. Ora, com muita generosidade, poderemos afirmar que ao menos o dobro de cesarianas poderia ser realizada nessa unidade de tempo, levando também em consideração o tempo médio de trinta minutos para o procedimento. Sem contar que a cirurgia é um procedimento mais caro e, portanto, mais lucrativo para o médico e para o hospital. É o que pude observar tanto nos módulos teóricos, quando se falava sobre os diversos profissionais que poderiam prestar assistência ao parto, como também pude apreender que as próprias gestantes percebem essa relação comercial

A diferença, hoje, eu tenho certeza que se um médico se preparar para a humanização e se você falar assim, que o que você vai receber é em torno de 7 mil reais. Eu tenho certeza que ele vai se preparar para esse momento. Mas num contexto de convênios, onde se tem um cesárea pagando 300, 400 reais. Não tem quem queira fazer parto normal. A pessoa vai deixar um consultório todinho lá para atender um parto normal, que pode levar um dia ou dois ou três e receber 150 ou 200 reais, que é o que o convênio paga. Não tem quem queira (notas de campo, jan. 2014).

Os médicos eles não querem passar horas esperando ser concluído um trabalho de parto. Eles não querem passar lá é (...), vinte horas (...), quinze horas (...), duas horas (...), esperando é (...), o bebê estar pronto realmente pra sair. Eles preferem chegar lá, abri, tira e ir pra o próximo. E fazer o que tá na programação deles, até porque assim (...), pra eles é (...) tempo é dinheiro né?! E quanto mais tempo eles passam lá, mais ele tá perdendo. Então (...) se eles forem rápidos, eles vão conseguir ganhar mais. Porque aí ele ganha de várias (Judith, dez. 2014).

Assim, do ponto de vista econômico-temporal⁴⁸, a cesariana enquadra-se como alternativa mais racional na sociedade contemporânea – produzir mais em menos tempo – construindo raízes no imaginário coletivo sobre seus supostos (ou alegados) benefícios. Dessa forma, esse modelo tecnocrático e acelerado de assistência ao parto configura-se como um ideal cultural a ser perseguido e instaurado como padrão.

Se vivemos o ‘dobro mais rápido’, se nos custa apenas metade do tempo para fazer uma ação, um objetivo ou uma experiência, podemos duplicar o que podemos fazer em nossa vida. Nossa ‘eficácia’, a proporção de opções feitas com relação às opções potencialmente realizáveis, se duplica. Daí se deduz que, nesta lógica cultural, a dinâmica de crescimento e aceleração também está intrincada entre si (ROSA, 2011: 25)⁴⁹.

Se o modelo obstétrico moderno obedece à lógica da aceleração social e encontra respaldo no modo capitalista de produção (tempo=dinheiro), poderíamos dizer que tal estruturação funciona muito bem para alguns dos setores envolvidos no atendimento ao parto. Para o hospital é mais lucrativo e mais preditivo – pode-se saber quantas mulheres irão dar à luz nos dias programados; para os médicos, além de ser igualmente mais rentável, é também mais funcional em termos de organização da agenda. Como a maioria dos obstetras possui consultório, o modelo da cesariana permite a ele escolher os dias em que estará no hospital ou na clínica, fazendo os acompanhamentos de pré-natal. Evita ainda os “inconvenientes” de trabalhar nos fins de semana, feriados ou fora do horário comercial, permitindo liberá-los para outras atividades que cumprem com o ideal de vida plena (ROSA, 2011: 24).

Esses argumentos foram explicitados nas aulas teóricas, mas também apareceram nas entrevistas com as mulheres. Algumas delas ouviram explicações parecidas dos obstetras que as estavam atendendo.

Porque ela já disse que não faz, porque menino não tem hora para nascer, então assim, ela não tem tempo, então ela não vai se comprometer, de repente eu tenho dor agora e ela não vai poder tá! (Flávia, fev. 2015).

Aí na segunda vez que eu fui ela já disse que não podia me acompanhar no pré-natal. Me deu indicação de alguns médicos que faziam parto normal. Ela disse que o hospital que o meu plano cobria ficava ruim para ela fazer, porque

⁴⁸ Gostaríamos de chamar a atenção de que não é apenas esse aspecto que será trabalho ou justifica a cultura da cesariana. Dois outros aspectos serão trabalhos em profundidade ao longo da tese: 1) a crença teleológica da positividade tecnológica; 2) Elementos patriarcais presentes na própria produção de conhecimento da obstetrícia.

⁴⁹ No original: “Si vivimos el ‘doble de rápido’, si nos cuesta solo mitad de tiempo realizar una acción, una meta o una experiencia, podemos duplicar lo que podemos hacer en nuestra vida. Nuestra ‘eficácia’, la proporción de opciones realizadas respecto de las opciones potencialmente realizables, se duplica. De esto se deduce que en esta lógica cultural las dinámicas de crecimiento e y aceleración también están intrincadamente entrelazadas”.

ficava distante dos outros hospitais que ela tinha concentrado para atendimento de parto. Mas a verdade assim, eu não senti ela muito entusiasmada para fazer, sabe? É como se ela disse assim 'não vale à pena pra mim' (Sara, dez. 2014).

Segundo os adeptos da humanização, esse agendamento profissional da obstetrícia brasileira faz-se necessário porque temos um modelo “*medicalocêntrico e hospitalocêntrico*” (notas de campo, 2014), em que desde o pré-natal apenas um único profissional fica responsável por todo o atendimento, tendo o hospital como único local possível para a realização do parto⁵⁰. No entanto, sabe-se que em países que reconhecem outros profissionais para o atendimento e assistência do ciclo gravídico-puerperal e que estruturam seus sistemas de formação profissional e de atendimento institucional de forma a incluir tais profissionais, outras formas de organização temporal, de coordenação da agenda por exemplo, são possíveis.

Isso é o que preconiza a OMS, que reconhece vários profissionais para o atendimento ao parto – médicos obstetras, médicos generalistas (de saúde da família), enfermeiras obstetras, obstetrites e parteiras (notas de campo, jan. 2014)⁵¹. É assim que a professora Júlia afirma que é preciso que o modelo da obstetrícia, para dar conta dos elementos preconizados pelo paradigma da humanização, precisa se organizar em equipes.

A obstetrícia, ela é uma coisa que funciona 24 horas por dia, sete dias por semana. Ela é imprevisível. Então, na minha cabeça, o único modelo que vai dar certo e vai resolver esses problemas é exatamente o modelo de equipe. A obstetrícia é uma especialidade que deve ser socialista (sic), ela não pode ser capitalista. O modelo um a um, eu prestador, você paciente, não vai funcionar nunca, porque ninguém tem disponibilidade 24hs por dia, sete dias por semana (Júlia, jan. 2014).

Em países como a Holanda, por exemplo, as obstetrites são as principais profissionais no atendimento às gestantes. Uma das diferenças desse modelo para o nosso está na organização em equipes de, pelo menos, três profissionais em cada consultório, de modo que, ao longo do

⁵⁰ Devemos lembrar das desigualdades sociais que marcam as diferentes regiões do país. A maior concentração de hospital está no eixo Sul/Sudeste e nos grandes centros urbanos, fazendo com que populações mais vulnerabilizadas não tenham acesso a esse sistema de assistência obstétrica (ou tenham seu acesso dificultado).

⁵¹ Vale lembrar que a professora que falou dos diversos profissionais reconhecidos pela OMS, também ressaltou que, no caso das parteiras tradicionais, elas seriam reconhecidas pelo elemento do não-malefício. Ou seja, em situações de extrema desigualdade social, em locais de difícil acesso aos serviços de saúde, elas cumprem um papel importante e que, por isso, precisam ser reconhecidas e capacitadas. Porém, em grandes centros urbanos não faria sentido falar em parteria tradicional mediante da gama de outros profissionais mais capacitados para atender os partos. Tal visão de que a parteria tradicional não teria justificativa para existir onde a ciência está bem estabelecida gera muitas tensões dentro do movimento da humanização. Para algumas dessas tensões e hierarquias profissionais ver PORTELLA, 2016.

pré-natal, a mulher gestante (e seu companheiro/companheira) tem a oportunidade de conhecer todas as obstetrias que trabalham na clínica, possibilitando a intimização prévia. Além disso, as profissionais holandesas organizam os turnos dos plantões, possibilitando, também a organização das outras esferas da vida pessoal, para além do mundo do trabalho. Dessa forma, com a assistência “descentralizada”, ou seja, sem estar focada num único profissional, existe também a possibilidade da previsibilidade, da organização temporal numa agenda mais previsível, permitindo que os tempos individuais de cada gestante sejam respeitados.

Esse é um aspecto trazido na fala de Malu, quando conta sobre a dificuldade de manejar o tempo entre os aspectos pessoais e laborais. Malu era docente em uma universidade federal brasileira e trabalhava no hospital escola da mesma universidade. Após o seu envolvimento com os preceitos da humanização, o trabalho no hospital se tornou, em seus dizeres, *insuportável* e *incompatível* com a forma de atuação profissional que agora exercia. Nas palavras dela: “[no hospital] eram aqueles partos violentos, horrorosos, humilhantes e eu não dei mais conta de ficar vendo isso. E aí então eu deixei a universidade e fui trabalhar sozinha”. No entanto, a própria Malu admite que essa decisão também trouxe algumas dificuldades de organização de seu tempo, por conta mesmo da ausência de uma equipe.

Eu dou plantão eterno na verdade. Meu plantão não acaba nunca. Quando eu tava... tinha emprego no hospital, eu sabia que dia eu tava de plantão. Então eu dava um plantão numa quarta-feira... um sábado por mês. Eu sabia que dia eu podia contar com isso. Se eu tinha um compromisso, trocava meu plantão, né? Agora o que na verdade acontece é: eu tô sempre de sobreaviso (Malu, fev. 2014).

Contudo, não é apenas o corpo profissional ou institucional que defendem o modelo acelerado e intervencionista. Do ponto de vista da mulher que está gestante, a cesariana também encontra algumas possibilidades de justificativa. Sabendo quando o parto vai acontecer, ela consegue organizar sua licença maternidade no trabalho, assim como o seu companheiro. O aviso à família, a possibilidade de ter uma resposta para a pergunta que está sempre presente “quando vai nascer” traz uma tranquilidade nessa marcação antecipada. E, como esse modelo instaura e reforça a assistência mediada pela tecnologia e num ritmo previsível e acelerado, esses elementos culturais, de aceleração, de previsibilidade, de controle (no sentido da civilidade) são fortes marcadores na formação de uma cultura de parto medicalocêntrica e cesarista, presentes, inclusive, na formação médica, como afirma Roger:

Veja, não é sequer um defeito dos médicos. Eles não são defeituosos, ou maus, ou burros, ou ignorantes ou desinteressados. Não! Eles não têm formação para isso. Não se ensina paciência, não se ensina a arte do parto para o médico. Para o médico nós ensinamos intervenção (Roger, dez. 2013).

Nas entrevistas, quando perguntadas sobre as razões existentes para que nosso modelo obstétrico seja estruturado dessa forma, muitas afirmaram que, além dos elementos da própria estrutura hospitalar e da organização médica, as próprias mulheres também aderem ao modelo hegemônico porque estão imersas nos valores da sociedade contemporânea, de praticidade, da não disposição a sentir dor, da impossibilidade de espera.

Elas não querem ter essa disponibilidade de parir seus filhos de forma natural, então assim, elas se bloqueiam em relação a isso. Querem tudo de uma forma rápida, prática e ... indolorosa por que a gente sabe que um parto não é indoloroso... então pela praticidade ela opta por outros meios e não quer aceitar esse ciclo, esse desenrolar, elas não querem, algumas mulheres né, então assim, vai mais de você mudar a sua visão, de você procurar enxergar como realmente é, como deveria ser (Judith, dez. 2014).

Aqui podemos relacionar claramente tais disposições com a aceleração do ritmo de vida das sociedades contemporâneas. Sob esse ponto de vista, um trabalho de parto longo é igualmente um desperdício de tempo para a gestante (e seus familiares). Ficar à espera pelo desenrolar do parto parece ser entendido, nos círculos sociais mais próximos das gestantes, como algo desprovido de racionalidade, sem sentido, já que temos a tecnologia a serviço do encurtamento ou aceleração da experiência. A associação mais frequente que se faz quando uma mulher decide esperar pelo parto é a loucura.

Elas me chamaram de louca por fazer o parto humanizado (Judith, dez. 2014).

Minha irmã passou a gravidez me chamando de louca. 'Você é louca, você é louca, você é louca'. Meu sogro foi outro que passou a gravidez todinha falando que eu era louca. (Simone, jul. 2015)

Tinha pessoas que falavam que eu era doida, né? Aí eu comecei também a não falar muito. (Mayra, ago. 2015).

É uma parada muito louca. A mulher fica em transe, assim, e você tem que tá lá, segurando a onda né?! Muitas pessoas olham e estranham quando a gente fala que vai ter o parto diferente. Que vai ter um parto em casa ou que vai ter em outro lugar que não é o hospital. Então pra muitas pessoas isso ainda é loucura. Como se o hospital fosse o melhor lugar pra ter um bebê, né? (Sara, dez. 2014).

Além de explicitar um forte elemento de vigilância biopolítica que a medicina anatomopatológica instaura e consolida, esse componente da loucura, trazido à tona a partir da escolha pelo parto normal, aproxima-se dos argumentos de Foucault sobre a desrazão da loucura moderna. No modelo obstétrico hegemônico, a mulher que escolhe o parto normal, termina por

ser caracterizada pelo Outro da desrazão (a louca) e essa construção pode ser destrinchada em vários aspectos: 1) o psíquico: por se disponibilizar a uma experiência de sofrimento – em referência ao dito “é a pior dor do mundo”; 2) uma inadequação sociotemporal: se existe a possibilidade de ser rápido, por que alongar?; 3) uma questão econômica: por que pagar por fora (no caso da assistência particular) ou permitir um fenômeno que gera pouco lucro para a indústria médica; 4) uma impossibilidade (lógica) médica: por que entregar-se a uma experiência caótica, quando existe a possibilidade da previsibilidade médica?

É bem verdade que a previsibilidade maior está assentada no modelo cesarista, mas os partos normais hospitalares são igualmente controláveis porque são, em sua maioria, induzidos medicamentosamente e controlados pelo partograma de Friedman⁵², que além de separar de forma muito normativa as diferentes fases do trabalho de parto, também padroniza a duração deles. Digno de nota é o fato de que em todos esses aspectos vemos a tendência à aceleração do parto, nunca um processo de diminuição da velocidade do acontecimento.

A aceleração do parto, pela equipe médica, faz com que as parturientes desejem uma experiência rápida, como forma de acabar com a aflição, para fugir do sofrimento da assistência obstétrica inadequada. Maria e Flávia, por vezes, afirmaram que antes da experiência das rodas, associavam parto bom a parto rápido. E como elas já sabiam que iriam ter um parto hospitalar, também receavam pela experiência mais desacelerada.

eu ficava muito focada na questão da dor e focada, assim, em sentir Alice sair. Sentir o corpinho dela. Ficava muito focada, assim, em ela sair muito rápido, assim. O meu foco era que ela saísse logo, que eu já não tava aguentando mais. Meu foco era esse, assim, na minha mente lá né?! Porque a sala era, assim, pequena! Mas meu foco maior era que ela saísse logo porque eu não tava aguentando. Eu, na minha mente eu achei bom, porque mesmo eu sofrendo com todo o processo de uma pessoa subir em cima de minha barriga, do médico ficar naquela pressão, do soro. O que eu achei bom, eu achei assim, porque ela nasceu, na minha visão, ela nasceu rápido. Porque eu queria que aquilo ali acabasse logo. E, assim, pelo que eu tinha estudado né?! O que foi ruim é assim: porque tudo que eu queria era uma coisa tranquila, com massagem, com aquela calma, esperando Alice a hora que ela quisesse vir (Maria, set. 2015)

⁵² Vale ressaltar que atualmente o Colégio Americano de Obstetrícia e Ginecologia recomenda a adoção da curva de Zhang, que descreve uma evolução “mais suave” do trabalho de parto, permitindo maior flexibilidade no manejo do tempo. Para melhores esclarecimentos ver: Safe prevention of the primary cesarean delivery. Obstetric Care Consensus No. 1. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol 2014; 123:693–711. Contudo, segundo o ministério da saúde, atualmente a maioria dos hospitais ainda se utiliza do partograma de Friedman, que possui uma contagem mais linear da evolução do trabalho de parto. A humanização advoga pelo modelo de Zhang, ainda que com ressalvas, por conta da falta de treinamento para o correto preenchimento do documento. Mas reconhece que poderia ser um instrumento importante para a redução das taxas de cesarianas.

E assim, eu achei lindo, eu queria. Do jeito que eu via os vídeos do parto em casa, de esperar o momento, entendeu? Daquele contato que eu achei muito bonito do bebê. Eu queria esperar tudo! A minha visão do parto humanizado é isso, é sentir, dos dois estarem juntos e sentir aquilo, e assim, como a gente ouviu muito no grupo: é esperar a hora do bebê, não forçar. Porque querendo ou não no hospital vai forçar né, a saída dele, um pouco (Flávia, dez. 2014)

Nesse sentido, vemos claramente que o processo de aceleração e padronização da experiência de parturição associa-se a uma contração do presente. O horizonte de expectativa modifica-se, passando do desejo de um parto tranquilo, sereno e no próprio ritmo, para a angústia de que ele acabe logo, encurtando assim o espaço de experiência. Nesse cenário acelerado, a figura do médico bom cola-se ao imaginário do parto rápido, aquele que “num instante fazia parto”.

O que não é o caso da humanização do nascimento. Esses aspectos da padronização do tempo e da rapidez da experiência são duas críticas muito presentes no MHPN e percebidas nas mulheres que aderem ao ideário da humanização do parto. A escolha pelo parto normal se dá por diferentes motivos. Um dos que foi mais abordado pelas mulheres que entrevistei foi a questão do respeito ao tempo fisiológico, ao processo natural que corpo e mente enfrentam no trabalho de parto e que, por conta disso, também possibilita uma recuperação mais tranquila, deixando a mulher mais apta e livre para retomar seus movimentos e poder cuidar do bebê.

Claro que a gente se limita um pouco por questão de nossa saúde, nosso corpo está voltando ao normal né? Por conta de milhões de hormônios, de repente, voltando tudo ao normal né? Então eu sabia que meu corpo precisava daquele tempo pra se recuperar, mas sabia que eu não tava cirurgiada, foi uma coisa normal do meu corpo e eu não queria de jeito nenhum que fosse cesariana (Mayra, ago. 2015)

O desejo de viver a experiência de parto “sem pressão” ou “no próprio ritmo” são horizontes de expectativas que fundamentam as escolhas pelo modelo de assistência obstétrica humanizada.

Pela questão assim, de meu bebê não tá preparado né? Aquele momento não é o momento dele né? É o momento para os médicos né? É a data que o médico marcou, o horário que ele marcou, mas não é o momento de o meu bebê nascer (Maria, jan. 2015).

Porque cesárea não é muito... realmente, é muito mecânico. Você não sente, é uma coisa agendada. É como a médica disse: ‘olhe, se você quiser agendar, a gente agenda. Porque eu não faço o parto normal’. Então, se fosse agendado eu ia sentir qual era a hora? Não, não tinha como eu sentir.... Porque tava agendado pro menino nascer. E ele não ele veio no tempo dele (Flávia, dez. 2014).

O elemento da espera e da dilatação do presente são incorporados ao repertório, às expectativas dos adeptos da humanização. Tanto é assim que Malu conta que uma mulher, que estava alinhada aos preceitos da humanização ficou frustrada com o parto rápido, porque ela havia planejado uma série de situações a serem vivenciadas no parto, mas como ele aconteceu muito rápido, não deu tempo para viver⁵³.

Eu tive uma outra parturiente, por exemplo, que ela ficou muito brava porque ela teve um parto muito rápido. E a hora que a gente chegou, a gente tava atendendo um parto, e quando a gente chegou ela tava parindo e ela queria ter ficado na banheira, ela queria não sei o que... mas não deu tempo. Foi um parto super rápido e ela ficou muito chateada com isso (Malu, fev. 2014)

Um outro aspecto do MHPN, que parece ir na contramão da sociedade da aceleração, é o modelo (ou proposta) que propõe um processo de tomada de decisão esclarecida. A co-responsabilidade é um dos aspectos fundamentais do movimento. Segundo esse projeto, para que o modelo de assistência obstétrica mude, é preciso reconhecer, humanisticamente, o papel central do paciente como capaz de decidir⁵⁴ sobre seu tratamento e acompanhamento médico. Essa mão-dupla de empoderamento e responsabilização fica evidente na fala de Roger, que afirma que “*ao mesmo tempo que você capacita a mulher e lhe garante mais direitos, também exige dela mais responsabilização e mais deveres em relação a sua gestação e seu parto*” (Roger, dez. 2013).

O assunto das decisões esclarecidas é tema de várias rodas de diálogo e sites ligados ao movimento. Foi tema das aulas teóricas, das rodas de gestantes e também apareceram nas entrevistas com os profissionais. Joana afirma que “*a gente trabalha muito a questão do empoderamento mesmo, que tem que partir delas né?! E que nós estávamos ali como colaboradores*” (Joana, jul. 2015). Tal característica sugere uma nova percepção sobre a relação médico-paciente. O reconhecimento de sujeitos esclarecidos (não-peritos) abre um horizonte de negociação que aponta para um “gasto de tempo” muito maior se comparado com o modelo biomédico, onde o médico é o único detentor da capacidade de agir e decidir. Nesse aspecto também, parece que o MHPN aponta para uma possível desaceleração como saída para a tendência à desumanização da medicina (MARTINS, 2003)

⁵³ Ainda que consiga compreender o importante papel de tais reconfigurações, também não pude deixar de notar que o próprio paradigma da humanização por vezes parece criar um repertório cultural, um script associado ao parto bom e belo. Sob esse aspecto, a própria humanização pode também gerar certos silenciamentos, frustrações, normatizações.

⁵⁴ Esse processo de decisão extingue-se com a ato médico. Mas outro aspecto se mantém – a obrigação de informar o paciente sobre os procedimentos a se realizar. Aspecto constantemente ignorado, segundo os adeptos da humanização, pelos obstetras brasileiros.

Para Rosa, a crescente aceleração, característica das sociedades modernas, e a consequente promessa de individualização é sentida, hoje, em termos de perda de autonomia, de frouxidão de planejamento⁵⁵. Tal característica é vista, por exemplo, na assistência ao parto. A crescente aceleração, engendrada e suportada pelo desenvolvimento tecnológico do aparato médico, acarretou uma impossibilidade para o paciente/sujeito decidir sobre seu próprio corpo e sua própria experiência de parturição.

Existe, portanto, no MHPN, uma característica de resistência à sociedade da aceleração, mas que nem por isso deve ser confundida com uma proposta de regresso à “modernidade jovem”, ou uma volta ao conhecimento tradicional. Baseando-se na MBE, a humanização coabita duas temporalidades distintas: a espera, a vivência do tempo na perspectiva da parturiente; e a aceleração da produção de conhecimento. A necessidade de constante atualização das evidências é uma característica dessa aceleração social, já que a produção do conhecimento também está dentro da lógica veloz.

*Nem todos os grupos aceleram da mesma maneira [...] esta dessincronia supõe uma maior simultaneidade do não simultâneo [...] da mesma maneira, ritmos de vida rápidos e lentos podem ser observados na mesma rua*⁵⁶ (ROSA: 2011; 37).

As alternativas desenvolvidas em contraste com o modelo medicalizado da biomedicina chama atenção para diversos aspectos da assistência obstétrica hegemônica, incluindo a forma como lida com o tempo. A maneira como a obstetrícia está estruturada nos revela, também, aspectos culturais envolvidos nela. Enquanto argumenta que a biomedicina negligenciou, na construção de seu modelo, aspectos culturais e subjetivos, sublinhando apenas as questões biológicas, e transformando-as em patologias, o paradigma da humanização advoga por uma concepção mais integrativa do parto. Esse aspecto muitas vezes é confundido com a intenção de volta ao passado e de negação da ciência, como se fosse um retorno aos tempos pré-modernos, a um tempo atrasado. No entanto, não é isso que afirmam os profissionais adeptos da humanização. A crítica que elaboram ao parto padronizado, *medicalocêntrico* e *hospitalocêntrico*, relaciona-se, ao contrário, ao fato de que a própria obstetrícia não se atém às melhores evidências científicas disponíveis na atualidade. Isso é o que prega a MBE,

⁵⁵ Característica que vai ser contestada pelo MHPN, quando afirma que o plano de parto é um elemento importantíssimo para o planejamento da experiência, inclusive funcionando como uma espécie de pacto entre paciente e assistente de saúde. Ele também serve para estimular a gestante a buscar informações sobre parto, já que suas escolhas no plano devem apontar para o conhecimento da evidências científicas.

⁵⁶ No original: “No todos los grupos sociales aceleran da misma manera [...] Esta desincronización supone una de lo no mayor ‘simultaneidad simultâneo [...] de la misma manera, ritmos de vida rápidos y lentos pueden observarse el la misma calle”

que avalia que a obstetrícia seria uma das práticas médicas mais afastada das evidências científicas (COCHRANE, 1972), inclusive ferindo preceitos da bioética como o da não-maleficência, na medida em que continuar a realizar procedimentos sabidamente prejudiciais para a saúde materna, como no caso da episiotomia e da manobra de Kristeller.

Tais elementos de persistência no modelo biomédico, característico de um saber autoritativo e patriarcal, podem ser claramente associados ao saber da colonialidade, que impede uma diversidade de experiência através das hierarquias de saberes.

4.3 Descolonizando o tempo – o parto na *perspectiva do sujeito*

Como já afirmado anteriormente, a ideia da descolonialidade se constituiu ao longo do trabalho como um (im)postura teórica para sublinhar o caráter colonial da medicina e como uma tentativa de inscrever o MHPN num horizonte epistêmico descolonial. Não surgiram categorias que utilizassem, especificamente, os termos pós-colonial ou descolonial. Contudo, identifiquei demandas por mudanças que são pontos centrais da descolonialidade. A elaboração de novas gramáticas, utilizadas como ferramentas políticas, possibilita, a meu ver, a construção de um outro campo epistêmico no que diz respeito à experiência de parturição, inclusive nas reconfigurações do tempo e as formas de manejo do mesmo.

A obstetrícia moderna construiu um calendário para a gestação e o parto que, apesar da aparente facilidade de seu funcionamento, enfrenta críticas por parte do MHPN e encontra respaldo nas experiências das mulheres, que clamam pela possibilidade de co-construção dessa temporalidade. A proposta de expansão do tempo presente, subjacente ao MHPN, constrói-se, inclusive, no interior do próprio saber médico, que se revisita na MBE e refaz protocolos, propondo novas práticas e condutas médicas.

A existência da MBE pode ser entendida, em certo sentido, como um ponto de dessincronia com a proposta de desaceleração da experiência de parto. Apesar de proporcionar, ou antes, sugerir novas práticas na condução obstétrica hegemônica, também impõe um ritmo relativamente acelerado no que diz respeito às atualizações do conhecimento produzido. A velocidade com que circulam as atualizações das evidências científicas obriga ambos, profissionais de saúde e mulheres/gestantes, a coabitarem um tempo da aceleração da produção de conhecimento e o tempo subjetivo de outra velocidade – do parto na perspectiva do sujeito

A intenção da crítica ao tempo da biomedicina não é de invalidar uma estrutura sócio-temporal importante para a organização social da vida contemporânea. No entanto, é preciso levar em consideração que essa mesma estrutura temporal dificulta a coexistência de outras

formas menos padronizadas. Existe, no meio da humanização do parto, o entendimento de que a biomedicina, sendo signatária da cultura ocidental, molda as práticas obstétricas baseadas nos valores vigentes nessa sociedade.

A realidade do modelo biomédico, tecnocrático, ocidental é essa onde o médico é o centro das atenções e é o protagonista do parto e o bebê é o produto principal desse trabalho né?! As mulheres são tratadas como máquinas, são isoladas. Elas são expostas apenas por uma parte e a indignidade é total quando a gente fala dos aspectos de privacidade de uma mulher no centro obstétrico (...) Várias vezes já vi uma cena dessa acontecer num centro obstétrico. Um monte de homem, de braços cruzados, vendo uma mulher com as pernas abertas, fazendo força pra ter um filho, sem ninguém ter a consideração sobre os temores dessa mulher, sobre os medos, sobre as vergonhas dela e sobre a necessidade de produzir privacidade sobre um evento que é essencialmente íntimo, pessoal e subjetivo. Mas claro que isso aqui, na cultura ocidental, passa despercebido (notas de campo, dez. 2013).

A perspectiva descolonial chama a atenção para esse silenciamento de experiências dissidentes, que não se baseiam apenas na contagem mecânica do tempo, mas numa pluralidade de conhecimentos e práticas do cuidado, incorporadas de outras culturas. Considerar o parto como um evento íntimo, ressaltar a perspectiva da integralidade bio-psíquica-social, reconhecer outros profissionais na cena de parto, reconfiguram ambos, o modelo de assistência obstétrica, os horizontes de expectativa e os espaços de experiência, conformando outra cultura de parto. Contudo, essa perspectiva encontra tensões e dificuldades em diversos setores da sociedade.

É importante lembrar que a presença dos marcos temporais do relógio parece atuar de forma bastante normatizadora em outras esferas da vida da mulher no que diz respeito à maternidade. Não é incomum, sabemos, as mulheres serem interpeladas com perguntas sobre quando ter filhos, quando vem o próximo filho, se já “fechou a fábrica”, se ainda amamenta ou se já parou de amamentar e assim por diante. Revelando assim um aspecto de controle social do “tempo certo” da maternidade. Essa é uma das reconfigurações que, alinhados com o movimento feminista, a humanização propõe – autocontrolar o tempo do parto e da maternidade, através do planejamento, como um elemento empoderador.

A capacidade de planejamento reprodutivo é uma das principais reivindicações dos movimentos sociais ligados à perspectiva feminista. Poder dizer se, como e/ou quando ter filhos é uma forma de exercer os direitos sexuais e reprodutivos. Nesse sentido, decidir sobre o momento de engravidar (para aquelas que assim desejam) e a forma como deseja o parto pode ser considerado uma forma de empoderamento, na medida em que recoloca a mulher no centro da tomada de decisão. Esse foi um aspecto observado durante a pesquisa. A grande maioria das mulheres que entrevistei ou que passaram pelas rodas de gestante afirmou que a gravidez foi

algo planejado e desejado. Essas mulheres se referiram ao *tempo certo de engravidar* como uma conjunção de diversos fatores, entre eles, o tempo de relacionamento, a idade das mulheres e o desejo de ter filhos⁵⁷.

Parte do processo de planejamento do parto (e também de empoderamento) começa com a possibilidade de conversar sobre o parto durante o pré-natal. Essa é uma das demandas principais das parturientes, um tempo de escuta por parte dos obstetras para que comece um processo tanto de confiança, de conhecimento mútuo, como de planejamento. Começar a organizar as ideias, tirar dúvidas, desconstruir mitos, construir possibilidades de experiências. No entanto, esse não é o cenário encontrado por muitas dessas mulheres. O que se vê são respostas evasivas, consultas muito rápidas e, em muitos casos, respostas sem embasamento científico.

Na primeira [consulta] eu saí completamente arrasada por que eu não tive tempo, ela não me escutou, não tirou nenhuma dúvida, eu chorei inclusive no consultório da médica. Eu chorei muito! Mas poxa eu esperei esse tempo todinho para a senhora não falar nada?! (Sandra, jul. 2015)

E, por vezes, quando as mulheres têm condições de procurar outro profissional (que muitas vezes não atendem por plano de saúde), descobrem uma outra experiência e possibilidade de planejamento do parto.

A primeira consulta que eu fui para esse médico, enquanto a minha médica, ela passava de cinco a dez minutos em cada consulta, ele passava em cada consulta uma hora com cada paciente dele. Você saía da consulta leve, sabe? (Sandra, jul. 2015).

Assim, percebemos que o respeito ao tempo interior, a possibilidade de vivenciar o tempo da escuta, de forma desacelerada, contribui para a construção dos vínculos afetivos e do processo de confiança, em si e na equipe. Nestes termos, o entendimento da experiência de parto não se restringe apenas aos aspectos fisiológicos, da natureza, mas também os aspectos psicológicos e culturais.

O tempo tornou-se, portanto, a representação simbólica de uma vasta rede de relações que reúne diversas sequências de caráter individual, social ou puramente físico. [...] Uma reflexão sobre o tempo deve permitir corrigir essa imagem de um universo dividido em setores hermeticamente fechados, desde que reconheçamos a imbricação mútua e a interdependência entre natureza, sociedade e indivíduo (ELIAS, 1998:17).

⁵⁷ Ainda que a maioria tenha afirmado o planejamento da gravidez, é importante dizer que não encontrei, de forma muito consistente, a desconstrução da maternidade compulsória.

Para Elias, é importante borrar a fronteira entre natureza e cultura e recolocarmos o ser humano na natureza para assim ampliar a compreensão do tempo. Isso porque estamos na natureza, mas em grande medida, também produzimos a natureza. A contagem do tempo por meio do relógio é um grande exemplo disso. Mas é preciso não esquecer que o tempo não se resume à contagem da passagem entre dois níveis de energia do átomo de césio, ou seja, a uma medição física e precisa da natureza. Ela é, em si, uma convenção social, aceita até o momento, como a melhor das formas de contagem e padronização do tempo. No entanto, parece que essa forma mais “precisa”, menos sensível (dependente) aos afetos humanos, foi a forma de marcação temporal que permitiu o mundo industrial e capitalista se desenvolver e se ampliar numa escala global – pela homogeneização do tempo do relógio (MCCOURT, 2009)

No entanto, parece-me importante destacar que o relógio, como expressão tecnológica e maquina do tempo, funciona como uma síntese entre o aspecto físico e o aspecto social do tempo. Foi ele uma das grandes metáforas para o desenvolvimento da medicina moderna. Entender o corpo humano a partir de suas engrenagens, foi a mola para as investigações médicas. E neste arcabouço, que toma o masculino como norma, o corpo feminino é então o patológico, o lugar da intervenção médica como salvadora do caos e da defectibilidade feminina (MARTIN, 2001).

Levando em consideração o aspecto coercitivo da instituição temporal, é de se esperar, assim, que as gestantes terminem por moldar suas expectativas e construir uma autodisciplina que corrobora essa organização.

A transformação da coerção exercida de fora para dentro pela instituição social do tempo num sistema de autodisciplina que abarque toda a existência do indivíduo ilustra, explicitamente, a maneira como o processo civilizador contribui para formar habitus sociais que são parte integrante de qualquer estrutura de personalidade (ELIAS, 1998:14).

Essa força coercitiva exercida pela instituição social do tempo não deve ser entendida, segundo Elias, como uma inevitabilidade, como uma impossibilidade de mudança ou resistência. Ao contrário. Apesar de produzir uma conformação social e, por consequência, subjetividades, também o faz no que diz respeito às práticas de liberdade, de não-conformidade às normas temporais. O relógio nos comunica, para além dos aspectos físicos de seu mecanismo, um tempo social e simbólico. Poderíamos então perguntar: o que o relógio comunica no trabalho de parto? Ora, no paradigma biomédico ele nos informa a fronteira entre o normal e o patológico, indica as linhas de ação (intervenção), noticia o momento exato de

vivenciar a experiência do parto, já que é o staff médico que confirma o momento inicial do trabalho de parto e calcula a duração do mesmo.

Para os adeptos da humanização, o momento exato do início de um trabalho de parto adquire menos importância, sendo a intensidade das contrações, o estado psicológico da parturiente, os batimentos cardíacos marcadores mais significativos. Também existe uma preocupação bastante atenuada sobre a duração do trabalho de parto. Nessa proposta não existe uma linha fixa que indica a necessidade do fim da experiência. Tal diagnóstico seria mais processual, sendo visto caso a caso e nem sempre cabendo exclusivamente ao médico ou enfermeira obstetra decidir por alguma intervenção. Na medida em que o parto é visto inclusive em sua dimensão psicossocial (para além das questões fisiológicas) o tempo também seria experienciado de maneira mais subjetiva e incorporada na vida cotidiana.

Uma das questões trazidas nas entrevistas foi a mudança no imaginário sobre o início do trabalho de parto. Se antes acreditavam que precisariam ir correndo para o hospital assim que as contrações se iniciassem ou se a bolsa estourasse, depois da experiência nas rodas de gestantes, as mulheres compreenderam que não precisa ter pressa.

Não precisa de desespero. Porque a gente pensava o seguinte: eu né?? 'Não se a bolsa estourar você tem que ir logo porque se não vai passar o tempo, o menino vai nascer roxo, que num sei o quê' ... E o grupo já me esclareceu isso, que roxo é o normal, se o menino nascer roxo, não é uma coisa absurda porque passou da hora, como o pessoal fala (Flávia, 2014).

Uma das reconstruções que o MHPN tenta fazer é de que o trabalho de parto não precisa ser vivido de forma acelerada ou desesperada, como se fosse um caso de emergência médica⁵⁸. Em muitas aulas dos módulos teórico frisou-se a questão de que a fase inicial, ou fase latente do trabalho de parto, se desenrola de forma lenta e que muitas vezes é possível a vivência do cotidiano de forma tranquila. Nas rodas de gestante, igualmente o assunto aparece para elucidar o aspecto de transição lenta dos estágios do trabalho de parto. E aqui podemos perceber essa relação quando Sandra nos conta que após sua bolsa romper ela ligou para a parteira para informar o acontecido, depois voltou à vida normal:

Primeiro que quando eu liguei pra ela, era muito cedo, eram umas seis horas aí ela disse 'vá bebendo líquido, vá repondo líquido, deite um pouquinho que daqui a pouco eu chego aí'. Ela veio aferiu a pressão, e disse: 'vida normal' (...). Está bom, aí eu e meu esposo fomos fazer feira, a gente foi almoçar, caminhar, normal mesmo, assim. E às vezes eu achava... 'minha bolsa rompeu, eu tô com a bolsa rompida'. O povo ficou tudo desesperado, minha

⁵⁸ É claro que há casos que realmente são emergências médicas. O que se tenta desconstruir é a vivência desesperada do início do trabalho de parto. Para isso é preciso entender a fisiologia do processo, que nas primeiras horas (ou dias, dependendo do caso) transcorre de forma muito lenta e suave.

mãe quase que morre, ela disse: ‘vamos para o hospital’ e eu disse – não mãe, não precisa! (Sandra, ago. 2015).

A possibilidade de experienciar todo o decorrer do trabalho de parto, de forma tranquila e ao mesmo tempo planejada, pensada para ser vivida em outro ritmo pode ser considerada como uma abertura para outras experiências, inclusive de acessar conteúdos históricos familiares, uma união de mulheres que contam e recontam histórias, construindo um outro repertório de experiências. Simone relata que passou uma semana inteira em casa, sentindo os primeiros sinais de trabalho de parto e que estava rodeada de mulheres que contavam suas próprias experiências, mas também ajudaram nos afazeres diários da casa, numa rede de apoio e solidariedade.

Mas o parto, para mim, foi muito gostoso o parto, o dia do parto. A semana, aquela expectativa do pré-parto. E a gente fazendo as coisas, passando ferro, fazendo não sei o quê. Aí coloquei a cadeira, que eu não estava conseguindo ficar em pé, eu coloquei a cadeira, coloquei a tábua baixinha, aí fiquei passando ferro na tábua de passar, minha mãe ajeitando as coisas, e falando e conversando, brincando, minha prima ficou aqui também comigo, e... só tinha Marisson de homem, só tinha mulher dentro de casa, e a gente fazendo as coisas[...]foi uma semana assim, de desacelerar mesmo, de parar tudo e cuidar. É, foi um tempo de espera, esperar a hora que ele iria nascer, ficava na expectativa, quando é que realmente vai dar essa... a contração vai vir mesmo, para poder começar o trabalho (Simone, jul. 2015).

