

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

ALINE DE ANDRADE RAMOS CAVALCANTI

LIBERDADE PARA NASCER

Uma análise do discurso de humanização do parto no cinema documentário ativista

RECIFE, 2014

ALINE DE ANDRADE RAMOS CAVALCANTI

LIBERDADE PARA NASCER

Uma análise do discurso de humanização do parto no cinema documentário ativista

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia da UFPE como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Sociologia.

Orientador: Prof. Dr. Russell Parry Scott

RECIFE, 2014

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

C376l Cavalcanti, Aline de Andrade Ramos.
Liberdade para nascer: uma análise do discurso de humanização do parto no cinema documentário / Aline de Andrade Ramos Cavalcanti. – Recife: O autor, 2014.
174 f. : il. ; 30 cm.

Orientador: Prof. Dr. Russell Parry Scott.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CFCH. Programa de Pós Graduação em Sociologia, 2014.
Inclui Referências e anexo.

1. Sociologia. 2. Humanização dos serviços de saúde. 3. Parto (Obstetrícia). 4. Biopolítica. 5. Documentário (Cinema). I. Scott, Russell Parry (Orientador). II. Título.

ALINE DE ANDRADE RAMOS CAVALCANTI

LIBERDADE PARA NASCER:

Uma análise do discurso de humanização do parto no cinema documentário ativista

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia da UFPE como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Sociologia e aprovada em 02 de setembro de 2014.

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Russell Parry Scott
Orientador – Sociologia – UFPE

Prof. Dr. Alexandre Zarias
Sociologia – Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dra. Carmen Suzana Tornquist
Sociologia – Universidade do Estado de Santa Catarina

Aos meus filhos Lucas, Iannis e Pablo, fundamentos do meu caminho.

Amo vocês!

A minha avó Maria do Socorro, mãe suprema e linda que partiu e não pode ver esta minha realização.

Aos meus pais, Ana, Joel e minha madrastra Unnara. Minha gratidão a vocês pela minha vida e tudo que sou hoje. Também aos meus irmãos Agnes, Helder e Cadé que ficaram muito felizes com meus estudos.

A minha amiga e mestra, professora Janayna Cavalcante, que acompanha minhas reflexões há muitos anos e sem o apoio, incentivo e reconhecimento deste trabalho eu não teria ido tão longe. Minha gratidão eterna a você minha irmã. Este trabalho é pra você!

A minha amiga Bárbara Roberta por seu apoio amigo para que eu não desistisse da pesquisa, por sua escuta atenta, por seu apoio na minha escrita. Quero dedicar o fim deste ciclo da minha vida a você!

A ativista Caroline Lovell que morreu de parto domiciliar na Austrália. Morreu como uma forte defensora do acesso à assistência.

E por último quero dedicar minha pesquisa ao que Deleuze chama de “inconscientes que protestam”.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, Kannon, meu Mestre Meishu Sama, Miroku Daikokuten, Maria, Nossa Senhora da Conceição e todas as divindades que me guiam e me protegem no meu caminho.

Agradeço enormemente às mulheres que fizeram parte do Projeto Mãe Terra, Lucrécia, Tia Dilma, especialmente a Sandrinha com quem aprendi muito e ainda Madre Layana por sua escuta, força, questionamentos e diálogos há anos sobre este tema. Também agradeço a Marina por acompanhar a pesquisa com muitos questionamentos e por seu apoio na reta final.

Agradeço a Mariana Lins pela revisão final do trabalho, sua solidariedade incrível. Gratidão.

Agradeço a CAPES pela bolsa que me permitiu a dedicação integral a esta pesquisa no último ano, apoio que foi de suma importância para que eu pudesse me aprofundar em algumas leituras.

Agradeço a Paulo Henrique Martins pelas orientações iniciais e aprendizados. Gratidão.

E finalmente gostaria de agradecer enormemente ao professor Russell Parry Scott que acolheu minha pesquisa, por sua confiança e solidariedade. A você professor, minha eterna gratidão.