É possível então perceber uma inversão da experiência do trabalho de parto entre o modelo obstétrico hegemônico e o da humanização. As fases de um trabalho de parto são entendidas, em termos de duração e intensidade, de formas muito distintas. Para a biomedicina o controle do tempo é algo valorizado como marcos para ação intervencionista. Na humanização essa contagem é bem mais relativizada, levando em conta outros sinais de que o trabalho de parto evolui, porém num outro passo. Num tempo mais individual, mas nem por isso patológico.

Para que essas possibilidades de poder vivenciar um outro tempo, o ritmo subjetivo do trabalho de parto, é importante que haja uma série de ressignificações. Além do que já foi mencionado, outra ressignificação importante refere-se a dor e o papel que ela ocupa no imaginário sobre o parto. Em todos os momentos de observação, assim como nas entrevistas, ressaltou-se a importância de descolar dor e sofrimento. É o que afirma Simone, quando comenta que “a dor ela faz parte do processo de parto. Mas as pessoas vêem a dor como o ator principal e não como parte do processo. O ator principal é o nascimento, não é a dor”.

No que diz respeito à reconfiguração da dor, um dos recursos muito falado nos momentos de aula foram as técnicas não farmacológicas para o alívio da dor, que variam desde

massagens, uso da bola, aromaterapia, técnicas de visualização, até a valorização do suporte contínuo como estratégia de enfrentamento das dores e eventuais dificuldades que podem aparecer na cena de parto. Esse aparato de conhecimentos técnicos tem como fonte diversos saberes de outras culturas não-ocidentais. Os saberes tradicionais das culturas indígena, chinesa, indiana, foram frequentemente trazidos para a discussão e várias técnicas, como o uso do rebozo mexicano no alívio das dores lombares (notas de campo, 2014). Tais elementos são tidos como menos invasivos e mais respeitosos dos tempos individuais, ajudando como estratégia de enfrentamento das eventuais dificuldades.

No que diz respeito à forma da biomedicina lidar com a evolução temporal da parturição, essa nova proposta de temporalidade da humanização nos faz indagar, assim como Elias, sobre o alto grau de adequação da medicina hegemônica à realidade e suas transformações sociais. O paradigma da humanização tem questionado o papel que a medicina assume, hierarquicamente, sobre outros tipos de saberes no controle e manejo do tempo no parto. Nos momentos de observação das aulas teóricas, vários saberes circularam e foram ensinados às alunas. A psicóloga, que trabalhou bastante as demandas das próprias alunas sobre os entraves do parto – psicológicos, tecnológicos, profissionais e institucionais – assumiu um lugar de enunciação claramente mais horizontalizado, quando abriu sua fala com a perspectiva de Paulo Freire afirmando que *“ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua própria produção ou sua construção”* (notas de campo, 2014).

Existiu o momento de troca com as parteiras tradicionais, para escutar como elas se tornaram parteiras, que tipos de técnicas elas usam e como procedem no atendimento às parturientes. O toque das mãos é um elemento recorrente nas falas das parteiras tradicionais que afirmam que *“tocando a barriga você consegue ver onde o bebê está agasalhado”* (notas de campo, 2014). Na aula com a naturoterapeuta, foram abordadas práticas integrativas de cuidado na gestação, parto e pós-parto, ressaltando, inclusive, a importância do suporte contínuo e sinalizando para a vivência de um outro tempo, ou uma outra disposição para vivenciar o ciclo gravídico-puerperal de forma mais diversa e respeitosa. Percebe-se então que existe uma disponibilidade, dentro do paradigma da humanização, para construir uma ecologia dos saberes que libera outras possibilidades de vivência do parto. Isso não significa dizer que não existam tensões ou hierarquias entre esses saberes, mas que elas são, em certa medida, mais suavizadas. Para Santos,

A ecologia dos saberes centra-se nas relações entre saberes, nas hierarquias e poderes que se geram entre eles. O objetivo de criar relações horizontais entre saberes não é incompatível com a existência de hierarquias concretas e fixas no contexto de práticas de saber concretas. [...] O que a ecologia de

saberes combate são as hierarquias e poderes universais e abstratos, naturalizados pela história e por epistemologias reducionistas (SANTOS, 2008: 159).

Os relatos que as profissionais adeptas da humanização do parto também contam são dessa coexistência entre os saberes. Não raro, em trabalhos de parto que se prolongam são utilizados saberes diversos como, massagens, florais como a *sinergia de parto*, acupuntura e homeopatia são utilizadas como técnicas que auxiliam no processo de integralidade biopsíquica, sem que o saber biomédico deixe de atuar. Assim, concordando com Santos, acredito que essa ecologia de saberes presentes na humanização funciona para “*explorar práticas científicas alternativas tornadas visíveis pelas epistemologias plurais das práticas científicas, e, por outro, em valorizar a interdependência entre saberes*” (SANTOS, 2008: 158).

As críticas feitas a aspectos como aceleração, necessidade de precisar o início e o fim da gestação e do parto, não se dão para, simplesmente, dissociar-se de qualquer calendário ou cronograma. Não se advoga pela impossibilidade de qualquer contagem e sim para a construção mais negociada, menos padronizada e mais horizontalizada, em que seja possível maior flexibilidade para vivenciar a experiência, que não funciona a partir da percepção do tempo linear. O tempo do parir parece possuir uma natureza mais cíclica (McCourt, 2009) sendo, portanto, uma forma de silenciamento e violência querer enquadrar o parto no modelo obstétrico padronizado e industrial. Assim, Elias alerta para o caráter não só de medidor ou orientador do tempo, mas também o aspecto regulador das sensibilidades (ELIAS, 1998).

Enxergar o parto como um evento bio-psíquico-social e, ao mesmo tempo, propor uma reconfiguração da vivência do tempo permite que essas sensibilidades sejam vividas, compreendidas e trabalhadas no evento do parto. E, pelas observações e entrevistas realizadas, o parto domiciliar parece ser o modelo em que mais essa subjetividade sensível é possível. Para Joana, a vivência do tempo é outra.

É um tempo relativo assim... A casa a gente permite muito mais isso, essa, essa aceitação desse outro tempo. Essa permissão desse outro tempo, que é um tempo mais, é um tempo relativo. Dentro do hospital é um tempo de relógio né, e dentro da casa é um tempo de estado... não sei qual o estado que é, acho que é delta né, se eu não me engano. É o tempo do estado delta, é uma coisa assim, você tá lá, você passou às vezes vinte horas com a mulher e parece que passou duas horas, é um tempo muito relativo. É um tempo que parece que todo mundo fica meio ocitocinado junto, você entra naquela onda né?! E aí vem o lado racional, né, vem a evidência que te diz “espera até tanto”, “faça isso” ou “tome tal conduta”, né?! (Joana, jul. 2015).

Numas das aulas de Joana, ainda em 2013, nos módulos teóricos, ela conta a história de um parto que ela atendeu e que estava demorando para evoluir. No entanto, ao contrário do que a maioria dos obstetras faria – no mínimo induzir medicamentosamente – Joana relata que em nenhum momento duvidou da capacidade da mulher em parir. A evolução não precisava seguir o relógio. Num modelo em que permite a atenção individualizada, outros ritmos poderiam entrar em cena. Foi pensando nisso que ela sugere que a mulher ande, durma, coma, para recuperar o corpo físico no ritmo que lhe for possível. Mas não só isso. Joana também percebe a necessidade de outras abordagens e abre espaço para a atuação da doula, que nas palavras da própria Joana, essa doula “*é uma bruxa poderosa, que pode tirar a mulher do fundo do poço de seus medos*” (notas de campo, dez. 2013) para recompor as sensibilidades dessa parturiente. Ao fim desse trabalho multidisciplinar, a mulher se permite parir a criança com confiança em si própria.

E, para além do controle exclusivo do corpo feminino, ressaltou-se muito que um marcador mais importante seria os batimentos cardíofetais e menos a contagem do tempo de evolução da dilatação do cérvix uterino. Acredito que esse elemento “novo”⁵⁹ de avaliação da evolução do trabalho de parto, os batimentos do coração do feto, seja já uma transformação fruto da crítica feminista ao modelo de parto hegemônico, pois retira a necessidade primordial dos exames de toque sucessivos, inclusive porque compreende que eles são invasivos. Essa transposição, a meu ver, também aponta para uma visão menos patológica do corpo da mulher. Sendo os batimentos do coração do bebê o principal marcador para avaliação da normalidade do parto, ou seja, da possibilidade de esperar pelo desenrolar fisiológico, o “problema” da evolução do parto deixa de estar na impossibilidade do corpo feminino de funcionar bem, de não dilatar, ou não dilatar no tempo certo. Aqui a espera é um indício para acreditar no corpo feminino, na capacidade das mulheres em parir, se assim elas desejarem.

Nesse sentido, na medida em que o MHPN propõe o respeito ao tempo fisiológico e subjetivo de cada parturiente e sugere uma conduta expectante, ela se alinha nessas alternativas de expandir o presente, em que amplia a possibilidade da contemplação, das experiências subjetivas. Assim, as próprias mulheres afirmam que tais condutas e práticas obstétricas, propostas pelo movimento de humanização, possibilitam histórias dissidentes ou contra hegemônicas de parto. E esse elemento, apesar de não ter sido em todos os casos, foi observado

⁵⁹ Segundo minhas interlocutoras, o elemento do novo aqui não se dá pelo delineamento de uma novidade normativa, mas por que nem sempre é utilizado como marco orientador na prática hegemônica.

nas entrevistas com as mulheres em que algumas delas tiveram trabalhos de parto de mais de dois dias.

A reconfiguração do entendimento do tempo do parir, no paradigma da humanização, possibilita a construção de uma experiência de parto mais íntima e subjetiva, abrindo a possibilidade para uma diversidade epistêmica. Contra o desperdício da experiência, contra o “parto roubado” (notas de campo, 2014), as mulheres reivindicam seus corpos, seus partos, seus tempos.

5 PARTO E CIÊNCIA: O PAPEL DA TECNOLOGIA NOS DISTINTOS MODELOS DE ASSISTÊNCIA E SUAS RELAÇÕES COM OUTROS SABERES NA CONSTRUÇÃO DE UMA CULTURA DE PARTO

Efetivamente num parto natural não há muito o que se fazer a não ser esperar o tempo da natureza
(MARTINS, 2005: 657)

Comumente ouvimos alguém usar o termo “parto natural” para se referenciar a alguma experiência em que não houve intervenções médicas, ou intervenções consideradas desnecessárias ou invasivas. Contudo, o termo suscita uma série de debates, onde se discute a especificidade da experiência humana do parto. O que há de técnico no parto? E o que há de natural? Um parto sem intervenções médicas poderia ser considerado um parto natural? Qual o papel da tecnologia nos distintos modelos de assistência ao parto? Qual o papel da cultura? Essas questões circundam o debate sobre os modelos de assistência ao parto, circulam pelos espaços de discussão sobre humanização do parto e foram observadas ao longo desta pesquisa.

O entendimento do que vem a ser um parto natural não é de todo óbvio no senso comum, tampouco dentro do ideário de humanização, principalmente se lembrarmos da ideia de técnicas do corpo, já descritas por Mauss, onde o conhecimento encontra-se corporificado e nossas práticas são também formadas e informadas por ele. Nesse sentido, afirma Mauss, é preciso haver certo tipo de iniciação, de aprendizado às “*técnicas do nascimento*”, sendo estas necessariamente perpassadas pelos elementos culturais constituintes de cada sociedade (MAUSS, 1974). Sendo assim, é possível afirmar que existe certo grau de variabilidade cultural no que é chamado de parto natural, pela própria presença das técnicas corporais subsumidas. Contudo, o posicionamento que o ideário do parto natural sublinha parece apontar para uma crítica sobre o lugar da tecnologia num determinado tipo de assistência, ou de prática obstétrica, apontando inclusive para um entendimento distinto sobre o parto – um evento bio-psico-social⁶⁰.

⁶⁰ É preciso dizer que o entendimento de parto natural se mostrou algo ambivalente dentro dos próprios adeptos da humanização. Por um lado, encontrei afirmações de que o parto, em sua manifestação biológica, é algo universal, em frases como “o corpo já sabe” ou “é preciso deixar a natureza agir”, “deixar falar os instintos” (notas de campo, 2013/2014). Aqui parece-me que seria preciso apenas desligar-se da cultura. O apagamento do neocórtex que abre as portas da partolândia, seriam territórios da vivência de uma espécie de pureza do estado natural das coisas, permitindo a mulher vivenciar o parto no que há de mais animalesco e, também, empoderador. Por outro lado, a possibilidade dessa vivência “radical” da natureza é perpassada por um itinerário “educador” que vai permitir que a parturiente alcance, eventualmente, esse grau de vivência. As rodas de

Se é possível afirmar, como no capítulo anterior, que existe, dentro do MHPN, uma proposta de ampliação e diversificação quanto ao entendimento social sobre o tempo e suas implicações para o parto, ficou igualmente notório, ao longo da pesquisa de campo, que existe uma proposta de crítica sobre o entendimento do lugar da tecnologia na assistência obstétrica. Tal postura crítica parece apontar para a intenção de ampliar a experiência de parturição, possibilitando, talvez, uma descolonização da imagem hegemônica que se tem sobre parto, mas também sobre tecnologia, aspectos interligados no modelo de assistência vigente no Brasil.

Essa crítica pode ser inscrita num movimento teórico que se propõe pensar os dilemas modernos que a tecnologia traz no bojo de seu desenvolvimento. Pensadores clássicos desde Heidegger, Gadamer e Marcuse, passando por Foucault e Martins, entre outros, se debruçaram sobre as implicações relativas ao avanço das tecnologias na vida cotidiana, chamando a atenção para transformações na ordem social e os efeitos adversos que a vinculação estreita entre ciência e tecnologia podem exercer no modo de vida dos indivíduos. Gadamer, por exemplo, chama a atenção para o perigo de se cair numa cegueira emocional e iconoclasta em relação à tecnologia, impedindo de serem reconhecidos os avanços advindos de seu desenvolvimento. Em outras palavras, o autor nos insta a evitar uma crítica tecnofóbica. Contudo, igualmente avisa que é preciso evitar a “fé supersticiosa na ciência”, sob o risco de permitir um avanço “tecnocrático inescrupuloso” para o domínio da natureza (GADAMER, 1996:7). Essa perspectiva “cautelosa” sobre o desenvolvimento tecnológico, em que ao mesmo tempo que reconhece os potenciais (e reais) ganhos para a humanidade, também sublinha os riscos de dominação e subjugação consequentes desse mesmo desenvolvimento, parece se aproximar daquilo que Hermínio Martins (2012) caracterizou como uma visão fáustica, ou mais especificamente, de uma visão prometeica fáustica.

Os prometeicos fáusticos divergem dos prometeicos positivistas na medida em que não excluem, por uma questão de princípio, outros tipos de reivindicações da possibilidade de conhecimento da natureza íntima da realidade; de fato, insistem frequentemente na legitimidade, na autonomia e até na superioridade de outras formas de conhecimento e de compreensão da realidade humana (MARTINS, 2012:52).

Num caminho próximo, demonstrando que o elo entre a técnica e a ciência é fruto de um projeto político, social e cultural específicos – ocidental e moderno – que possibilitou a construção de uma nova cosmovisão, intimamente ligada ao capitalismo e ao empirismo,

gestante, a presença da doula, o plano de parto, por exemplo, são todos elementos pedagógicos do itinerário para o parto natural. De toda forma, o elemento da natureza, no caso do parto, está, a meu ver, perpassado pela cultura.

Marcuse (1999) também poderia ser alocado em meio à perspectiva fáustica sobre a tecnologia. Numa visão crítica sobre a associação entre a racionalidade instrumental, o processo de burocratização e a ciência, Marcuse enxergava um problema para o desenvolvimento das possibilidades humanas. Justamente por se autointitular como a melhor explicação (ensejando a própria justificativa por se constituir como razão), a racionalidade burguesa acabou gerando uma espécie de opressão de novas expressões dissidentes, novos modos de ser, novas formas de organizar o trabalho, a economia, ou mesmo novos modos de fazer ciência. Nesse sentido, Marcuse afirma claramente que o progresso tecnológico não se dá sempre, nem necessariamente, na direção da melhoria das condições de vida ou na resolução dos problemas humanos. A tecnologia, assim, também traz consequências negativas, gera novos problemas.

A *factualidade da máquina*, entendida por Marcuse como personificação da própria racionalidade científica, enseja uma atitude submissa de produção do conhecimento em que “o indivíduo não poderia fazer nada melhor do que adaptar-se sem reservas” (MARCUSE, 1999: 78). Acredito que, em certa medida, esse é o caso da construção de um modelo obstétrico, que apesar de ter possibilitado um atendimento mais capacitado em atender emergências e distócias obstétricas, também ensejou um modelo extremamente tecnocrático, desembocando numa clínica obstétrica dependente do maquinário tecnológico sem, contudo, estabelecer uma relação de escuta das mulheres parturientes, desconsiderando as demais formas de compreender o evento de parturição. Poder-se-ia dizer que o modelo obstétrico brasileiro vigente é signatário da racionalidade tecnológica que “estabelece padrões de julgamento e fomenta atitudes que predisõem os homens a aceitar e introjetar os ditames do aparato” (IDEM, 77). Essa postura crítica que Marcuse desenvolveu também foi percebida, ao longo da pesquisa, nas falas dos adeptos da humanização quando estavam a se referir ao modelo hegemônico e afirmavam que existiam uma espécie de “crença na positividade tecnológica” que produzia um senso de ordem que justifica o uso acrítico de todo o maquinário tecnológico por parte dos profissionais que prestam assistência ao parto.

Numa ampliação aos argumentos críticos do projeto tecnológico moderno, outra perspectiva pertinente sobre os efeitos da união entre ciência e tecnologia e, mais especificamente, entre medicina e aparatos tecnológicos, vem sendo desenvolvida, já há algum tempo, por dentro dos estudos feministas sobre a ciência (*Feminist Perspectives on Science*). Digo ampliação porque considero que a perspectiva feminista, ao enfatizar o aspecto de gênero, traz novas nuances ao tema da suposta neutralidade do discurso técnico-científico. Emily Martin (2001), Londa Schiebinger (2001), Sandra Harding (1998), entre outras, são exponentes

importantes desse debate que sublinha uma ordem patriarcal subjacente às formas organizacionais da medicina, ressaltando os vieses da produção de conhecimento concernentes à saúde da mulher. No Brasil, nomes como Fabíola Rohden (2001), Ana Paula Vosne Martins (2004; 2005) e Simone Diniz (2001) elaboraram importantes contribuições sobre as consequências de uma tecnomedicina (com raízes patriarcais) para a assistência obstétrica e a construção de visões de parto decorrentes dessa compreensão.

A perspectiva feminista nos estudos da ciência tem como um de seus objetivos tornar claro que a ciência é uma atividade social e, por isso mesmo, participa na construção cultural do gênero, na medida em que pensa questões relativas às mulheres (CRASNOW et al, 2015). Uma das críticas importantes que parte dessa perspectiva se refere ao modelo biomédico que, por estar centrado nas particularidades das doenças, descontextualiza outros aspectos do processo saúde-doença. A perspectiva feminista sublinha também o processo de extrema marginalização feminina, a partir da segunda metade do século XVIII, da assistência à saúde da mulher. A exceção desse crescente processo de normatização da prática médica foi a assistência à população pobre e negra, que continuou sob a responsabilidade das profissionais menos profissionalizadas. A medicina então é lida como um saber androcêntrico, porque até meados da década de 1960 existia um controle masculino da profissão, além do fato de que as pesquisas e teorias médicas tomavam o corpo masculino como norma, como modelo universal.

Um crescente embate se desenvolve para, além de ampliar a participação feminina nas profissões médicas, reabilitar outras profissões na assistência ao parto, como a luta pela profissionalização das parteiras tradicionais⁶¹. Essa bandeira de luta relacionava-se também com a necessidade de ampliar o conhecimento feminino em relação a seus corpos e processos fisiológicos, que após a entrada da figura do médico, foi sendo desvalorizado e gradativamente foi se perdendo.

Na humanização do parto observa-se movimento parecido, de reorganização de redes de conhecimento multidisciplinares voltados para o propósito de transmissão de conhecimento. É o caso dos grupos de apoio às gestantes e casais grávidos, que trabalham com educação perinatal, na intenção de desmistificar um ideário sobre o parto. Com isso intentam promover o que é tido entre os adeptos da humanização como empoderamento feminino ou o que poderia

⁶¹ Ainda que essa luta possa ser tida como problemática – por não considerar os distintos sistemas culturais que as parteiras estão inseridas – os cursos são vistos, algumas vezes como mero repasse de conhecimentos técnicos da medicina.

ser entendido como a conformação de sujeitos potencialmente mais esclarecidos e, como consequência, com mais poder decisório. Segundo Schiebinger, algumas perspectivas dos estudos feministas sobre a medicina sugerem, como saída, um modelo de comunidade, englobando aspectos sociais, sistêmicos, ampliando o foco da medicina para além do puramente biológico, ampliando a compreensão de que “*sexo e raça são mais do que variáveis biológicas*” (SCHIEBINGER, 2001:226). A luta por tornar visível esse aspecto – para além da biologia – dentro da obstetrícia e que ele possa ser incorporado na assistência ao parto no Brasil é um dos esforços do MHPN. Uma visão mais integrada, holística da mulher é o pano de fundo da maioria das reivindicações do movimento, ressaltando a importância de conhecer a história de vida das parturientes para poder prestar uma assistência de maior qualidade.

Tais posicionamentos críticos acompanham outro aspecto, que ficou conhecido no campo da saúde coletiva como crise da medicina, que se refere a um movimento interno de crítica desse campo de saber, que formula argumentos em favor de uma formação médica mais relacionada com questões éticas e de responsabilidade social, numa tentativa de reconfigurar o médico como figura do cuidado. Além disso, relaciona-se ao fato da população leiga (não-médica) apresentar certa resistência às prescrições médicas, aos tratamentos e informações recebidas, sublinhando também um outro aspecto: uma crise de confiança na medicina (SCHRAIBER, 2008). Ainda que persista o *locus* privilegiado da autoridade de conhecimento perito, a população tem buscado outras formas de se relacionar com as questões relativas à saúde. E o MHPN se constitui, a meu ver, numa dessas possibilidades distintas que vem se construindo na contemporaneidade.

Retomando a epígrafe do capítulo, num tempo em que não se permite a espera, no tempo das intervenções, parece até um paradoxo pensar uma assistência ao parto que, mesmo sendo altamente técnica e especializada, não teria “nada” a fazer. Mas o que seria esse nada? Não intervir não é o mesmo que não prestar assistência. Ao longo da pesquisa esta agenda da humanização ficou muito clara. Há uma crítica específica. Um olhar um pouco mais sofisticado e cuidadoso parece ser necessário. Pensar sobre as relações entre ciência, tecnologia e sociedade parece ser, assim, um ponto importante para compreender a forma como a assistência obstétrica está organizada no Brasil e como vem sendo construída a crítica feita pelos adeptos da humanização do parto, assim como pelas mulheres que desejam uma experiência distinta de parto.

5.1 Medicina, tecnologia e medicalização do parto

*O que a medicina moderna pode fazer é surpreendente. Mas, apesar de todo o progresso que as ciências naturais trouxeram para a nossa compreensão da doença e da saúde, e apesar do enorme gasto em tecnologia racionalizada para o diagnóstico e o tratamento que ocorreu nesta área, a esfera do elemento não-racionalizado presente na medicina é particularmente alto*⁶² (GADAMER, 1996:21).

Na citação a Gadamer, intento iniciar a discussão sobre o aspecto da cultura, do “irracional”, do não-neutro no fazer prático e cotidiano da medicina. Melhor dizendo, da importância da compreensão do lugar de fala que todo sistema de conhecimento possui. Por mais que o discurso da ciência intente engendrar certa neutralidade epistemológica, a prática subsumida nesta epistemologia científica, nos coloca sempre o aspecto local, não-neutro do qual fala Gadamer. Nesse sentido, resgatar um pouco da crítica que o autor elabora da ciência, reconhecendo a importância do reconhecimento de diversos modos de pensar e experienciar o mundo, pode ser um caminho para compreender o movimento de humanização do parto.

Numa crítica a esse domínio da objetividade e da neutralidade da ciência moderna, é interessante perceber como Gadamer entende prática: tanto como conhecimento empírico adquirido na experiência do curso da vida e do encontro com o outro e consigo mesmo, implicando processos de escolha e decisão; como o processo de transmissão da cultura humana. Ambos os tipos são, para ele, um conhecimento subjetivo e incomensurável, não obstante, importantíssimo na vida dos seres humanos. De certo, um tipo de “*conhecimento que a ciência não pode ignorar*” (GADAMER, 1996:1). Aqui, o autor está fazendo uma clara distinção entre a experiência como conhecimento adquirido e transformado em ação prática – e nesse sentido subjetiva – e a experiência da ciência moderna – dizendo-se objetiva porque se constrói, supostamente, independente do contexto, sendo capaz de quantificar e verificar os aspectos da vida humana e do mundo em geral. Contudo, o projeto da ciência moderna também transformou, para Gadamer, a experiência prática, que passou a ser objeto de verificação da ciência, para torna-la válida ou não. Há para o autor então uma subordinação dos “tipos” de conhecimento, uma hierarquização dos saberes.

⁶² No original: “What modern medicine can do is astonishing. But in spite of all the progress which the natural sciences have brought about for our knowledge of sickness and health, and spite of the enormous expenditure on rationalized technology for diagnosis and treatment which has taken place in this area, the sphere of the unrationalized element within it is particularly high”

Esse é um ponto retomado por Santos, assim como pela crítica pós-colonial, sobre o desperdício da experiência promovido sob o cenário do desenvolvimento do projeto de modernidade, que tem suas fundações no desenvolvimento da própria ciência moderna, que se pretende universal. Para Santos,

Sendo um modelo global, a nova racionalidade científica é também um modelo totalitário, na medida em que nega o caráter racional a todas as formas de conhecimento que se não pautarem pelos seus princípios epistemológicos e pelas suas regras metodológicas (SANTOS, 1988:48).

Esse modo de conhecimento desconfia do saber obtido pelas experiências, pela prática cotidiana, pelo senso comum e, por conseguinte, subalternizam os sistemas de saber distintos dele. No que diz respeito ao objeto de estudo deste trabalho, é possível dizer que a entrada dos cirurgiões-obstetras na obstetrícia moderna contribuiu para um processo de descrédito do tipo de saber sobre o corpo que tanto as mulheres/parturientes quanto as parteiras já acumulavam milenarmente. Schiebinger (2001) afirma que uma das consequências da hierarquização dos tipos de conhecimento foi a perda do controle sobre a fertilidade e os processos reprodutivos, consequência da perda de conhecimento empírico e tradicional das parteiras e que era transmitido dentro da tradição oral das redes de relações femininas⁶³. A autora sugere então que o processo de institucionalização da medicina no século XIX, em especial da obstetrícia, ocasionou um retrocesso no que diz respeito à saúde da mulher, que passou a conhecer menos os processos relativos ao próprio corpo, submetendo-se mais ao saber autoritativo, típico da relação médico-paciente. Como consequência, diz Schiebinger, “*as mulheres europeias do século dezenove tiveram mais filhos que suas avós e entendiam menos acerca de seus corpos*” (SHIBIENGER, 2001:210).

A passagem da “arte de partejar” para “a ciência do parto” (BARRETO, 2011) muda, assim, uma série de paradigmas orientadores da assistência ao nascimento. No primeiro caso, está presente a ideia de que o parto deveria transcorrer de acordo com as leis da natureza. Não era exigido, dentro desse modelo, um conhecimento formal especializado e o atendimento era feito, predominantemente, por mulheres – as parteiras, que poderiam esperar pelo tempo da natureza. Já no segundo modelo, científico, existe uma mudança paradigmática na forma de entender o processo de parturição.

⁶³ Nos lembrando da produção do esquecimento e das ausências, que fala Boaventura Santos.

O MHPN constantemente refere-se à medicina como um conhecimento masculinizado, como o momento de entrada do homem num terreno antes tido como exclusivamente feminino. Essa entrada torna-se problemática, não só segundo adeptos da humanização, mas também por pesquisadoras sob a rubrica dos estudos feministas da ciência. Principalmente por duas razões: 1) a medicina como um lugar de saber-poder masculino, que desvaloriza o conhecimento das parteiras, considerado como saber-fazer feminino. Em outras palavras, a tomada da assistência ao parto pela medicina ocidental moderna ocorre numa relação hierárquica, como um saber autoritativo, marginalizando as mulheres que prestavam assistência às gestantes; 2) a construção da norma fisiológica no corpo masculino fez com que o conhecimento do corpo feminino fosse se construindo, no discurso e na prática médica, em comparação com tal modelo, ocasionando assim uma patologização da fisiologia feminina, que fugia à regra (ROHDEN, 2001 e MARTINS, 2005).

Como reforço a tal processo as explicações contidas nos manuais do século XVIII foram sendo direcionadas para aqueles (homens) com formação médica, com linguagem mais técnica. Além disso, defendiam a manutenção de uma formação de qualidade inferior para as parteiras, como maneira de mantê-las subjugadas ao conhecimento médico. Para além dessa hierarquização entre as profissões, o conhecimento científico modifica o entendimento do parto: sendo regido pelas forças naturais e, por conseguinte, entendido como caótico, justificava-se a necessidade de intervenções racionais e científicas, como forma de normalizar e civilizar o acontecimento. Nesse processo, a obstetrícia moderna acaba centrando seu regime de olhar nas (eventuais) patologias do parto (BARRETO, 2011:61). Vemos assim surgir uma prática médica centrada na intervenção, praticada por homens e a criação de novos rituais na cena de parto.

A perspectiva antropológica já nos afirma há algum tempo que os ritos de passagem ensejam os valores de uma determinada sociedade. Segundo Davis-Floyd (2003), a nossa, moderna e ocidental, está profundamente marcada por rituais emergidos a partir da Revolução Científica. Deriva daí uma importante metáfora, propiciadora de uma série de transformações: a máquina como forma organizativa do nosso mundo, seguindo leis previsíveis e universais (DAVIS-FLOYD, 1994, MARTIN, 2001). Assim também foram se construindo as metáforas para compreender o corpo humano. Ainda que o cartesianismo tenha proporcionado a ampliação do conhecimento sobre o funcionamento fisiológico do corpo, a partir da máxima especialização nas partes, também contribuiu para a construção de uma concepção do humano que trouxe alguns prejuízos. Para se restringir ao tema desta tese, é possível afirmar, por

exemplo, que algumas mudanças advindas da tomada do parto pela medicina moderna e cartesiana não foi benéfica para a compreensão da experiência de parto, produzindo silenciamentos e hierarquias, ou, numa perspectiva mais próxima à Santos, um empobrecimento da experiência.

A ideia mecanicista do corpo como máquina (somando-se ao impulso da Revolução Industrial), da mesma forma que imprimiu, como visto no capítulo anterior, um tempo extremamente padronizado e maquinico, também contribuiu para uma prática médica interventora (a natureza existe para ser dominada e aperfeiçoada). É nesse sentido que Davis-Floyd considera que o processo educacional, de formação dos médicos pode ser considerado como um longo ritual de iniciação no paradigma mecanicista, como forma de justificar o manejo ativo do parto (DAVIS-FLOYD, 1994).

Em franca oposição ao *modus operandi* da medicina moderna, a noção de prática, defendida Gadamer é interessante para pensar como a humanização do parto se relaciona com a MBE. Antes de ter a intenção de voltar exclusivamente ao modelo da arte de partejar, os adeptos da humanização parecem apontar para a necessidade de união ou de uma permeabilidade ecológica entre os dois modelos. A MBE seria esse norte científico, mas ao mesmo tempo, sem ocupar exclusivamente a matriz decisória na conduta de assistência ao parto. Nesse sentido, a prática humanizada seria um caminho nessa direção, de usar o conhecimento existente e através de um conjunto de decisões (inclusive envolvendo outros atores – a parturiente, no caso) optar pela melhor escolha naquela situação, trazendo de volta a importância da subjetividade e do diálogo no encontro entre profissionais de saúde e pacientes. Esses aspectos são encontrados em documentos da OMS, feitos sob o formato de recomendações e foram trabalhados nos módulos teóricos do curso que acompanhei.

Figura 07: Recomendações da MBE

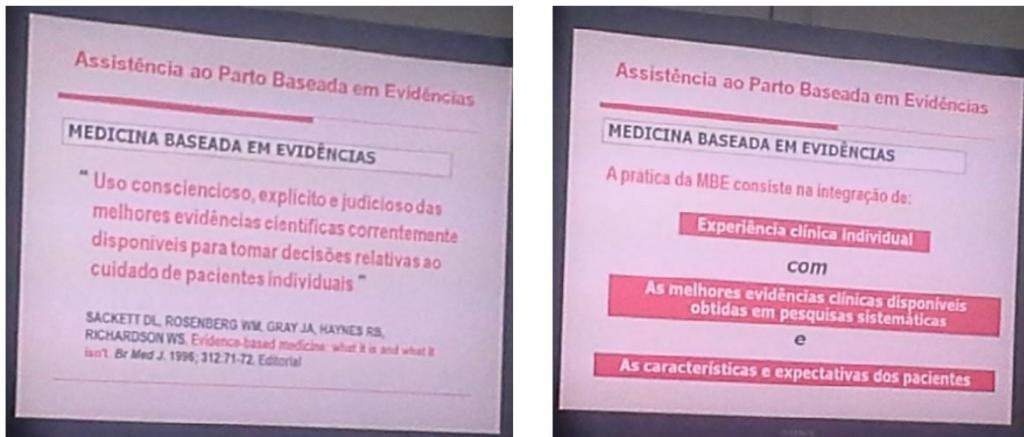
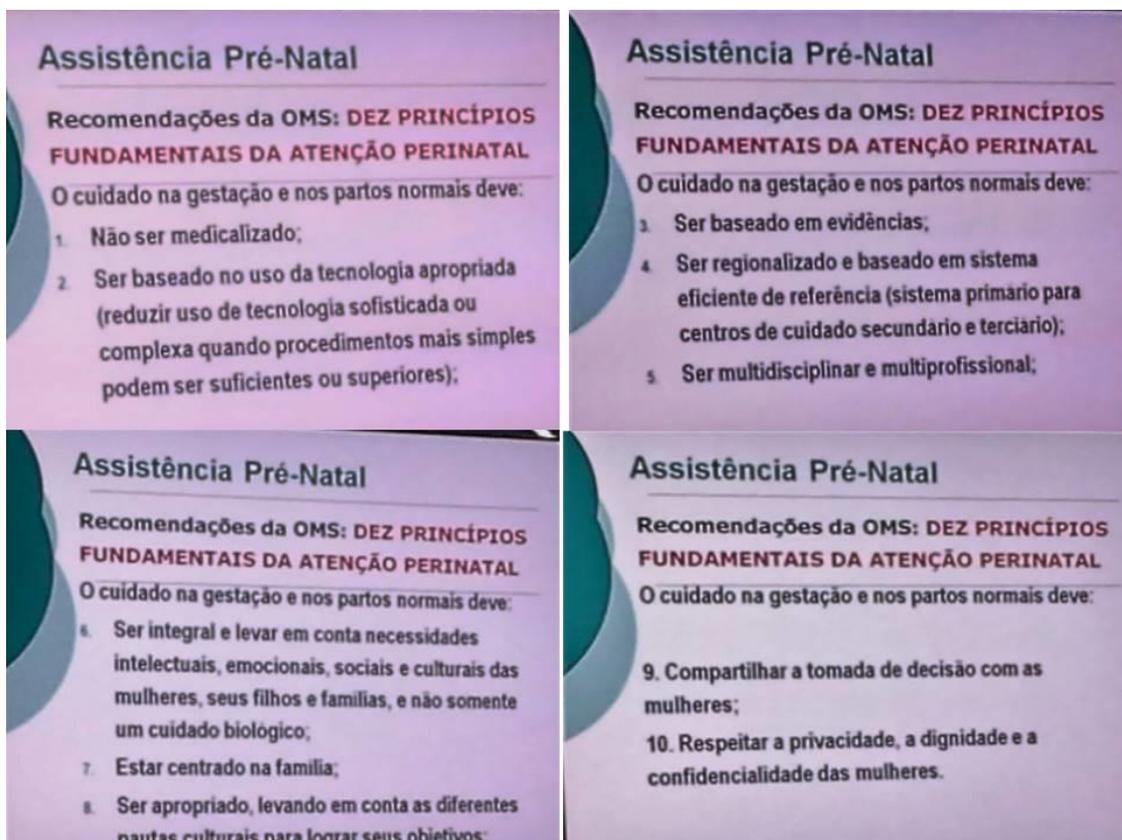


Figura 08: Recomendações da MBE



Considero que a elaboração da crítica sobre os padrões rígidos da obstetrícia hegemônica e, principalmente, aos “padrões engessados do hospital” (notas de campo, 2014), são parte do projeto de uma clínica mais dialógica, mais horizontalizada e que se abre para o chamado empoderamento feminino, construindo um espaço cultural mais diversificado. Joana aponta a dificuldade que essa nova proposta encontra entre a classe médica e justifica o motivo principal para ter deixado de atender partos hospitalares, dedicando-se, hoje, exclusivamente ao parto domiciliar.

[os médicos] não conseguem nem se formar e nem se informar pra mudar sua própria atuação. Sair dessa zona de conforto, cheinha e recheada de intervenções. Eles não conseguem transpor, é muito difícil pra eles. São poucos os que conseguem inclusive. Tem que bater muito lá dentro do coração, pelo menos esses são os depoimentos que eu escuto dos profissionais né. Aí imagina falando de parto em casa né?! Se eles já acreditam tanto na tecnologia, tanto na segurança, fazem tanta intervenção em nome dessa tecnologia, imagina o parto em casa? Que pra eles é algo, que eles nem imaginam como é né?![...] [O hospital tem] Protocolos muito engessados. [...] E aquilo impedia uma atuação também profissional né, não era só em relação à mulher, mas na atuação profissional também. Em que, as pessoas, por desconhecerem as evidências né, então criticavam muito o que era feito. E aí ficava rotina, impaciência né, e aí achando que o que a gente estava fazendo era totalmente errado. Então na casa, não! Na casa a gente tem uma liberdade maior nesse sentido, e a mulher também tem uma liberdade né?! A mulher, ela pode ser ela mesma, ela pode se expressar, ela pode viver aqui né?! Em casa é outro universo, é outro mundo (Joana, jul.2015).

Essa não é uma fala isolada no meio da humanização do nascimento. A maioria dos profissionais que fizeram o curso que observei relatou as dificuldades de enfrentar a realidade institucional do hospital, descrita como violenta e muito rígida (notas de campo, 2013). É possível assim argumentar que existem cosmovisões distintas no embate entre o modelo hegemônico vigente e o projeto de humanização. E, é sabido, que as condições sociais da produção de conhecimento científico engendram dinâmicas de autoridade que proporcionam desigualdades no desenvolvimento entre as profissões.

Barreto (2011) contextualiza o crescente papel dos cirurgiões-parteiros na assistência ao parto, sob pena da marginalização (quando não da exclusão) das parteiras tradicionais ou, como eram conhecidas, as comadres. Percebe-se assim que o conhecimento formal da medicina foi, na cena de parto, se constituindo como um dispositivo de exclusão, conformando um campo exclusivo de atuação. Esse processo de profissionalização da obstetrícia acontece entre o fim do século XVII e início do XVIII nos países europeus e chega ao Brasil no início do século XIX e, igualmente, como dispositivo colonial e excludente, fragilizando a atividade das parteiras.

Tanto foi assim que “*a obstetrícia proclama sua exclusividade desde 1840*” (BRENES, 1991:137). Os argumentos utilizados conformam o mesmo percurso: neutralidade, objetividade e domínio da técnica, sublinhando assim o aspecto do poder normativo que o discurso da cientificidade possui.

Alguns artefatos ganharam especial atenção no processo de institucionalização da obstetrícia. É o caso do fórceps, inventado em 1581, por Chamberlain, sob o argumento de ajudar as parturientes. É bem verdade que seu uso demorou para ser incorporado na prática obstétrica. O uso rotineiro do fórceps só se instaura no Brasil a partir de 1970 e acontece em meio a uma grande tensão normativa no que diz respeito a ambas as profissões envolvidas na assistência obstétrica – os médicos-cirurgiões e as parteiras (ROHDEN, 2001). Fabíola Rohden afirma que durante algum tempo, houve no Brasil, tal como nos países europeus, um crescente e intensivo movimento para desqualificar o trabalho das parteiras, acusadas de imperícias e até bruxarias⁶⁴. Uma das estratégias de diferenciação pelos cirurgiões foi se valer de artefatos tecnológicos como forma de marcar sua necessária presença, sob a justificativa de possuir mais capacidades e ter mais chances de salvar a vida da mulher e da criança. Contudo, é importante sublinhar que a entrada dessa assistência mais profissional acarretou uma série de mudanças na forma da assistência que não foi, de modo algum, benéfica para a mulher e a evolução fisiológica do parto.

Davis-Floyd (2001) refere-se à ideia do “*One-two-punch*” para explicitar a forma como o modelo tecnocrático de assistência ao parto funciona. De maneira geral, essa concepção refere-se a dois movimentos feitos pelo paradigma intervencionista em que: 1) propõe concertar algo (algum processo natural) que aparentemente não está funcionando bem – no escopo deste trabalho seria o corpo-grávido. Segundo a autora, neste momento, antes de resolver o suposto problema, a intervenção tecnocrática acaba criando novas problemáticas; 2) para resolver o problema criado justifica-se o uso de mais intervenções tecnológicas. No caso da assistência ao parto, esse duplo movimento da medicina baseada na tecnologia criou o que ficou conhecido como “cascata de intervenções”⁶⁵ (notas de campo, 2013/2014). O caso do fórceps é um bom

⁶⁴ Vale salientar que às parteiras não cabia apenas as questões relativas ao parto, mas a todos os assuntos ditos de mulher, ou seja, aqueles que envolviam desde a reprodução e a vida sexual, passando por questões do ciclo reprodutivo, até aos cuidados mais gerais da saúde da mulher e das crianças. Ver Rohden, 2001:60.

⁶⁵ Para exemplificar uma situação típica, pode-se descrever a ritualística hospitalar de um atendimento obstétrico: uma mulher que chega ao hospital com contrações pouco regulares. A premissa da equipe médica é de que ela não tem um ritmo adequado na evolução do parto. Assim, é internada e colocada no soro. Esse soro contém ocitocina, hormônio sintético que serve para aumentar as contrações (em ritmo e intensidade). As contrações ficam muito fortes e a parturiente solicita uma analgesia. Essa analgesia retira parte da sensibilidade

exemplo desse mecanismo referido pela antropóloga. Para que seja possível o seu uso, é necessário que a mulher fique na posição de litotomia, ou seja, deitada de barriga para cima. No entanto, os adeptos da humanização afirmam que essa é, sabidamente, uma posição que atrapalha a saída do bebê, por dificultar a abertura da pelve, além de ser uma posição atuando contra a gravidade. Assim, o uso do fórceps funciona como um dispositivo que cria as condições para sua necessidade – deitando a mulher de barriga para cima, o trabalho de parto não evolui da melhor forma, se não evolui, precisa da intervenção. Noção parecida foi também observada durante a pesquisa de campo quando foi falado da “mitologia da transcendência tecnológica” ou da “crença na positividade tecnológica” (notas de campo, 2014). Ambas consistem na ideia de que sempre que uma alternativa tecnológica esteja disponível, ela será realizada, mesmo que seja prejudicial em certas ocasiões, entendimento que se aproxima da postura submissa à técnica, referida por Marcuse.

Esse foi um aspecto bastante discutido tanto nas aulas teóricas quanto nas rodas de conversa. A tônica, em todas as situações, era desmistificar as concepções e os mitos sobre a pelve materna, a “falta de passagem” ou as supostas imperfeições do corpo. Nas rodas, por exemplo, um dos medos recorrente trazidos pelas mulheres era o de “*não ter passagem*”, referindo-se à impossibilidade de o bebê fazer a passagem pela pelve. Vários recursos visuais foram utilizados a fim de demonstrar a relação fisiológica (e não patológica) da passagem do bebê pela pelve. Alguns modelos foram levados para demonstração dos vários movimentos de rotação que o bebê realiza na passagem pelo canal de parto, adaptando-se à geografia materna. Também foi bastante frisado os privilégios das posições verticalizadas no momento da passagem do bebê.

da mulher, que não mais consegue controlar o ritmo de sua evolução de parto. Aqui pode se chegar a, pelo menos, duas situações ou desfechos: 1) a equipe mantém o plano de parto normal e a mulher vai passar por intervenções dolorosas, como a manobra de Kristeller, a episiotomia e o uso do fórceps; 2) A equipe médica opta por uma cesariana que se justifica pela incapacidade da mulher em evoluir adequadamente o trabalho de parto.

Figura 09: Recomendações para ajudar as contrações

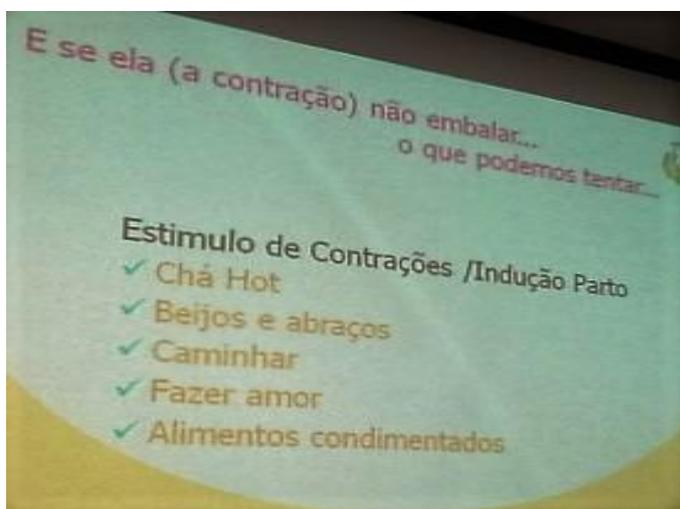


Figura 10: Posições verticalizadas para o trabalho de parto



Figura 11: Pelve Materna

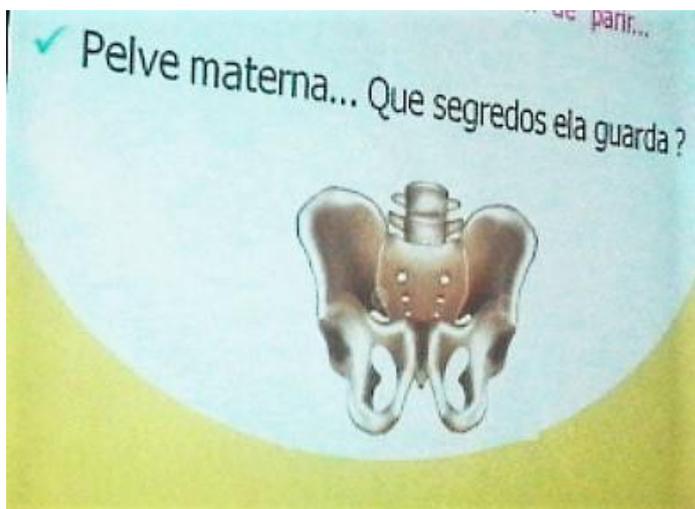


Figura12: Relação da pélvis materna e a passagem do feto



Ainda que sob o (sempre presente) risco de essencializar a mulher na maternidade⁶⁶, através de frases como “a mulher foi feita para isso” (notas de campo, 2014), considero importante perceber que o movimento de humanização, ao focar parte considerável de suas atenções à pelve materna, o faz para ressignificar o lócus problemático construído pela obstetrícia moderna. Poderia mesmo considerar que essa estratégia propõe a subversão daquilo que funcionava como um aprisionamento.

5.2 A medicina e o feminino – a subalternidade da natureza

Se atualmente, sob o paradigma da humanização, a pelve materna figura como a reconfiguração de um corpo capaz de parir (se assim a mulher desejar) nem sempre esse lócus corporal foi entendido dessa forma. A tentativa de desmistificar os mitos tecnocráticos elaborados sob o modelo biomédico, fazendo uso de um discurso mais naturalista e valorizando a fisiologia, percorre um outro itinerário daquele do biomédico. Neste último, escrutinar a natureza, a fisiologia dos corpos, parece funcionar para seu domínio. É feita uma associação entre a natureza e o caótico, justificando-se a necessidade do conhecimento racional para ordenar tal universo, numa estratégia biopolítica. Foi nesse sentido que a medicina foi construindo seu conhecimento acerca do corpo feminino, desenvolvendo explicações que tiveram como pano de fundo preocupações morais sobre o papel social da mulher. Ana Paula Martins (2005) demonstra que a articulação do termo “natureza feminina” com os conhecimentos obstétricos contribuiu para reforçar uma condição biológica inescapável das mulheres, que traçavam seus destinos e fixavam o papel social da reprodução (MARTINS, 2005:646).

No século XVIII que emanou a ideia da diferença sexual, diminuindo a força do paradigma da igualdade entre os sexos, que conjurou um argumento de inferioridade biológica do sexo feminino. Contudo, a noção de diferença⁶⁷ percorreu um duplo caminho. Ao sentenciar a mulher, cujo lugar era o da diferença (do outro incompleto), à maternidade, o conhecimento

⁶⁶ Em algumas ocasiões, durante as observações, assim como nas entrevistas com as participantes das rodas de gestante, ficou latente a concepção de que a maternidade seria a maior realização na vida de uma mulher, podendo ser vista como incompleta se escolher não ter filhos.

⁶⁷ A noção da diferença entre os sexos foi uma percepção construída na medicina em fins do século XVIII e início do XIX, para frisar as diferenças existentes entre homens e mulheres. De forma geral, essa concepção trazia o corpo masculino como norma e contribuiu, por isso, para o entendimento do corpo feminino como incapaz. Diferenciou a mulher pela maternidade, contudo tratou os aspectos da reprodução e da sexualidade feminina como um problema a ser corrigido pelo conhecimento médico (ROHDEN, 2001).

científico opera um duplo movimento: a) o de valorizar a maternidade como algo sagrado, puro e exclusivamente afetivo, ou seja, não racional; b) restrição, mais uma vez, da mulher ao espaço doméstico, local onde deveria ser cultivado os valores da família, a formação educacional das crianças, retirando-a, assim, da vida pública. Nesse caminho, a ciência da diferença reforça o lugar da racionalidade/intelectualidade, do público, da força física para o masculino; a afetividade, maternidade, domesticidade para o feminino. Nesse caminho discursivo, a feminilidade poderia ser medida pelo tamanho da pelve, ligando a mulher a suas funções reprodutoras; a masculinidade ligada ao tamanho do crânio, ressaltando suas “naturais” aptidões racionais (LAQUEUR, 1992).

A preocupação da obstetrícia em institucionalizar os partos, para além dos propósitos acadêmicos/educacionais, coadunou-se com o crescente papel do Estado no controle da saúde populacional, fortalecendo assim as prescrições normativas de como, onde e sob que tutela os partos deveriam acontecer. Martins (2005) afirma que, na constituição da obstetrícia como a “ciência dos partos”, o tipo de saber mais valorizado foi o dito objetivo, neutro, relacionado ao esquadrinhamento matemático do corpo feminino, fazendo surgir a pelvimetria, funcionamento para dar a medida da feminilidade. Martins afirma que:

A obstetrícia criou a mulher pélvica, uma representação bastante apropriada não só pela ênfase dos estudos nessa região do corpo, mas também pelo significado que a pelve teve na definição da feminilidade para o discurso médico. [...] Se a grande função natural da mulher era a maternidade, os médicos encontraram no ‘laboratório da gestação’ a nova e universal medida da feminilidade (MARTINS, 2005:659).

Tal ênfase em apenas uma região do corpo assim como num determinado tipo de conhecimento – o científico-matemático – demonstra a forma autoritária, na relação médico-paciente, como o saber-poder da obstetrícia vai se construindo, dando cada vez menos valor para o conhecimento feminino sobre o próprio corpo. Fixando valores matemáticos, os obstetras acreditaram achar a justa medida da maternidade, associando-a compulsoriamente a ideia de feminilidade. Esse foi, em grande medida, o espírito técnico-científico do momento de institucionalização da obstetrícia. Para se desvencilhar de possíveis interpretações morais, religiosas e mesmo do saber empírico (considerado arcaico pela medicina) das parteiras, intentaram um projeto baseado na compreensão puramente técnica dos aspectos relacionados ao parto, sem considerarem, assim, a dimensão subjetiva e pessoal de tal experiência.

Importante ressaltar que a produção desse tipo de conhecimento, respaldado pelo selo da cientificidade, antes de operar uma valorização da mulher, do feminino, serviu como um escamoteamento da dominação e desvalorização das mulheres, porque reforça tanto o tema da biologia como destino, como da suposta hierarquia da cultura (homem) sobre a natureza (mulher). Para Schiebinger, tanto o paradigma da igualdade quanto o da diferença entre os sexos foi prejudicial, ou limitantes em algum sentido, para a saúde das mulheres. O primeiro diz sobre a necessidade de assimilação das mulheres e tratou igualmente aspectos singulares da saúde feminina e masculina, não conseguindo endereçar os aspectos particulares de cada um. O segundo, por sua vez, atribuiu maior “patologicidade” para o feminino. É o caso, como afirma a autora, das doenças mentais, que foram atribuídas em maior proporção às mulheres. A histeria poderia ser um caso exemplar de uma teoria desenvolvida a partir da perspectiva da diferença entre os sexos.

Essa ressalva sobre a condição feminina pode ser muito interessante para compreender a polissemia da ideia de natureza presente tanto no discurso profissional quanto das mulheres gestantes que, de alguma forma se associam à ideia da humanização. Algumas falas corroboram a lógica da ciência da diferença, de que a maternidade é o ápice da feminilidade⁶⁸. Apesar de perceber um lócus discursivo essencialista no uso de termos como “o corpo já sabe”, “deixar a natureza falar”, “se entregar aos instintos” (notas de campo, 2014), acredito que sua semântica, dentro do movimento, é um tanto mais complexa ou mesmo ambivalente. Considerar o fisiológico como forma de conquistar poder pode ser vista, contemporaneamente, como uma estratégia um tanto profanatória ou mesmo subalterna, que valoriza aquilo mesmo que foi o dispositivo de controle.

Se a obstetrícia ocidental se conjurou como possibilidade verdadeira de compreensão da natureza dos partos, retirando a “arte” de sua prática e elaborando a ciência dos partos, o fez sob o arcabouço do domínio da natureza e mediante dispositivos opressores e excludentes. O conhecimento da obstetrícia avançou com o escrutínio dos corpos de mulheres pobres que procuravam os hospitais de caridade⁶⁹ e eram alvo de intervenções a título de ensino ou para

⁶⁸ Esse aspecto foi, para mim, bem emblemático (e algumas vezes problemático), porque tanto entre os profissionais como entre as mulheres que entrevistei, a maioria das falas reproduziram a concepção de maternidade como dádiva e como expressão máxima da feminilidade, deixando transparecer o estranhamento com a possibilidade do não-desejo pela maternidade. Poucos foram as perspectivas que relativizaram esse discurso, ressaltando os direitos sexuais e reprodutivos. Nesse sentido, a pauta do aborto, por exemplo, fica distante da agenda da humanização do parto e do nascimento.

⁶⁹ Importante ressaltar que nos hospitais privados, os médicos cirurgiões enfrentaram grande resistência, tanto por parte das mulheres, que achavam que mostrar o corpo a estudantes era imoral, quanto por parte das

que os cirurgiões pudessem ganhar mais experiência (MARTINS, 2005). Atualmente, essa mesma classe populacional – as mulheres pobres – continua sendo locus de um atendimento invasivo sob a desculpa do ensino, como bem demonstra o artigo “A vagina escola”, de Simone Diniz (2016). Tal termo relaciona-se à forma como os estudantes de medicina compreendem a primeira oportunidade de realizar um procedimento cirúrgico – o corte e a sutura na vagina da mulher grávida. Ainda que possamos relativizar que, no passado, os estudantes não podiam contar com outros recursos didáticos, hoje não é essa a realidade, sendo perfeitamente possível o ensino através de manequins humanos e sendo absolutamente desnecessário que uma mesma paciente seja examinada, em série, por um grupo grande de estudantes. Também é desnecessário que sua intimidade seja desnudada em direção às portas abertas do bloco cirúrgico, como podem ser encontrados em relatos de parto no Brasil. Sob o entendimento da natureza como disponível para o domínio do homem, o corpo grávido tornou-se objeto de treino.

Assim, o arcabouço discursivo e prático da obstetrícia moderna, ainda que tenha avançado na compreensão da fisiologia da gestação e do parto, também contribuiu para a formulação de diversos “mitos” sobre a parturição. Porque apoiados na norma do corpo masculino e numa visão cartesiana, compreenderam o processo de parto como algo exclusivamente fisiológico, invariavelmente associado à ideia de risco e, por isso mesmo, justificando uma série de intervenções médicas. A intenção de tirar a carga moral da questão do médico homem atendendo mulheres e de desfazer os mitos e explicações pouco racionais de outros sistemas de conhecimento, justificou uma assistência pretensamente neutra, excessivamente técnica. Contudo, tal conjunto de práticas, afastadas do regime do olhar-escutar a paciente, distantes da arte de obstar, impossibilitados de esperar, a assistência ao parto no Brasil, foi construindo uma classe distinta de mitos: baseados no conhecimento técnico, reforçaram a ideia da defectibilidade do corpo feminino, do parto como algo perigoso e até incivilizado. Essa, portanto, é uma outra linha de frente em que o movimento de humanização atua: desfazendo os mitos tecnicistas do parto. O medo do parto e a percepção de que todas as intervenções sofridas eram necessárias permeiam o ideário social. Na entrevista com Judith ela comenta uma conversa que teve com uma amiga que acabou parindo no hospital, que ficou sozinha na instituição e acabou tendo uma episiotomia grande. Judith então me conta que a amiga achou que tudo que aconteceu era necessário, ao passo que ela responde que não.

parteiros, que lutavam para manter o aspecto da privacidade no evento do parto. Assim, foi nos hospitais de caridade que a obstetrícia encontra um contingente populacional “disponível” para sua prática, deixando transparecer o componente classista nas práticas obstétricas.

Eu conversei com ela. Eu disse: mas não era necessário tudo isso. Não era necessário esse corte, não era necessário nada disso. Só se desse um tempo a mais, sem colocar ocitocina, lhe acompanhando seu bebê ia nascer da mesma forma que nasceu. Só que sem você sofrer tanto (Judith, dez/2014).

Percebe-se que Judith já percebe de outra forma as intervenções praticadas de forma rotineira no hospital. Assim, vejo que os grupos de apoio às gestantes funcionam como um meio educacional, ou como uma possibilidade de construção de novos entendimentos sobre o parto. As informações trocadas nos grupos funcionam como mecanismo de desconstrução do ideário tecnocrático. Essa também foi a percepção de Maria.

E quando você tem o conhecimento, quando você participa de grupos, que já é uma visão né? que já é uma cultura diferente, né? Quando você conhece essa cultura, essa visão, aí você já muda a mente né? Você já vê que aquilo que você pensava não é, não era realmente o que era bom pra você né? Você vê o que realmente é quando você toma conhecimento daquilo, da questão do parto normal (Maria, jan/2015).

Não é só nos grupos de gestante que acontece a “desmistificação do parto”. Nas aulas teóricas, muitas foram as reações de surpresa com determinadas recomendações, vídeos ou relatos das professoras. Uma das alunas chegou a admitir que quando começou o curso ela acreditava que o modelo tecnocrático era o melhor que a assistência podia oferecer e que nunca havia questionado determinados procedimentos, principalmente sob o viés de gênero implícito na manutenção das práticas. Nesse sentido, tenho a impressão de que há um embate entre a possibilidade da narrativa única de parto, aquela centrada no médico e dependente da tecnologia; e a construção de narrativas múltiplas, que se desenrolam nos relatos de experiências planejadas sob um olhar mais subjetivo.

Em uma das entrevistas, Sara comenta sobre a estranheza, na atualidade, que a escolha pelo parto domiciliar causa. Diferir do modelo da cesariana agendada fazia muito mais sentido para ela, que via com naturalidade a experiência de gestar e parir. Não que o hospital fosse uma opção vetada ou impossível, mas apenas foi relativizada sua normalidade como opção de experiência. O hospital justificava-se, para Sara, como uma dentre as possibilidades de escolha do local de parto ou ainda como alternativa para casos que escapem do roteiro da fisiologia.

Então, se minha gestação está totalmente tranquila, se eu não tenho nada que me impeça de ter um parto normal, por que fazer um parto cesáreo?! Então eu ouvi várias pessoas assim, comentando. Primeiro, muitas pessoas falam

‘menina, porque tu não vai fazer um parto cesáreo? Olhe é tão bom, você não sente dor nenhuma, sei que, pá. Só é ruim um pouco o resguardo, mas é muito tranquilo...’. Outras pessoas já dizem ‘por que que tu não vai ter o parto no hospital, por que é que tu vai parir em casa? Se acontecer alguma coisa?’ Só que acontece muita coisa em hospital, mas as pessoas não falam (Sara, dez.2014).

O argumento central do movimento de humanização, quando promove uma relativa variedade na escolha pelo local de parto é que tais escolhas podem implicar mudanças tanto na forma de assistir os partos quanto também nas relações entre médico-paciente. Argumenta-se que sob o paradigma tecnocrático, centrado no médico, ocorreu um processo de perda do protagonismo feminino. Esse aspecto pode ser percebido quando opera-se uma mudança na forma de falar sobre o parto: as mulheres não mais pariam, mas eram paridas. Quem faz o parto, no caso do modelo hegemônico obstétrico, é o médico e não a parturiente.

Compreendendo as formas como a tecnologia se insere na sociedade, como uma possibilidade de elaborar profundas modificações nas relações sociais, nos modos de subjetivação, na estruturação dos saberes, pode-se também argumentar que a ampliação do entendimento da técnica, a inclusão de novas práticas que têm o cuidado como valor central, contribuem para novas comunidades de prática na atenção ao parto. Nesse sentido é preciso compreender mais o uso de determinadas tecnologias na assistência ao parto.

5.3 Os usos da palavra tecnologia ou “Do que estamos falando quando se fala em humanização?”

A técnica por si só pode promover tanto o autoritarismo quanto a liberdade, tanto a escassez quanto a abundância, tanto o aumento quanto a abolição do trabalho árduo (MARCUSE, 1999:74)

Se a tecnologia é vista não apenas como uma coleção de dispositivos e máquinas complexas, mas também como métodos e técnicas desenvolvidas nas comunidades de prática que usam essas tecnologias, verificamos que as tecnologias criam tipos específicos de espaços sociais em que certas atividades são mais ou menos possível e mais ou menos provável⁷⁰ (JORDAN, 1993:157-158)

⁷⁰ No Original: If technology is seen not only as a collection of complex gadgets and machinery, but also as the methods and techniques developed in the communities of practice that use these technologies, then we see that technologies create particular kinds of social spaces within which certain activities are more or less possible and more or less likely”

No decorrer da pesquisa, pude perceber que o argumento central do movimento de humanização não se dá, como muitos compreendem⁷¹, como aversão à técnica, como volta a um passado idealizado da natureza como ordenamento da experiência de parturição. Muito menos refere-se ao uso em si da tecnologia, como se esta fosse essencialmente danosa. Em outras palavras, não se trata de uma crítica tecnofóbica. Ao contrário, o movimento de humanização (que se pauta pela medicina baseada em evidências) elabora uma prática clínica ancorada no conhecimento científico e técnico sem, contudo, reificá-lo. Esse aspecto pode ser observado muito claramente, ao longo da pesquisa de campo, nas aulas teóricas, em que, apesar das professoras se basearem nas evidências científicas, também afirmavam que *“a depender do caso, e se a mulher também topar, ultrapassa determinadas barreiras das evidências”* (notas de campo, 2014). Simone Diniz (2001) já alertava para os limites, mas também sobre novas possibilidades que surgem no escopo da humanização do parto: a não-intervenção dentro dos limites de segurança. Dessa forma, sugere uma medicina altamente científica, aliada ao uso consciencioso das técnicas disponíveis. Para além das normatividades da prática médica, e por considerar o parto como evento não-médico, o movimento também incorpora como elemento condutor da assistência obstétrica, os elementos culturais que por ventura se mostrem na experiência de parturição, ressaltando assim a *“importância da subjetividade na aplicação da medicina baseada em evidência”* (notas de campo, 2014).

Esse aspecto ficou notório quando foi possível perceber que a prática clínica, proposta na humanização, propõe a integração entre o saber médico (embasado cientificamente) com práticas menos ortodoxas de cuidados em saúde – as práticas integrativas e complementares de saúde (ressalta-se aqui os momentos do curso teórico em que as professoras eram psicólogas, naturoterapeutas, além da presença das parteiras tradicionais, para compartilhar os conhecimentos delas sobre o parto e a atenção à mulher), – sublinhando a necessidade de se conceber a atenção obstétrica de um ponto de vista menos hierárquico e padronizante, em que a noção de cuidado é mais aberta ao outro e às possibilidades de diálogo. A necessidade da equipe multidisciplinar como elemento importante nessa reconfiguração da atenção ao parto se constrói, então nesse movimento de busca por co-responsabilidade e de novas comunidades de prática.

Tal reelaboração, do lugar da tecnologia na assistência ao parto, não se dá, contudo, sem ambiguidades. É perceptível, em algumas falas, a valorização categórica da experiência de

⁷¹ Diniz (2005) aponta para os vários usos e entendimentos do termo humanização, alguns deles referindo-se a uma espécie de tecnofobia e, por isso mesmo, associada ao atraso.

parturição o “*mais natural possível*” (notas de campo, 2014 e 2015), aproximando-se de uma perspectiva que pode ser entendida como mais pessimista em relação à tecnologia, vendo-a apenas como a força de dominação sobre a natureza e sobre os corpos. Aqui, algumas críticas são tecidas ao movimento, sob a perspectiva de que existiria um ideal de parto – o parto natural. Tânia Salem já apontava para essa tendência à idealização quando afirma que “*o parto projetado é representado como um evento que, ao menos idealmente, deve transcorrer sem nenhuma interferência médica*” (2007: 128). Essa postura, algumas vezes é entendida como uma hierarquização das diferentes experiências de parturição – o parto natural como o melhor que se pode ter.

Fica claro, para mim, que a tensão entre natureza e cultura é marcadamente uma presença na teia de percepções que compõem o ideário do parto humanizado. Contudo ela adquire uma fluidez nos seus usos para fazer ver a necessidade de ressignificar a associação entre natureza e barbárie (algo incivilizado) e trazer a possibilidade de valorar positivamente os aspectos mais naturais (RODRIGUES, 2015). É nesse contexto que, por vezes, pode-se perceber certa idealização da experiência de parturição.

Não posso deixar de sublinhar, aqui, a força simbólica que o argumento do parto natural adquire, enquanto potência transformadora do parto industrializado. Agamben (2007) já falava do exercício da profanação como um contra-dispositivo que devolve aos seres humanos aquilo que foi retirado para o mundo divino. Se é possível considerar a medicina como uma estratégia biopolítica, assim como fez Foucault (1988), poderíamos dizer que o parto biomédico seria um dos dispositivos que, encerrando uma relação de poder e de saber altamente hierarquizada, ao mesmo tempo em que civiliza a experiência por meio do uso da tecnologia racionalizada, retira, da esfera do mundano, das mulheres, a experiência de parturição. Permitindo apenas aos “deuses” médicos a possibilidade de **fazer** o parto. A mulher, nesse caso, é o objeto que sofre a ação. Ela é parida! A profanação, por sua vez, seria esse “retorno”, ou aquilo que o movimento de humanização insiste em chamar de “resgate do parto” (notas de campo, 2014), recolocando a mulher no centro da experiência de parturição e reconfigurando o lugar da natureza, como elemento ao mesmo tempo empoderador e profanador do modelo asséptico da tecnociência. Nessa profanação, tudo aquilo que se transformou em tabu pelo dispositivo – vaginas, gemidos, fluidos e descontrole – recompõe o repertório do “parto natural”. É nesse sentido que, a despeito do perigo de essencializar na maternidade e na experiência de parto uma suposta natureza feminina, o discurso do parto natural pode ser visto

como parte, ou como possibilidade do chamado empoderamento feminino e da reconfiguração da experiência de parturição.

Dito isso, retorno à polissemia da ideia de tecnologia, mobilizada pelos adeptos da humanização. Algumas vezes, o termo aparece qualificado como “leve” ou “suave” para indicar um conjunto de técnicas do corpo, auxílio a conhecimentos não farmacológicos que podem ajudar no desenvolvimento do trabalho de parto e contribuem para um novo repertório cultural ou mesmo uma espécie de itinerário de parturição, porque abarca a possibilidade de participação do paciente no processo decisório. Esse seria, fundamentalmente, um trabalho desenvolvido mais pelas Doulas, que auxiliam a mulher a passar pelos momentos de mais difíceis do parto, ou como elas chamam, o “*momento da covardia*”.

Ao longo das observações, inclusive no campo virtual, no “universo materno”, esse termo chamou minha atenção pela aparente contradição em relação a um dos argumentos centrais – o empoderamento feminino no parto. Como é possível que noções de covardia e empoderamento possam aparecer juntas, na mesma experiência? Para compreender melhor a aparente contradição foi preciso então voltar a uma acepção quase literal para o termo *trabalho* de parto. O *momento da covardia* surge, geralmente, nos últimos momentos do processo de parturição, já muito perto da fase expulsiva (e geralmente a mais dolorosa), onde a mulher normalmente está cansada de toda a duração do trabalho de parto. Sendo trabalho, ele pode cansar, exaurir, esgotar e a percepção, às vezes, pode ser de que não vai mais existir a possibilidade de continuar. Outras vezes foi relatado *momentos de covardia* em fases mais precoces do trabalho de parto, como que uma espécie de crise de confiança no próprio corpo, impulsionada por uma cultura de parto mais negativa, onde a mulher se questiona sobre a capacidade de parir. É certo que, mesmo entre as mulheres que desejaram e planejaram um parto normal, é comum que esse desejo seja posto em xeque, que a certeza titubeie em meio a eventuais dificuldades do próprio trabalho. Em todos esses possíveis momentos, a resolução proposta pelo movimento de humanização foi o amparo, o apoio psicológico e a escuta ativa dos medos e anseios dessas mulheres, para que elas possam retomar ou recobrar a confiança e a coragem de passar pela experiência. Contudo, também foi ressaltado que esse é um momento delicado, porque deve-se evitar a imposição de algum desfecho como, por exemplo, a obrigatoriedade de seguir com o parto normal. Compreendi então que a ideia de suporte contínuo aparece como um valor nuclear para o paradigma da humanização do parto. Parece-me que esse aspecto se encontra ausente no modelo hegemônico. A solidão é o aspecto recorrente nas narrativas dos “partos típicos”. Em algumas rodas de gestante, ouvi mulheres

afirmarem que se sentiram só durante suas experiências de parto nos hospitais, reclamando que não eram ouvidas ou até mesmo eram ignoradas. Uma das gestantes afirmou que no primeiro parto foram “10 horas de solidão” e que “solidão é a falta de reconhecimento das pessoas e não a ausência delas” (notas de campo, 2013).

Outras vezes, o termo “técnicas suaves” aparece como estratégia de disfarce dos aparatos muito tecnológicos, para que esse elemento não seja uma presença coercitiva para mulher. É nesse sentido que uma das professoras argumenta que:

Quando a gente está propondo esses modelos diferentes, a gente não está propondo a ausência da maletinha. Eu tô lá no PPP, eu não tô dentro do bloco cirúrgico, mas por trás das cortinas eu tenho todo o material de reanimação. Então, na verdade, a gente não está dizendo que a gente não vai usar a tecnologia. Agora, a tecnologia pode estar suavizada, ela pode estar disfarçada, exatamente para que aquela mulher possa estar focada e não se sinta agredida (Júlia, jan. 2014).

Esse uso do termo “tecnologias leves” associa-se a outra concepção de cuidado que permite aquilo que Gadamer (1996) já elencava como a necessidade de abertura para o diálogo e o encontro com o outro, numa prática médica distinta daquela guiada exclusivamente por uma racionalidade técnica ou pela neutralidade do conhecimento científico. Uma preocupação em garantir um atendimento seguro (e porque não tecnológico) sem, contudo, transformar a experiência de parto hospitalar numa cena de pura maquinaria. Em outras palavras, ficou claro, ao longo da pesquisa, que existe uma tentativa de direcionamento ético da prática obstétrica, em trabalhar com as melhores evidências, ao mesmo tempo em que se sublinha a importância de abertura para a escuta da paciente.

Eu acho que toda mulher tem o direito de ter um parto inclusive, desassistido, sozinha e tal. E aí ela vai assumir as consequências, se houver alguma consequência. Mas para o movimento, nós profissionais, a gente não pode se dar ao luxo de perder uma mulher porque a gente não tinha a técnica, porque a gente não sabia usá-la (Malu, fev, 2014).

Fica claro, assim, que o delineamento central dessa crítica está endereçado, como já dito anteriormente, a um tipo de clínica ou de prática médica dependente de uma tecnologia considerada invasiva, desnecessária e autoritária, além de ser padronizante. A impossibilidade de escolhas por parte das mulheres, no processo de parturição, é vista como uma das consequências negativas da entrega dos partos à exclusividade da obstetrícia moderna. Se esse modelo de assistência acelerou a experiência de parturição, também contribuiu para sua industrialização.

Parte desse problema poderia ser compreendido pela formação dos próprios médicos, que também recebem um ensino mais técnico, centrado nas patologias e nas intervenções. Mas apenas parte da questão fica endereçada nesse aspecto. Roger argumenta que a reconfiguração da assistência ao parto não é apenas uma questão da formação médica, mas de repensar quem seria, ou deveria ser o profissional de referência para os atendimentos dos partos de baixo risco, além de reconsiderar o papel da mulher/parturiente nesse processo.

Bom, eu acho que a formação médica é muito falha, porque ela é uma formação que se tornou, principalmente a partir da metade do século XX, uma educação claramente, fundamentalmente técnica. Hoje em dia, os médicos são técnicos, principalmente. E a gente perdeu muitas das capacidades médicas, que é um entendimento mais profundo, um entendimento mais emocional, psicológico, circunstancial, contextual, social. Os médicos deixaram, por exemplo, de ir na casa dos pacientes. E isso é uma perda muito grande na compreensão dos dilemas pelos quais aquele sujeito está passando. [...] Todos os lugares onde tem uma parteira, que é a principal atendente de parto no mundo ocidental, desenvolvido, os resultados são melhores. Todos os lugares onde o médico é o principal atendente do parto, os resultados são mais negativos, são insuficientes. Portanto, eu não me importo com a formação médica. Claro, eu acho que ela deveria melhorar. Mas eu não me importo tanto com a formação médica, por conta de um direcionamento político que se dá pra isso. Deixem os médicos intervirem. Mas não entregue a maioria dos partos numa nação, numa cidade, num hospital, para a atenção dos médicos. Porque eles não têm formação específica para a atenção ao parto fisiológico. Eles têm a atenção muito centrada na atenção ao parto patológico e nas intervenções rápidas (ROGER, dez.2013).

É possível perceber, a partir da fala acima, que, ainda que se deva realizar uma crítica à formação da classe médica, a questão central não deveria ser essa, na medida em que, nos melhores modelos de atenção ao parto, este não é o profissional principal no atendimento às gestantes com uma gravidez e parto sem intercorrências. A entrada e o reconhecimento de outras profissões de saúde no atendimento aos partos, reforça, na verdade, o argumento do problema da formação médica – pouca arte, muita técnica.

À luz dessa problemática, considero importante perguntar por que, então, à despeito de inúmeras evidências sobre a necessidade de modificação do modelo de atenção ao parto, o Brasil segue com elevado índice de medicalização do parto, como o campeão de cesarianas, e com indícios de alto grau de violência obstétrica? Porque o médico continua como figura principal no atendimento às gestantes? Mesmo reconhecendo o lugar de fala do meu entrevistado, de que o mais importante, **politicamente**, mas também em termo de qualidade na atenção, seria retirar os médicos da cena principal de parto, considero ser igualmente importante pontuar que essa profissão é ainda a que detém o poder de decisão, em que estabelecem as normas e diretrizes no acompanhamento de partos de baixo risco e, ao mesmo tempo,

apresentam pouca permeabilidade em relação às evidências científicas, apresentando uma clínica médica defasada e perpassada por preconceitos de gênero (DINIZ, 2016). Essa conjuntura médica, de uma formação tecnicista, alinhada ao capitalismo biomédico (MARTINS, 2003) contribuiu para uma cultura de medo e incertezas, ou o que Schraiber (2008) chamou de crise de confiança na medicina.

Ao longo da pesquisa, especialmente no momento das entrevistas, ficou evidente a desconfiança que as mulheres possuem sobre o ambiente hospitalar e as informações recebidas nesta instituição, assim como em relação às condutas médicas adotadas em tais instituições.

Às vezes tem profissionais que se atualizam, tem outros que não. Têm profissionais que têm com a visão de parto industrializado, de que o procedimento é esse, porque segue essa rotina. Então assim, dá um medo, dá um receio, dá uma insegurança de tá indo pro hospital. Meu principal medo é (...) ele não poder entrar, é (...) porque tem hospitais que não aceitam. De eu ficar sozinha e assim de acontecer alguma coisa, tanto comigo quanto com o bebê. Alguma coisa que assim, que por negligência médica é (...) venha prejudicar, tanto a minha saúde ou a saúde do meu bebê (Judith, dez. 2014).

Você tá ali, tendo a capacidade de ter um parto normal mas eles assujeitam você a ter... fazer uma cesariana só pra ser mais rápido. É a violência obstétrica né? É você fazer aquilo que não quer né? Ser obrigada né? Quer queira quer não é uma violência ali, que é um momento tão importante da mulher que se torna às vezes até um pouco traumático né? Porque eles fazem coisa que você não quer né? (Maria, jan.2015).

Eu sei que no hospital, se eu tiver isso, essa oportunidade, e eles cederem, só se eu pegar uma equipe muito boa viu?! Tá aí a vantagem de ter um parto em casa, entendeu? Que eu vi, eu vi que a mulher comia e eu sei que no hospital não vai. Lá no hospital, acredito que ele não vai dar o remédio pra amenizar não, ele vai dar pra dar mais dor né! Pra forçar! (Flávia, dez. 2014).

O parto domiciliar seria, assim, não apenas uma possibilidade de reconfiguração da cena de parto, mas uma profanação, ou seja, não mais como um evento estritamente médico, mas como uma experiência íntima, familiar e empoderadora. No entanto, como alertava Bourdieu, as inovações no campo científico não acontecem sem disrupturas, não sendo incomum, portanto, reações de rejeição por parte dos pares pertencentes ao campo específico. Reconheço, assim, o que Bourdieu (2004) chamou de luta interna e a luta externa de um campo, no caso, da obstetria. Nesse sentido, a **luta interna** poderia ser descrita no âmbito do embate que se dá entre os profissionais que prestam atendimento à gestante e que ficou bem retratada na fala de Roger, que afirma a necessidade da saída do obstetra como figura central no atendimento ao parto de baixo risco, reconhecendo as demais profissões como enfermeiras

obstetras e obstetrites, por exemplo, e que vêm se autodenominando parteiras urbanas⁷². Aqui, as disposições de poder no campo científico, de acúmulo de capital simbólico por parte dos obstetras hegemônicos, lutam pela manutenção da ortodoxia em detrimento da inovação. E aqui refiro-me à ortodoxia da prática, da clínica médica e não do uso do maquinário tecnológico. Fica assim posto a disputa de poder dentro do campo da obstetrícia, entre os profissionais que praticam uma clínica convencional, mercadológica e pouco científica e os adeptos da medicina baseada em evidências. Existe também a **luta externa**, aquela advinda da sociedade civil, das organizações não-governamentais e demais profissões, não necessariamente advindas da saúde, mas que se relacionam com um novo modo de compreensão do parto⁷³, que disputam a possibilidade de experiências e a construção de narrativas dissidentes, ressaltando o empoderamento feminino como possibilidade dessa reconfiguração da experiência de parturição.