Onde há igualdade, há sanidade. Mais cedo ou mais tarde aconteceria: a força se transformaria em consciência. Os proles eram imortais; não era possível duvidar-se, fitando a valente figura da mulher no pátio. Por fim chegaria o seu despertar. E até que isso acontecesse, nem que levasse mil anos para acontecer, aguentariam vivos contra tudo, como os pássaros, transmitindo de corpo a corpo a vitalidade que o partido não possuía e que não podia matar.

- Lembras-te do tordo - perguntou ele - que cantou para nós, o primeiro dia, na banda do bosque?

- Não estava cantando para nós, - disse Júlia. - Estava cantando para se distrair. Nem isso. Apenas cantava.

Os pássaros cantavam, os proles cantavam, o partido não cantava. No mundo inteiro, em Londres e em Nova York, na África e no Brasil e nas terras misteriosas e proibidas de além-fronteiras, nas ruas de Paris e Berlim, nas aldeias da infindável planície russa, nos bazares da China e do Japão, - em toda parte a mesma figura sólida, invencível, que o trabalho e os partos sucessivos havia tornado monstruosa - trabalhando desde nascer até morrer - e sempre cantando. Daqueles corpos robustos viria um dia uma raça de seres conscientes. O futuro era deles. Mas era possível participar desse futuro mantendo o espírito vivo como eles mantinham o corpo, e passar adiante a doutrina secreta de que dois e dois são quatro.

- Nós somos os mortos - disse ele.

- Nós somos os mortos - repetiu Júlia, lealmente.

- Vós sois os mortos - ecoou uma voz de ferro, por trás deles.

Separaram-se num pulo. As entranhas de Winston pareciam ter gelado. Podia ver todo o branco dos olhos de Júlia. Cuja face adquirira um tom amarelo leitoso. A mancha de rouge, ainda nas faces, destacava-se vivamente, como se não tocasse a pele que tinha por baixo.

Sois os mortos - repetiu a voz de ferro. Foi atrás do quadro - sussurrou Júlia.

(George Orwell, 1984)

RESUMO

O debate sobre humanização da assistência ao parto e nascimento é um dos temas mais polêmicos do campo da saúde na atualidade. Esta pesquisa analisa a retórica da humanização entendida como legitimidade da Medicina Baseada em Evidências, pois compreendemos que esta vertente se constitui como um campo hegemônico da produção do discurso de mudança na assistência ao parto. A análise das práticas discursivas parte do problema da incorporação de princípios da economia política (liberdade e não intervenção) buscando compreender como eles se elaboram a partir do contexto histórico e econômico em que eles se produzem. Observa-se que, longe de romper com as lógicas do grande capital estes discursos podem funcionar como estratégias de rejuvenescimento do capitalismo biomédico e manutenção das relações de poder sobre o corpo feminino. Diante dos princípios que este novo modelo propaga e do cenário macropolítico em que ele se desenvolve, adverte-se sobre os desdobramentos que a mudança nas práticas pode tomar no campo da saúde. Para tanto, elegemos o cinema documentário ativista sobre o parto como corpus privilegiado para a análise, por entendermos que tais produtos culturais funcionam como instrumento tático na produção de demandas pelos serviços a partir de uma intensa produção de subjetividade.

Palavras-chave: Humanização do parto. Medicina Baseada em Evidências. Biopolítica. Neoliberalismo. Cinema documentário ativista.

ABSTRACT

The labor's debate on humanization and birth is one of the most controversial issues in the health sector nowadays. This research analyzes the rhetoric of humanization that is understood as legitimacy of Evidence-Based Medicine, therefore it is understood that this part is constituted as a hegemonic field of speech production change in childbirth. The analysis of discursive practices depart from the problem of incorporating principles of political economy (liberty and non-intervention) trying to understand how they are elaborated from the historical and economic context in which they occur. It is observed that, far from breaking with logic of big business these discourses can function as strategies for rejuvenating the biomedical capitalism and maintenance of power relations on the female body. Forth the principles that this new model and propagates the macro-political setting in which it develops, it warns about the consequences that the change in practice may in the health field. To this end, we chose the activist documentary film about childbirth as a privileged corpus for analysis, because we believe that such cultural products function as tactical tool in the production demands for services from an intense production of subjectivity.