A presença de diversos profissionais, que trouxeram técnicas distintas de suporte à mulher gestante, foi uma marca no curso observado. Relaxamento, visualizações, aromaterapia, florais, técnicas de vocalização entre outros, foram momentos que compuseram o esforço latente do curso em construir uma visão mais integral do parto, chamando a atenção para a necessidade de escuta da parturiente, tanto como forma de levar em consideração suas necessidades emocionais como para sublinhar a visão de que ela, a mulher, é o agente central da experiência de parturição. Em muitos desses momentos destacou-se uma abordagem integralizada sobre a saúde e outras técnicas, distintas da “tecnologia fria” das máquinas e dos instrumentos cirúrgicos. Seguindo esse caminho de construção de novas experiências com o corpo grávido, um dos pontos mais comemorados pelas gestantes que frequentaram o grupo de apoio foi a realização da ultrassonografia natural ou ecológica: que consiste em desenhar o bebê na barriga da mãe, tentando, a partir do toque na barriga e da idade gestacional, compreender em qual posição o feto se encontra. Uma forma de encontro com o corpo sem ser mediado por uma tecnologia com pouca permeabilidade para a compreensão mais popular.

⁷² É preciso pontuar que, como estou me referindo ao embate interno que se dá no campo da medicina, as parteiras tradicionais não figuram nesse modelo. Nem por isso estou questionando a arte de partejar dessas mulheres, que trazem conhecimentos importantes e atuam em diversos cenários nacionais. Um trabalho excelente, que versa sobre as práticas e a importância social da parteria não oficial é o de Fleischer, 2011.

⁷³ Essas profissões ou atividades giram em torno do apoio emocional e psicológico da mulher e tem na doula umas das principais representantes dessa nova concepção sobre o parto. Contudo, fisioterapeutas, acupunturistas, naturoterapeutas, psicólogas também figuram na tarefa de auxílio afetivo, emocional e psicológico para as gestantes.

Figura 13: USG natural



Ainda que as mulheres também tivessem relatado que fazer o ultrassom convencional continua sendo uma forma de trazer tranquilidade sobre a saúde e desenvolvimento do bebê, todas afirmaram que o “ultrassom natural” foi um importante meio para dar visualidade e materialidade à experiência de ter um bebê dentro da barriga. Inclusive foi um momento onde elas relataram, posteriormente, que possibilitou aos companheiros um olhar mais próximo, uma forma de compartilhar a gravidez com elas.

“Foi massa ver né o nosso filho lá desenhado na barriga dela. Vi as fotos, foi uma festa danada. Foi muito bom, que assim a gente fica imaginando (...), aí quando a gente tem qualquer recurso de materialização, por exemplo, o desenho aqui na barriga, você imagina bem melhor né?! É muito bom, muito massa” (companheiro de Judith, dez. 2014).

Tais vivências possibilitam, no entender dos adeptos da humanização, uma possibilidade de conhecimento sobre o próprio corpo. As técnicas suaves, as tecnologias leves parecem propiciar uma experiência mais corporificada, num ritmo mais individual e menos industrial. Nesse cenário, o parto domiciliar para ser o formato ideal para essa vivência menos industrializada e mais afetiva e individualizada.

5.4 A casa – ou o lugar “delas”; o hospital – ou o lugar “deles”

Porque em casa nós somos donas do processo. No hospital é diferente!

No parto domiciliar é o profissional que adentra no território da paciente. A relação muda (notas de campo, 2014).

As mudanças ocorridas na assistência ao parto, com a entrada dos homens parteiros e, posteriormente, com os médicos cirurgiões não se deu apenas no aspecto da forma de compreender a fisiologia do parto. Outro importante aspecto dessa transformação diz respeito aos locais em que os partos poderiam acontecer. Durante a pesquisa de campo, o argumento que foi se delineando sobre o parto domiciliar era de que seria um lugar de aconchego, de mais integralidade e respeito às demandas de cada parturiente, onde elas poderiam ter um maior poder decisório. O hospital, ao contrário, foi visto como local despersonalizado, que impõe uma ordem potencialmente violenta devido a uma atenção compartimentada⁷⁴ e à forte hierarquia presente nesta instituição social. O hospital ainda está associado a relatos de solidão e desconfiança por parte das parturientes. Assim, a luta pelo reconhecimento do domicílio como local possível e seguro para a experiência de parturição está relacionada à proposição dessa clínica mais integral e horizontalizada⁷⁵, contrastando com a clínica hospitalar e tecnicista.

Meu menino eu fui pra um hospital, né? Eu era mais uma. Tava ao lado de uma mãe que tava tendo contrações pra tirar um filho que tava morto. Isso não é bom pra uma mãe que tá querendo parir um filho vivo, né? Ali, sentindo as mesmas dores que eu. Eu me lembro que com meu menino eu fiquei numa maca gelada, que eu me batia tanto e o médico reclamando comigo. É muito diferente um parto em casa, um parto com equipe de pessoas que vem lhe acompanhando desde os primeiros meses de gestação ... Você se torna ali, uma família né? Não tinha aquele medo de “Ai, meu Deus, eu vou pra maternidade tal e se não tiver vaga!?” “E se meu médico tiver de férias?” “E se ele não puder me atender? Eu vou ficar batendo de hospital” principalmente a gente que depende de hospital público, né? Eu tinha 20 anos, quando eu tive meu [primeiro] menino e a questão de Juarez ficando e eu indo embora, pra um desconhecido né? Me levaram na cadeira, né? Ele não poder entrar. Muito ruim, né? Eu tava ali pela primeira vez, sem conhecer nada.... totalmente... sem ter conhecimento, esses conhecimentos todos que eu tive com o encontro, né? Então com certeza eu me senti muito mais segura [no

⁷⁴ No Hospital, normalmente as mulheres passam por algumas salas durante o trabalho de parto e encontram vários profissionais diferentes, dando um senso de descontinuidade na atenção que recebem. Contudo, atualmente, alguns hospitais estruturaram seus espaços a fim de proporcionar um acolhimento mais integral e focado na privacidade da parturiente. São as chamadas salas PPP (pré-parto, parto e pós-parto) onde a mulher não tem a necessidade de ser movida de uma sala a outra e passa por toda a experiência num único local.

⁷⁵ Ainda que a hierarquia entre profissionais e parturiente não esteja completamente apagada do cenário do parto domiciliar, ou mesmo no parto hospitalar humanizado, esse elemento está, ao menos, suavizado, principalmente se pensarmos que o plano de parto atua como documento de negociação na relação médico-paciente.

parto domiciliar]. Com o meu bebê em casa, as meninas que eu já conhecia, com meu marido, com filho, com certeza eu me senti muito mais segura, né? No hospital você não tem essa escolha, né? (Mayra, ago.2015).

A tomada da assistência ao parto pelos obstetras cirurgiões trouxe profundas transformações também no que diz respeito ao lugar apropriado para o parto. Por um lado, tínhamos as parteiras que, tradicionalmente, desenvolviam um trabalho, ao mesmo tempo mais integral e também personalizado, cuidando da mulher em todo o ciclo gravídico-puerperal, ajudando com os afazeres domésticos e até com os filhos já existentes, possibilitando uma recuperação da puérpera de forma mais tranquila. Por outro lado, os médicos atendiam apenas na hora do trabalho de parto, muitas vezes sem conhecer a gestante, sua história, desejos ou medos. A obrigação de ir para o hospital também foi um aspecto de ruptura com a atmosfera do doméstico e o clima íntimo da experiência de parturição, retirando a mulher de seu ciclo cotidiano de relações sociais e afetivas, colocando-a num ambiente socialmente estéril, além de expô-las a riscos inerentes relacionados com o ambiente hospitalar (SCHIBINGER: 2001: 209/210).

Esse deslocamento, tanto profissional como do local de parto, imputa uma ideia de risco distinta. Contemporaneamente, esse aspecto assume um papel central no entendimento da gravidez e do parto – não há gravidez sem risco. Desde o início da gestação até a hora do parto, a mulher está inserida num determinado regime – alto risco ou baixo risco.⁷⁶ O parto domiciliar (mas também a proposta de humanização como um todo) parece estruturar-se num outro tipo de regime de risco. Parece haver maior possibilidade de relativizar e compartilhar (idealmente, ao menos) a responsabilidade entre os atores envolvidos na cena de parto, numa espécie de gestão compartilhada do risco, presente num importante aspecto trazido como proposta dessa nova clínica – a corresponsabilidade. O senso de risco obedece a outra lógica, menos tecnocrática. Aqui, o elemento da natureza traz de volta uma certa confiança ontológica no processo de parturição. Em vários momentos, durante as aulas teóricas, nas rodas de conversa para as gestantes e também nas entrevistas o elemento da natureza parece funcionar como um

⁷⁶ Vale ressaltar que essa categorização do risco, tanto da gestação quanto do parto, não é feita de forma fixa. A cada consulta, a cada exame, a cada momento do trabalho de parto, as noções de normalidade e patologia estão sendo negociadas e reavaliadas. No que concerne ao parto, essa fronteira entre o normal e o patológico parece mover-se de forma mais rápida (na direção da patologia) no modelo biomédico, possibilitando a justificativa para as intervenções e o processo de medicalização do parto. No modelo humanizado há uma noção mais elástica da normalidade, haja vista a concepção de uma experiência menos padronizada. Apesar da MBE ainda estruturar o parto em torno da noção de risco, é importante salientar que a forma como os profissionais adeptos da humanização se relacionam com esse regime de saber-fazer não se dá de forma acrítica, mas é também negociado, junto com a parturiente, a cada situação vivida.

dispositivo de tranquilidade como forma de reforçar a segurança na experiência de parturição. Esse aspecto sublinha o que chamei de aspecto profanador do parto natural. Aqui a natureza não atua como elemento a ser dominado porque foge ao ordenamento cartesiano do tempo. Ao contrário, a natureza seria uma das chaves de mudança para a compreensão de uma experiência de parturição mais integral e empoderadora. O elemento empoderador e profanador seria aquilo que o meio de humanização se refere como “resgate do protagonismo feminino” que, de forma transversal, faz ver a necessidade das mulheres se tornarem sujeitos ativos no parto, através de uma certa educação sobre seus próprios processos fisiológicos. A profanação se dá então como uma diminuição do protagonismo médico-obstetra, para então ser compartilhado com a mulher/parturiente. Pode-se compreender assim que as fronteiras do conhecimento perito são borradas.

Contudo, não estou com isso afirmando que não existem tensionamentos ou processos hierárquicos. A base da humanização do parto continua a ser a MBE, signatária do pensamento científico. No entanto, a manutenção desse conhecimento perito apenas aparentemente parece ser uma contradição a essa certeza na natureza. Mesmo que as pessoas leigas, que estão fora desse sistema de conhecimento médico, não compreendam por completo sua lógica de funcionamento, elas são instigadas a se familiarizarem com dados provenientes desse conhecimento. Contudo, é bem verdade que as informações mais técnicas passam por processos de tradução possibilitando uma linguagem mais acessível⁷⁷.

É preciso entender que a ideia de risco relacionado ao parto engloba tanto os aspectos técnicos, como os políticos e morais, porque organiza um sistema de assistência em torno do nascimento, assim como contribui para a conformação de expectativas e condutas, tanto dos profissionais como das parturientes.

Esses aspectos – morais, técnicos, políticos – podem ser compreendidos dentro da perspectiva foucaultiana da biopolítica e da governamentalidade. Na medida em que os discursos de risco se proliferam na sociedade contemporânea, as normatizações no sentido de evitar os riscos se sofisticam. Segundo Lupton, o comportamento para “*evitar o risco se tornou um empreendimento moral, relacionando questões sobre auto-controle, auto-conhecimento e*

⁷⁷ E aqui chamo a atenção para a importância das comunidades virtuais, que funcionam como verdadeiros portais de informação para gestantes. Algumas ONGs e redes de mulheres, como a Parto do Princípio, elaboram materiais gráficos com dados atualizados, cartilhas sobre direitos das gestantes e muitos outros materiais. As próprias facilitadoras das rodas também circulam links com informações e oferecem sugestões de leitura (notas de campo, 2014 e 2015).

auto-aperfeiçoamento” (LUPTON, 2006:14). Para tal, a governamentalidade, ou seja, o governo de si pela internalização voluntária das normas e condutas morais, passa a ser a forma de regulação moderna da população. No que concerne ao parto, pode-se compreender um duplo regime de compreensão do risco (e que estão em disputa).

No que diz respeito à biomedicina, o parto é visto, como já demonstrado, como algo completamente emaranhado na percepção do risco, com a forte tendência a patologizar a gestação e o parto, levando ao que ficou conhecido como medicalização do parto. Aqui, a noção de risco é quase onipresente, aparecendo desde as primeiras consultas de pré-natal. No meu itinerário de pesquisa me foram relatadas as condutas profissionais que mais reforçavam o medo e a insegurança e menos a confiança no processo, fazendo crer que o parto é algo perigoso tanto para a vida das mulheres quanto do bebê. Nesse regime moral que cerca a obstetrícia moderna, a cesariana é a escolha racional e segura, muito porque é o procedimento mais tecnológico e previsível, com maior possibilidade de controle. A possibilidade de agendamento da cirurgia elimina o “risco” de o médico não estar disponível na hora do parto, de não dar tempo de chegar ao hospital. Também livra a mulher e o bebê de uma série de outras crenças compartilhadas socialmente e que elas tanto escutam ao longo da gestação, relativas aos perigos do parto normal.

No modelo de humanização do parto, ainda que que permaneça nos moldes classificatórios de risco, esse elemento é mais flexibilizado. Os adeptos da humanização questionam de maneira contundente, através do próprio saber médico – a MBE – a construção moral e técnica de risco presente na biomedicina, afirmando ser, em algumas situações, uma questão pouco científica e, portanto, menos segura. Por isso, o elemento da co-responsabilidade aparece como um importante dispositivo de transformação na relação médico-paciente. Não é perseguida, nesse caso, a autoridade única do médico, sendo também imputada à paciente certo grau de responsabilidade e autonomia nas escolhas relativas a seu atendimento obstétrico. É assim, por exemplo, que o parto domiciliar figura como uma opção na experiência de parturição. Contudo, essa ampliação das opções de locais de parto traz consigo a necessidade de atualizar os próprios profissionais, já que o parto domiciliar se insere numa compreensão diferente do modelo que tais profissionais são formados.

Como já dito anteriormente, parte da minha pesquisa de campo aconteceu num curso que tinha como objetivo preparar profissionais, já capacitados a assistir parto, para o atendimento ao parto domiciliar planejado. A maioria das que participaram dele eram

enfermeiras obstetras, onde a maioria já atuava em hospitais há algum tempo. Algumas eram recém-formadas e ainda não possuíam experiência no atendimento hospitalar e outras encontravam-se na docência. O que chamou bastante a minha atenção, ao longo do curso teórico, foram os depoimentos das alunas no que diz respeito ao ambiente em que trabalhavam. Todas as que estavam inseridas na realidade hospitalar ressaltaram a violência institucional e a dificuldade de implementar novas práticas. Uma das alunas chegou a afirmar que “*o curso está me humanizando, mas fico pensando em como lidar com a institucionalização depois disso*” (notas de campo, 2013). Uma outra aluna justificou que buscou o curso como uma possibilidade de atuar fora do ambiente hospitalar afirmando algo como “*não quero me contaminar com o sistema*” (notas de campo, 2014).

Ficou claro então, para mim, que o curso preparatório para o atendimento ao parto domiciliar planejado se delineava como um lugar de construção de uma nova mentalidade sobre o parto. O aspecto de vencer as barreiras da prática obstétrica hegemônica e de desfazer os mitos sobre o parto foram recorrentes ao longo de todos os momentos de observação, tanto por parte dos professores que ministraram as aulas, compartilhando os seus relatos transformadores, quanto das alunas. Algumas chegaram a admitir que começaram o curso muito descrentes, mas que ao longo das aulas surgiu a afirmação de que “*desfez-se dos preconceitos e abriu-se para as novas práticas*” (notas de campo, 2014).

O eixo principal de transformação, dentro do escopo de minhas observações, foi a reafirmação e configuração da possibilidade de parir em casa⁷⁸. Em meio à sociedade tecnocrática, à medicalização do parto, à aceleração do ritmo de vida, o parto domiciliar parece desafiar estruturas organizacionais e instituições sociais. Para além de questionar o aspecto rotineiro da cesárea, o parto domiciliar põe em questão a instituição hospitalar como único lugar possível para as experiências de parturição. Um novo jogo de verdade é posto em cena, reconfigurando práticas médicas, reposicionando sujeitos/atores sociais, acompanhando uma nova semântica urdida no próprio movimento – “*é a mulher quem faz o parto!*” (notas de campo, 2013 e 2014).

O mote do empoderamento feminino no parto engloba uma série de transformações, tanto na assistência médica – não só no aspecto das relações médico-paciente, mas também numa perspectiva epistemológica da clínica obstétrica – quanto nos aspectos culturais que

⁷⁸ Esse também foi, talvez, o elemento que enfrentou mais resistência por parte dos companheiros das mulheres grávidas que frequentaram as rodas. Todas as mulheres entrevistadas afirmaram que gostariam de ter um parto domiciliar planejado. No entanto, a falta de apoio ou mesmo o franco posicionamento contrário dos companheiros ou familiares próximos fez algumas delas desistirem dessa possibilidade.

cercam o imaginário do parto. Mudanças que vão desde o controle do tempo, como demonstrado no capítulo anterior, como também sobre os lugares possíveis para vivenciar a experiência de parturição. A busca pelo reconhecimento do parto domiciliar planejado como opção válida e segura vai muito além de apenas reconhecer a casa como viável, mas transborda nas questões éticas – do processo de decisão, por exemplo – relaciona-se com aspectos culturais, porque, como diz a epígrafe desta seção, o domicílio não é território do profissional de saúde. As regras são outras! O local do parto, assim como o tempo, são reivindicações entrelaçadas, de forma simbiótica, com o reconhecimento da mulher como agente de seu próprio parto.

É nesse contexto que emerge uma discussão sobre a despersonalização do parto como crítica ao modelo hegemônico. Para os profissionais adeptos da humanização, assim como para as mulheres que desejam uma experiência distinta de parto (como veremos mais adiante), o modelo atual é medicalocêntrico e hospitalocêntrico, obedecendo a regras extremamente rígidas, padronizadas e, em relação a algumas dessas regras, com pouca sustentação científica. Esse é o caso do rechaço ao parto domiciliar, que encontra resistência forte por parte dos profissionais de saúde assim como por boa parte da sociedade em geral. Contudo, segundo o movimento de humanização, essa resistência se dá mais por falta de conhecimento e informações sobre a segurança do parto domiciliar e a ideia de que o parto em casa seria um retorno ao “tempo das avós” onde se tinha poucos recursos tecnológicos à disposição⁷⁹. Ter à disposição equipamentos que possibilitem uma maior segurança dos partos, tanto para a mulher quanto para o bebê é algo bem visto, como podemos perceber nas falas abaixo:

Hoje em dia eu acho que a gente tem o melhor dos mundos. Porque a gente tem a possibilidade da mulher ter um parto em casa, se ela puder, se ela for de baixo risco, de risco habitual e tal, ela pode ter um parto maravilhoso na casa dela e tal. E, se ela precisar, a gente pode usar a tecnologia em favor dela. Eu acho que a gente tem uma situação ideal que a gente pode usar a técnica, mas a gente tem que saber quando que essa técnica é necessária (Malu, fev. 2014)

Eu creio que a tecnologia tem a importância dela, né?![...] Então, até a própria mulher que vai optar por um parto em casa ou o profissional que vai atender, ele tem que compreender. Porque a grande maioria das situações né, 80%, 90% não precisa de nada dessas tecnologias, mas que você tem que estar apto pra identificar, e a mulher tem que compreender que vai ter um limite também, até onde vai toda essa naturalidade do evento. [...]Seria desumanizado, seria desrespeitoso se você não pudesse oferecer isso pra ela

⁷⁹ Esse não é um assunto apaziguado entre aqueles que advogam pela multiplicação e liberdade das formas de parir. Outros movimentos, menos ligados à humanização e mais dentro do paradigma holístico do qual fala Davis-Floyd, afirmam ser problemática essa relação com a tecnologia, que o uso de aparatos tecnológicos só deveria ser utilizado nos hospitais e que o parto domiciliar deveria ser “o mais natural possível”.

né?! Então a tecnologia ela é sim fundamental quando precisa (Joana, jul. 2015).

Percebe-se, então que o parto domiciliar planejado, dentro dos parâmetros da humanização do parto, não é um retorno ao “tempo das avós”. Isso não impede, contudo, que haja um resgate, para usar o termo êmico, dos valores que estavam presentes no modelo das parteiras tradicionais⁸⁰. A partir de minhas observações, eu destacaria três elementos com os quais existe diálogo nesse aparente retorno: protagonismo feminino, respeito à fisiologia do parto, integralidade no cuidado. Esses elementos aparecem nas falas também das parturientes.

Como é, eu ia ter em casa eu tava até mais tranquila né? que ia ter a coisa da massagem, do acompanhamento das meninas, ia ser uma coisa né tranquila, o ambiente ia ser mais calmo, mais silencioso, do jeito que eu imaginava. Um pouco do escurinho, que eu até me sinto bem assim em ambiente um pouco escurinho, tranquilo, silencioso. Então, por essa questão assim de tá no meu ambiente, é, ser uma coisa mais tranquila, de tá as pessoas que eu escolhi. De tá meu companheiro, minha família na minha casa, num ambiente silencioso, num ambiente calmo. Queria mais por essa questão! Ai eu gostei muito de assim né? E de você receber apoio (Maria, jan.2015).

Bem eu esperava o meu parto, que fosse aqui em casa, com a companhia de Regi, meu esposo ne. E assim de pessoas que me querem ver bem. Que me conheçam, que saibam a minha história e assim, querer receber ele no ambiente que ele vai viver que ele vai conviver (Judith, dez.2014).

É nesse sentido que a casa se configura como o lugar das parturientes, povoados de memórias e vivências afetivas e culturais, um lugar de suas regras e seus domínios. O hospital, em contrapartida, relacionou-se com uma ideia de parto industrializado, de local estranho e pouco acolhedor, o lugar dos médicos, que, na visão de algumas mulheres, não estariam preocupados com o bem-estar delas, por conta dessa visão mais tecnocrática.

Eles fazem assim, procedimento padrão. O que acontece pra um, vai acontecer pra todos. E a gente sabe que cada caso é um caso, então não tem esse cuidado de dizer, ah não (...) esse daqui ele precisa desse tratamento, esse daqui precisa dessa atenção, esse daqui é essa situação... é tudo padrão, procedimento padrão e se a gente for questionar (...), o padrão normalmente é assim e vai ser assim sempre. Então é isso que eu acho que não deveria ser (Judith, dez. 2014)

Lá no hospital, acredito que ele não vai dar pra amenizar não, ele vai dar pra dar mais dor né! Pra forçar! (Flávia, dez.2015)

Eu não quero ficar deitada, eu quero caminhar, eu quero fazer uma posição que eu me sinta bem, quero tá no chuveiro, tomando banho pra relaxar um pouco, eu quero muito isso para o meu parto também. Assim, de parir, de parir naturalmente, sem fazer coisas obrigada. Mas não sei se vou conseguir isso no hospital (Maria, jan.2015).

⁸⁰ E também não implica que esse modelo estaria livre de críticas ou inconsistências.

A mulher chega no hospital, então ninguém pergunta, dificilmente perguntam o que ela quer, como ela tá. Já vão... Meu maior medo, talvez, seja não poder continuar, finalizar o parto em casa. Precisar, sei lá, por alguma razão né, ser removida para um hospital (Sara, dez. 2014).

Percebe-se, assim, que o hospital se configura nas expectativas das parturientes como um local potencialmente tenso, de não respeito aos desejos e necessidades das parturientes. Existe uma desconexão e uma despersonalização no atendimento hospitalar que é sentido pelas mulheres. Jordan (1993) afirma que esse processo de hospitalização e de medicalização do parto se dá em detrimento do respeito aos conhecimentos próprios das mulheres.

O que a mulher conhece e revela, em virtude de sua experiência corporal, não tem status. Dentro do esquema oficial das coisas, ela não tem nada a dizer que importa na gestão real de seu parto. Pior ainda, seu conhecimento não é senão um problema para ela e para a equipe. O que ela sabe não surge como uma contribuição para o estoque de informações relevantes para a tomada de decisões, mas sim como algo a ser suprimido cognitivamente e gerenciado comportamentalmente⁸¹ (JORDAN, 1993:157).

Essa experiência do parto hospitalar, despersonalizado, burocratizado e centrado no médico, que desconsidera toda bagagem individual e que é “recheado de intervenções” não foi o que idealmente as mulheres que entrevistei desejaram. O que eu observei é que, no que concerne ao parto, as mulheres relataram que menos é mais. Independentemente do local onde o parto aconteceria, todas elas desejaram um parto sem intervenções tecnológicas invasivas e/ou desnecessárias e disseram que esse desejo se relaciona com uma vontade de estar no controle das sensações. Porém, algumas das minhas entrevistadas não tiveram a oportunidade de exercer esse controle desejado, uma vez que se sentiram intimidadas, tanto pelo simples fato de encontrarem-se na instituição hospitalar, quanto por um temor em relação à própria equipe médica. Algumas delas argumentaram que tinham medo de gritar ou de não obedecer e acabarem sendo maltratadas pela equipe de saúde.

[eu desejo] Que eu não dê trabalho a ninguém, que ocorra tudo tranquilo né? [...]Mas eu queria que fosse tranquilo, que eu ficasse em silêncio, que eu não gritasse. Eu queria muito, assim que eles me deixassem bem à vontade. Mas eu não sei se isso vai acontecer né? (Maria, jan.2015)

⁸¹ No original: “What the woman knows and displays, by virtue of her bodily experience, has no status. Within the official scheme of things, she has nothing to say that matters in the actual management of her birth. Worse, her knowledge is nothing but a problem for her and the staff. What she knows emerges not as a contribution to the store of data relevant for making decisions, but rather as something to be cognitively suppressed and behaviorally managed”.

O meu maior medo era de, assim, alguém vir me receber de uma forma truculenta. E que assim (...) não respeitasse a dor, o momento que eu estava passando e que simplesmente dissesse que eu fosse mais uma que vai parir (Judith, jul.2015).

A luta pela diversificação dos locais do parto, a partir, inclusive dos argumentos científicos, de crítica a **um** entendimento sobre a tecnologia, relaciona-se assim com um movimento de descentramento da ciência a partir “de dentro”, algo como uma provincialização da medicina, relativizando assim suas pretensões universalistas. Essa chave interpretativa parece-me interessante para entender as reivindicações do MHPN. É como se o movimento, ao reivindicar uma mudança na percepção do parto, como evento bio-psico-social, reconhecessem uma universalidade biológica, mas que se traduz numa particularidade do psíquico, do cultural, do social. Cada mulher tem uma história, uma bagagem que faz com que a experiência de parturição de cada gestante seja distinta, não-padronizável.

E a mulher tem demandas além das evidências. Porque assim, o nosso papel é oferecer as melhores evidências e mesmo assim ela pode não escolher essa melhor evidência né?! E ela tem outras demandas emocionais, ela tem uma vida né, ela traz uma malinha junto, então ela tem todo o contexto social e emocional que precisa ser trabalhado também né?! Enquanto profissional, já que nós somos parteiros urbanos né, nós temos que ter evidência na palma da mão né, dentro de todas as nossas ações. Mas essa é a base. É um guia. E aí vem a autonomia, né?! Então, mesmo com toda a evidência, a escolha não é minha, é da mulher! Mas a evidência ajuda a oferecer essas escolhas pra mulher também, com segurança (Joana, jul/2015).

Existe um entendimento de que mulheres diferentes precisam de tratamentos ou assistências distintas. É nesse sentido que muitos profissionais, adeptos da humanização, não reificam a MBE, mas a tomam como um ponto norteador que pode ser relativizado a partir das experiências vividas⁸².

Hoje em dia eu acho que a gente tem o melhor dos mundos. Porque a gente tem a possibilidade da mulher ter um parto em casa, se ela puder, se ela for de baixo risco, de risco habitual e tal, ela pode ter um parto maravilhoso na casa dela e tal. E, se ela precisar, a gente pode usar a tecnologia em favor dela. Eu acho que a gente tem uma situação ideal que a gente pode usar a técnica, mas a gente tem que saber quando que essa técnica é necessária (Malu, fev.2014).

⁸² É preciso dizer que essa relativização das normativas da MBE encontra os limites dos próprios profissionais, que afirmam que determinadas situações são para além daquilo que eles concordam.

Eu creio que a tecnologia tem a importância dela, né?! Ela tem sim e ela tá aí pra isso tem que tá disponível né?! Então, até a própria mulher que vai optar por um parto em casa ou o profissional que vai atender, ele tem que compreender. Porque a grande maioria das situações né, 80%, 90% não precisa de nada dessas tecnologias, mas que você tem que estar apto pra identificar, e a mulher tem que compreender que vai ter um limite também, até onde vai toda essa naturalidade do evento. E que muitas vezes, nesses 10%, você vai precisar de alguma intervenção sim, né?! E que isso não deixa de ser humanizado, porque pra mim também oferecer um assistência de qualidade, digna, e que te dê uma resposta pronta quando você precisa também, também é um cuidado humanizado, né. Seria desumanizado, seria desrespeitoso se você não pudesse oferecer isso pra ela né?! Então a tecnologia ela é sim fundamental quando precisa (Joana, jul.2015).

Se compreendermos a medicina como um poder disciplinar e, por conta disso, considerarmos que é também produtor de subjetividades, podemos então aventar a possibilidade de que, uma nova clínica, novas formas de atuar na prática e na clínica médica podem vir acompanhados de novas subjetividades, mais empoderadas, mais autônomas. Essa talvez tenha sido uma das contribuições importantes que a perspectiva feminista conseguiu produzir sobre o saber médico – denunciando a hegemonia masculina na forma de pensar o feminino, opera algumas mudanças na medicina. É nesse sentido que Schiebinger afirma que “*novas perspectivas em relação à saúde podem requerer novas relações entre disciplinas médicas*” (SCHIEBINGER, 2001:230).

Essa denúncia feita não só pelo pensamento feminista, mas também pela própria medicina (ou pelo menos pela medicina baseada em evidências científicas), nos informa sob a própria problemática de um discurso que se quer universalizante, porém, com uma matriz ocidental, tecnicista e masculina, produziu subjetividades subalternas, invisibilidades profissionais e conhecimento enviesado. Centrada numa visão de mundo europeia e norte americana, a biomedicina “*pode considerar a condição feminina nas culturas ocidentais como características da condição feminina em geral. A biomedicina tende a ignorar como a cultura, a ecologia e a economia podem alterar a fisiologia básica*” (SCHIEBINGER, 2001:231)⁸³.

A obstetrícia e seu aparato tecnológico, tornaram possível a conformação do corpo feminino em objeto do saber-poder médico, alvo de prescrições normativas, destituído de movimento. Um corpo-grávido imóvel, silenciado, dessubjetivado. Assim, vemos que não é

⁸³ Londa Schiebinger demonstra, com vários exemplos, que questões tidas como fundamentais da expressão da fisiologia feminina, não são encontradas em determinadas culturas não ocidentais. Como é o caso da menopausa, que em culturas específicas, ela não é um marcador tão fundamental no ciclo de vida feminino, passando despercebidos os seus sintomas. Esse seria um dos exemplos para demonstrar o argumento de que a fisiologia também se expressa através de e pelos valores culturais, práticas alimentares etc.

apenas o lastro do conhecimento científico que informa a prática obstétrica hegemônica. Ela também reproduz suas práticas baseadas em valores sociais. A dimensão da cultura se traduz no desenvolvimento da técnica, ao mesmo tempo em que o discurso da neutralidade científica conforma as normas sociais.

Em outras palavras, a tecnologia é também um repertório cultural. E sendo considerada como tal, acredito que amplia a possibilidade de vivência de outros tipos de tecnologias, estruturantes de uma vivência mais integralizada do parto. Assim, ao contextualizar o lugar da tecnologia nos distintos modelos de atenção ao parto, fica evidente a necessidade de se reconhecer novas práticas, nova clínica advinda no bojo da compreensão do parto como evento bio-psico-social.

6 PARTO, CORPO E GÊNERO: AMBIVALÊNCIAS, EMPODERAMENTOS E (DES)COLONIALIDADES

Simultaneamente, corpos são objetos e agentes das práticas sociais. Os mesmos corpos, ao mesmo tempo, são ambos. As práticas em que corpos são envolvidos formam estruturas sociais e trajetórias pessoais, o que, por sua vez, fornece condições para novas práticas nas quais os corpos são envolvidos (Connell&Pearse, 2015: 112).

Quando estava em meus momentos iniciais de pensar o projeto da tese, uma das questões centrais que me impulsionou para a investigação do tema do parto relacionava-se à forma como o corpo era compreendido dentro do discurso da humanização do parto. A bem da verdade, boa parte do que eu lia nas listas de discussão e nas redes sociais me incomodava por achar, num primeiro momento e numa leitura rápida, que esse movimento que recomenda e luta por fortes mudanças no modelo hegemônico de assistência ao parto estava também recolocando a mulher no locus discursivo da natureza, aproximando-se dessa forma, de uma tentativa de essencialização da mulher através da maternidade.

Esse aspecto chamava minha atenção na cena da humanização do nascimento e do parto. Nesse primeiro momento parecia, para mim, que existia um movimento contrário às lutas feministas das últimas décadas onde as fronteiras de gênero – binárias – que em tantas outras áreas da sociedade contemporânea tem encontrado espaço para borrar-se e expandir-se, e aqui poderia citar como exemplo a cultura *queer*, no ambiente da humanização do parto aparentava encontrar certa resistência a tal expansão. O lugar do feminino, do corpo-que-gesta, da parturiente, estaria sendo atualizado em suas definições biológicas essencialistas? A defesa do parto “natural”, sem intervenções tecnológicas, a ideia de resgate do parto, de frases como “deixar a natureza agir”, soavam, nesse primeiro momento de interlocução com o campo, como uma tentativa de reinsserir a mulher no espaço doméstico da maternidade, espaço esse que há muito era compreendido como lugar de opressão. E, talvez, certas frases ainda me causem estranheza e desconfiança de que determinadas posturas relacionadas à experiência de parturição possam flertar (ou mesmo defender abertamente) com uma opção teórica essencialista que, por vezes, parece reforçar o destino biológico da maternidade. Esse aspecto é encontrado tanto no discurso dos profissionais quanto nas mulheres. Algumas das mulheres que entrevistei, assim como um dos profissionais, afirmaram a maternidade, senão como destino, como um dos maiores papéis que as mulheres têm a cumprir. Chegam a afirmar, por

exemplo, que “*a mulher que não é mãe, é uma mulher seca*” ou ainda que “*a mulher está programada, geneticamente, a amar o seu filho*” (notas de campo, 2013 e 2014). Tais questões e posicionamentos sempre me impeliram para reflexões sobre a maternidade e a forma como essa vivência se estrutura em nossa sociedade.

O parto, certamente, é um rito de passagem (Davis-Floyd, 2003) importante para as mulheres que desejam vivenciar a maternidade e ainda de grande valor social nas sociedades contemporâneas. Contudo, se entendermos que esse é o momento crucial da passagem da menina para a mulher, como escutei ao longo da pesquisa de campo, deixaríamos de fora de tal compreensão inúmeras mulheres que optaram pela não-maternidade. Não obstante, a medida que o tempo de pesquisa avançava e eu me familiarizava mais com as pautas do MHPN, compreendi que esse não era um campo homogêneo e que havia disputas de narrativas em torno do que seria de fato a humanização do parto, sobre a concepção da maternidade, o lugar social da mulher e quais as bandeiras defendidas em cada uma dessas vertentes⁸⁴. Alguns grupos adotam de forma mais clara e direta uma abordagem mais naturalizante e até mesmo essencialista em torno da experiência de parturição e o lugar que ela tem nos modos de subjetivação feminina. Sob o risco de fazer uma caracterização um pouco generalizada, poderia dizer que algumas ideias que circulam pelos grupos de humanização se aproximam de uma perspectiva mais essencialista, como, por exemplo, o “resgate” do parto, a natureza perfeita do corpo feminino, a maternidade como realização central na vida de uma mulher. Contudo, em alguns espaços, tal ideário caminha ao lado (muito embora algumas vezes apareçam em lados opostos) da defesa da MBE para fazer a crítica ao modelo biomédico hegemônico. A constante percebida, ao longo da minha experiência no campo, foi a crítica à centralidade do médico na cena do parto e a defesa do protagonismo da parturiente trazendo, sempre de forma nuançada, em diferentes graus, a relação entre natureza e cultura presente no parto.

Talvez por isso posso reconhecer alguma impermeabilidade por parte de certa perspectiva feminista sobre o ideário da humanização⁸⁵. Grande parte do feminismo praticado e defendido pelo mundo anglófono via a família e o mundo doméstico como uma das principais instituições de opressão na vida das mulheres. Contudo, Connell (2015) chama a atenção para o fato de que para a perspectiva feminista do Sul Global, que precisa lidar com problemas como fome, AIDS e violência patriarcal, essa simbiose entre as questões materiais e a cultura poderia ser considerada como um constante em sua forma de elaborar as interpretações críticas

⁸⁴ Sobre tais controvérsias e entendimentos do que seria a humanização, ver, DINIZ (2005), TORNQUIST (2004 e 2007).

⁸⁵ Sobre tal resistência, ver MÜLLER et al, 2016

sobre tais realidades e a família, ao invés de ser lugar de opressão, pode ser visto numa perspectiva protetora e aglutinadora como, por exemplo, na experiência de mulheres imigrantes (CONNELL, 2015).

Penso que o constructo crítico que o MHPN defende também poderia ser um locus possível para construir novas elaborações a partir de um feminismo menos colonial, em que revaloriza o espaço doméstico, como na defesa do parto domiciliar, não para reforçar o lugar subalterno do lar (em contraposição ao domínio público masculino), mas como uma possibilidade de escapar da instituição hospitalar, vista como opressora porque separa a parturiente de seus laços afetivos, isolando-a de forma asséptica e proibindo-a de vivenciar a experiência de parir em seu próprio ritmo. Assim, o ambiente doméstico, tradicionalmente compreendido como um lugar de opressão feminina, se configura aqui como uma possibilidade de libertação, uma escolha (idealmente) consciente e (eventualmente) empoderadora.

Reconhecendo que temos uma assistência obstétrica falha, não orientada pelas evidências científicas e que, muitas vezes é causadora de iatrogenias (DINIZ, 2005), é possível então compreender o MHPN como uma das “vozes do Sul”⁸⁶, na medida em que trata da materialidade dos corpos grávidos subjugados às más práticas que, em certa medida, são baseadas numa visão machista sobre a mulher e que pode resultar em experiências traumáticas e, na pior das hipóteses, na morte. A violência obstétrica, generalizada no Brasil é, hoje, um problema de saúde pública. Assim, a luta por uma assistência obstétrica de melhor qualidade e que compreenda a mulher como sujeito ativo se configura como uma questão de justiça social e caminha para uma descolonialidade da cultura de parto vigente.

São esses elementos, às vezes ambíguos, presentes no ideário da humanização do parto em torno da compreensão do corpo que pretendo desenvolver nesse capítulo. A princípio assumo que não me afilio a qualquer argumento sobre a diferença sexual que possa justificar comportamentos sociais como base na biologia. Compartilho mais da posição de Connell e Bourdieu de que os corpos são construídos socialmente, nas práticas cotidianas, nas experiências vividas. Considero que há algo de subversivo e profanador na forma como os argumentos sobre a natureza são mobilizados por certos grupos adeptos da humanização do parto, como uma força de resistência frente aos dispositivos de controle biopolítico e com

⁸⁶ Em referência direta à entrevista de Connel, em 2013, publicada na Revista *Cadernos Pagu*. A autora se refere à miríade de vozes do Sul Global, que vêm construindo uma teoria eminentemente baseada nas experiências empíricas dos movimentos sociais. Ver HAMLIN, Cynthia & VANDENBERGHE, Frédéric. Vozes do Sul: entrevista com Raewyn Connell. *CadernosPagu* (40), janeiro-junho de 2013:345-358.

potência para a mudança social. O corpo como potente do sujeito que decide parir no próprio ritmo se opõe ao corpo dócil da medicina industrial acelerada.

As ideias acerca do parto podem ser percebidas nas experiências corporificadas, no itinerário percorrido pelas mulheres e na conformação dos rituais presentes nas experiências de parturição. Se, por um lado, podemos perceber um argumento biologizante, em que o corpo seria a mola mestra da experiência de parto e a natureza agiria divinamente; por outro temos que os modos de pensar a sociedade, os modelos de medicina e mais especificamente a obstetrícia, a compreensão que se tem sobre o corpo que gesta e que vai parir e a própria compreensão dos papéis sociais dos atores envolvidos na assistência ao parto encontram-se presentes nos modos de experienciar tal ritual de passagem. Nesse sentido, podemos afirmar que, nos modelos de assistência obstétrica encontram-se enraizados ideologias, normas sociais, condutas corporais, questões para além do puramente biológico.

6.1 Problematizando gênero: caminhos para um olhar descolonial

Ao longo dos capítulos anteriores já sublinhei o viés de gênero presente no desenvolvimento da medicina e, mais especificamente, da obstetrícia. Contudo, gostaria de me deter um pouco mais na problemática de gênero e de como tais percepções implicam modelos distintos de atenção ao parto ou, de maneira mais geral, como os aspectos envolvendo a vida reprodutiva da mulher é pensada, organizada e normatizada pela medicina hegemônica. Susan Pitt (2003), Tsipy Ivry (2010), Thomas Laqueur (1992), Fabíola Rohden (2001), entre outros, afirmam que a ciência e a medicina são importantes influências na construção dos papéis de gênero, assim como outras dicotomias organizativas importantes de nossa sociedade, como “natureza e cultura” ou “corpo e mente”. Signatária do pensamento cartesiano, tais oposições encontram seu *locus* específico na dicotomia homem/mulher, sendo cultura e racionalidade associados às características masculinas e natureza e corpo/não-razão, às características femininas.

Pitt (2003) parte do pressuposto de que podemos considerar a medicina e a parteria como discursos ambos marcados por vieses de gênero. A parteria urbana⁸⁷ estaria mais

⁸⁷ O termo Midwife em inglês engloba uma série de significados distintos em português. Contudo, de forma geral, as midwives são o que no Brasil poderia ser tanto obstetrizes quanto enfermeiras obstetras, porque referem-se a profissionais com formação superior. Contudo, no MHPN vem surgindo um tempo que tem ganhado certa padronização entre os adeptos principalmente em Recife, que seria a “parteira urbana”, significando profissionais com formação superior que tem habilitação para atender parto. Em consonância com o campo, adotarei essa nomenclatura.

relacionada com uma perspectiva mais integral entre corpo e mente, compreendendo o parto como um evento para além dos aspectos biológicos. Por sua vez, a medicina construiu discursos e saberes compartimentados sobre o corpo feminino, levando a uma maior medicalização dos processos corporais relativos às mulheres. Ressaltando que o esquema realizado por Pitt não deve ser visto como estático e sim como discursos que podem (e na verdade o fazem) ser intercambiáveis, a autora constrói dois polos discursivos: a medicina relacionando-se com o masculino, o tempo mecânico do relógio, o ver e o examinar de forma “imparcial” e distante, a intervenção e o controle; a parteria se relaciona com os aspectos femininos, com o tempo da natureza (relacionado com o desenrolar fisiológico do parto), a escuta engajada e o conhecimento corporificado.

Ainda que Pitt (IDEM) não esteja reificando essa separação, mas apenas esquematizando o que ela encontrou em suas pesquisas junto a médicos e parteiras urbanas, talvez resida aqui, um dos pontos de tensão entre a humanização do parto e certas correntes do pensamento feminista, que via a maternidade como um *locus* de controle e dominação, inclusive, porque estava intimamente ligada às questões de determinação biológica. Comecei o capítulo falando sobre certo incômodo que senti, ao longo da pesquisa, sobre aspectos observados que, por algumas vezes, me remeteram a certa diferença sexual essencializadora. A ideia de que o “*homem é mais racional e atrapalha no processo de imersão na experiência do parto*” ou ainda que “*homens conseguem se desligar das questões emocionais e pensar em nada. Para a mulher isso é diferente*” (notas de campo, 2013 e 2014), acompanhadas de afirmações como natureza feminina e instinto materno onde se afirma que “*a maior função da mulher é amar o seu filho*” (notas de campo, 2013) me fizeram refletir sobre o quanto ainda se reproduz o discurso da diferença sexual como território para a diferença de gênero e justificativas de comportamentos sociais. E aqui reconheço a pouca adesão, no sentido de problematizar tais ambivalências, entre os adeptos do MHPN em problematizar ou mesmo enunciar os posicionamentos de tais declarações. Afirmações como essas são ditas e repetidas em muitos espaços ligados à humanização do parto sem, todavia, ser problematizada de forma mais detalhada. Contudo, também percebo uma tentativa, por parte de estudos acadêmicos, como os realizados recentemente, por Susana Simone Diniz (2016), Laís Rodrigues (2015), Rosa Carneiro (2015), Torquist (2004) entre outros, que argumentaram pela potencialidade de reverter tal movimento de essencialização pelas próprias ressignificações que o campo da humanização propõe, tais como a ressignificação da compreensão de corpo, de sujeito e dos sistemas de conhecimento.

Esses estudos recentes argumentam em favor da humanização como caminho possível para mudanças nas relações de poder entre médico e paciente, transformações epistemológicas do conhecimento científico e a necessidade de abertura para outros sistemas de saberes, para a necessidade de construir e valorizar novos sentidos do parto. Tais abordagens estão na contramão da herança da modernidade que reservou aos conhecimentos femininos o lugar do pré-moderno, da ordem do popular (e não do erudito) ou da etnociência (HARDING, 1998). Eles se constroem dentro do fazer acadêmico, como vozes do Sul que apontam para a necessidade de reconfigurações valorativas e epistêmicas, reforçando uma agenda feminista tradicional que compreende que o pessoal é político.

Contudo, foi baseado nessa herança moderna, que se confunde com a ideia de Europa, que a obstetrícia científica se desenvolveu e se espalhou como modelo de conhecimento verdadeiro sobre o corpo feminino, afastando as mulheres da produção epistemológica “válida” sobre o próprio corpo. Rohden (2001) ressalta que a constituição da ginecologia reforçou a associação entre a maternidade e a feminilidade quando inscreve no corpo as aptidões para o amor materno. Em certa medida, esse aspecto também é encontrado no MHPN – um imaginário social da maternidade como aquilo “especial”, que diferencia homens de mulheres em suas aptidões sociais⁸⁸. Assim, pude encontrar argumentos tanto nas observações de campo, como por parte dos profissionais e mulheres entrevistadas.

*Eu acho que a mulher ela é programada, geneticamente, para amar os seus filhos. Existe uma programação. Agora, qual a forma que vai se manifestar, tem elementos culturais e pessoais, psicológicos né, da construção do sujeito, tá?! Mas, o teu arcabouço básico, ele é formatado para que tu ames os teus filhos, porque a natureza diz o seguinte, **a natureza humana** [grifo dele]: se você não amar essa criança, ela não sobrevive. Então eu acho que, eu acredito no instinto materno (Roger, dez. 2013).*

Eu acho que, evidentemente existe uma diferença de natureza feminina e masculina. E eu acho que, não é um bom negócio pras mulheres querer fazer surgir uma natureza masculina, que não é a natureza da mulher mesmo, né? Eu acho que nós podemos ser muito melhores como feministas, se a gente puder tomar pra nós o que é nosso. [e o que seria essa natureza feminina?] É um sistema perfeito né?! É você poder engravidar, se quiser, ter o direito de querer ou não querer ter um filho. Querendo ter o filho, você poder ter um parto maravilhoso. E tendo esse parto maravilhoso, você poder cuidar do seu filho e não precisar fazer uma jornada tripla (Malu, fev. 2014).

⁸⁸ Claro que em termos biológicos homens cis não gestam, não experienciam partos nem amamentam. Contudo chamo a atenção para as novas potencialidades que a vivência transexual possibilita. Os homens trans conseguem borrar essas fronteiras. Entretanto, apesar de reconhecer a importância do tema, que ainda é um campo de pesquisa muito rico a ser estudado, não vai ser objeto de análise desse trabalho, dada a ausência de indivíduos trans no campo de pesquisa que foi estudado por mim.

Eu acredito nessa natureza forte, tá impregnado no nosso DNA, nós sabemos parir então, eu só não fico romantizando a situação, né?! [...]Então tá impregnado na nossa memória neurológica, no nosso DNA, nas nossas células (Joana, jul. 2015).

A partir das falas acima citadas, fica claro que o ideário, construído pela perspectiva da medicina hegemônica – da ciência da diferença – que marcou o feminino a partir de aspectos biológicos ainda permeia a concepção dos profissionais adeptos da humanização. Esse aspecto me inquietou por algum tempo, porque considerava que o MHPN estaria reforçando o lugar da subalternidade das mulheres. Contudo, ao longo do caminho de pesquisa, pude perceber que tais elementos eram mobilizados sob uma perspectiva, a meu ver, sutilmente deslocada dos significados hegemônicos que a modernidade ocidental construiu. Perspectivas como a de Fausto-Sterling (2001), Oyewumi (2004), Segato (2013) e Lugones (2014), por exemplo, auxiliaram-me a compreender que é possível, através de mudanças do lugar de enunciação, adotar uma perspectiva que intenta sublinhar que as categorias com que o movimento feminista tem trabalhado são também construções marcadas pela colonialidade, reforçando a dominação do lugar do colonial, das categorias gerais e supostamente neutras da “*hegemonia cultural euro-americana*” (OYEWUMI, 2004:1). Ou seja, se continuamos a compreender a realidade social com as lentes da modernidade europeia – que fundamenta boa parte das perspectivas feministas – podemos correr o risco de reforçar o colonial/patriarcal quando estudamos realidades complexas e transplantamos determinada arquitetura conceitual para cenários culturais distintos. Assim, o MHPN poderia ser compreendido como uma possibilidade de integrar o “conhecimento científico” com os “conhecimentos populares” quando valoriza os conhecimentos femininos sobre o corpo e o parto.

Nesse sentido, assumi a posição defendida por Segato (2013), que afirma que a postura descolonial não seria uma escolha individual ou apenas uma lente para olhar a realidade e sim um chamado da própria realidade que se constitui de novas práticas. A autora também sublinha, de forma crítica, a questão do feminismo eurocentrado, que acaba reforçando o projeto colonial, quando toma o patriarcado como um sistema universal e igualmente observável em todas as culturas. Assim, a perspectiva feminista eurocêntrica acredita-se no direito de impor seus valores morais e éticos – ainda que se demonstrem críticos de uma realidade de subordinação do feminino. Para Segato, esse projeto europeu realizou uma “*ocupação depredadora dos corpos femininos*” (SEGATO, 2013: 3), e novas formas de se enfurecer com tais corpos são constantemente atualizadas, sendo necessária, do ponto de vista da autora, uma nova gramática explicativa de tais fenômenos. Penso que o feminicídio e a violência obstétrica, por exemplo,

são parte desse novo vocabulário que emerge dos movimentos sociais que lutam por autonomia e contra as violências e as desigualdades de gênero persistentes em nossa sociedade.

Assim, para compreender de forma mais acurada a questão de gênero teríamos que também tomar consciência das consequências do encontro colonial. Para Segato, tal encontro, do mundo ocidental com o não-ocidental, possibilitou, a partir de matrizes semânticas distintas, injunções que inflacionaram a esfera pública. Dentro dessa lógica categorial, o homem branco – ou o princípio masculino – tomou conta da vida pública, da capacidade de decisão, constituindo-se como sujeito de seu tempo. A mulher – branca e europeia – centrada na manutenção do espaço doméstico, existindo como corpo dócil. Os demais – não brancos, não modernos – eram selvagens! (SEGATO, 2013).

Em certo sentido, penso que é possível problematizar a institucionalização do parto a partir da problematização levantada por Segato e pela perspectiva descolonial, de maneira geral. A retirada do parto da esfera doméstica para a pública (hospitalar) foi um movimento institucional (de Estado) e civilizatório, que ocasionou a perda de espaço de ação e de poder das mulheres e, conseqüentemente, a desvalorização dos saberes relacionados com a prática das parteiras e das próprias mulheres grávidas. Nesse processo, os médicos foram alçados a sujeitos com acesso privilegiado aos saberes científicos (com status de verdade) que lhes outorgava uma posição de poder – o que Davis-Floyd e Jordan sublinharam como o saber autoritativo. Novamente, acredito ser importante frisar que tal crítica não intenta negar que o conhecimento científico tenha feito avançar a qualidade da atenção ao parto, principalmente dos que se caracterizam como distócicos. O que acredito que seja importante sublinhar é a forma autoritária com que o conhecimento científico se fixou, em contraste com outros sistemas de conhecimento; e certas consequências danosas de um modelo de atenção reificador da técnica e marcado por concepções enviesadas no que diz respeito ao gênero feminino.

Essa é também a perspectiva de Lugones (2014), que sublinha a modernidade como paradigma organizativo do mundo ocidental (incluindo aqui o mundo colonizado), estruturando categorias classificatórias dicotômicas e normatizando subjetividades. O feminismo, filho desse projeto, também se constituiu sob certos paradigmas modernos que podem ser visualizados a partir das agendas de luta. Assim, sexualidade, gênero e corpo foram alvos dessa ótica epistêmica. A partir da perspectiva desenvolvida pelos movimentos de mulheres da periferia epistemológica – mulheres não-brancas, não-ocidentais, de países do sul global – começaram a ser construídos importantes deslocamentos sobre o pensamento feminista, baseados numa

lógica não-moderna, que poderiam ser caracterizados como mais holísticas, com uma perspectiva mais ecológica e menos binária.

A partir dessa abordagem, consigo compreender o MHPN como uma organização que, em certa medida, rompe com essa lógica categórica moderna quando propõe a construção de experiências de parto que estejam mais abertas para outros sistemas de conhecimento, construindo uma ecologia de saberes que amplia as sensibilidades, que critica a ideia de corpo cartesiano e a experiência fragmentada. Com isso não quero afirmar que o movimento é um “resgate” da experiência pré-moderna, a despeito de ter escutado, ao longo de toda a pesquisa de campo que era preciso “resgatar” o parto. Aqui, novamente, vejo mais uma ambivalência do uso de um termo que pode ser compreendido de uma forma menos evidente. O resgate do parto não seria um simples retorno ao que existia antes da incorporação da medicina como saber hegemônico. O “resgate”, aqui, diz respeito mais a uma reconquista de espaço de poder das mulheres, perdida com a entrada da biomedicina como sistema de conhecimento hegemônico que, alinhado ao capitalismo tecnicista, contribuiu para constituir uma cultura de medo e dor em torno do parto. Essa postura pode ser exemplificada na fala abaixo:

A cultura [da medicina hegemônica] acabou interferindo em todo esse processo né?! Essa racionalização em relação a tudo e assim, deram outras opções. Antigamente a única opção era parir, né?! Ela já nascia com a condição feminina de parir, e nos últimos tempos pra cá a tecnologia deu a opção de uma cesariana, de uma analgesia, as próprias intervenções tiraram essa naturalidade também, o que potencializa a dor, o que potencializa desconforto, e que potencializou todo esse discurso hoje que a gente tem, de que parto não é bom, de que parto é ruim! Então eu acho que isso atrapalha a natureza (Joana, jul., 2015).

Foi possível perceber, a partir de falas como a de Joana, que a noção de cultura de parto, estabelecida atualmente, é baseada na prática da obstetrícia moderna e que ela atrapalha o desenrolar fisiológico (representada na ideia de natureza) do parto, inclusive porque não possibilita a experiência de parturição de acordo com os desejos das mulheres. Tal cultura exerce certa atitude de indiferença ante a violência de gênero, persistente na assistência obstétrica brasileira (RIESCO, 2002; TSUNESCHIRO, 2002; TURNER, 2009; DINIZ, 2015). A partir da perspectiva de Lugones, é possível afirmar que a obstetrícia contemporânea pertence ao projeto epistêmico da colonialidade do poder e das ideias próprias da modernidade e, como signatária de tal projeto, também reproduz os pontos de tensão e hierarquização de gênero, de saberes e de práticas. O parto medicalizado e industrial funciona como um panóptico hospitalar, onde os médicos dizem até a hora de expulsar a criança, e as mulheres não podem mais dizer

sobre o próprio corpo. É contra tal hierarquização, contra esse empobrecimento da experiência de parturição que o MHPN se interpõe e propõe uma ação de resgate. Uma das estratégias desenvolvidas nesse processo de resistência e tentativa de transformação social é, a meu ver, a mobilização do discurso da natureza como possibilidade de empoderamento, como categoria subalterna que emerge para tornar explícita a violência da assistência hegemônica.

Nesse sentido, o que, à primeira vista, me inquietou (e até mesmo me incomodou), do ponto de vista feminista que eu já possuía, em relação à revalorização dos saberes e redes femininas como uma possibilidade de recair naquilo que durante décadas se quis afastar – os determinismos biológicos que fundamentaram uma suposta existência feminina – a ideia da feminilidade como algo dado pela natureza, foi ao longo do tempo sendo matizado pelo processo de observação e análise dos dados coletados e observados. Apesar de reconhecer os riscos e perigos da evocação dessas imagens e noções que tanto serviram para a opressão feminina, num segundo momento fui percebendo que tal imagética estava organizando outra concepção, a meu ver mais empoderada, profanatória até, do que seria esse suposto “feminino”. Não posso deixar de fazer uma ligação com a perspectiva dos estudos subalternos que se utilizam da gramática e imagética opressora para, justamente, tomá-la ao avesso, preenchendo de significados potentes e emancipadores.

Esse novo ideário, que é acompanhado de uma produção sociocultural de imagens e gramáticas subalternas, pode ser visto em várias discussões feitas nas redes sociais sobre o uso dos relatos das fotografias de partos humanizados. Nessa produção, é comum se falar de (e mostrar) vaginas abertas, de secreções e flúidos, dos gritos, desesperos e dos prazeres, o que causa estranheza em muitas pessoas. Uma querela interessante que surgiu quando estava fazendo o campo, e acompanhando as redes sociais, está relacionada com esse estranhamento de uma cultura de parto que insiste em se mostrar e ganhar o espaço público. Um texto⁸⁹ intitulado “Gata eu não quero ver a sua xota” reclamava do incômodo que era estar nas redes sociais e de repente se deparar com “*um monte de fotos desse momentinho sanguinolento tão íntimo e pouco tecnológico [...] e de repente pula na minha cara, sem cerimônia ou timidez, uma xoxota arreganhada...*”. A autora, no texto, afirma que até apoia o ideário do parto humanizado e o apelo ao que ela chama de “naturebisse”. O problema, para ela, estava na insistência em mostrar o corpo feminino em “*posições esdruxulas*” e fotos com “*muita dor, sangue e melecas*”. Aqui parece-me quase evidente que a estranheza de falar sobre e mostrar o

⁸⁹ Encontra-se nesse endereço <<http://www1.folha.uol.com.br/colunas/tatibernardi/2014/04/1443276-gata-eu-nao-querer-ver-a-sua-xota.shtml>> Acesso em set.2014 e out. 2016

parto deveria seguir o script dos valores civilizados que dicotomizou os papéis das mulheres – as boas e recatadas e as más e devassas. Mostrar o corpo feminino, inclusive os órgãos sexuais, parece só fazer sentido se estiver relacionada com o erotismo feito para o consumo masculino.

No ideário humanizado, muitas vezes, as percepções de quem relata estão associadas à sexualidade. Essa poderia ser considerada como uma outra profanação – juntar parto e sexo no mesmo cenário. Frases como “*o parto é parte da sexualidade feminina*”, “*parto é sexo puro*” (notas de campo, 2013 e 2014) e a ideia de que é possível parir gozando, conformam um cenário oposto à docilidade da santa mãezinha que não questiona o médico e experiencia a imobilidade (e muitas vezes a violência) da assistência obstétrica hegemônica. O texto acima referido recebeu uma resposta⁹⁰ afirmando a alegria que é para a autora, que também é pesquisadora e estuda violência obstétrica, encontrar nas redes sociais “*vaginas parindo*” e faz um trocadilho com o primeiro texto: “*Então eu vim aqui apenas para fazer um pedido: **GATAS, EU QUERO VER VOCÊS PARINDO!***” (grifos da autora do texto). A autora do texto, a pesquisadora Lígia Moreira Senas, chama a atenção para o fato de ainda ser uma surpresa, hoje, associar a óbvia relação entre parto e vagina. Isso nos fala muito da produção cultural que construímos na contemporaneidade e do processo civilizatório que a normalização da cesária como via “normal” de nascimento operou. Nesse processo, o corpo suposto nessa experiência é, então, o corpo dócil.

6.2 O corpo e o parto na assistência hegemônica: a corporificação da docilidade

É dócil um corpo que pode ser submetido, que pode ser utilizado, que pode ser transformado e aperfeiçoado (FOUCAULT, 2004:117).

O debate sobre o corpo, no âmbito da humanização, é um tema central, que abre a possibilidade de compreensão de certas camadas desse projeto paradigmático de mudança da assistência obstétrica. Existem pelo menos duas narrativas em disputa no cenário da assistência ao parto, no que se refere ao corpo: 1) O corpo dócil manejado pelo conhecimento científico na assistência hegemônica, disciplinando o tempo de suas experiências e que mantém a relação, já exposta por Foucault (2004) de docilidade-utilidade exprimindo-se na concepção de um corpo-escola (esse corpo dócil da gestante é também defectível que, incapaz de parir, encontra-se com duas opções distintas e que estão profundamente marcadas por uma interseccionalidade de

⁹⁰ Encontrado nesse endereço <<http://cientistaqueviroumae.com.br/blog/textos/gata-eu-quero-ver-voce-parindo>> Acesso em set.2014 e out. 2016

classe e raça – às mulheres com mais condições financeiras, a saída da cesariana como opção civilizatória para a fuga do tratamento violento que as mulheres pobres e negras recebem; 2) o corpo potente, de uma heterotopia, que insiste em parir sem intervenções desnecessárias e em seu próprio ritmo⁹¹. Tais narrativas carregam consigo os caminhos epistêmicos que constroem as noções de e as relações com o corpo.

Susan Bordo (1997) ressalta a importância de olharmos para o corpo como metáfora da cultura, em que os saberes sobre ele estão perpassados pelos valores e percepções vigentes. Mas ele não é apenas *texto da cultura* (BORDO, 1997:19) é também lugar de práticas de controle social. E, como tal, o conhecimento da medicina, e em especial a obstetrícia, se desenvolve sob o contexto da cultura patriarcal para reforçar um lugar específico da mulher na sociedade – o da inferioridade e da defectibilidade.

Como *locus* de práticas, pode-se afirmar, junto com Bourdieu (2003) e sua noção de *habitus*, que a cultura também se faz corpo, através mesmo das disposições incorporadas e da produção de sistemas simbólicos que obedecem a determinados interesses. Tal percepção mostra-se muito rica para pensarmos que o MHPN, com seus dispositivos educacionais (grupo de educação perinatal, listas de discussão, vídeos, mídias e redes sociais, compartilhamento de narrativas) proporciona material para construir uma outra cultura corporal sobre o parto, onde o corpo não é mais aquele que é dócil, mas sim um corpo vibrante, poderoso e profano. Contudo, esse ideário construído em torno da humanização do parto ainda enfrenta profundas resistências, principalmente no campo médico marcado pelo capitalismo, pela colonialidade e pela visão patriarcal.

Para Le Breton, a noção moderna de corpo é uma das consequências do individualismo, que também representa uma “*ruptura ontológica entre o cosmo e o corpo humano*” (LE BRETON, 2013: 33). O autor afirma que “*a ambiguidade em torno da noção de corpo é uma consequência da ambiguidade que cerca a encarnação do homem: o fato de ser e de ter um corpo*” (IDEM:34). Tal ambiguidade se consolida com o desenvolvimento da medicina científica e dos conhecimentos anatômicos.

⁹¹ Não posso deixar de sublinhar que o parto “humanizado” ainda é algo majoritariamente restrito à classe média e média alta, por conta dos custos que envolve essa assistência. No entanto, o campo que pesquisei se mostra como uma tentativa de minimizar tal restrição, quando tem como público alvo as mulheres de uma comunidade carente, escolhida para o desenvolvimento das rodas de gestante.

A medicina obstétrica se institui, assim, como um saber disciplinar dos corpos grávidos. Se a medicina moderna se funda na separação corpo e pessoa, já vista desde Vesalius, e extremamente especializada na era pós-Descartes, criando uma espécie de zona de conforto para poder lidar com os males que afligem o corpo sem, necessariamente, ter que se preocupar com o indivíduo que está relacionado ao corpo; a clínica humanizada, por sua vez, parece trazer novamente (mas não como retorno simplesmente às mentalidades medievais mais holistas) a necessidade de integralidade entre corpo e sujeito, sugerindo uma prática quase profanatória, causando espanto nas mentalidades clínicas da obstetrícia brasileira que, por vezes, identifica uma espécie de barbarismo, ou mesmo incivilidade, nas experiências de “parto natural”⁹². Há, portanto, um choque epistemológico e paradigmático entre as duas perspectivas.

Nessa hierarquização de saberes, assim como na hierarquia implícita da superioridade da mente sobre o corpo, é possível afirmar que existe uma contribuição para que os saberes mais eruditos, científicos, construam uma forma de lidar com o “*corpo como resto*” (LE BRETON, 2013), alicerçando uma prática, na medicina especializada, de afastamento do sujeito.

A medicina moderna nasce nessa fratura ontológica, e a imagem que ela se faz do corpo humano nasce dessas representações anatômicas saídas desse corpo sem vida, onde o homem não é mais [...] o divórcio do corpo no seio do mundo ocidental remete historicamente à cisão entre a cultura erudita e a poeira das culturas populares, de tipo comunitário (LE BRETON, 2013:92 e 94).

Esse divórcio, que aponta Le Breton, pode ser percebido na forma como a obstetrícia organiza seus conhecimentos em torno do corpo feminino e o que pensa sobre o parto e a gestação, afastando os conhecimentos populares, inclusive proibindo a profissão da parteira em várias partes do mundo, reafirmando, muitas vezes de forma autoritária, uma atitude colonial de superioridade dos conhecimentos da medicina ocidental moderna. Tal postura aparece também nas formulações críticas gadamerianas sobre o corpo. Para Gadamer, a forma como a ciência moderna se organiza e formula seus postulados nos obriga a fazer uma operação de estranhamento de nós mesmos, relacionando-se assim com a ambiguidade da qual Bourdieu ressaltava. Nesse sentido, Gadamer nos chama a atenção para a necessidade de compreensão

⁹² Lembrando sempre da ressalva de que o que apresento aqui como parto natural não é o entendimento de que ele pertença apenas à esfera da natureza, ou seja, apartado da cultura. O uso aqui refere-se à categoria usada pelos próprios adeptos do movimento, sendo compreendido como um parto sem intervenções invasivas e medicamentosas.

sob a perspectiva da inseparabilidade do corpo e da vida, propriamente dita. Contudo, essa não é a operação realizada pela ciência moderna.

Num procedimento metodológico de separação, a ciência moderna pode objetificar a experiência do mundo, sob a justificativa de conhecê-lo melhor. Gadamer se pergunta sobre a possibilidade de uma consciência hermenêutica que se questione sobre os limites dessa objetificação – “*qual a relação entre ciência e experiência corporificada?*”⁹³ (GADAMER, 1996:71). A ciência pode ser reconectada com a experiência individual? Talvez seja possível pensar o MHPN como uma possibilidade nesse sentido.

A separação corpo e mente, engendrada pelo pensamento cartesiano, foi, em grande medida, o arcabouço em que a biomedicina se ancorou para retirar os aspectos subjetivos e psicológicos da experiência do parto, valorizando apenas os aspectos biológicos. Assim o parto e suas potencialidades subjetivas foram silenciadas e o corpo foi civilizado pelo domínio da técnica. No entanto, esse processo civilizatório se deu de forma lenta e gradual, como bem demonstrou Norbert Elias (1994).

Este autor expõe um argumento central de que, com o projeto civilizador, o corpo foi sendo racionalizado, por meio dos códigos de etiqueta e novas formas de socialização (ELIAS, 1994). Essa civilidade que o indivíduo (e sua corporeidade) foi adquirindo ao longo dessas transformações significou um crescente afastamento dos aspectos biológicos e naturais, como se estes relembrassem um passado bárbaro e incivilizado. No que diz respeito à vivência do parto, essa agenda de afastamento das funções biológicas foi reforçada pelo desenvolvimento da biomedicina e a padronização da experiência engendrada pelo uso exacerbado das tecnologias disponíveis, culminando na epidemia de cesáreas no cenário obstétrico brasileiro.

Davis-Floyd (2001) faz uma relação entre o modelo vigente – tecnocrático – e as crenças individuais dos médicos. No modelo tecnocrático (como discuti em certa medida no capítulo anterior), está implícita também a ideia de corpo tecnocrático que hierarquiza o corpo do homem sobre o da mulher quando problematiza e medicaliza menos o primeiro, compreendendo o masculino como uma máquina que funciona melhor e está menos sujeita às imprevisibilidades da natureza.

A autora afirma que, porque a mulher é vista, no modelo tecnocrático, como um corpo problemático, justamente nos pontos que a diferencia do corpo masculino, tais processos

⁹³ No original: “What is the relationship between Science and bodily experience?”

compreendidos como unicamente femininos tendem a ser mais medicalizados, no sentido muitas vezes, de suprimir tais especificidades. Nesse ponto penso que há, no movimento de valorizar o corpo natural no parto, uma possibilidade de reconfigurar ou reinscrever o corpo feminino como algo que funciona bem – a ideia de corpo perfeito, presente em muitas das falas de minhas interlocutoras, assim como entre os profissionais adeptos da humanização – e que não precisa, intrinsecamente, da intervenção médica. Talvez seja um grito subalterno de insubordinação à normatização patologizante da obstetrícia hegemônica.

A construção da obstetrícia como disciplina que estuda e intervém nos corpos femininos acompanhou o desenvolvimento de normatizações sobre como esse corpo deveria ser/existir. Para Foucault (1988), foi na época clássica que se fundamenta de forma mais estruturada a ideia do corpo como “*objeto e alvo do poder*” (IDEM, IBDEM: 116). Esse ideário permitiu que os saberes exercessem sobre a corporeidade humana forças de sujeição, através da ideia de “*docilidade-utilidade*” das disciplinas e suas políticas de coerções (IDEM: 117). A ideia de corpo dócil, trabalhada por Foucault, é muito frutífera para pensarmos a biopolítica da obstetrícia hegemônica e o embate epistêmico travado com o ideário de humanização do parto.

É possível afirmar que no cenário político e prático que cerca o parto, a discussão sobre o corpo e o empoderamento gira em torno do controle: quem controla? Quem decide? As mulheres gostariam de evitar as intervenções rotineiras e tratamentos desrespeitosos e, para isso, entendem que deveriam ter, se não a possibilidade de decisão, ao menos serem mais ouvidas em seus desejos e necessidades em suas experiências de parturição. Contudo, o contradispositivo do parto humanizado enfrenta uma resistência disciplinar profunda, que responde às tentativas de profanação com violentas restrições e normatizações, como veremos a seguir.

6.3 A violência obstétrica e o corpo matável – um problema de gênero

A ‘missão civilizatória’ colonial era a máscara eufemística do acesso brutal aos corpos das pessoas através de uma exploração inimaginável, violação sexual, controle da reprodução e terror sistemático (LUGONES, 2014:938).

Dentro dessa concepção de corpo tecnocrático, separado do sujeito/razão e fruto da visão colonial/patriarcal, a obstetrícia foi assentando suas bases práticas num modelo que não

leva em consideração a subjetividade da paciente/parturiente. No ambiente hospitalar, hierárquico, despersonalizado, tecnicista e acelerado, o médico/obstetra assume o lugar do poder soberano, de único sujeito/agente com poder decisório sobre o desenrolar do parto – e claro, do corpo e da vida da mulher que está parindo. As histórias de parto que se sucedem em uma roda de conversa são, em sua maioria, marcadas por episódios de desrespeito, negligência e violência (física, psicológica, institucional).

Ainda que o foco da minha discussão seja sob a perspectiva da parturiente, esse ambiente de violência, agressão e desrespeito não foi observado apenas nas vivências das mulheres grávidas. A violência institucional foi referenciada, em diversas ocasiões, ao longo das aulas teóricas que observei. As alunas, em sua maioria enfermeiras obstetras, contaram casos ocorridos em seus plantões, de mulheres que chegavam nos hospitais e sofriam uma série de procedimentos desnecessários, dolosos e que elas podiam fazer pouca coisa para evitar tal tratamento, já que a ordem vinha do médico e a hierarquia de atendimento estava estabelecida pelas instituições hospitalares. Esses relatos vinham acompanhados de um sofrimento psicológico alinhavado à ideia de incapacidade de ação por parte das enfermeiras.

As queixas do uso abusivo e desnecessário das intervenções hospitalares eram uma das mais frequentes entre as alunas do curso teórico, que compreendiam a ausência de justificativa médica para tais intervenções, assim como compreendiam que eram danosos para o desenrolar do trabalho de parto. Igualmente frequente é o discurso de choque e trauma com a experiência de trabalhar nas maternidades, justamente porque elas simbolizam o ambiente como hostil, até para os profissionais (notas de campo, 2014). Muitas delas, em momentos de apresentação que precediam as aulas, justificaram que estavam fazendo o curso para poderem ampliar sua capacidade de argumentação e conseqüentemente de ação, na medida em que teriam mais familiaridade com as evidências científicas e poderiam contribuir de forma mais ativa na mudança de protocolos hospitalares, porque avaliavam que elas mesmas careciam de “argumentos mais sólidos” que corroborassem as mudanças que sugeriam.

No capítulo anterior já abordei um pouco, na fala de Joana, as dificuldades que tal modelo de assistência traz para os profissionais que, de alguma forma, não concordassem com os “protocolos engessados”, sendo considerados, pelos adeptos, como um impedimento a uma atuação mais livre dos profissionais. Sobre a dificuldade de argumentar com os gestores a necessidade de mudança tanto na estrutura dos hospitais quanto das práticas com as pacientes, uma das alunas afirmou que “*é muito difícil lidar com essa galera do mal, que não tem nada*

na cabeça” (notas de campo, 2013), referindo-se à forma burocratizada com que os hospitais são gerenciados, revelando o pouco diálogo que as maternidades têm com a proposta de humanização do parto. Contudo, podemos encontrar algumas tentativas que encontraram certo êxito nas mudanças da assistência ao parto. É também Joana que fala da experiência de sucesso em uma maternidade brasileira, após a entrada de uma enfermeira obstetra que mudou a forma de assistência às gestantes, com uma orientação para um cuidado mais empático, – não sem enfrentar muitos entraves e preconceitos.

Quando eu fui pro alojamento conjunto, as mulheres chegava lá mortas, caindo, caíam quando iam tomar banho. Não vinham felizes da experiência! E quando a Carolina entrou pra trabalhar, as mulheres chagavam sorrindo assim, eu detectei isso em uma semana né?! Elas sorriam, elas contavam experiências legais de parto. [...] Eu tinha 22 anos de idade e ela tinha 50 e poucos, eu era virgem da cabeça né, e Carol já era rodada, já tinha atendido mais de 5 mil partos, já tinha atendido parto em casa, já tinha trabalhado nos grandes hospitais de São Paulo, já tinha mudado o mundo, aquela coisa. E ela era muito viva assim, né, muito presente. E aí quando aquela mulher entrou no hospital todo mundo dizia que ela era louca, por isso que hoje eu adoro ser chamada de louca né. Diziam que ela era louca, tinham um certo desrespeito com ela [...] Ela dava gelatina, ela dava pirulito, ela botava pra rebolar, ela cantava pras mulheres, ela não deixava instalar soro né, ela se apresentava como parteira. E eu, na minha ignorância, achava que parteira era uma pessoa sem conhecimento e etc né?! Aquilo que a gente aprende lá na faculdade, desdenhando o saber do outro... e aí, “nossa! Como é que essa mulher que diz que sabe tanto e se apresenta de parteira?” aí um dia ela me disse “filha, a gente tem que ser enfermeira no saber científico e parteira no cuidado.” Né?! “se eu falar que sou enfermeira não vão dar credito pra mim. Porque parteira estende a mão, parteira diz “força comadre, coragem comadre, tô do seu lado comadre” né?! (Joana, jul, 2015).

Essa maternidade foi ganhadora de um importante prêmio na área de assistência obstétrica – o prêmio Galba de Araújo⁹⁴ – que reconhece ações ligadas ao ideário de humanização do parto, como estímulo à liberdade de movimento, alimentação leve e líquidos durante o trabalho de parto, escolha da posição de parir etc. Para os adeptos da humanização, tais mudanças são “pequenas”, porém difíceis de serem incorporadas tanto pelos profissionais como pelos gestores, ambos imbuídos da lógica tecnocrática.

Ainda que existam tais iniciativas que conseguiram, mesmo que de forma pontual, estabelecer mudanças nos padrões institucionais, essa ainda não é a realidade da maioria das

⁹⁴ Galba de Araújo foi um importante obstetra brasileiro que militou pela melhoria da qualidade da atenção obstétrica, frisando a importância do respeito às peculiaridades culturais, reconhecendo assim a importância das parteiras, defensor do parto natural, assim como a importância dos protocolos para a identificação de gestações de alto risco.

instituições aptas a atenderem gestantes. E assim, desrespeitando questões como privacidade e dignidade da mulher, a violência obstétrica assume sua face mais preocupante – a que é destinada à mulher que vai parir.

Embora o assunto da violência na assistência às grávidas remonte há algumas décadas atrás, com vários movimentos de denúncia ao redor do mundo (DINIZ et al, 2015), o termo violência obstétrica (V.O.) é relativamente novo no Brasil e segue numa batalha judicial para que o projeto de tipificação seja aprovado e possa ser considerada crime no Brasil. Por enquanto, o termo “violência obstétrica” circula nos grupos adeptos da humanização do parto (e outras correntes que militam por diferentes formas de cuidar e compreender o parto e o nascimento), em grupos feministas que tratam da saúde sexual e reprodutiva e tem ganhado espaço em debates nos ministérios públicos no Brasil.

Ao longo da pesquisa de campo, assim como das leituras feitas para a escrita da tese, o entendimento do que vem a ser V.O. se ampliou. Atualmente, o termo não se restringe à violência praticada pelo obstetra, nem tampouco às práticas impróprias ou inadequadas durante o parto. Ela pode ocorrer ao longo de todo o ciclo gravídico-puerperal, ou seja, desde o atendimento do pré-natal, passando pelo trabalho de parto e parto, estendendo-se até o puerpério, incluindo situações de abortamento. De maneira geral, a V.O. pode se diferenciar de três formas: 1) **a violência psicológica**, que envolve atitudes por parte da equipe médica, que possam prejudicar a saúde mental da grávida ou puérpera, como, por exemplo, negar e/ou esconder informações importantes da mulher e seus familiares; gritar, xingar, desrespeitar o direito à privacidade; amedrontar, entre outros; 2) **violência institucional**, que estaria mais relacionada com a falta de condições de oferecer um espaço seguro, limpo e acolhedor; relaciona-se também a um problema comum no Brasil, que é a peregrinação da gestante; 3) **violência física**, que está relacionada com procedimentos feitos de forma agressiva, como toques vaginais brutos, assim como a persistência de manobras ou intervenções que não têm sua eficácia comprovada (e muitas vezes tais procedimentos já foram rejeitados pelas recomendações profissionais). O quadro abaixo resume bem os diversos tipos de violência obstétrica (DINIZ et al. 2015).