Keywords: Humanization of childbirth. Evidence-Based Medicine. Biopolitics. Neoliberalism. Documentary film activist.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Capa de antigo documentário sobre parto natural	77
Figura 2: Contracapa de antigo documentário sobre parto natural	77
Figura 3: Lado A do álbum de fonógrafo	77
Figura 4: Lado B do álbum de fonógrafo	77
Figura 5: Cena do filme A Walk to Beautiful	91
Figura 6: Cartaz personalizado de divulgação do filme O Renascimento do Parto.....	97
Figura 7: Banner de divulgação do filme Freedom for birth de Toni Harman e Alex Wakeford	100
Figura 8: Cena do filme Freedom for Birth	114
Figura 9: Cenas do filme Orgasmic birth.	118
Figura 10: Cenas do filme Le Premier Cri.....	124
Figura 11: Cenas do filme Le Premier Cri.....	124
Figura 12: Cenas do filme O Renascimento do Parto	133

LISTA DE SIGLAS

AFAR – Aliança Francófona para o Parto Respeitado

AIMS – Atenção Integral à Saúde da Mulher

ASPO – American Society for Psychoprophylaxis

BIRD – Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento

BM – Banco Mundial

CLAP – Centro Latino Americano de Perinatologia

CPN – Centro de Parto Normal

CPMI – Comissão Parlamentar Mista de Inquérito

COREN – Conselho Regional de Enfermagem

CREMERJ – Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro

ENAPARTU – Encontro Nacional de Partería Urbana

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

GAPP – Grupos Apoiado pela Parto do Princípio

ICEA – The International Childbirth Education Association

ICICT – Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde

JICA - Japanese International Cooperation Agency

MBE – Medicina Baseada em Evidências

NCT – National Childbirth Trust

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

PHPN – Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento

PNH – Política Nacional de Humanização

PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

REHUNA – Rede pela Humanização do Parto e Nascimento

SMRN – Semana Mundial pelo Respeito ao Nascimento

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

UNIPA – Union of Midwives Czech Republic

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
1 PARTO, CINEMA E BIOPOLÍTICA	16
1.1 Parto: Comprometimento, escolha do material e método de análise.....	16
1.2 Cinema documentário ativista: Procedimentos e a arte da escrita	26
1.3 A biopolítica do nascimento e o dispositivo de liberdade	30
2 HUMANIZAÇÃO DO PARTO: LIBERDADE, MA NON TROPPO	39
2.1 Parto, indústria e comunismo: Sem dor, sem medo	39
2.2 Informacionalismo, grande saúde e a “economia do trabalho caseiro”	48
2.3 A emergência do discurso de liberdade e não intervenção no parto	55
3 O CINEMA DOCUMENTÁRIO ATIVISTA PELA HUMANIZAÇÃO DO PARTO	735
3.1 O documentário como tática	76
3.2 O espetáculo do nascimento: Born for the internet	102
3.3 Le Premier Cri, Orgasmic Birth, Freedom for Birth e O Renascimento do Parto	109
3.3.1 Sinopse dos filmes	109
3.3.2 Os sujeitos do discurso	111
3.3.3 Formação, informação e novas tecnologias.....	117
3.3.4 Liberdade e não intervenção no parto.....	122
3.3.5 Desrespeito e violência no parto	130
CONCLUSÕES	136
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	145
ANEXOS	154
Anexo 1 - Ficha de análise	154
Anexo 2 – Ficha de análise: Variáveis Extra Discursivas em <i>O Renascimento do Parto (2013)</i>	155
Anexo 3 – Ficha de análise: Discurso de humanização nos filmes	160
Anexo 4 – Termo de Consentimento Informado.....	175

INTRODUÇÃO

Guerra é paz. Liberdade é escravidão. Ignorância é força. Escreveu o novelista inglês George Orwell em seu romance visionário, *Nineteen Eighty-Four* em 1949, no qual ele descreve o advento de uma sociedade de controle midiático, em que sequer a formação e desenvolvimento do pensamento se dá livre do controle do poder, mas funciona como seu efeito e mola propulsora. Esse trecho do romance inspira nosso olhar, instiga nossas perguntas, impulsiona nossa reflexão para um espírito atento às condições históricas nas quais se produz o nosso objeto de pesquisa: as práticas discursivas sobre parto humanizado a partir da produção cultural que vamos chamar aqui de *cinema documentário ativista*.

O que nos propomos ao longo deste estudo é compreender como as categorias de *liberdade e não intervenção, importadas da economia política para o debate da saúde vieram* parar no discurso de humanização do parto e cuidados respeitosos no nascimento. Essas categorias são representadas e radicalizadas nas estratégias de promoção desse modelo de assistência, que, a partir da Segunda Guerra Mundial, tornou o recurso aos filmes, além de uma tática, uma vivência obrigatória entre as mulheres. Por um lado para o fortalecimento de um mercado de consumo e serviços (pelo potencial que possui para gerar demanda e criar necessidades); por outro lado pela capacidade para produzir desejos e sujeitos: sujeitos que vão parir, sujeitos que vão nascer. E ainda, como didática e/ou recurso para promoção e/ou implementação de políticas públicas de saúde no Brasil e no mundo.

Dessa forma, importará aqui compreender como se produziram os discursos de parto humanizado, que, se utilizando também da produção fílmica de médicos pioneiros americanos e europeus, não cessaram de produzir mudanças nas práticas de assistência, assim como registrar as mais diversas pedagogias e *escolas médicas* de parto. Aliada a essa explosão fílmica, identificamos uma mudança no exercício da biopolítica, que, de forma tácita e sutil, oculta-se no discurso de “verdade” e “revolução” do corpo feminino em trabalho de parto. Como uma missa que não pára de ser repetida com todos os seus rituais, dia após dia, produz e reproduz mulheres como *corpus-merchan* nos jornais, nos programas de televisão, séries, vídeos-relatos, livros, exposições, fotografias, artes e como personagens nos cinemas de todo o mundo: o corpo feminino (neo)liberado, um novo produto no mercado, definido por um complexo escopo de conceitos conhecido por *humanização*.

Mas como captar essas questões em filmes? Temos consciência de que o acontecimento do *parto em liberdade* não poderá ser compreendido sem considerar a emaranhada teia que articula discursivamente campos não tão distintos, mas reciprocamente determinados como *estado, política, economia e medicina* categorias que se articulam na produção da retórica da humanização sobre a sexualidade feminina em trabalho de parto. E foi pensando nestas relações que levantamos as perguntas: *Estaríamos assistindo a uma agudização do mercado da saúde suplementar no campo da saúde? Seria a humanização do parto uma política dissimulada para repassar um direito social fundamental através de uma prática discursiva neoliberal definitivamente para a iniciativa privada?* Esta pesquisa pretende colaborar reflexivamente sobre estas questões.

A incorporação de princípios neoliberais para as técnicas corporais no parto, como veremos adiante, se construiu num cenário de ampla disputa entre organismos internacionais pelo controle discursivo das políticas de saúde em âmbito mundial: “O ano de 1987 marca o ingresso formal do BIRD nesse campo [...] sua proposta central - a redução da responsabilidade do Estado no financiamento da saúde” (MISOCZKY, 2003, p. 78-79). Estas correlações de forças irão resultar num documento que faz uma crítica contundente a inviabilidade do princípio de universalidade, sendo essas recomendações os primeiros ataques à saúde pública financiada com intervenção estatal ainda antes da construção no Brasil do Sistema Único de Saúde (SUS).