Quadro 03: Categorias de desrespeito e abuso

Quadro: Categorias de desrespeito e abuso, direitos correspondentes e exemplos de situações de violência obstétrica

Categorias de desrespeito e abuso	Direitos correspondentes	Exemplos de situações de violência obstétrica
Abuso físico	Direito a estar livre de danos e maus tratos	Procedimentos sem justificativa clínica e intervenções "didáticas", como toques vaginais dolorosos e repetitivos, cesáreas e episiotomias desnecessárias, imobilização física em posições dolorosas, prática da episiotomia e outras intervenções sem anestesia, sob a crença de que a paciente "já está sentindo dor mesmo"
Imposição de intervenções não consentidas; intervenções aceitas com base em informações parciais ou distorcidas	Direito à informação, ao consentimento informado e à recusa; direito a ter escolhas e preferências respeitadas, incluindo a escolha de acompanhantes durante o atendimento	Realização da episiotomia em mulheres que verbalmente ou por escrito não autorizaram essa intervenção; desrespeito ou desconsideração do plano de parto; indução à cesárea por motivos duvidosos, tais como superestimação dos riscos para o bebê (circular de cordão, "pós-datismo" na 40ª semana, etc.) ou para a mãe (cesárea para "prevenir danos sexuais", etc.); não informação dos danos potenciais de longo prazo para os nascidos por cesariana (aumento de doenças crônicas, entre outros)
Cuidado não confidencial ou não privativo	Direito à confidencialidade e privacidade	Maternidades que mantêm enfermarias de trabalho de parto coletivas, muitas vezes sem um biombo separando os leitos, e que ainda alegam falta de privacidade para justificar o desrespeito ao direito a acompanhante
Cuidado indigno e abuso verbal	Direito à dignidade e ao respeito	Formas de comunicação desrespeitosas com as mulheres, subestimando e ridicularizando sua dor, desmoralizando seus pedidos de ajuda; humilhações de caráter sexual, do tipo "quando você fez você achou bom, agora está aí chorando"
Discriminação baseada em certos atributos	Direito à igualdade, à não discriminação e à equidade da atenção	Tratamento diferencial com base em atributos considerados positivos (casada, com gravidez planejada, adulta, branca, mais escolarizada, de classe média, saudável, etc.), depreciando as que têm atributos considerados negativos (pobre, não escolarizada, mais jovem, negra) e as que questionam ordens médicas
Abandono, negligência ou recusa de assistência	Direito ao cuidado à saúde em tempo oportuno e ao mais alto nível possível de saúde	Abandono, negligência ou recusa de assistência às mulheres que são percebidas como muito queixosas, "descompensadas" ou demandantes, e nos casos de aborto incompleto, demora proposital no atendimento a essas mulheres, com riscos importantes a sua segurança física
Detenção nos serviços	Direito à liberdade e à autonomia	Pacientes podem ficar retidas até que saldem as dívidas com os serviços; no Brasil e em outros países, surgem relatos de detenções policiais de parturientes

Fonte: DINIZ, et al., 2015

Diniz e colaboradoras (2015) argumentam que apenas parte da explicação sobre as possíveis causas da V.O. esteja relacionada à formação dos profissionais, caracterizada por elas como desatualizada e "*descolada de um comprometimento ético*" (idem: 4), aspecto que o Roger também ressaltou em suas falas e já foi trazido nesse texto. Tal análise também foi feita ao longo das aulas teóricas do curso que observei, sendo, inclusive, uma das justificativas para a existência do curso – atualização das evidências científicas. Esse cenário também foi descrito pelas alunas que já possuíam alguma experiência nos serviços de saúde e foi caracterizado por elas como um grande entrave para atuação profissional das mesmas, além de ser produtor de violências já mencionadas anteriormente.

A V.O. tem sido considerada, atualmente, como uma questão de saúde pública por conta dos números que encontramos nos serviços de saúde apontando para desfechos desfavoráveis tanto para a saúde materna como neonatal. Tal cenário estimulou a elaboração de um trabalho da Organização Mundial de Saúde (OMS) intitulado "*Prevenção e eliminação de*

abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde” (WHO, 2014). Nesse documento, salienta-se o desrespeito ao direito à saúde de qualidade e respeitosa e conclama a atuação conjunta entre instituições governamentais e sociedade civil para combater os maus-tratos relacionados à atenção obstétrica, ressaltando a necessidade de produção de dados relativos às boas práticas, de políticas que estimulem tais mudanças, o reconhecimento dos direitos das mulheres ao tratamento digno e o envolvimento dos vários atores, incluindo as mulheres e população leiga, no combate às práticas abusivas (IDEM).

Na tentativa de seguir com tais recomendações, mas ainda sem uma tipificação jurídica no Brasil, a V.O. tem sido razão de várias ações a fim de construir um corpo legal que possa ajudar a prevenir e também punir ações que venham a se caracterizar dentro desse escopo. Uma das conceituações utilizadas pelos movimentos de mulheres que lutam contra essa realidade de maus tratos na assistência ao parto é a adotada pela defensoria pública de São Paulo.

A violência obstétrica existe e caracteriza-se pela apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais de saúde, através do tratamento desumanizado, abuso de medicalização e patologização dos processos naturais, causando a perda da autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres (Defensoria Pública de SP, 2013)⁹⁵

Pela definição acima percebe-se que a V.O. não se restringe ao tratamento dado no momento do parto, mas em todos os processos reprodutivos, inclusive em casos de abortamento. Ela compreende situações que tirem a autonomia das mulheres ou que neguem a capacidade decisória das mulheres sobre seus próprios corpos. Recentemente, outros materiais foram organizados pelos movimentos das organizações sociais. Dentre eles, destaco a cartilha feita em 2015 intitulada “*Humanização do parto. Nasce o respeito: informações práticas sobre seus direitos*” organizada pelo Ministério Público de Pernambuco (MPPE). Esse material está claramente orientado pelas diretrizes da humanização do parto e, de forma concisa, aborda os direitos das parturientes e os deveres dos profissionais de saúde, exemplificando alguns tipos de V.O. e os canais possíveis de denúncia, caso as violências ou desrespeito ocorram. Outras duas cartilhas, ambas realizadas em 2014 pela rede Parto do Princípio, abordaram o tema da violência obstétrica. A cartilha “*Violências obstétrica é violência contra a mulher*” reforça a

⁹⁵ Baseada nas definições argentinas e venezuelanas onde a violência obstétrica já é tipificada.

questão do direito à informação e também o componente de gênero envolvido nas más práticas obstétricas. A segunda cartilha aborda um tema específico, por se tratar de uma prática recorrente e potencialmente danosa para a saúde sexual da mulher – a episiotomia. Ambas as cartilhas se baseiam na MBE assim como reúnem um arcabouço jurídico sobre os temas tratados. Também elencam as principais vias de denúncia em casos de V.O. Tais materiais informativos desempenham um importante papel na disseminação de informações e na tentativa de desconstruir a cultura de parto vigente no Brasil.

Ao longo das entrevistas, assim como nas observações das rodas de gestante, consegui testemunhar uma série de relatos que apontam como a cultura de parto dominante no Brasil está relacionada com sofrimento, solidão e medo. Tais elementos estão intimamente relacionados com a forma como a assistência ao ciclo gravídico-puerperal está estruturada: acelerada, sem escuta empática, centrada no médico e dependente de uma tecnologia invasiva. As situações variam em tipo e gravidade. Questões psicológicas como a mensagem repetida ao longo do pré-natal de que “*uma mulher de 37 anos já está velha para parir*” (notas de campo, 2014), o medo da solidão, dos exames feitos com brutalidade, dos xingamentos e gritos recebidos nos hospitais preenchem o imaginário e as experiências das mulheres que querem parir. Algumas falam dos partos roubados, da falta de oportunidade de decidir sobre sua própria experiência, outras relataram a opção de não contar sobre a decisão do parto domiciliar ou mesmo do parto normal para evitar comentários por parte dos médicos tecnocratas. Sandra, que estava fazendo seu pré-natal com um obstetra adepto da humanização do parto, também estava sendo acompanhada por uma médica do plano de saúde, apenas para que pudesse pegar as requisições de exames, mas conta que se sentia constrangida e coagida por essa médica.

A médica do plano eu ia, assim, eu sempre quis ter normal. Na primeira vez que eu fui para ela, eu perguntei logo se ela fazia parto normal, ela disse que fazia. Ela me mostrou até um caderno, de um protocolo dela que tinha falando assim, os partos que ela tinha feito. Ela falou: “eu faço” aí me mostrou o caderno: “olha aqui”, aí tinha: cesárea, cesárea, cesárea, cesárea, aí tinha um lá, normal. Aí eu olhei assim para a médica e fiz “aham!”. E toda vez que eu ia lá, era engraçado, toda vez que eu chegava lá ela falava: “ah, Sandra, a engenheira que quer parto normal não é? Sei...” aí outro dia ela foi medir a minha barriga, aí eu tenho um sinalzinho na barriga, aí ela olhou o sinal e fez assim: “no dia da cirurgia a gente tira o sinal” aí eu fiz: “que cirurgia?” aí ela: “no dia do parto” aí eu disse: “não doutora, a senhora não entendeu, eu não vou fazer cirurgia não, não vai ter cirurgia não. Aí ela: “está bom” tipo assim (...) “tá, vamos deixar para a gente ver o que acontece”. Aí pronto, aí quando chegou no finalzinho eu já não fui mais, depois de cinco meses que ela falou tudo isso eu já praticamente não fui mais, pegava as guias com a recepcionista e não ia mais. [depois de um tempo, Sandra conta que recebeu uma ligação] aí eu atendi, aí era uma moça do Hospital X e disse: “olha

Sandra a gente quer confirmar o seu procedimento cirúrgico” aí eu fiz: “que procedimento cirúrgico?” Aí ela falou: “o seu parto está agendado aqui para o dia sete de abril, que a doutora Ed. deixou agendado” Aí eu disse: “não moça, não vai ter nenhum procedimento cirúrgico não, eu não vou não pra esse parto não”. Quer dizer, depois de três meses, ela não ligou, a secretária não ligou nem para saber o que tinha acontecido comigo. Não! Simplesmente marcaram o meu parto (Sandra, jul. 2015).

Percebe-se assim que a prática médica, ao longo do pré-natal, é normalizar a cesariana como procedimento padrão, transformando a experiência num planejamento do médico e não da mulher grávida, desconsiderando os desejos delas. A pesquisa *Nascer no Brasil* (LEAL, 2014) apontou, por exemplo, que no início da gestação a maioria das mulheres desejam o parto vaginal, mas que ao fim do período gestacional esse número diminui em favor da cesárea como primeira opção de via de nascimento. Esse fato é, muitas vezes, utilizado pelos médicos como uma falsa justificativa de que o alto índice de cesariana (e de cesarianas fora de trabalho de parto) se dá a pedido das mulheres. Esse argumento mascara uma longa relação, ao longo do pré-natal, baseada na falta de informação e na invisibilidade da mulher, diminuindo tanto o horizonte de expectativas como o espaço de experiência dessas mulheres. Se Sandra não estivesse, segundo sua própria compreensão, bem informada, porque havia participado das rodas de gestante e também tinha buscado informações em outros canais (além de estar com outro profissional que a apoiava nas suas decisões e planejamentos), muito provavelmente ela seria mais uma das histórias de partos roubados que escutei ao longo da pesquisa.

A normalização da cesariana como alternativa para o parto, muitas vezes se dá pela impossibilidade de espera por parte da equipe médica. Diniz et al (2016) apontaram um fato curioso, que diz muito sobre como a assistência hospitalar se tornou uma linha de montagem e segue um ritmo acelerado. Essas pesquisadoras encontram, entre outros argumentos sobre a cesariana como padrão para a via de nascimento, a necessidade de “limpar o plantão” para entregar ao colega um turno limpo de parturientes que por ventura se “atrasaram” em seus trabalhos de parto. Esse pode ter sido o caso de Simone quando chegou ao hospital que havia planejado e encontrou um médico desejoso por realizar uma cesariana ou por transferi-la, para terminar logo com o atendimento.

Pra ficar lá, eu teria que fazer uma cesárea, aí... Eu disse pra ele que eu não queria fazer uma cesariana, que eu queria fazer o parto normal. Ele disse que a ala de parto normal tava lotada. E aí, o médico: “não, você vai ter que ir pra Abreu e Lima”, “então se você não quiser ficar, eu vou lhe remover pra

Abreu e Lima. E quando chegar lá, tu vai fazer também uma cesariana de emergência". Aí eu falei pra ele: 'não, eu não quero ir' (Simone, jul. 2015).

Ao final desse processo Simone decide, junto com a equipe que ela havia escolhido, por ir para outro hospital, diferente do que havia sido indicado pelo plantonista. O hospital escolhido se configurava como mais aberto e a equipe dela poderia atuar de forma mais tranquila e teria um espaço maior de decisão e respeito aos desejos de Simone. Para ela, ter conseguido experienciar o parto normal é uma prova de que não havia necessidade ou justificativa médica para a realização da cesariana de emergência, como o médico havia pontuado. Ela afirmou que percebeu na atitude do médico, certa pressa em lidar com o caso dela. O fato de ter ido para outro hospital distinto do que obstetra havia mencionado, também foi motivo de tensão, por não ter seguido às orientações dadas pelo médico, que interpretou como uma irresponsabilidade a insistência pelo parto normal. Contudo, Simone afirma que estava bem informada, que as evidências científicas de que ela dispunha apontavam para um limite de espera muito maior do que o médico estava disposto a conceder. Casos como esse, de impossibilidade de espera e de intervenção tecnológica como alternativa para encurtar o tempo de parturição acontecem cotidianamente e se configuram, a meu ver, como um tipo de V.O. Durante o período de pesquisa de campo, um caso muito mais grave de desrespeito aos desejos da parturiente e de impossibilidade de esperar aconteceu em Torres-RS e ganhou notoriedade nacional, principalmente entre os adeptos da humanização – o caso de Adelir Góes.

Adelir, 29 anos, estava grávida de seu terceiro filho. Com 42 semanas de gestação, começou a sentir dores e se encaminhou para o hospital, a fim de ser avaliada. Escutou da equipe de saúde que precisava fazer uma cesariana porque o bebê estava sentado (Adelir afirmou que em nenhuma das ultrassonografias que fez previamente mostrava a posição pélvica), além do fato de que ela já tinha duas cesárias prévias. No entanto, Adelir, que vinha buscando informações sobre suas possibilidades e direitos no parto, não ficou convencida da alternativa que lhe deram no hospital – queria parir. Foi para casa, esperar que o trabalho de parto evoluísse, refazendo o percurso estratégico de muitas mulheres que buscaram informações confiáveis – ir para o hospital em trabalho de parto avançado. Na madrugada, recebeu a “visita” de policiais com uma ordem judicial afirmando que ela deveria acompanhá-los para o hospital para a realização de uma cesariana de emergência. Os policiais ainda afirmaram, segundo o relato de Adelir, que poderiam levar seu marido preso, caso ele continuasse se interpondo ao cumprimento da ordem judicial. Adelir acompanhou os policiais

e, chegando no hospital, foi obrigada a se submeter à cesariana. Passou por tudo isso sozinha, porque teve, entre outras supressões legais, seu direito ao acompanhante negado. O caso ganhou espaço na mídia e também entre o movimento de mulheres, que organizou um ato nacional, que ficou conhecido como “#somostodasadelir”⁹⁶. Aconteceu em várias cidades no Brasil, inclusive em Recife

Figura 14: Faixa do Ato #somotodasAdelir



Figura 15: Manchetes sobre o caso de Adelir

Justiça do RS manda grávida fazer cesariana contra sua vontade

GIOVANNA BALOGH
DE SÃO PAULO

02/04/2014 © 03h00

Justiça retira mãe em trabalho de parto de casa para obrigá-la a fazer uma cesariana

Caso aconteceu na cidade de Torres, no Rio Grande do Sul. Decisão da justiça levanta questões sobre o direito da mulher ao próprio corpo, o direito do feto se sobrepondo ao da mãe e as reais necessidades de uma cesárea.

100 palavras

© 02/04/2014 14:42

EL PAÍS

ESPAÑA AMÉRICA BRASIL CALIFORNIA

COLUNA

A potência de Adelir

Que dogmas tão profundos a gestante de Torres feriu para ter seu corpo violado pelo Estado na calada da noite



ELIANE BRUM

14 ABRIL 2014 - 10:34 CEST

Meu parto foi 'roubado', afirma mãe forçada a fazer cesárea no RS

GIOVANNA BALOGH
DE SÃO PAULO

03/04/2014 © 04h00 - Atualizado às:



Adelir de Goés e os absurdos da violência obstétrica

O debate em torno do caso ganhou inúmeras nuances: havia os que estavam ao lado das médicas que realizaram a cirurgia, a despeito da vontade da mulher/parturiente, sob o

⁹⁶ Para mais informações acessar <<https://somostodxsadelir.wordpress.com/>>

argumento de que o que mais importa é a vida da criança e que Adelir, ao supostamente negar a assistência médica, estaria sendo irresponsável. Para o movimento de mulheres, esse caso demonstrou como o Estado é autoritário quando se trata do corpo das mulheres, que a assistência obstétrica brasileira é desinformada e também autoritária, revelando uma grave violação aos direitos humanos, aos direitos sexuais e reprodutivos e aos direitos das mulheres. Para tais grupos, o debate não deveria ser uma simples disputa entre o parto normal versus cesariana, mas sobre o direito de escolha, o direito ao próprio corpo e o reconhecimento da mulher enquanto como sujeito capaz de tomar decisões sobre os processos relativos à própria experiência de parturição. O caso de Adelir pode ter sido um dos mais extremados em relação à truculência médica, envolvendo até a força policial. Contudo, a realidade obstétrica brasileira está permeada de experiências traumatizantes, cotidianamente, gerando um alto grau de ansiedade e insegurança nas mulheres que vivenciam o parto hospitalar. Esse, por exemplo, era o medo de Judith.

Quando chegou no hospital eu fiquei nervosa. Aí eu comecei a ficar nervosa, aí foi quando eu não conseguia mais controlar a dor. Aí teve, quando eu cheguei na recepção eu já estava muito nervosa e eu estava querendo que alguém ficasse comigo só me ajudando a respirar. E assim, como meu marido estava fazendo a ficha, o prontuário, ele não tava comigo. Quando eu cheguei lá assim, ... eu me senti uma formiguinha. O meu maior medo era de, assim, alguém vir me receber com... de uma forma truculenta. E que assim (...) não respeitasse a dor, o momento que eu estava passando e que simplesmente dissesse que eu fosse mais uma que vai parir. Até então, eu não tinha, quando eu estava em casa, estava sentindo a dor, estava sentindo todo o momento do parto, mas eu estava na minha casa, estava com pessoas que estavam cuidando de mim, que estava me dando assistência que eu precisava e estavam também cuidando do meu psicológico. Mas quando eu cheguei no hospital fiz: “eita, e agora? Como é que vai ser aqui dentro?” Aí então assim, eu acho que o meu maior medo foi esse, não foi pelo parto. Mas foi pela situação de estar no hospital e não estar sendo cuidada adequadamente. E eu tive medo de alguém chegar e dizer: “oh, agora vai ter que fazer cesariana” e alguém ter que me cortar (Judith, jul. 2015).

Percebe-se que o parto domiciliar se configura como uma alternativa mais respeitosa, mais íntima e com mais apoio e suporte afetivo e profissional. Joana sublinhou, entre outras vantagens do parto domiciliar, o fato de que em casa, a relação é de um profissional (ou às vezes mais de um, no caso do curso que observei) para uma parturiente, o que não acontece no hospital, que tem problemas com superlotação, falta de leitos, equipe sobrecarregada etc. Para ela, a atenção domiciliar se delineia de forma mais focada, sendo possível identificar possíveis complicações com mais antecedência. O domicílio se configura, no contexto observado nessa pesquisa, como uma alternativa também à violência institucional.

Uma outra violação encontrada com frequência ao longo da pesquisa, foi em relação ao direito ao acompanhante, de livre escolha da mulher, ao longo de todo o processo de parturição (pré-parto/internação; parto e pós-parto)⁹⁷. A maioria dos hospitais oferece resistência à presença do acompanhante, principalmente na hora do parto e ainda mais se for homem.

Eles não quiseram permitir meu marido entrar na emergência, porque era homem... Aí eles só permitiram porque eles viram que a gente... A gente não começou a gritar, mas a gente começou a falar que era lei, que era não sei quê, parará... E que na frente da própria emergência tem um cartaz falando sobre a lei do acompanhante, do pai. E depois de muita conversa, foi que eles permitiram que ele entrasse... Mas à princípio, eles não deixaram, quem só podia entrar era mainha porque não podia entrar homem. E foi assim também na primeira vez. Porque com 6 meses de gestação eu entrei em ameaça de trabalho de parto. E eu fiquei sozinha lá dentro. Até minha prima chegar, por que... Ele não pôde entrar, porque disseram: “não, porque ele é homem...”, aí eu fiquei sozinha na emergência. Aí a gente começou a questionar mesmo, tudinho... Aí eu tive que ligar pra ouvidoria, pra fazer alguma coisa assim... Pra falar... E assim, eles permitiram que ele entrasse. Mas aí foi único homem que entrou. Porque não permitiram! Os outros maridos estavam tudo do lado de fora (Simone, jul. 2015).

O Marido de Judith também enfrentou resistência por parte dos vigilantes do hospital que eles escolheram para ter o filho:

Como ela já estava em trabalho de parto bem adiantado, ela teve que entrar enquanto eu passava a documentação. Então, eu acabei ficando do lado de fora e ela entrou, e aí eu consegui entrar por que eu não sabia que tinha essa resistência, então eu entrei (...). Então eu entrei, fiquei do lado do pessoal que estava lá digitando e dando a documentação né? Só que já estava do lado de dentro, no mesmo local onde ela estava. Que é depois da recepção e daí o vigilante pediu para eu sair, eu disse que iria acompanhar ela, eu disse que ia acompanhar ela ele disse: “mas não pode, ela tem que entrar sozinha” eu: “não, não vou deixar minha esposa sozinha não”, ele: “não, você não pode ficar” (...) aí eu (...) fiquei naquela discussão ali, eu olhei para ele: “se você quiser me tirar daqui você venha me buscar por que eu não vou sair daqui não (Marido de Judith, jul. 2015).

Sob a justificativa de garantir a privacidade das outras parturientes, para evitar constrangimentos, muitos hospitais limitam a presença (quando permitem) apenas para acompanhantes mulheres. Esse é um flagrante desrespeito da Lei Federal nº 11.108, de 7 de

⁹⁷ Esse aspecto da resistência hospitalar à presença de um acompanhante de livre escolha aparece em diversos estudos sobre a realidade obstétrica brasileira, ressaltando a necessidade dos hospitais se adequarem para o real cumprimento da Lei federal nº 11.108. Destaco o artigo de DINIZ, et al, 2014

“Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil”

abril de 2005, que garante a presença de um acompanhante de escolha da paciente. A formulação dessa lei se baseou em vários estudos na área da obstetrícia que demonstram diversos benefícios de suporte contínuo no processo de parturição, como menor tempo de trabalho de parto, maior grau de satisfação, menor necessidade de formas farmacológicas de alívio da dor, entre outros⁹⁸. A prática da proibição do acompanhante é compreendida, pelas mulheres, e também pelos adeptos da humanização, como uma forma de aumentar o processo de vulnerabilização e de exercer maior dominação sobre as mulheres e seus corpos, já que essas se encontram sozinhas e sem amparo afetivo e efetivo.

A proibição do acompanhante também pode ser compreendida como uma estratégia biopolítica de produção de invisibilidade, vulneração e silenciamento, justamente para que o poder soberano seja exercido. Aqui, junto-me a Spivak (2010), para responder à pergunta: pode a parturiente falar? Parece-me que dentro do modelo hegemônico e tecnocrático, a resposta que podemos chegar é a mesma que Spivak nos oferece – não! A subalternidade da parturiente é reforçada por uma série de estratégias de dominação. A começar pela arquitetura patriarcal que a medicina obstétrica se embasa para organizar os saberes sobre o corpo feminino, que foi visto como fora da norma e da regra masculina. O pré-natal que usualmente não informa as mulheres corretamente, contribui para minar a confiança das parturientes em suas potencialidades de experienciar um parto fisiológico. E, por fim, as violências psicológicas e físicas, praticadas por alguns profissionais de saúde que prestam assistência ao parto. Tais aspectos foram observados ao longo da pesquisa de campo, como no caso de Maria, que não sentiu capaz ou autorizada a expressar suas opiniões, inclusive por uma certa autoridade imposta que a presença do profissional carrega.

*E eu ficava agoniada, porque ficava ali naquela pressão... Eu me incomodei, mas na minha mente veio que não tinha como mudar de posição. Até deu vontade, assim, de... Eu pensei, né? Mas só que eu fiquei com medo também de dizer assim: “ah, eu quero mudar de posição” e ele dizer: “ó, tá doida!” **aí, pronto eu fiquei calada.** É horrível! Porque eu queria ter a liberdade de dizer: “ah, eu quero desse jeito” e eu não tive. Eu fiquei muito com medo, constrangida. Por eles também ser profissional, ter médico tudinho, ser enfermeiro e eu lá como mãe ia mandar? [...] Na minha mente, assim, me via assim, **como se eu não fosse capaz de falar, de dar opinião!** (Maria, set. 2015 – Grifos meus).*

⁹⁸ Para mais informações sobre a lei do acompanhante e para referências bibliográficas sobre os benefícios do suporte contínuo ver <<http://www.partodoprincipio.com.br/beneficios-acompanhante>> Acesso em out.2016

Esse também foi o caso de Mayra, na experiência do seu primeiro filho, já mencionada no capítulo anterior e foi um dos motivos para ela justificar a escolha pelo parto domiciliar: para fugir da solidão e do tratamento humilhante que recebeu no hospital. Para ela, a forma que a assistência obstétrica está organizada é desrespeitosa, tanto no sistema complementar de saúde, que tem índices de cesariana em torno de 90%, quanto no SUS que, ainda que tenha maioria de partos normais, eles se encaixam no que Simone Diniz (2001) chamou de “parto típico” – recheado de intervenções violentas e que podem gerar prejuízos à saúde da mulher, contribuindo para corroborar medos e inseguranças.

Em primeiro lugar eu acho que quem passa mais essas inseguranças pra gente são mais os próprios médicos. É muito mais rápido ele chegar lá, tira pronto e vai pra casa. Ou vai para o próximo. Então no particular, eles praticamente obrigam você a fazer uma cesariana porque o médico não dá a opção "olha, se for normal eu não faço". Aí você já fica com aquele receio. Num hospital público tem o medo de sofrer demais. Então acho que dos dois lados maltratam muito (Mayra, ago. 2015).

Essa consciência de que o sistema de atenção e cuidados à gestante, principalmente na hora do parto, não atende às necessidades das mulheres é motivo para muita ansiedade e a conseqüente falta de espaço para atuação. O medo de sofrer maus-tratos, negligências e agressões físicas muitas vezes paralisam as mulheres, dificultando o exercício da liberdade de movimento, de posição para parir (a grande maioria das mulheres dão à luz na mesma posição – “a posição que o pessoal faz mesmo no hospital - deitada com as pernas abertas” notas de campo, 2014).

Ainda que se sintam empoderadas porque tiveram acesso à informação de qualidade, puderam pensar e planejar o parto da forma como gostariam, quando se veem admitidas no hospital, enfrentam situações que constroem e inibem a possibilidade de experiências fora do padrão industrial e patriarcal da obstetrícia hegemônica. E quando tentam se impor ao poder-saber médico, são usualmente tratadas de forma ainda mais agressiva. Tal reação violenta, por parte dos profissionais de saúde, pode mesmo ser entendida como uma política de coerção (FOUCAULT, 2004) que se põe em ação sempre que o corpo dócil insiste em ter potência autônoma.

Um caso muito emblemático aconteceu em Natal, que também mobilizou a cena da humanização do parto, assim como alguns blogs e redes sociais que dialogam entre parto e a perspectiva feminista. Uma mulher que, muito provavelmente pôs em ação a estratégia de atrasar a ida para o Hospital, para esperar o desenrolar do trabalho do parto no ambiente

domiciliar, enfrentou uma resistência cruel, sádica e violenta por parte da equipe médica. Boa parte do que foi noticiado pela mídia jornalística foi baseada no relato do médico, que se disse chocado com o comportamento da moça e, por conta dessa experiência, iria deixar de “fazer partos”⁹⁹. Poucas foram as notícias que contextualizaram o ocorrido, procurando ouvir os lados envolvidos, e menos ainda aqueles que levaram em consideração o relato da mulher que passou pela experiência. A baixo, algumas manchetes que selecionei durante a época da pesquisa de campo.

Figura 16: Manchetes sobre o caso de Natal

07/07/2014 19h06 - Atualizado em 08/07/2014 08h19

Mulher come placenta após parto em Natal, diz obstetra

Caso ocorreu em hospital da Zona Leste na quarta-feira (2). Médico falou que não sabia da prática, que se espalha pelos EUA.

Postado dia 09/07/2014 às 15h17 por: Portal JH

Mulher surtada come placenta, agride médico e corre nua em hospital de Natal

Direção da unidade hospitalar irá se reunir com médico para iniciar apuração dos fatos

07/07/2014 19h06 - Atualizado em 08/07/2014 08h19

Mulher come placenta após parto em Natal, diz obstetra

Caso ocorreu em hospital da Zona Leste na quarta-feira (2). Médico falou que não sabia da prática, que se espalha pelos EUA.

Mãe denuncia violência obstétrica em hospital particular de Natal (RN)

POR GIOVANNA BALOGH

O Cremern (Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Norte) abriu uma sindicância nesta semana para apurar um suposto caso de **violência obstétrica** ocorrido no início do mês em um hospital particular de Natal.

Não. Ela não é uma "comedora de placenta". Ela é mais uma vítima da violência obstétrica que mutila mulheres no Brasil.

14 de Julho de 2014 | Categoria: Outros temas | Ranking: ♥♥♥♥♥

As três primeiras matérias são de mídia jornalística e, claramente, reduzem e julgam a mulher com base no relato do obstetra. O ideário da louca parturiente foi posto em cena rapidamente, porque o caso não seguia o script do que é considerado normal. As duas últimas manchetes, são de blogs que além de atuarem próximos ao tema da humanização, também se relacionam com o movimento feminista. E aqui vemos uma articulação valorativa muito diferente. Além de não embarcarem no julgamento moral (e mental) da mulher, trouxeram à tona o elemento da violência como chave de compreensão para o ocorrido.

⁹⁹ Essa expressão assume, aqui, toda uma carga de autoritarismo médico, explicitando a direção do poder de ação e decisão.

O relato da mulher/puérpera, foi publicado num blog, que teve autorização da mesma para que fosse tornado público. Abaixo, alguns trechos selecionados por mim, a fim de que se tenha uma visão geral do ocorrido na ótica de quem vivenciou a experiência.

o obstetra foi logo dizendo que não ia me atender, que se precisasse fazer alguma coisa ele não ia fazer, porque estava sozinho, e assim, manifestamente e na presença de todos que comigo estavam, me violentou pela primeira vez, negando-me atendimento. [...]disse-me que não estava ali para prestar serviço algum para mim, e que minha vida pouco lhe importava, ele só se importava com o bebê.[...] Penso que o abate moral é um limiar entre eu me suicidar e continuar existindo, me rastejando. Fui abatida? Será que morri? Mataram-me e continuei viva. [...] Foi um verdadeiro espetáculo para quem assistiu. Pena que não foi ficção, e alguém ali estava sendo humilhada, moralmente assassinada, fisicamente mutilada, destrocada. Se me mataram, fui então um cadáver vilipendiado. [...]Eu sofria com a dor dos empurrões e da mão do obstetra dentro da minha vagina. Me senti estuprada. [...] Aceitei a analgesia. Não sabia eu que ali estava o ápice da dominação do meu ser, pois sem sentir as pernas eu não poderia me defender, sair andando, correndo, não poderia mais fugir do massacre, eu me tornaria um animal indefeso. [...] E então, coagida a aceitar, sob pena de ‘matar meu bebê’, cedi a uma episiotomia, que segundo o médico seria só um cortezinho pequenininho. Meu pai disse que ele cortou com a tesoura e terminou de rasgar com a mão. Há uns dois dias tive coragem de me ver, e descobri uma episiotomia que me rasgou até o anus. [...]Se minhas tentativas de afirmar minha autonomia e meu direito de escolha que foram sistematicamente tolhidos e aniquilados durante todo o meu atendimento naquele dia 02 de julho de 2014, se foram agressões, talvez eu o tenha agredido. E ainda assim digo isso em tom de ironia. Imagino que se as minhas tentativas de sobreviver ao massacre foram agressões, o que foi o massacre que me ocorreu naquela sala de parto? [...]É o substrato da violência patriarcal, machista, corporativista e medicalocêntrica que nos encarcera nesse projeto de civilidade que se nos impõe, rouba de nós mulheres a autonomia, a força, o parto, o nascimento e a maternidade. Uma mulher que pari e sabe a força animal que tem em si é uma grande ameaça a esse sistema, não é mesmo?

100

É possível perceber que a mulher em questão foi, do começo ao fim de seu internamento hospitalar, desrespeitada em seus direitos humanos e passou por todos os tipos de V.O. mencionadas anteriormente neste texto. Uma mulher que, aparentemente com boa escolaridade e esclarecida de seus direitos. Contudo, fica claro, a partir desse relato e de tantos outros que escutei ao longo da pesquisa, que à mulher não é permitido recuperar o protagonismo

¹⁰⁰ O relato que reproduzo aqui foi retirado do blog “Cientista que virou mãe”. Grifos e seleção foram feitos por mim. O endereço onde se encontra o relato é: <<http://www.cientistaqueviroumae.com.br/2014/07/nao-ela-nao-e-uma-comedora-de-placenta.html>> Acesso em nov.2016

no parto, considerado uma afronta ao saber soberano do médico – este pleno de poderes para castigar, humilhar ou mesmo deixar morrer.

Se a medicina foi compreendida por Foucault como um biopoder, justamente porque se preocupa em gerir a vida, a obstetrícia brasileira faz parte dessa arquitetura panóptica na medida em que, em seu exercício de poder opera esse cálculo sobre a vida biológica. É a medicina quem salva, quem cura, quem vai gerenciar as potencialidades e normatizações da vida. Contudo, um novo elemento se tece na assistência contemporânea – o poder também sobre a morte. No relato acima, a postura do obstetra, ao receber a parturiente, pode ser um indício dessa nova relação de poder – sobre a vida, mas também sobre a morte. Nesse sentido, será que também não podemos considerar a prática obstétrica brasileira como uma tanatopolítica, na medida em que se coloca como detentora também do poder de gerir a morte – não é o médico quem decreta a morte do ser vivente? E, pelo fato mesmo de decidir sobre os viventes, ainda que não a morte literal, mas uma morte simbólica, sentida e vivenciada através da negligência ou das más práticas postas em ação justamente numa população menos favorecida, poderíamos considerar a obstetrícia brasileira como uma espécie de tanatopolítica?

Seria a parturiente, aquela que evoca o tabu do parto, da animalidade e do ingovernável, o corpo matável e o homo sacer, do qual nos fala Agamben (2002) pressuposto num modelo de atenção obstétrica? A parturiente entra na zona da indiscernibilidade entre o ser vivente e ao mesmo tempo sacer, que não tem muito valor. As falas, os desejos, as angústias das parturientes não contam e não são motivo de escuta e de acolhimento. Esse foi o caso de Maria.

Maria foi uma das gestantes mais assíduas nas rodas que acompanhei. Sempre participava com muita vontade das dinâmicas propostas no grupo e frequentemente fazia perguntas ou trazia sugestões de leitura para outras gestantes. Estava grávida de sua primeira filha. Por ser do interior, não tinha família consanguínea morando perto dela. Na entrevista que realizei com ela ainda grávida, Maria demonstrava confiança em relação ao parto, falou das leituras que estava fazendo e de como elas estavam ajudando a desmistificar os “mitos” que cercavam o evento. Escreveu seu plano de parto com todas as informações importantes que deveriam constar ali, principalmente seus desejos enquanto parturiente – desejos que envolvia o respeito à livre deambulação, desejo de comer, de ter acesso às formas não farmacológicas de alívio da dor, a não ter seu períneo cortado e principalmente, que não “judiassem dela”. O único receio que ela verbalizou foi em relação às dores e ao tratamento no hospital – tinha medo de

ser maltratada. Contudo, seu receio se tornou realidade e ela enfrentou uma assistência plena de violências. Resumo abaixo, os principais trechos de seu relato.

*Aí quando chegou lá, aí eles dão um toque, né?! Que é horrível, menina, como é horrível o toque. Ele mandou assim: “deite aí que eu vou fazer o toque”. Aí assim, eu prendi assim né, porque é muito incômodo, é uma dor muito forte. **Eles colocam a mão sem dó nem piedade.** Foi horrível! Porque dói, é incômodo né? **Eles não têm delicadeza com ninguém.** Aí pronto, aí quando deu 17h, aí o médico foi lá, ele vai antes de ir pra sala de parto. Aí ele vai, só sei que tem uma sala também do lado, e eu só vi as meninas gritando. Um grito bem grande mesmo, assim, de dor. Menino, aí eu só via as mulheres gritando e eu até que contente né, porque até então, não tava sentindo tanta dor né. Tava normal! Aí daqui a pouco, lá vem ele. Aí ele botou a mão e disse: “já tá com uns 10 cm”. Aí depois ele colocou a mão bem lá dentro e disse: “olhe, se segure!” E ele colocou a mão, menina que dor, e puxou. **Ele colocou a mão dele todinha na minha vagina.** Ele rodou, fez assim, puxando assim. Eu chega sentia ele puxando. Menina, eu gritei: “ai meu deus!”, e eu assim: “que dor, que dor...”. Aí ele fez: “pronto, agora você já pode ir para a sala de parto”. Aí pronto, **eu fui sangrando.** Aí fui para sala de parto, aí quando chegou lá eu tava sem saber como fazer força. Aí ele disse: “deite aí”. Aí eu me deitei naquela cama, na maca, e coloca o pé, manda colocar né?!. **Horrível àquela posição.** Aí só sei que ele disse: “faça força!”. Aí eu fazia, mas teve um momento que eu cheguei e fiquei pensando assim: “meu deus, como é que eu faço força? ” Eu não estava conseguindo, assim, fazer força. **Parecia que não eu sabia mais com fazer força pro bebê sair.** Parecia que eu tava, assim, sei lá, sem ter noção de como fazer força para o bebê sair. Aí eu disse: “meu deus, eu não consigo”. Aí quando foi na quarta força que ele mandou eu fazer, aí **as médicas que estavam de lado, subiram em cima da minha barriga.** Foi horrível assim. Eu disse assim “meu deus”! Eu fui no céu e voltei. Aí minha vista escureceu. E aí eu dizia: “por favor, faça isso não”, eu dizendo: **“faça isso não, não suba na minha barriga não”.** Aí ela: “tem que fazer, para o seu bebê sair...” Só que na hora, né, eles pegaram ela, mostraram assim: “olha aí a sua filha”, mostraram assim. Aí só sei que eu olhei assim, aí veio um pensamento: “meu deus, eu não quero saber de filho, agora com essa dor...” Porque a dor foi tão forte, que eu nem quis saber da minha filha na hora (Maria, set. 2015).*

A partir desse relato de Maria, percebe-se as inúmeras violações rotineiras que acontecem nos hospitais e maternidades atreladas ao que no meio da humanização chamou-se de cascata de intervenções. Um primeiro procedimento, que na maioria das vezes não tem justificativa médica, leva a vários outros, cada vez mais invasivos e medicamentosos. Em grande medida eles acabam com a mulher imóvel, sofrendo, sendo desrespeitada e invadida. Maria afirma que não tem vontade de narrar o seu parto, apesar de achar bom que pelo menos foi normal. Contudo ela avalia que o médico judiou dela, que as dores sentidas foram muito maiores por conta das más práticas e que a experiência dificultou os primeiros momentos com sua filha. Ao fim da entrevista ela me confidencia que não quer mais ter filho, porque não quer passar novamente pela situação. Aqui, fica claro para mim que não basta o acesso à informação,

que não basta a mulher se sentir empoderada. É preciso uma mudança global do sistema de atenção, transformações também na formação médica, para que uma nova cultura de parto possa ser construída.

O legado cartesiano de pensar corpo e mente separados, de isolar a doença do sujeito, associado à pressuposição de um corpo dócil, fraturam aquela experiência de parturição que insiste em sair da norma e da civilidade compartilhada contemporaneamente. E a resposta dada pela hegemonia obstétrica é como uma indistinguibilidade entre as que merecem morrer e as que já estão mortas, seja por conta da negligência, seja pela violência da assistência¹⁰¹. A produção de corpos matáveis na obstetrícia brasileira me remete assim ao que Agamben descreve como *homo sacer*:

Aquilo que define a condição do homo sacer, então, não é tanto a pretensa ambivalência originada da sacralidade que lhe é inerente, quanto, sobretudo, o caráter particular da dupla exclusão em que se encontra preso e da violência a qual se encontra exposto. Esta violência - a morte sancionável que qualquer um pode cometer em relação a ele - não é classificável nem como sacrifício e nem como homicídio, nem como execução de uma condenação e nem como sacrilégio (AGAMBEN, 2002:90).

Diante dos casos expostos ao longo dessa seção, acredito ser possível considerar que o saber médico imprime um estado de exceção sobre as grávidas, desde a vivência da gravidez, seja submetendo-as a atos cirúrgicos sem o consentimento (ou com consentimento forçado, por um histórico de desinformações), seja por insultos, negligências e violências físicas durante a assistência direcionadas às parturientes. Assim, penso que uma aproximação do modelo de assistência obstétrica hegemônica com a tanatopolítica seja possível, porque esse modelo gerencia não só a vida, mas também a morte – esta entra nos cálculos da estrutura política e prática da obstetrícia brasileira. Assim, Agamben nos fala que “[s]oberana é a esfera na qual se pode matar sem cometer homicídio e sem celebrar um sacrifício, e sacra, isto é, matável e insacrificável, é a vida que foi capturada nesta esfera” (IDEM: 91). A indistinguibilidade entre quem pode morrer e quem merece viver, a sacrificabilidade das experiências, a invisibilidade da parturiente são elementos presentes no atual modelo de assistência e são estratégias de poder tanatológicas.

É justamente essa realidade de assistência ao parto que tanto o MHPN quanto o movimento feminista criticam, principalmente aquele ligado à saúde e aos direitos sexuais e

¹⁰¹ É preciso lembrar que a grande maioria das mortes maternas (em torno de 90%) são por causas evitáveis e boa parte delas está associada à má assistência obstétrica.

reprodutivos das mulheres. Se o feminismo foi um movimento de crítica à forma como o poder está estruturado socialmente, inclusive desconstruindo saberes e práticas estabelecidas, podemos dizer que o MHPN segue um pouco a trilha desse movimento crítico, a fim de desconstruir um objeto mais específico que seria o poder do saber médico sobre o sujeito/corpo da mulher e, conseqüentemente, sobre os processos relativos ao corpo feminino.

Scavone (2006) chama atenção para algumas alternativas de resistência e de possibilidade de mudança social que o feminismo já praticava e que ficou conhecido como *counsciousness group*. Penso que o mesmo ocorre na arena do parto, com a formação dos grupos de casais grávidos, de educação perinatal etc.

Esses espaços de construção de novos saberes, novas afetividades, de novas comunidades de prática são, como aponta Scavone (2006), uma prática feminista que já data de algum tempo e contribui para a constituição de novas subjetividades, muitas vezes relacionadas com o empoderamento. É na micropolítica que esse conjunto de territórios de ação constrói sua força de mudança social. É nesse sentido que a autora se pergunta sobre a possibilidade de constituição de novas subjetividades, mais autônomas, que poderiam emergir dessas novas comunidades de prática.

Espaços transitórios, ou duradouros, de expressão, de estudos, de discussão, de criação, de cuidados, ou simplesmente da arte e do prazer de se encontrar por uma mesma causa, um mesmo sonho. Nesses espaços, estaria vindo à tona um novo sujeito que – ao cultivar uma ética fundamentada nos ‘cuidados de si’, na ‘arte de viver’, enfim, em uma ‘estética da existência’ – buscava assumir o governo de si mesmo? (SCAVONE, 2006:86).

Poderia dizer que os grupos de parto, assim como o curso sobre parto domiciliar, funcionam, dentro do movimento de humanização como um dispositivo educacional descolonial, porque querem quebrar certos paradigmas da medicina hegemônica, construindo um entendimento sobre a gestação e o parto que é composto por uma rede de saberes e sistemas de conhecimento diversos sem, contudo, se afastar do conhecimento científico. Nesse sentido, acredito que as comunidades de práticas que emergem dentro do movimento de humanização, como por exemplo, o curso e as rodas de gestante que acompanhei, podem também ser compreendidas nessa perspectiva de projeto feminista, de resistências ao poder/saber hegemônico, a partir de existências diversas.

6.4 Corpo e empoderamento na experiência do parto humanizado – resistências como possibilidade de existências

É justamente contra uma política de coerções – uma prática obstétrica violenta, tecnicista e apressada, patriarcal – que o MHPN se organiza e tenta sedimentar bases para uma resistência que tenha como fim uma possibilidade de existências e experiências de parturição que se estruturam para além e para fora da matriz hegemônica da biomedicina, reivindicando o controle do próprio corpo. E o movimento de mulheres têm respondido, junto com o movimento de humanização, para essa abertura de existências múltiplas e mais autônomas, que possam incorporar diversas matrizes de saberes contribuindo para a diversidade de experiências, propondo um saber mais horizontalizado e a inteligibilidade mútua entre outras formas de existências.

Embora não seja possível, de acordo com a perspectiva foucaultiana, afirmar que o movimento de humanização esteja livre das relações de poder e das hierarquizações¹⁰², o projeto em construção aqui se dá mais pelo que Foucault chamou de microrresistências. Não que elas possam estar livres da presença do poder, uma vez que este é relacional, mas talvez elas conformem um tipo de relação mais simetrizada, porque se propõe mais dialógica e aberta ao outro. A relação saber-poder se estabelece de forma mais matizada, com mais nuances entre os sujeitos envolvidos na arquitetura complexa que é a assistência ao parto e sua experiência, permitindo a coexistência de múltiplas vozes e saberes.

É possível afirmar que a relação com o poder estaria então sendo revisitada no paradigma da humanização, onde o lugar da mulher não seria mais aquele da lógica colonial/patriarcal que subalternizou o lugar social e simbólico dela. É nesse sentido que parte do movimento feminista entende empoderamento como uma importante ferramenta de transformação social que proporciona um fortalecimento das posições social, política e cultural das mulheres mediante a redistribuição do poder dentro das relações sociais e intersubjetivas. Tal processo confronta mesmo o poder soberano do médico e os pressupostos machistas envolvidos na assistência hegemônica.

Embora de forma difusa, as mulheres que frequentaram as rodas de gestante e que entrevistei compreendem o empoderamento como a possibilidade de ter acesso a informações seguras que ajudem a conformar um cenário de maior autonomia no planejamento do parto,

¹⁰² É possível, por exemplo, perceber tensões entre uma abordagem mais holista, que incorpora a espiritualidade e outras formações mais amplas, como o campo da MBE.

assim como para contribuir num conhecimento sobre a experiência de estar grávida e sobre a fisiologia do parto, trazendo mais segurança para atravessar as experiências de gestar e parir e contribuindo para um horizonte de expectativas mais ampliado e diverso. Parte desses conhecimentos ajudariam a conformar estratégias de resistência frente ao saber médico hegemônico e conforma representações que aludem à ideia de corpo poderoso, potente.

Emily Martin (2001) já falava das várias formas de resistência que as mulheres colocavam em prática para escapar da aceleração, da invasão, do desrespeito e das violências que cercavam a assistência obstétrica americana e chega a aventar a possibilidade de comparar tais resistências com aquelas dos trabalhadores industriais, que negavam, temporariamente, o trabalho, o maquinário e o tempo industrial.

Será que os esforços das mulheres para resistir aos procedimentos que experimentam como intrusões em sua autonomia se assemelham aos esforços dos trabalhadores? A literatura ativista sobre parto pode ser vista (e às vezes se descreve) como guias de "autodefesa no hospital", e os métodos que as mulheres desenvolveram são surpreendentemente semelhantes aos que os trabalhadores tentaram no local de trabalho (MARTIN, 2001:140).¹⁰³

Parte das estratégias de resistência que Martin elenca também puderam ser vistas ao longo da pesquisa, particularmente quando o movimento organizava algum ato público, como a marcha pelo parto em casa, ou atos como “#somostodasadelir”. Cartazes¹⁰⁴ com palavras de ordem sobre autonomia do corpo, laicidade das políticas sobre direitos sexuais e reprodutivos, poder decisório sobre as experiências de parturição figuravam entre as reivindicações das mulheres, conformando um conjunto de representações sobre o parto em que as parturientes são vistas como sujeito ativo em relação a seus corpos e experiências.

¹⁰³ No original: “Do women’s efforts to resist procedures that they experience as intrusions on their autonomy resemble the efforts of workers? Childbirth activist literature can be seen (and sometimes describes itself) as guides to ‘self-defense in the hospital’, and the methods women have developed are strikingly similar to those the workers have tried in the workplace”.

¹⁰⁴ As fotos seguintes foram tiradas por mim durante o ato #somostodasadelir realizado na praça do Marco Zero, na cidade do Recife.

Figura 17: Cartazes contra violência obstétrica no ato #somotodasAdelir



O ideário pressuposto nesses cartazes nos fala de uma vontade de poder dessas mulheres que aderem ao movimento de humanização do parto. Num sistema que “obriga¹⁰⁵” as mulheres a se submeterem a uma cesariana, o corpo e, por conseguinte, as experiências corporificadas, são entendidos dentro de uma lógica subalternizante, que deixa pouca ou nenhuma margem de decisão.

Segundo Sherry Ortner (1972), existe, nas sociedades ocidentais patriarcais, uma lógica cultural que constitui e apoia a posição social subalterna da mulher – uma lógica com muita força persuasiva – que ao associar o lugar da mulher ao espaço doméstico e da natureza, solidifica a dominação masculina. Isso porque a estrutura do patriarcado entende a natureza como algo a ser dominado e transformado pela racionalidade humana/masculina. A cultura, por sua vez, se confundiria com a própria consciência humana (masculina), com a capacidade de transformar e regular a natureza. Essa capacidade normatizadora da natureza outorga à cultura o status de superioridade. Estando a mulher associada à natureza, o lugar de subalternidade se estabeleceu nas relações sociais entre o público e o privado. O lugar “natural” da mulher é o espaço doméstico/familiar – o que confere ao homem o lugar “natural” do espaço público, onde a vida social acontece. Segundo Ortner, ainda que se considere que as atividades tipicamente

¹⁰⁵ A ideia de ser obrigada a uma cesariana estava presente nas fotos tanto pelo contexto do ato – sobre a mulher que foi obrigada a aceitar a cirurgia – quanto pelo entendimento por parte das mulheres que entendem que ao longo do pré-natal são dissuadidas de seus desejos iniciais que por ventura apontem para a experiência do parto normal.

femininas como culturais, o problema estaria no lugar, na valoração que se dá a elas – de secundárias, inferiores.

Tal concepção é útil para compreender a forma como se estruturou e se solidificou a prática obstétrica, pautada justamente nessa linha subalternizante. Contudo, Ortner afirma que tal processo de dominação não se dá pelo biológico, mas pela estrutura social que se constrói em torno de tais representações. Assim, gostaria de fazer certa defesa das minhas interlocutoras e do próprio discurso do movimento de humanização do parto em relação à valorização da experiência “natural” de parto. Aqui não considero que estejam corroborando o lugar inferiorizado da natureza, mas sim revalorizando tal aspecto, como forma de libertação das concepções patriarcais que se tinha a respeito do parto. A partir de uma perspectiva feminista, o movimento de humanização faz a crítica a obstetrícia hegemônica afirmando que quem confina, regula, desrespeita é a prática biomédica que se apoia concepção tradicional da necessidade de regular e conter a natureza. Ao reivindicar o parto para si e criticar muitos dos procedimentos que são feitos por padrão/rotina nas parturientes, as mulheres e as/os profissionais adeptos da humanização do parto estão subvertendo o lugar subalterno. Estão utilizando exatamente o *locus* da subalternidade como prática de liberdade. Ao reivindicar o corpo e o parto para si, ao mesmo tempo em que reivindicam o lugar potente da experiência “natural”, as mulheres também reivindicam as regras e o poder decisório sobre suas vidas (ao menos no que diz respeito à experiência de parturição). Esse processo de entendimento do natural como possibilidade de estar no controle pode ser visto na fala de Simone a respeito da dor no parto e a relação com o senso de “estar no controle”:

Não! Não, porque para mim eu sempre encarei como parte do processo. Mas faz parte do processo a dor, não tinha para onde correr. Porque tem a questão da analgesia, mas aí você pode perder o controle das contrações, o controle do corpo. Então eu não queria. Eu queria mesmo que fosse o processo natural (Simone, jul. 2015).

Se Ortner argumenta que o problema não está na biologia em si, mas na estruturação social de um sistema de valores que subalterniza a natureza, é possível argumentar que a revalorização dos aspectos naturais, presente nas reivindicações do MHPN, conforma um cenário cultural que aponta para um maior espaço decisório, para uma potência de poder do feminino. Assim, a conformação do parto domiciliar não se dá sob o argumento do confinamento ou da domesticidade subalterna, mas sim como vontade de poder, como forma

de inscrever o corpo não mais como dócil, mas como poderoso e subverter a hierarquia de poder-saber – “*na casa quem manda é a parturiente!*” (notas de campo, 2013).

Ainda que a maioria das minhas interlocutoras não tenha vivido a experiência do parto domiciliar, esse parece ser também o entendimento de algumas das mulheres que entrevistei ao longo da pesquisa de campo, quando falam da forma como desejam experienciar o parto, ou mesmo quando relatam suas experiências (uma vez vividas). Falam de uma sensação de poder, de força e de coragem – por ter conseguido o parto desejado, por ter enfrentado o sistema médico-hospitalar ou até mesmo por ter ido contra o senso comum que pensa o parto como algo ruim e perigoso.

É como eu te falei né, você se acha forte, quando você passa por isso, você vê que seu corpo né, você consegue responder a uma dor quando você trabalha isso [...] é um modelo de nascimento que tá implantando na mulher como se ela não fosse capaz de suportar a dor. De botar para fora, gritar. Tem que gritar mesmo! [...] Oxe, eu gritava muito (risos). Eu me empoderei muito durante a gravidez e mais ainda depois do nascimento. Eu descobri muita força, muita força interior (Sara, jun. 2015).

É nesse sentido que Le Breton (2013) afirma que para compreender o corpo, na atualidade, se faz necessário o emprego de uma sensibilidade (IDEM: 10). Uma sensibilidade que aponte para novos espaços de experiência e novos horizontes de expectativas. Nesse novo paradigma, o humanizado, a prática clínica pressupõe uma visão de corpo distinta da medicina hegemônica. No primeiro, o corpo parece recompor a separação operada pelo pensamento cartesiano e propõe um realinhamento do ser. Tal procedimento se relaciona com um cuidado integral e multidisciplinar – ou seja, necessita de uma ecologia de saberes para ser compreendido e também respeitado. É nesse sentido que a Doula e as parteiras urbanas conjugam saberes de diversos sistemas de conhecimento, para contribuir na tessitura da experiência bio-psico-social do parto.

Le Breton ainda nos chama a atenção para o fato de que as sociedades contemporâneas e as práticas de cuidado caminham para uma espécie de obliteração das sensações corpóreas, inclusive por meio de atividades que evitam o toque cuidadoso com outras pessoas (IDEM: 11). Para esse autor, é preciso estar atento aos processos de apagamento do corpo e de empobrecimento da experiência corpórea do mundo que, para a especificidade desse trabalho, podem ser representadas através da normalização da cesariana e suas promessas de obliteração de todas as sensações “desconfortáveis” do parto e como possibilidade do não-toque de partes do corpo consideradas tabu. A aversão ao toque, não no sentido do exame obstétrico, mas no

senido de amparo – o toque terapêutico – também é evitado na obstetrícia moderna, não sendo observadas práticas que dão suporte às mulheres como, por exemplo, o auxílio em posições que sejam mais confortáveis para as mesmas. O contrário é observado na obstetrícia humanizada, que tem no toque terapêutico, muito mais do que no toque obstétrico, uma diretriz de ação e cuidado com as gestantes. O toque, quando acontece na obstetrícia hegemônica é, na maioria das vezes, no sentido desumanizante, onde as mulheres relatam sentimentos negativos como, por exemplo, a sensação de se sentirem estupradas com o toque vaginal realizado pelos médicos, ou como relatou Maria, quando conta sobre a mudança brusca na relação com a própria experiência de parto. Uma espécie de antes de depois do toque médico.

Foi tranquilo! A questão da contração, foi super tranquilo. Oxe, eu ria. Eu já tinha tudo na minha mente, todo o processo que eu já carreguei nas rodas, já tava tudo na minha mente né?! Tava super fortalecida. Aí eu tava tranquila, não tive tanto medo não. Na sala de pré-parto, antes dele me colocar a mão, eu tava me sentindo super segura. Mas a partir do momento que o médico veio e colocou a mão na minha vagina bem forte, que ele colocou e rodou. E ele faz tipo como se estivesse puxando. Aí ali a dor... A dor já tirou meu sentido, né? (Maria, set. 2015).

Outro exemplo sobre o toque violento é a manobra de Kristeller, que imobiliza e violenta a mulher, reforçando uma concepção dualista, da possibilidade de compreender o corpo sem o sujeito. O Kristeller é mais um representante da prática obstétrica patriarcal, industrial, apressada. Não existe justificativa médica para a sua realização, sendo feita e justificada sob o argumento de que “ajuda” a criança a sair mais rápido. Contudo, como já dito anteriormente, essa manobra provoca iatrogenias e desconforto nas mulheres. Na clínica humanizada o corpo é visto de forma integral. Para Le Breton, “*as representações do corpo, e os saberes que as alcançam, são tributários de um estado social, de uma visão de mundo, e, no interior desta última, de uma definição de pessoa. O corpo é uma construção simbólica, não uma realidade em si*” (LE BRETON, 2013:18).

Dessa forma, a ideia do corpo poderoso e perfeito, reintegrado ao ser, presente tanto nas falas dos profissionais como das mulheres, conforma uma outra construção simbólica que, muitas vezes, se faz estranha ao senso comum. Frases como “*o parto normal é descontrolado mesmo, do ponto de vista da natureza*” e “*o natural incomoda as pessoas*” (notas de campo, 2014), apareceram nas falas tanto dos profissionais quanto das gestantes. Elas entendiam que havia um descompasso entre suas escolhas (ou práticas profissionais) e os valores vigentes na sociedade. O corpo que consegue parir é um corpo que geme, que excreta, que se move em

ritmo próprio – um corpo aparentemente sem controle, indócil ou, pelo menos, sem o controle masculino normatizador. Essa concepção se assemelha ao que Le Breton chama de corpo grotesco – aquele incivilizado, que se abre, se mostra e tem excessos. O corpo que se permite parir sem a intervenção civilizada da medicina obstétrica esterilizada. Distinto do ideário do corpo racional – aquele das camadas eruditas, do século XVI em diante – o corpo normatizado pelas etiquetas civilizatórias do qual fala Norbert Elias. Relacionada a essa concepção docilizante do corpo está a justificativa discursiva da cesariana, que tem tempo, técnica e corpo controlados numa governabilidade previsível. A cesariana normalizada e difundida por conveniência médica é considerada um procedimento limpo, silencioso, rápido e “sem dor”¹⁰⁶, próprio da experiência do corpo racional que fala Le Breton quando o define como “*um corpo liso, moral, sem aspereza, limitado, reticente a toda transformação eventual*” (IDEM, IBDEM :48).

O Parto normal, sem a aceleração e a invasão tecnocrática, afastado da visão patriarcal do corpo feminino defeituoso, aproxima-se da ideia do corpo grotesco. Tal concepção parece aqui poder se assemelhar a ideia do corpo que insiste em parir, e parir sem tantas intervenções tecnológicas e assépticas, sem hora, no próprio ritmo e tempo – um tempo marcadamente individual, que resiste ao tempo institucional. Nas palavras de Le Breton, o corpo do carnavalesco (que para este trabalho faço uma aproximação com o corpo grávido), que oferece resistência ao modelo de civilidade burguesa, tecendo experiências a revelia dos saberes disciplinares desemboca numa experiência de mundo

[...] onde o corpo transborda, vive na plenitude sua expansão para fora: o acasalamento, a gravidez, a morte, o comer, o beber, a satisfação das necessidades naturais [...]. É uma espécie de corpo provisório, sempre a ponto de transfigurar-se, sem repouso. Um corpo sem cessar escancarado, que não pode estar senão na abundância, do excesso que ele invoca sem se enfastiar (LE BRETON, 2013:47/48).

A ideia de corpo dócil, como aquele manipulável e analisável pelos conhecimentos eruditos, já não encontra lugar na proposta da humanização e nas reivindicações das mulheres. Tal concepção foi muitas vezes trabalhada nas rodas de educação perinatal, da necessidade de ter acesso à informação como forma de romper com a subalternização do atendimento hospitalar hegemônico e a necessidade de uma mudança em relação à concepção de corpo. A ideia do corpo perfeito colada à noção de corpo potente foi uma constante nos momentos de

¹⁰⁶ Coloquei propositadamente entre aspas para ressaltar o aspecto da dor psicológica que muitas mulheres relatam quando passam por uma cesariana indesejada, ou mesmo das dores do pós-operatório, que dificulta os cuidados com a criança e até o início da amamentação.

observação. Uma das minhas interlocutoras, a Sara, também avaliou que esse processo de empoderamento e de se permitir vivenciar experiências fora das normas sociais vigentes enfrenta resistências em várias instâncias da vida social.

Eu acho que o mundo tem tanto medo de todas as mulheres se darem conta do poder que elas têm, que por isso existe tanta coisa né? Existe o machismo, existe a ideia contrária que a gente não aguenta... Por isso tem tanta mulher que acha que tem que ser cesárea porque o parto normal dói. Mas a mulher é muito poderosa pow (Sara, jun. 2015).

Apesar da ideia de empoderamento estar relacionada com o acesso à informação qualificada, ou em alguns casos, informações peritas, a proposta da humanização do parto integra conhecimentos científicos-ocidentais e populares, além de incorporar/recomendar a prática de outros sistemas culturais de conhecimento. Reivindicar o controle do corpo e da experiência de parturição é também a possibilidade de diminuir a dependência do sistema médico. Retomo, então, a afirmação de Schienbinger (2001) de que, em alguns casos, a entrada do conhecimento especializado, erudito, na arena da saúde da mulher fez com que houvesse uma desvalorização dos conhecimentos populares e o conseqüente esquecimento dos saberes femininos. A intenção de fazer uma analogia do corpo que consegue parir com o corpo grotesco, do qual fala Le Breton, é justamente porque este último estaria mais próximo dos conhecimentos populares e estaria mais relacionado a uma ideia de corpo profano, poderoso, rebelde, insubordinado. As práticas que encerram essa concepção mais popular são também mais próximas de uma perspectiva integral do corpo. Poderia reafirmar assim, que o projeto de humanização, se aproximando da concepção de ecologia dos saberes, tecendo uma relação de complementaridade, ou melhor, de mais integralidade na compreensão do ciclo gravídico-puerperal e tentando evitar o encastelamento do saber biomédico, como única opção viável e verdadeira de compreensão do processo de parturição, se aproxima dos saberes populares, assim como de outras racionalidades médicas, como já mencionado anteriormente.

É nesse sentido que Le Breton realiza uma crítica à postura da medicina ocidental moderna, que insiste em rotular as demais práticas e saberes relacionados com a saúde e o bem-estar como charlatanismo, sob a justificativa da posse de um diploma. Para o autor, a relação terapêutica não é dada *a priori*, apenas pela presença do médico e do paciente em um consultório ou hospital. Esta relação precisa ser construída num saber-fazer, que para ele, também se desdobra em um saber-ser, que envolve diferentes formas de compreensão sobre a

noção de pessoa. “*A medicina quer situar-se fora do quadro cultural como palavra de verdade, única ‘científica’, e por isso mesmo intocável*” (LE BRETON, 2013:282). A medicina ocidental despersonaliza a doença/acometimento, deixando de olhar para o sujeito. A proposta da humanização, por outro lado, recomenda que essa relação terapêutica seja construída, inclusive, com base na intimidade. Essa relação mais próxima e afetiva proporciona, no entendimento dos adeptos da humanização, uma maior segurança na relação de cuidado, porque possibilita um conhecimento mais ampliado do histórico da parturiente. Não apenas o histórico médico, das patologias, mais o conhecimento dos medos, anseios, eventuais “entraves” psicoafetivos. Assim, a gestação e o parto são encarados como processos fisiológicos, mas também como processos sócio-culturais, envolvendo um universo simbólico muito mais amplo. Quando se olha apenas como um processo patológico, inclusive por conta do viés de gênero, induz-se a iatrogenias e violências na assistência ao parto, inclusive colaborando para o reforço da cultura de medo em torno da experiência de parturição.

Influenciada talvez por essa cultura intervencionista e indutora de iatrogenias, consolidou-se uma cultura de parto marcada profundamente pelo medo da dor. Esse elemento foi muitas vezes trabalhado no curso teórico, com a intenção de além oferecer para às profissionais alternativas que possam ajudar à gestante a lidar com a dor, também pretenderam reforçar a necessidade de uma postura profissional que não reforce a vitimização da parturiente. A dor também foi tema de várias rodas de gestante. Particularmente num desses encontros foi abordado a questão dos medos do parto e, na sua grande maioria, as mulheres falaram do medo da dor (e também da solidão), do medo de não conseguir suportar a experiência do trabalho de parto. Tais posicionamentos foram trabalhados a fim de tornar visível que pelo menos parte dessas concepções relacionadas ao medo da dor do parto eram signatárias da cultura de parto vigente – povoada de histórias negativas, cheias de dor, sofrimento e negligências e que foi considerado, por um dos palestrantes como uma “*pobreza cultural dos blocos cirúrgicos*” (notas de campo, 2013). Os dispositivos educacionais utilizados por quem conduzia as rodas eram principalmente os vídeos e os relatos de parto que seguiram o itinerário da humanização, como forma de demonstrar que uma outra experiência era possível.

Na obstetrícia hegemônica há uma espécie de paternalismo (algumas vezes sádico¹⁰⁷) no que diz respeito a dor. A forma que se tem para lidar com ela não é considerá-la como uma

¹⁰⁷ Estou considerando como sadismo práticas, narradas pelas mulheres, que demonstram clara ineficácia para o desenrolar do parto e, em sua maioria, são desrespeitosas e danosas para a saúde materna. Alguns exemplos desse comportamento já foram elencados ao longo da tese, como o caso do médico que introduz a mão na vagina

experiência subjetiva (e também social), mas intermediar seus limites através do saber soberano do médico. Várias histórias foram contadas, nas rodas de gestante, sobre a não-escuta dos pedidos das parturientes, reforçando um sentimento de solidão e abandono (notas de campo, 2013 e 2014). Não importa os apelos das mulheres. No hospital, quem autoriza a possibilidade da anestesia (quando, quanto e se) é o médico. Aqui, a dor é compreendida apenas em seu aspecto neurofisiológico e a saída é medicamentosa, o que algumas vezes impõe a imobilidade à mulher. Essa postura reforça o dualismo cartesiano que separa corpo e mente. Tal cenário é fortemente criticado pelos adeptos da humanização do parto e a opção pelo parto domiciliar se constrói não como domesticidade subalterna do feminino, mas como possibilidade contestatória. Contudo, ficou evidente, ao longo da pesquisa de campo, que o parto domiciliar não era uma alternativa para todas as mulheres – seja por falta de recursos financeiros, seja por ausência de uma política pública que não incorpora o domicílio como possibilidade, ou mesmo por questões médicas, já que não se aconselha o parto domiciliar em gestações de alto risco – e é nesse sentido que o movimento argumenta pela necessidade de mudança paradigmática, englobando políticas públicas que consigam induzir mudanças na assistência hospitalar e reconfigure a prática e as concepções socioculturais envolvidas no parto.

Como forma de ressignificar a dor, o MHPN chama a atenção para a diferença, por exemplo, entre a dor envolvida em algum processo patológico e a dor presente no trabalho de parto. No último caso, há uma associação entre o que se sente e o desenrolar benéfico da experiência de parturição. Estaria relacionado com a possibilidade de se conectar com o corpo, uma espécie de escuta atenta aos sinais corpóreos. Tal postura se assemelha ao que Gadamer entende como bem-estar, que para ele pode ser de três formas distintas: como inconsciência de si; como o estar desimpedido para algo e também estar aberto para o que vier. A dor exige um processo de internalização, de voltar-se para dentro de si – e aqui eu acho que se relaciona bastante com a ideia de conectar-se ao próprio corpo e toda a discussão, ao longo dos grupos de gestante sobre a importância de ressignificar a dor. Gadamer acredita que a dor também pode nos ensinar a nos conhecermos melhor e afirma que *“cada cultura conhece algo da profunda*

de Maria (provavelmente para dilatar manualmente o colo do útero) e faz com que ela perca a capacidade de lidar com a experiência dolorosa, assumindo uma postura mais dócil em relação à equipe. Outros exemplos que foram elencados ao longo da pesquisa de campo se relacionam também com o uso da linguagem como forma de punição para as mulheres que desejaram parir – “na hora de fazer você não gritou, você não reclamou que doía”; “se você gritar eu não vou te atender” (notas de campo, 2013 e 2014). Frases que são contadas e recontadas no circuito da maternidade e que reforçam o caráter violento da assistência vigente.

internalização envolvida no sofrimento e na resistência à dor”¹⁰⁸ (GADAMER, 1996:75). Algumas das minhas interlocutoras afirmaram que lançaram mão de diversas estratégias para conseguir se desconectar do mundo exterior e se concentrar na experiência corporificada e nas sensações que o trabalho de parto proporcionava, desde fechar os olhos, passando pelo exercício de visualizações, até a realização de orações. Essas estratégias foram compreendidas por elas como possibilidades de exercer a autonomia no parto e valoradas como positivas no sentido de tornar o aspecto doloroso suportável ou mesmo quase insignificante.

Uma coisa: eu estou muito ciente que vai estar presente no parto é a dor. Mas não é aquela dor que me amedronta. É aquela dor que eu espero e que eu sei que ela faz parte. [...] porque a dor ela está presente, mas é aquela, é a dor, não no sentido de sofrimento, sabe?! Mas no sentido de que ela precisa vir, né, pra fortalecer e pra preparar aquele momento para a expulsão do bebê né?! [...] Não é uma coisa que me amedronte (Sara, dez. 2014).

Sei que existe uma dor, sei que a dor é muito forte, todo mundo fala, mas é uma dor passageira. E, assim, eu sou mole pra dor, mas eu acho assim... desde o começo eu não penso tanto na dor [...] Quando eu penso na dor, eu penso nele. Eu penso assim, que eu vou sentir uma dor muito forte, mas o meu filho vai nascer e vai nascer ser bem (...), e vai ser um filho saudável, porque ele vai nascer de parto normal, ele não vai ser agredido em momento nenhum, ele vai sair, ele vai respirar e eu depois vou estar bem e vou cuidar dele. Então assim, eu penso na dor dessa forma (Judith, dez. 2014).

Você vai sentir a dor, mas você pode controlar essa dor, você pode administrar essa dor, você pode ver essa dor de um outro ângulo, de outra forma né? É necessário você sentir aquela dor pra que seu filho venha a nascer, então, é diferente! A dor a gente sabe que vai sentir, mas a gente aceita, aquela aceitação daquele momento de dor, porque é necessário pra que seu bebê venha a nascer [...] Porque eu não tava sofrendo! Sofrimento é uma dor de uma doença, uma dor emocional é um sofrimento né? Ali é uma dor... uma dor maravilhosa, gratificante... é uma dor de alegria né? (Mayra, ago. 2015).

Pois é, eu ainda não sei que dor é essa por que eu não senti nada (risos) eu não tinha medo, eu escutava muito dizer isso que era horrível, mas eu estava muito preparada. Eu sempre dizia isso, aí o pessoal falava: ‘Deus me livre de ter parto normal, e a dor?’ E eu dizia: ‘eu estou tão preparada que eu acho a dor vai ser o de menos’ (Sandra, jul. 2015).

No entanto, ainda que haja um direcionamento para o processo de ressignificação da dor, não quer dizer que não possa existir ocasiões em que seja preciso uma ação mais tecnológica, como o uso da analgesia. Gadamer se pergunta sobre os limites dessa experiência

¹⁰⁸ No original: “every culture knows something of the profound inwardization involved in suffering and the indurance of pain”

“proveitosa” da dor, posto que ela também pode nos levar, nos alerta o autor, para as profundezas da depressão – algo que ele entende como o “*problema da dor*”. A dor pode se tornar uma dificuldade quando desaparece do horizonte de escolha a possibilidade de sua eliminação, de seu fim ou de uma justificativa plausível. É assim, por exemplo, que as mulheres entendem a questão da violência obstétrica como algo injustificável (exemplificada no cartaz “a verdadeira dor do parto é a violência”) e desnecessária. Não considerar a possibilidade do alívio farmacológico da dor é compreendida como uma violência pelos adeptos da humanização e é nesse sentido que Roger afirma:

Eu respeito o limite de dor de uma paciente. Eu sempre digo o seguinte ‘a única pessoa capacitada pra fazer essa avaliação é a própria paciente’. O médico não pode olhar pra uma paciente e dizer ‘tu não estais aguentando’ ou ‘tu não vais aguentar’ ou ‘tu estais sentindo dor demais’. Isso é mentira! A dor é também um sentimento e se a paciente pode expressar isso ela tem o direito e o dever de expressar ‘olha eu não aguento mais, esse é o meu limite’ (Roger, dez. 2013).

É nesse sentido que a dor pode ser entendida como tendo a capacidade de ensinar algo a nós mesmos. Antes de ser simbolizada como causadora de sofrimento, a dor do parto é vista, no ideário humanizado, como uma possibilidade de conhecimento do próprio corpo, assim como dos limites. A dor seria um dos possíveis sinais para a percepção do desenrolar do parto, como um marcador da experiência corporificada do trabalho de parto.

O modelo de assistência que temos vigente no Brasil contribui para que a experiência de parto seja ou anestesiada (dentro do sistema complementar de saúde que chega a atingir taxa de 90% de cesariana) ou violenta (Fundação Perseu Abramo & Sesc, 2010; DINIZ, 2015). Dentro desse modelo, reforça-se a dor do parto como algo insuportável e dilacerante, experienciado num tempo acelerado, com uma tecnologia invasiva e, algumas vezes, desnecessária, contribuindo para que a sensação de medo aumente em relação à possibilidade de parir por via vaginal. Nesse cenário, segundo os adeptos da humanização, o corpo parece esquecer de suas potencialidades “naturais” de parir. Mulheres, médicos e a sociedade, de uma forma geral, acreditam assim que o parto é perigoso justamente por compreenderem o corpo como defectível, incapaz, traduzindo-se, de forma prática, na aversão das mulheres à possibilidade de parir ou num medo imobilizante. Entre os profissionais que foram entrevistados por mim, alguns destacaram esse aspecto.

Num parto num sistema tradicional [hegemônico], nós somos levadas a acreditar que existe algum problema com o nosso corpo, porque a gente tem, de alguma maneira, culpa pelas coisas terem dado errado. [...] Claro que tu precisas ser monitorada, tu precisas ser cuidada por profissionais eficientes e capazes de reconhecer qualquer distócia. Mas antes a gente precisa simplesmente olhar para aquela mulher como um ser capaz. Quando nós, profissionais, olhamos pra mulher como um ser capaz, ela também se reconhece nesse olhar e passa a reconhecer nela mesmo essa capacidade de passar por aquele desafio (Hana, jan. 2014).

Se nós tratarmos essa mulher de forma diminutiva, depreciativa, entendendo-a como portadora de um corpo defectível, uma capacidade frágil de lidar com os desafios de gestar uma criança, de parir essa criança, de cuidar dela, ela vai se comportar dessa maneira. Se nós, por outro lado, acreditarmos nas suas capacidades inatas e eminentes de lidar com todas essas dificuldades do corpo no processo de gestar e parir, ela pode fazer do seu parto o grande trampolim para uma vida mais plena de realizações e de autoestima (Roger, dez. 2013).

Contudo, através dos dispositivos educacionais que contribuem para uma descoloniadade do ideário do parto, é possível construir novas representações e múltiplas experiências que possam ser simbolizadas de forma mais positiva. Segundo os relatos das mulheres, experienciar o parto de forma menos medicalizada e sem ajuda de analgésicos teria como lição ensinar que o corpo é capaz de parir (algo esquecido na cultura do parto medicalizado), que elas podem superar os limites e os medos e que, passar por essa experiência pode dar a elas a sensação de empoderamento, não apenas por conta da experiência com a dor, mas por terem conseguido realizar seus desejos e terem conseguido romper com o script da assistência hegemônica.

Eu acho que a força mesmo, a força da gente enquanto mulher, de saber que no final vou dizer “caramba, eu consegui, eu dei conta” [...] E aí você vê que você resistiu né, também é uma questão de resistência muito forte. De resistência à dor, de resistência a não ceder e de resistência também ao próprio sistema né?! Porque eu poderia ser mais uma daquelas que chegasse num consultório e dissesse “doutor eu quero fazer uma cesárea, porque eu não quero, eu quero me livrar da dor. Eu não quero correr o risco de sentir isso ou aquilo” sabe?! (Sara, dez. 2014).

E, eu percebo que muitas mulheres, elas acabam deixando se levar pelo discurso que tá impregnado aí, no nosso meio. De que tem mulheres que não nasceram para parir, né, que a gente ouve muito “ah, ela não conseguiu porque ela não teve, o corpo dela não foi capaz” ou isso ou aquilo. A troca de informações erradas né?! De que sempre subestimando a capacidade da mulher né?! Então, algumas reuniões lá me fizeram ver, perceber que o corpo da gente é capaz de muita coisa né?! A gente só precisa, primeiramente, entender isso, aceitar essa condição da gente, de mãe, de mulher, que a gente

tem essa capacidade, só que às vezes ela não é muito bem trabalhada pelas outras pessoas né?! (Judith, dez. 2014)

Ainda que exista o risco de se cristalizar a ideia da mulher-mãe e uma normatização hierárquica das experiências de parto, também pude perceber que existe, no horizonte, a ideia de que cada mulher tem seus próprios limites e que é importante que os profissionais estejam alertas e abertos para ouvir seus desejos e sinais. Compreender a dor como individual, subjetiva não é o mesmo que retirar seu componente social. Como afirma Sarti (2001) a dor nunca é puramente subjetiva, porque a constituição do ser, que também é corpo, é feita na tessitura e internalização das normas e valores compartilhados. Sendo assim, o ideário em torno do parto contribui para as configurações com que a dor vai ser representada. Essa relação também está intimamente relacionada com a concepção de corpo que se tem. Na humanização do parto, o alívio da dor é algo bastante discutido sobre várias perspectivas, desde como lidar psicologicamente através do processo de ressignificar a dor e entendê-la como parte do processo e não como algo patológico, mas também através das técnicas suaves ou leves como vocalizações e visualizações, estímulo da livre movimentação ou mesmo o toque carinhoso entre parceiros.