Assim, partimos nossa análise da compreensão da incorporação dos princípios de *liberdade e não intervencionismo*, entendido aqui como um problema teórico relevante e necessário, por visualizarmos nesses princípios, contraditoriamente a sua proposta, uma ameaça à garantia de direitos sociais a uma saúde e a uma assistência pautada na dignidade, equidade e justiça social para as mulheres. A atenção a essas categorias nos permitiu observar com cautela um pacote de outros princípios que vêm agregados e fortalecidos discursivamente ao programa de *liberdade e não intervenção* no parto e nascimento, como: *individualismo, livre escolha, iniciativa privada, liberdade individual, privacidade, propriedade, efetividade, eficácia, responsabilidade individual, direito do consumidor*, entre outros. Tais categorias são indexadas ao repertório do *parto humanizado* como bandeiras e motes da luta que dizem: “O corpo é meu”, “O parto é seu”, “Assuma a responsabilidade do seu parto”, “As mulheres que escolhem”, entre outros. Tais chamadas nos convidam a uma análise cuidadosa, levando em consideração as lições

e impactos que a produção do *discurso biomédico* veio promovendo historicamente sobre o corpo e a sexualidade feminina.

Neste sentido, o nosso debate em torno da categoria de humanização do parto é bem *localizado*, na medida em que, esse discurso em suas formulações recentes é permeado por uma intensa disputa de sentidos, no campo da saúde coletiva e das políticas de saúde no Brasil, que estão politicamente voltadas à promoção da humanização, onde as diversas perspectivas teóricas existentes são produzidas nada livres e desinteressadas das diversas posições dos sujeitos em luta no interior do campo. Assim, o conceito de Humanização como campo de debate na saúde coletiva pode ser compreendido: como “mudanças na cultura hospitalar, com a organização de uma assistência realmente voltada para as necessidades das mulheres e suas famílias” (DOMINGUES; DIAS, 2005, p.700); como “anseio das lutas empreendidas pela população brasileira, movimentos de mulheres e profissionais da saúde que resistem à crescente mercantilização e desumanização da assistência” (BARBOSA, 2006, p.325); como “um projeto existencial de caráter político, como uma proposta para *a polis*” (AYRES, 2005, p.552); como “reconhecimento e produção de redes de trabalho afetivo” (TEIXEIRA, 2005, p.593); como “experiência concreta de um homem em processo de produção de si e de sua saúde” (BENEVIDES; PASSOS, 2005, p.570) entre outros. A imprecisão do conceito é algo presente inclusive no discurso oficial sobre humanização do Ministério da Saúde onde “a referência às necessidades de respeitar o outro como um ser singular e digno aparece como uma idéia chave” (DESLANDES, 2004, p.10). Há ainda a reflexão de Martins (2003, p.229) sobre o surgimento de medicinas humanistas que “constituem sistemas médicos de cura que visam preencher as fraturas simbólicas, psíquicas e sociais produzidas pelo sistema médico antropocêntrico”.

Contudo, para fins desta pesquisa, consideramos o trabalho de Diniz (2005) como o mais completo mapeamento discursivo sobre nosso tema, pela *polissemia* de conceitos que a autora consegue caracterizar no campo global e local da luta pela *humanização do parto*. Foi a partir dessa discussão da autora, que localizamos o recorte de nossa análise, que passa pela articulação entre quatro práticas discursivas que compreendem *humanização do parto*. Assim, o *conceito de humanização nesta pesquisa* analisa o sentido como: (1) *Legitimidade da Medicina Baseada em Evidências* (atenção alicerçada em práticas que sejam embasadas em evidências científicas), (2) *Legitimidade de participação nas decisões sobre sua saúde* (atenção pautada na lógica de direito de escolha do consumidor), (3) *Legitimidade financeira* (atenção na perspectiva da racionalidade

dos recursos, rentabilidade e redução de custos) e (4) *Legitimidade profissional e corporativa* (o deslocamento do médico obstetra no parto normal, para a atuação da obstetriz, parteira formada), por compreender que é nesta arena de disputas, que se articulam os discursos hegemônicos no interior do Movimento pela Humanização do Parto e, acima de tudo, por identificarmos nesses sentidos um forte diálogo com *a agenda neoliberal*.