Essa relação terapêutica, baseada na intimidade, só é possível através do diálogo e do reconhecimento dos sujeitos envolvidos nesse processo, valorizando o que por muitos foi chamado de corresponsabilidade no processo terapêutico como forma de caminho para reestabelecer certa normalidade ou preparar um conjunto de ações terapêuticas. O reconhecimento não só do outro, mas da abertura verdadeira para a possibilidade de que o outro esteja certo e que saiba mais que nós mesmos parece ser um caminho para se compreender um pouco mais daquilo que Gadamer chamou de *enigma da saúde*. Uma relação sem tantas hierarquias e com corresponsabilidade entre os envolvidos, possibilitando verdadeiros encontros e experiências hermenêuticas da arte do cuidado.

Assim, é necessário frisar a importância de escuta dessas distintas formas de resistência – ante o tempo mecânico, que se impõe numa incapacidade de exercer a espera; à tecnologia invasiva, igualmente acelerada, que marca os corpos grávidos, imobiliza a experiência de parturição e produz iatrogenias; resistência ao caráter desumanizante da medicina, que dessubjetiva a mulher num movimento de sujeição e imobilidade; resistência contra o corpo defectível da obstetrícia tecnicista. Reivindicar o corpo para si, revalorizar suas

potencialidades num movimento contra-hegemônico e profanador contribui para conformar existências diversas e potencialmente empoderadas.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho tratou sobre o modelo de humanização da assistência obstétrica na cidade do Recife, a partir de um conjunto de observações empíricas, juntamente com as narrativas compartilhadas comigo durante a pesquisa de campo. Com o objetivo de argumentar em favor de uma descolonialidade da cultura de parto vigente, busquei construir pistas que entrelaçaram algumas perspectivas teóricas e os achados empíricos. Nesse caminho de tessitura e imaginação sociológica, revelou-se óbvio, para mim, o diálogo crítico que o MHPN realiza, a todo momento, com o modelo biomédico, ressaltando que este último não está isento de valorações morais, vieses que se fazem ver na prática cotidiana, chamando atenção, sob minha perspectiva, para o caráter colonial com que esse sistema se consolidou.

Podemos considerar que a clínica médica encerra um olhar para o mundo e as mudanças ocorridas em sua organização epistemológica pode oferecer renovações nesse olhar e, por conseguinte, transformações nas relações de poder inscritas nesse cenário. Assim, ao longo da tese busquei visibilizar uma série de transformações trazidas pelo MHPN – uma mudança de saberes implicando também uma nova clínica, que pressupõe um sujeito/paciente mais esclarecido e autônomo, com relações mais simetrizadas. Também se relaciona de forma distinta com o tempo – o marco orientador da humanização é a espera, atenta e cuidadosa. Essa mudança é possibilitada por uma relação menos dependente do maquinário tecnológico da indústria do parto e novas técnicas e comunidades de prática emergem dessa afinidade com as tecnologias leves. Por fim, essas mudanças se fazem possíveis porque o entendimento sobre o corpo feminino também se renova. Na humanização, o entendimento não é mais aquele do corpo defectível e dócil, que orientou (e ainda orienta) a prática hegemônica. Emerge o ideário do corpo potente, capaz de parir e também de ter prazer e satisfação com a experiência de parturição.

Esses novos cenários e relações que ecoam no projeto de humanização podem ser capazes de conformar também uma cultura de parto diferente da que temos contemporaneamente. É comum, como demonstrado ao longo do texto, que na vida cotidiana, nos círculos de amizade e nas redes sociais (assim como a própria produção cultural que retrata o parto como uma experiência assustadora, perigosa e, em certa medida, repugnante) encontrarmos atrelado à ideia de parto normal/vaginal, o ideário da loucura, da devassidão, do pré-moderno e da selvageria. Seria quase como negar a própria razão de ser do humano, constituída agora altamente tecnológica e que, por conta de tal racionalidade, entende a

cesariana (e o parto anestesiado) como seguro e normal e o parto vaginal como estranho e arriscado. Por isso, muitas vezes, a pergunta se repete para aquelas que ainda insistem em falar do seu desejo de parir – por que insistir numa escolha que é tão animal e pouco tecnológica? Por que sofrer? Por que seguir um caminho aparentemente mais perigoso? Tais convocações biopolíticas interpelam a existência e as escolhas dessas mulheres desejosas por uma experiência de parturição dissidente do estabelecido. Compreender alguns porquês da busca por um modelo dissidente de assistência ao parto, a chamada humanização, foi o projeto realizado nesse texto.

Considero que o parto pode ser visto como uma arena que encerra as normatizações e as relações da vida em sociedade. Nesse sentido, a reflexão sociológica se faz necessária e útil nesse processo de entendimento de um paradigma outro que acompanha a assistência ao parto. Signatário de um conjunto de práticas, normas e políticas que conformam as compreensões e a atuação da obstetrícia, o saber médico foi considerado, ao longo de todo o trabalho muito além de um conjunto puramente técnico de saberes, mas como uma instituição social que é perpassada pela cultura e por valores sociais e que também foi compreendido como participante de um projeto de colonialidade. É assim que a biomedicina se estabeleceu de forma hierárquica, deslegitimando outros sistemas de conhecimento. O projeto da modernidade trouxe a técnica racionalizada para a assistência à saúde e, junto a ela, a questão da medicalização do parto.

É possível, portanto, deslindar uma matriz colonial no processo de institucionalização da assistência obstétrica biomédica, com uma ênfase intervencionista, medicamentosa e centrada no médico, na exclusividade do saber da medicina ocidental contemporânea, subalternizando outros saberes e práticas de cuidado. Também se baseia no autoritarismo médico e pressupõe um sujeito-paciente dócil e submisso. O tempo industrial capitalista segue como marco orientador das práticas de assistência biomédica. Na biomedicina, o médico detém um privilégio epistemológico por ser o detentor do conhecimento científico e, muitas vezes, isso o desobriga a oferecer informações importantes ao paciente, dificultando o diálogo no encontro terapêutico. É assim que o saber médico se instituiu como poder disciplinar objetivante e a obstetrícia produziu, prática e discursivamente, um sujeito feminino da diferença, da falta ou da irracionalidade contribuindo para uma cultura de parto baseada no medo e no risco.

Contrária a tal projeto, a humanização do parto foi assim considerada, nesse trabalho, como um discurso de fronteira, com possibilidades de operar uma descolonialidade da cultura de parto vigente e tecer novas configurações na experiência de parturição. Nessa matriz

descolonial, tem-se o cuidado integral e relacional como valor, sugerindo uma relação de poder menos hierárquica e o encontro médico-parturiente torna-se mais horizontalizado. Aqui, o feminino não ocupa o lugar do subalterno, mas de protagonista, de sujeito potente, porque esclarecido. Essa circulação ampla de informações se dá através de vários dispositivos educacionais, como as rodas de gestante, os cursos e congressos pautados nos preceitos da medicina baseada em evidências, relatos de parto e produção imagética, como forma de descolonizar a cultura de parto relacionada ao medo, ao sofrimento, ao perigo. Nesse projeto, parece-me possível argumentar que está sendo tecida uma outra cultura, que pressupõe um sujeito mais consciente e reflexivo, que intenciona matizar a hierarquia radicalmente verticalizada da relação médico-paciente.

Uma relação distinta com tempo também foi tematizada nessa tese, para argumentar que a temporalidade também se inscreve no repertório cultural da assistência ao parto. Na biomedicina, o ritmo é acelerado porque, em grande medida, se organiza pelo tempo industrial, ensejando uma relação autoritária com as mulheres, produzindo uma padronização da experiência de parturição, entendido pelas minhas interlocutoras como um tempo que é produtor de violências. O tempo da espera foi considerado como o marco orientador do modelo de humanização. Tal postura possibilita a construção de experiências mais singulares, pautadas no planejamento reflexivo das gestantes, abrindo-se para o tempo mais cíclico e menos linear do desenrolar fisiológico do parto. Ao longo da pesquisa, vários elementos apontaram para o desejo de vivenciar o parto no ritmo de cada mulher. Um dos dispositivos para que esse planejamento seja possível e visualizado é o plano do parto. É através da construção desse projeto de desejos, que as parturientes delineiam o horizonte de expectativas e arquitetam o espaço de experiência— seja ele domiciliar ou hospitalar — com pitadas de subjetividade e diversidade de saberes. Assim, considerou-se que esse repertório que se abre diante da postura da espera, atenta e afetiva, contribui para uma diversidade epistêmica. As formas de cuidado que se delineiam a partir da conduta expectante são centradas nas necessidades da parturiente. O que menos importa, aqui, é o tempo do profissional de saúde. Nesse paradigma da espera, o obstar se faz prática, e os profissionais de saúde, que por ventura podem facilitar o parto, assumem a tarefa de estar ao lado.

Esse marco orientador da espera também pressupõe uma relação distinta com o conhecimento e o aparato tecnológico que se tem disponível em relação ao parto. As inovações tecnológicas que emergiram no bojo da conformação profissional da obstetrícia trouxeram,

talvez como consequência não-pretendida, a redefinição da gestação e do parto. Agora, dentro da biomedicina moderna, tais processo são entendidos como signatários de uma vigilância imobilizadora e a fronteira entre o normal e o patológico tornou-se mais marcada pelo signo da intervenção salvadora. Contudo, essa dimensão tecnocrática e invasiva conformou um empobrecimento da experiência de parturição, padronizando-a seja pela via cirúrgica ou pela marca da violência. As mulheres que vivenciam essa realidade, não sentem vontade de narrar o vivido, ou quando o fazem associam, muitas vezes, ao signo do sofrimento. O movimento de humanização do parto sublinha que a dimensão hospitalocêntrica e intervencionista, além de produzir iatrogenias e a padronização da experiência, pressupõe uma concepção de corpo impotente e defectível.

Na proposta descolonial de assistência ao parto, a ideia de técnicas suaves ou tecnologias leves se conforma como um conjunto de práticas não necessariamente signatárias do campo biomédico. Antes de negar a técnica em si, a atenção humanizada relativiza os usos da tecnologia e tais conhecimentos e alternativas são sugeridos como formas de auxiliar a parturiente no itinerário de trabalho de parto, se por ventura ela assim deseje. O diálogo com outras racionalidades também possibilitou a reconfiguração da ideia de corpo. Partindo de um cuidado integral e da suposição de um sujeito reflexivo e ativo, o corpo se configura como profanador da lógica patriarcal. As associações com a ideia de natureza, antes de corroborarem o lugar da dominação, surgem como (im)posturas que refazem as relações de poder, para se dizer potente.

E foi contra essa matriz colonial da obstetrícia, invasiva, acelerada, dessubjetivante e violenta que minhas interlocutoras se insurgiram quando decidiram planejar seus partos de formas distintas do modelo hegemônico. Foi contra a solidão, a violência, a pressa, a padronização, a defectibilidade que elas buscaram informações e conformaram um horizonte de expectativa que possibilita espaços de experiência mais diversos. Foi buscando vivenciar o tempo da espera, as técnicas de conforto, o corpo potente, a conduta expectante e o respeito à diversidade da experiência, que desejaram ter os partos para si. Na vontade de narrar, outra cultura de parto tem sido tecida.

“O parto não é do médico, não é da parteira. O parto é meu!” (Sara).

REFERÊNCIAS

- AGAMBEN, Giorgio. *Homo Sacer: o poder soberano e a vida nua*. Belo Horizonte, Editora UFMG, 2002.
- AGAMBEN, Giorgio. *Profanações*. São Paulo: Boitempo, 2007.
- AMORIM, Melania Maria Ramos de. Cesárea X Parto Normal – (parte 1): a magnitude do problema. 2010. Disponível em <http://guiadobebe.uol.com.br/parto-normal-vs-cesarea-parte-1-a-magnitude-do-problema/> Acesso em out/2011.
- BARRETO, R. “A ‘Ciência do Parto’ e a atuação de Joaquim da Rocha Mazarém (século XIX)”. In BASTOS, C. & BARRETO, R. (orgs.) *A Circulação do conhecimento: Medicina, Redes e Impérios*. Lisboa, Imprensa de Ciências Sociais (ICS), 2011.
- BARROS, José Augusto. “Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico?” in *Saúde e Sociedade* 11(1): 67-84, 2002.
- BERNHART MH, WIADNYANA IGP, WIHARDJO H & POHAN I. Patient satisfaction in developing countries. *Social Science and Medicine* 48:989-996, 1999.
- BORDO, Susan. “O corpo e a reprodução da feminidade: uma apropriação feminista de Foucault” in Jaggar, Alison M.; Bordo, Susan R. (eds.) *Gênero, corpo, conhecimento*. Rio de Janeiro: Record: Rosa dos Tempos, 1997 1997
- BOURDIEU, Pierre. *O poder simbólico*. Rio de Janeiro, Bertrand Brasil, 2003
- BOURDIEU, Pierre. *Os usos sociais da ciência: por uma sociologia clínica do campo científico*. São Paulo, Editora UNESP, 2004
- Brasil. Ministério da Saúde. *Saúde Brasil 2014: uma análise da situação de saúde e das causas externas*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2015.
- BRENNES, Anayansi Correa. “História da parturição no Brasil: século XIX” in *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 7, n.2, p. 135-149, abr./jun.1991.

BRYMAN, Alan. "The nature of qualitative research" In BRYMAN, A., *Social Research Methods*. 3a. ed. New York, Oxford University Press, 2008.

CARNEIRO, Rosamaria Giatti. *Cenas de parto e políticas do corpo*. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2015.

CHACHAN, A.S.; PERPÉTUO, I.H.O. "Determinantes socioeconômicos da incidência de partos cirúrgicos em Belo Horizonte" in Encontro Nacional de Estudos Populacionais, 10, *ANAIS*, Belo Horizonte, Abep, 1996.

COCHRANE, A.L. *Effectiveness and efficiency: random reflections on health services*. The Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1972.

CODE, Lorraine. "Introduction – Why feminists do not read Gadamer" in *Feminist interpretation of Hans-Georg Gadamer*. The Pennsylvania State University Press, Pennsylvania, 2003

COLLECTIVE, The Boston Women's Health Book. *Our Bodies, ourselves: a new edition for a new era*. 35th anniversary edition. Simon & Schuster. New York/London/ Toronto/ Sydney. 2005.

CONNELL, R & PEARSE, R. *Gênero: uma perspectiva global*. São Paulo, nVersos, 2015

CORREA, Marilena C. D. V. "As novas tecnologias reprodutivas: uma revolução a ser assimilada" in *PHYSIS: Rev. de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n.1, p. 69-98, 1997.

CRASNOW, Sharon et al. "Feminist Perspectives on Science" in *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Summer 2015 Edition), Edward N. Zalta (ed.), 2015. <http://plato.stanford.edu/archives/sum2015/entries/feminist-science/>

CRUZ, Alice. "Metáforas que constroem, metáforas que destroem: a biomedicina como vocabulário social". In *O Cabo dos Trabalhos*, n. 2, 2007.

DALLMAYR, Fred. "Self and Other: Gadamer and the Hermeneutics of Difference". In *Yale Journal of Law & the Humanities*: Vol. 5:Iss. 2, Article 9, 1993.

DAVIS-FLOYD, R. "Humanização do parto: Entrevista" in *Revista Estudos Feministas*. Florianópolis, v.10, n 2, 2002.

DAVIS-FLOYD, R. “The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth” in *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 75, p. 5-23, 2001.

DAVIS-FLOYD, R. and SARGENT, Carolyn F. *Childbirth and the Authoritative knowledge: cross-cultural perspectives*. Berkeley, Los Angeles and London, University of California Press, 1997.

DAVIS-FLOYD, R. *Birth as an American rite of passage*. Berkeley: University of California Press, 2003.

DEL PRIORE, M. Magia e medicina na colônia: o corpo feminino. In: _____. *História das Mulheres no Brasil*. São Paulo: Contexto, 1997.

DENZIN, Norman K. & LINCOLN, Yvonna S. “Introdução. A disciplina e a prática da pesquisa qualitativa” in: DENZIN, N.K. & LINCOLN, Y.S (orgs.), *O Planejamento da Pesquisa Qualitativa*. 2^a. ed. Porto Alegre, Artmed Bookman, 2006.

DINIZ et al. “A vagina escola: seminário interdisciplinar sobre violência contra a mulher no ensino das profissões de saúde” in *Interface*, 20(56), 2016.

DINIZ, Carmen Simone Grillo. “Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento” in *Ciência & Saúde Coletiva*, v.10, n.3, pp 627-637, 2005.

DINIZ, Carmen Simone Grillo. *Assistência ao parto e relações de gênero: elementos para uma releitura médico-social*. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

DINIZ, Carmen Simone Grillo. *Entre a técnica e os direitos humanos: limites e possibilidades da humanização da assistência ao parto e nascimento*. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) Universidade de São Paulo, 2001.

DINIZ, et al. “Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção”. *Journal of Human Growth and Development* 25(3): 377-376, 2015.

DINIZ, et al. Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil. In *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 30 Sup: S140-S153, 2014

DOMINGUES, Rosa M^a S. M. et al. “Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate” in *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20 Sup 1: 52-62, 2004.

DOSSIÊ Violência Obstétrica: “Parirás com dor”/ Rede Parto do Princípio – Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa para a CPMI da Violência Contra as Mulheres, 2012.

DOSSIÊ Humanização do Parto/Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – São Paulo, 2002.

DOWNE & DYKES. “Counting time in pregnancy and labour”, in McCOURT, Christine. *Childbirth, midwifery and concepts of time*. New York/Oxford, Berghahn Books, 2009.

DREYFUS, Hubert & RABINOW, Paul. *Michel Foucault: uma trajetória filosófica para além do estruturalismo e da hermenêutica*. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 2010.

ELIAS, Norbert. *O processo civilizador: uma história dos costumes*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1994.

ELIAS, Norbert. *Sobre o tempo*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed., 1998

FAUSTO-STERLING, Anne. “Dualismos em duelo”, in *Cadernos Pagu* (17/18), pp. 9-79, 2001

FLEISCHER, Soraya. *Parteiras, buchudas e aperreios: uma etnografia do cuidado obstétrico não oficial na cidade de Melgaço, Pará*. Belém: PakaTatu; Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2011.

FONTANA, Andrea & FREEY, James H. “Interviewing: The Art of Science” In DEZIN, N.K & LINCOLN, Y.S. (eds). *Handbook of qualitative research*. Londres, Sage, 1994.

FOUCAULT, Michel. *História da sexualidade: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1988.

FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 2011.

FOUCAULT, Michel. *O Nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.

FOUCAULT, Michel. *Vigiar e Punir*. Petrópolis, Editora Vozes, 2004.

GADAMER, Hans-Georg. "Hermeneutics and Historicism". In: *Truth and Method*. Londres e Nova York: Continuum, 2006

GADAMER, Hans-Georg. *The enigma of health*. Stanford, Stanford University Press, 1996.

GADAMER, Hans-Georg. Subjectivity and Intersubjectivity, Subject and Person. *Continental Philosophy Review*, 33, pp. 275-287, 2000.

GASKELL, George (2002). "Entrevistas individuais e grupais" In BAUER, M.W. & GASKELL, G. (eds.). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som*. Petrópolis, Vozes.

GEPHSTEIN, Yana. "Happiness as an outcome of childbirth: the perspective of traditional Japanese midwives and their patients". In: MÄKINEN, Anna; HÁJEK, Paul (ed.) *Psychology of Happiness*. Nova Science Publishers, Inc.: New York, 2010

GIDDENS, Anthony. *As consequências da modernidade*. São Paulo: UNESP, 1991.

GIDDENS, Anthony. *Modernidade e Identidade*. Tradução de Plínio Dentzien. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2002.

GIDDENS, Anthony; BECK, Ulrich; LASH, Scott. *Modernização Reflexiva: Política, tradição e estética na ordem social moderna*. FEU: São Paulo, 1995.

GROSGUÉL, Ramón. "Para descolonizar os estudos de economia política e os estudos pós-coloniais: Transmodernidade, pensamento de fronteira e colonialidade global". *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 80, Março, pp. 115-147, 2008.

HARDING, Sandra. *Is Science multicultural? Postcolonialisms, feminisms and epistemologies*. Bloomington, Indiana University Press, 1998

HOLANDA, H. B. (org.). *Tendências e impasses: o feminismo como crítica da cultura*. Rio de Janeiro: Rocco, 1993.

IVRY, Tsipy. *Embodying culture : pregnancy in Japan and Israel*. New Brunswick, New Jersey and London, Rutgers University Press, 2010

JORDAN, Brigitte. “Authoritative knowledge and its construction” In: DAVIS-FLOYD, R.; SARGENT, Carolyn F. *Childbirth and the authoritative knowledge: cross-cultural perspectives*. Berkeley: University of California Press, 1997.

JORDAN, Brigitte. *Birth in four cultures: a crosscultural investigation of childbirth in Yucatan, Holland, Sweden and the United States*. Long Grove, Waveland Press, 1993.

KOSELLECK, Reinhart. *Futuro passado: contribuição à semântica dos tempos históricos*. Rio de Janeiro, Contraponto, Ed. PUC-Rio, 2006

LANDER, E. *Ciências sociais: saberes coloniais e eurocêntricos* In Lander (Org.) *A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais*. Buenos Aires: CLACSO, 2005;

LAQUEUR, Thomas. *Making sex: body and gender from the Greeks to Freud*. Cambridge: Harvard University Press, 1992.

LAWN, Chris and KEANE, Nial. *The Gadamer dictionary*. London e Nova York: Continuum, 2011.

LE BRETON, David. *Antropologia do corpo e modernidade*. Rio de Janeiro, Vozes, 2013

LEAL, Maria do Carmo et al. **Nascer no Brasil**: Inquérito nacional sobre parto e nascimento. Sumário executivo temático da pesquisa, 2014. Disponível em <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/nascerweb.pdf>

LEÓN, Magdalena. “Empoderamiento: relaciones de las mujeres con el poder” in *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, CFH/CCE/UFSC, n. 2, v.8, p. 191-205, 2000.

LUGONES, María. “Rumo a um feminismo descolonial”. *Estudos Feministas*, Florianópolis, 22(3): 320, 2014.

LUPTON, Deborah. “Sociology and Risk” in WALKLATE, S. & MYTHEN, G. *Beyond the risk society: critical reflections on risk and human security*. Berkshire, Open University Press, 2006.

LUZ, Madel T. “Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX”. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15(Supl.): p.145-176, 2005.

- MACHADO, Roberto. Foucault, a ciência e o saber. Rio de Janeiro: Zahar, 2007.
- MAIA, Mônica Bara. *Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional*. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2010.
- MARCUSE, Herbert. “Algumas implicações sociais da tecnologia moderna”, in KELLNER, Douglas (ed.). *Tecnologia, guerra e fascismo*. São Paulo, Editora da UNESP, 1999.
- MARTIN, Emily. *The women in the body*. Boston: Beacon Books, 2001.
- MARTINS, APV. “A ciência dos partos: visões do corpo feminino na constituição da obstetrícia científica no século XIX”, in *Estudos Feministas*, Florianópolis, 13(3): 320, 2005.
- MARTINS, APV. *Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX* [online]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004,
- MARTINS, Hermínio. *Experimentum humanum: civilização tecnológica e condição humana*. Belo Horizonte, Fino Traço, 2012.
- MARTINS, P. H. “América Latina: entre a descolonização do imaginário desenvolvimentista e a utopia democrática e associacionista”, in *A sociologia latino-americana entre os desafios da descolonização planetária e a reconstrução da utopia democrática – Uma reflexão a partir da ALAS*. Entrevista com Paulo Henrique Martins. Série CEPPAC, n.34, 2011.
- MARTINS, P. H. “América Latina: entre a descolonização do imaginário desenvolvimentista e a utopia democrática e associacionista” in *A sociologia latino-americana entre os desafios da descolonização planetária e a reconstrução da utopia democrática – Uma reflexão a partir da ALAS: entrevista com Paulo Henrique Martins* In Série CEPPAC, n.34, ISSN: 19822693, 2011.
- MARTINS, P. H. *Contra a desumanização da medicina: crítica sociológica das práticas médicas modernas*. Petrópolis, Vozes, 2003
- MARTINS, P. H. *Redes sociais: entre o simplismo da ideologia utilitarista e a complexidade das mudanças sócio-históricas contemporâneas*. In: MARTINS, P. H.; MEDEIROS, R. *América Latina em perspectiva*. Recife: Editora Universitária, 2009.

MATTAR, Laura Davis; DINIZ, Carmen Simone Grilo. “Hierarquias reprodutivas: maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres” in *Interface* (Botucatu) [online], vol.16, n.40, pp.107-120, 2012.

MAUSS, Marcel. “As técnicas corporais” in *Sociologia e Antropologia*. EDUSP, São Paulo, vol. II, 1974.

McCOURT, Christine. *Childbirth, midwifery and concepts of time*. New York/Oxford, Berghahn Books, 2009.

MILLS, C. W. *A imaginação sociológica*. Rio de Janeiro, Zahar Editores, 1982.

MILLS, C. W. *Sobre o artesanato intelectual e outros ensaios*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed., 2009

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). *As cesarianas no Brasil: situação no ano de 2010, tendências e perspectivas*. Disponível em http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2013/Fev/21/saudebrasil2011_parte2_cap16.pdf. 2011.

MÜLLER, E.; PIMENTEL, C. Relatos da partolândia: as narrativas em primeira pessoa e os novos sentidos possíveis para o parto. *Anais do Fazendo Gênero 10*, Florianópolis, 2013

MÜLLER, Elaine ; RODRIGUES, Laís ; PIMENTEL, Camila. “O tabu do parto: Dilemas e interdições de um campo ainda em construção”. *Civitas: Revista de Ciências Sociais* (Impresso), v. 15, p. 272-293, 2015.

NAGAHAMA&SANTIAGO. “A institucionalização médica do parto no Brasil” in *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 10 n.003, 2005.

ORTNER, Sherry (b). “Entonces, ¿Es la mujer con respecto al hombre lo que la naturaleza con respecto a la cultura?”. *ABR – Revista de Antropología Iberoamericana*, vol 1, n. 1, p. 12-21, 2006.

ORTNER, Sherry. ¿Es la mujer con respecto al hombre lo que la naturaleza con respecto a la cultura?. *Biblioteca Virtual de Ciencias Sociales*, p. 1-24, 1972.

OYĚWÙMÍ, OYÈRÓNKÉ. “Conceptualizing gender: the Eurocentric foundations of feminist concepts and the challenge of African epistemologies”, in *African Gender Scholarship: Concepts, Methodologies and Paradigms*. CODESRIA Gender Series. Volume 1, Dakar, CODESRIA, 2004.

PEREIRA, Viviane Magalhães. “A superação do conceito moderno de subjetividade: gadamer e a verdade da história”. Semana Acadêmica do PPG em Filosofia da PUCRS, VII Edição. Disponível em: ebooks.pucrs.br/edipucrs/anais/.../edicao7/Viviane_Magalhaes.pdf, 2011..

PERSEU ABRAMO, Fundação & Serviço Social do Comércio [SESC]. *Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado*. Pesquisa de opinião pública, 2010

PIMENTEL, C. . “A (des) colonialidade do parto: reflexões sobre o movimento de humanização da parturição e do nascimento”. In: Paulo Henrique Martins; Adriana Falangola; Artur Stamford da Silva; Islândia Carvalho Sousa. (Org.). *Produtivismo na Saúde: desafios do SUS na invenção da gestão democrática*. 1ª ed. Recife: Editora Universitária da UFPE, 2014

PIRES, Álvaro, P. “Sobre algumas questões epistemológicas de uma metodologia geral para as ciências sociais”, in POUPART, Jean et al (org.). *A pesquisa qualitativa: Enfoques epistemológicos e metodológicos*. 2a ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

PITT, Susan. “Midwifery and medicine: gendered knowledge in the practice of delivery”, in MARLAND, H. & RAFFERTY, A. M. *Midwives, Society and Childbirth: debates and controversies in the modern period*. London, Routledge, 2003.

POUPART, Jean. “A entrevista do tipo qualitativo: considerações epistemológicas, teóricas e metodológicas” In POUPART, J. et alli., *A pesquisa qualitativa. Enfoques epistemológicos e metodológicos*. Petrópolis, Vozes, 2008.

QUIJANO, Anibal. “Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina”. in *A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais. Perspectivas latino-americanas*. Edgardo Lander (org). Colección Sur Sur, CLACSO, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. setembro 2005. pp.227-278.

REVEL, Judith. *Michel Foucault: conceitos essenciais*. São Carlos: Claraluz, 2005

RICOEUR, Paul. *O sofrimento não é a dor*. Comunicação feita ao colóquio organizado pela Associação Francesa de Psiquiatria em Brest, nos dias 25 e 26 de Janeiro de 1992. (O texto desta comunicação foi publicado na revista *Psychiatrie française*, número especial, Junho de 1992 e na revista *Autrement*, “Souffrances”, nº142, Fevereiro, 1994).

RIESCO, M^a Luiza G. e FONSECA Rosa M^a G. S. “Elementos constitutivos da formação e inserção de profissionais não-médicos na assistência ao parto”. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 18(3):685-698, mai-jun, 2002.

RODRIGUES, Laís. *Parir é libertário: Etnografia em um grupo de apoio ao parto humanizado de Recife/PE*. Tese (Doutorado em Antropologia) Universidade Federal de Pernambuco, 2015.

ROHDEN, F. *Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

ROSA, Hartmut. *Aceleración social: consecuencias éticas y políticas de una sociedad de alta velocidad desincronizada*. *Persona y Sociedad*, Vol. XXV, n.1, pp.9-49, 2011.

ROSA, Hartmut. *High-speed society : social acceleration, power, and modernity*. Pennsylvania, The Pennsylvania State University Press, 2009

ROTHMAN, Barbara. “Laboring now: current cultural constructions of pregnancy, birth and mothering” in SIMONDS, Wendy et al. *Laboring on: birth in transition in the United States*. Nova Iorque, Routledge, 2006.

SALEM, T. *O casal grávido: disposições e dilemas da parceria igualitária*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.

SÄNGER, Eva. “Obstetrical care as a matter of time: ultrasound screening in anticipatory regims of pregnancy” in *Gender, Diversity and Migration*, Frankfurt No. 2, 2014.

SANTOS, B.S. “Um discurso sobre as ciências na transição para uma ciência pós-moderna”. *Estudos Avançados*, vol.2 no.2 São Paulo Mai/Ago, 1988.

SANTOS, B.S. *A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência*. São Paulo: Ed. Cortez, 2007.

SANTOS, B.S. *A gramática do tempo: para uma nova cultura política*. Cap. 2 – Uma Sociologia das Ausências e uma Sociologia das Emergências. 2ª.edição. São Paulo: Cortez Editora, 2008.

SARTI, Cynthia A. A dor, o indivíduo e a cultura. In: *Saúde e Sociedade*. V.10 n.1, pp.3-13, 2001.

SCAVONE, L. “A maternidade e o feminismo: diálogo com as ciências sociais”. *Cadernos Pagu*. Campinas: Unicamp, n. 16, p. 137-150. 2001.

SCAVONE, L. “As múltiplas faces da maternidade”. *Cadernos de Pesquisa*. São Paulo, n. 54, p.37-49, 1985.

SCAVONE, L. “O feminismo e Michel Foucault: afinidades eletivas?” in SCAVONE, L. et. Al (orgs.). *O legado de Foucault*. São Paulo, Editora da UNESP, 2006.

SCHIENBINGER, Londa. *O feminismo mudou a ciência?* Bauru, EDUSC, 2001.

SCHRAIBER, L. B. *O médico e suas interações: a crise dos vínculos de confiança*. São Paulo: Editora Hucitec; 2008.

SEGATO, Laura. “Gênero y colonialidade: em busca de claves de lectura y de um vocabulário estratégico descolonial” in BIDASECA, K & LABA, Karina V. (orgs.) *Feminismos y Poscolonialidad: descolonizando el feminismo desde y en América Latina*. Buenos Aires, Ediciones Godot, 2013.

SILVERMAN, David (2009). “Pesquisa qualitativa confiável” In SILVERMAN, D. *Interpretação de dados qualitativos: métodos para análise de entrevistas, textos e interações*. São Paulo, Artmed

SOUZA, Heloisa Regina. *A arte de nascer em casa: um olhar antropológico sobre a ética, a estética e a sociabilidade no parto domiciliar contemporâneo*. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

SPIVAK, Gayatri C. *Pode o subalterno falar?* Belo Horizonte: Editora da UFMG, 2010.

THÉBAUD, F. “A medicalização do parto e suas consequências”, in *Revista Estudos Feministas*. Florianópolis: UFSC, v.2, n. 10, p. 418, 2002.

TORNQUIST, Carmen Susana. Parto e poder: o movimento pela humanização do parto no Brasil. Tese (Doutorado em Antropologia) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

TORNQUIST_____. “O Parto Humanizado e a REHUNA”. Anais do II Seminário Nacional Movimentos Sociais, Participação e Democracia 25 a 27 de abril de 2007, UFSC, Florianópolis.

TRINDADE, Carlos A. C. “Biopoder, biopolítica e overmundo” disponível em: http://teceresteares.files.wordpress.com/2011/12/texto_-biopolc3adtica_biopoder-e-overmundo1.pdf

TSUNESCHIRO,M.A.; RIESCO, M.L.G. “Formação profissional de obstetrias e enfermeiras obstétricas”. Revista Estudos Feministas. Florianópolis: UFSC, v.10, n.2, p.449-460, 2002.

TURNER, Paaige K. “Is Childbirth with Midwives Natural? The Gaze of the Feminine and the Pull of the Masculine”. *Qualitative Inquiry* v.8, pp. 652-669, 2002

VENEGAS, Paki. “El empoderamiento de las mujeres: un camino hacia la equidad y el desarrollo”. *Mujer de USTEA*, 2005.

WHO. *Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde*”. Genebra, 2014.

WICKHAM, Gary. “Foucault and Gadamer: like apples and oranges passing in the night”. *Chicago-Kent Law Review*, 76, pp. 913-942, 2000.

APÊNDICE A

Guia de entrevista pré-parto

PERFIL DA ENTREVISTADA

P1. Nome:

P2. Idade:

P3. Cor que se declara:

P5. Qual a ocupação:

P6. Anos de escolaridade/ Grau de Instrução:

P7. Renda Familiar:

P8. Estado Civil:

INFORMAÇÕES SOBRE A(S) GESTAÇÃO(ÕES) ANTERIO(ES)

P9. Número de gestações (incluindo abortos):

- Se for a primeira, pular para as informações sobre a gestação atual;
- Se não foi a primeira, perguntar:

P10. Como nasceram os outros filhos (tipo de parto):

P11. Há quanto tempo ocorreu(ram) o(s) parto(s) anterior(es);

P12. Em que local ocorreu(ram) o(s) parto(s):

P13. A(s) experiência(s) prévia(s) foi(ram) satisfatória(s)?

INFORMAÇÕES SOBRE A GESTAÇÃO ATUAL

P14. Foi uma gravidez desejada e/ou planejada?

P15. Idade gestacional:

P16. Faz acompanhamento pré-natal desde o início da gestação?

P17. Com quem?

P18. Está satisfeita com essa equipe?

QUESTÕES A ABORDAR (a partir daqui as perguntas serão elaboradas de acordo com a fala das entrevistadas, sem necessariamente seguir a mesma ordem ou repetição de todas as perguntas – podendo, inclusive, surgirem perguntas novas no decorrer da entrevista)

a) **PARTO:**

- i. Qual a visão que ela tem do parto;
 - ii. Perguntar sobre a história do próprio nascimento;
 - iii. Expectativas, medos, anseios, desejos;
 - iv. Como foi que escolheu o parto domiciliar, qual foi o caminho percorrido;
 - v. O que você considera mais importante, em relação ao parto
 - vi. E sobre a equipe que vai atender o parto domiciliar– como se sente; o que sabe; conversou com elas
 - vii. Fez plano de parto – mostrou para a equipe
 - viii. Você poderia me falar um pouco sobre seu Plano de parto (ou, se não fez o plano de parto, pedir para falar sobre as expectativas e desejos que tem para o parto)
 - ix. Qual a sua visão da cesariana? – Elaborar mais a partir das falas
 - x. Qual a sua visão do hospital – elaborar mais a partir das falas
 - xi. Qual a sua visão sobre a humanização do parto
 - xii. Pedir para fazer uma comparação entre o tipo de atendimento e assistência que ela teve pela equipe do pré-natal (qual a duração das consultas, havia tempo para conversar; havia carinho) e a equipe da parteria;
-

b) **DOR:**

- i. Qual o lugar que a dor ocupa nas suas expectativas em relação a esse parto;
 - ii. Algum medo ou ansiedade em relação às dores do parto;
 - iii. Quais os limites que você imagina para a vivência das dores do parto;
 - iv. Qual a sua percepção sobre seu corpo em relação à dor;
 - v. Quais as formas de alívio (medicamentosas ou não) que você imagina para o trabalho de parto;
-

c) **GRAU DE INFORMAÇÃO:**

- i. O quanto você foi buscar informações além das reuniões na roda de gestante;
 - ii. O que você sabia sobre parto antes de freqüentar as rodas de gestantes;
 - iii. O que você descobriu com a experiência das rodas de gestantes;
 - iv. O quanto a experiência das rodas de gestantes influenciou você na escolha pelo tipo e local do parto;
 - v. Você se sente mais preparada depois de freqüentar as rodas de gestantes;
-

d) EMPODERAMENTO:

- i. O que você entende por empoderamento;
 - ii. Você acha importante estar empoderada em relação ao parto;
 - iii. Sob quais outros aspectos da vida você se sente empoderada;
 - iv. O que a faz sentir-se empoderada;
 - v. O quanto você sente que existe autonomia para fazer decisões;
 - vi. Que tipo de decisões gostaria de tomar durante o parto;
-

e) PERCEPÇÕES DO CORPO:

- i. Transformações ao longo da gestação (como ela sente isso);
 - ii. Grau de confiança no próprio corpo;
 - iii. Qual a sua visão sobre o corpo que vai parir
 - iv. Algum medo que relacione o parto e seu corpo
-

f) NATUREZA:

- i. Ao longo de todas as rodas, falou-se muito sobre a natureza do parto, natureza do corpo, do bebê... Gostaria que você falasse um pouco sobre isso.
 - ii. O que entende por natureza (natureza do corpo, natureza do parto, natureza dos instintos, natureza do bebê)
-

APÊNDICE B

Guia de Entrevista Pós-Parto

INFORMAÇÕES BÁSICAS SOBRE O PARTO

P1. Tipo de parto:

P2. Com quantas semanas de gestação ocorreu o parto?

P3. Local do Parto:

P4. Teve direito a acompanhante?

P5. Qual a equipe que lhe atendeu? Foi a mesma que acompanhou o pré-natal?

P6. Está satisfeita com o desfecho do parto?

RELATO DE PARTO

Pedir para a mulher contar como foi o parto. Aqui a intenção é deixar que ela rememore e construa uma narrativa da experiência de parturição pela qual passou. No entanto, mesmo que a intenção seja deixar que essa elaboração ocorra de forma mais livre, tentarei fazer algumas pequenas conduções, a fim de trabalhar os temas mais importantes para a pesquisa, como por exemplo:

- Empoderamento
- Direitos das parturientes
- Percepções do corpo
- Percepções de tempo (respeito ao ritmo individual, ou, em algumas situações, as gestantes relatam que se desligaram do tempo – entrando na partolândia, mas sem, necessariamente, usar esse termo específico)
- Expectativas e satisfação com o parto
- Percepções de dor
- Sexualidade

APÊNDICE C

Guia de entrevista com os profissionais

- Há quanto tempo atende gestantes
- Como/ Por que começou a atender gestantes
- Como estrutura o atendimento
- Poderia descrever como é seu atendimento
- Como/Por que iniciou a prática baseada na humanização do parto
- O que entende por humanização do parto
- O que entende por empoderamento
- Seu trabalho contribui para isso
- Quais as implicações do empoderamento para a vida além do parto
- Como vê a relação da biomedicina com as PICs
- Qual o perfil sociodemográfico mais comum na busca por esse atendimento
- Já vivenciou algum entrave por conta da forma como atua
- O paradigma da humanização oferece mais segurança para o profissional
- Qual o papel da tecnologia na sua assistência
- Como lida com a questão da corresponsabilidade
- O que você entende por natureza feminina
- E sobre cultura de parto