O que procuramos analisar é em que medida as práticas discursivas na luta pela humanização do parto podem estar orientadas em seus princípios para a privatização dos serviços, como também, de que forma o discurso de *liberdade e não intervenção no parto* contribui para o apagamento da dimensão social da experiência, ou seja, *dos determinantes em saúde*, as condições sociais e econômicas de vida das mulheres fatores que acreditamos serem imprescindíveis na garantia e promoção da dignidade no parto e nascimento. *A liberdade de escolha* no parto é sem dúvida uma conquista histórica da mulher e da humanidade, mas esse princípio parece ter sido capturado por uma lógica muito preocupante desde seu acontecimento, pois, compreendemos ao longo deste estudo, que houve uma forte presença da *retórica do capital* na conformação do discurso sobre humanização do parto. Portanto, consideramos que esse debate merece nossa extrema cautela e análise na medida em que a crítica e criminalização das intervenções podem reforçar mecanismos de *desassistência e não acesso aos cuidados* no contexto do SUS e reforçar o contexto de grandes populações deixadas sem assistência.

Assim, no primeiro capítulo, apresentamos o nosso comprometimento político com a pesquisa e a orientação teórica e metodológica que dá suporte a nossa análise. No segundo capítulo, realizamos uma análise do acontecimento do *parto humanizado*, como prática discursiva, partindo como pista analítica a incorporação no discurso dos princípios de *liberdade e não intervenção* no parto, ressaltando neste acontecimento as continuidades, as rupturas, as transformações e as contradições, com uma ênfase especial nas regularidades para compreender sua *função tática* diante do contexto no qual o discurso se produz. No capítulo final vamos tentar compreender o plano que os filmes ocupam na estratégia de produção do discurso global e local de um novo modo de parir, partindo de uma extensa apresentação dessa produção para analisar o discurso de quatro obras que trazem elementos significativos para nosso debate.

Esperamos com este trabalho colaborar para a reflexão existente sobre as novas propostas políticas para os cuidados respeitosos no parto e nascimento de forma a fortalecer o *papel social do estado como campo de responsabilidade na garantia desses direitos de cidadania*.

2 PARTO, CINEMA E BIOPOLÍTICA

2.1 Parto: Comprometimento, escolha do material e método de análise

*Ó meu corpo faça sempre de mim
um homem que questiona.*

FRANTZ FANON

As inquietações que levaram a este projeto de pesquisa partiram da minha experiência pessoal de parto humanizado, assim como, do trabalho de educação perinatal em rodas de apoio a gestante primeiro no grupo BOA HORA¹, projeto da ONG Instituto Nômades, na condição de gestante, e depois no trabalho com a comunidade da Várzea no PROJETO MÃE TERRA² ligado a ONG Lar Fabiano de Cristo, na condição de educadora, que resultou no trabalho de conclusão de curso: *As experiências de parto de mulheres jovens da Várzea: O movimento de humanização do parto no contexto de grupos sociais vulneráveis* (CAVALCANTI, 2010).

Os resultados dessa análise sobre as experiências de parto das mulheres da comunidade colocaram em xeque alguns valores trazidos pelo movimento de humanização do parto. Isso diz respeito às seguintes conclusões alcançadas ao cabo da análise: a informação não era suficiente para que as mulheres realizassem escolhas sobre o seu parto, devido ao contexto de grande desigualdade econômica³ e de gênero vivenciado no grupo; a participação no grupo de apoio à gestante era motivada por necessidades básicas de alimentação e enxoval; havia uma extrema dificuldade de apreender informações sobre procedimentos; as mulheres viviam em péssimas condições de habitação e esse fato sugeria uma necessidade de hospitalização como uma oportunidade de cuidados dignos; a inadequação da atuação de doulas na comunidade visto a forte rede de solidariedade entre família e vizinhança para apoiá-las no trabalho de parto e parto; a visão e a necessidade da cesariana entre este grupo como um mecanismo de planejamento

¹ “Grupo de gestantes e casais grávidos aberto à comunidade, iniciado em novembro de 2005, que se reúne semanalmente, visando encorajar a escolha informada da mulher e a co-responsabilização do homem a respeito dos processos de gestação, parto e pós-parto e promover a humanização do parto e do nascimento e a maternidade e paternidade ativas. Conta com o apoio do Espaço Luminares e da Rede Parto do Princípio”. Disponível em: <<http://institutonomades.blogspot.com.br/p/contatos.html>>. Acesso em: 27/07/2014.

² Grupo de apoio a gestante que funcionou de 2007 a 2010 no Lar Fabiano de Cristo, onde se compartilhou saberes e informações trazidas pelo Movimento de Humanização do Parto e a Medicina Baseada em Evidências utilizando como referência a educação popular de Paulo Freire e práticas da educação holística (cujo processo educativo se pautava na concepção do homem como um ser integral, buscando processos que dêem conta das dimensões corporais, psicológicas e espirituais).

³ Artigo de Scott (2010) sobre *Mortalidade Infantil, Famílias, Geração e Serviços de Saúde: discursos de disciplina e de riscos* identifica no discurso de ‘risco’ que apesar de apresentado como aparentemente biológico, é apresentado de fato como bastante social.

familiar visto, as dificuldades encontradas para realizar esse planejamento por outros meios e a clara necessidade aprendida nessa experiência de se pensar uma política de humanização do parto numa perspectiva intersetorial, que articulasse saúde, educação, habitação e assistência social (CAVALCANTI, 2010, p.55-58).

Essa experiência, desde a minha condição de gestante à militância e trabalho educativo com mulheres, produziram em mim uma profunda inquietação diante de alguns discursos, pois não estava claro, para mim, como eles tinham se construído e qual era o projeto político que estava imbuído na defesa da *liberdade de escolha* do corpo feminino em trabalho de parto. Ainda como gestante eu me perguntava: Por que parteiras e *doulas* utilizam a categoria *intervencionismo* para qualificar a assistência médica ao parto? Por que há tantas disputas entre os grupos de humanização por uma conduta *não intervencionista*? Por que não havia *uma crítica radical ao capitalismo* na assistência já que estávamos numa posição de contra-poder?

Embora essas questões pareçam truísmos, havia para mim um abismo entre os discursos, as práticas na assistência e a própria experiência de parir de forma respeitosa. Eu me sentia confusa em meio a tantas ambiguidades, contradições, excessos e silêncios e foi partindo deste lugar e do *estranhamento* da minha cara experiência de parto natural que caminhei em busca de uma compreensão sobre o que vamos chamar aqui de *a biopolítica do nascimento*.

Neste sentido, a militância, a vivência do parto humanizado e, sobretudo a observação participante da vanguarda do movimento de humanização do parto tornou claro para mim o papel central que *o modo de desenvolvimento do capitalismo* ocupava tanto no discurso da crítica ao modelo de assistência hegemônico do (parto hospitalar) como, contraditoriamente nas práticas discursivas pela mudança na assistência para um (parto humanizado). Assim, senti a necessidade de contribuir em um ponto deste debate sobre as relações entre capitalismo e parto iniciado por Martin (2006) em sua obra *Uma análise cultural da reprodução* onde a autora desenvolve uma analogia do modo de assistência ao parto medicalizado (hospitalar) partindo do que ela chamou de *métaphoras médicas sobre o corpo* que encontravam consonância com o gerenciamento do modo de produção industrial. Essa análise é um ponto de partida conceitual estratégico para esta pesquisa, como veremos mais detalhadamente adiante.

Algumas pistas para a presente análise, além destas hipóteses pautadas na minha experiência, partiram da revisão da literatura sobre o tema onde encontramos nos trabalhos de

Tornquist (2004), Diniz⁴ (2005) e Gurgel e Mochel⁵ (2007) importantes referências ao contexto no qual o debate sobre as políticas de humanização do parto, e aqui, a vertente *baseada em evidências* foram forjadas, abrindo uma lacuna para compreendermos o papel central do neoliberalismo na produção do discurso de “não intervenção” no parto:

As políticas de humanização da assistência ao parto são ainda incipientes, sendo apenas recomendadas pela OMS e incentivadas pelo Ministério da Saúde. Mesmo assim, há de se considerar que fazem parte de um conjunto mais amplo de órgãos que estão articulados em torno de políticas gerais, mundiais ou locais, entre elas, as implementadas pelo FMI e Banco Mundial. Desta forma, as atuais estratégias para o chamado desenvolvimento de países como o Brasil não estão descoladas das políticas de ajuste estrutural que se fortaleceram nas últimas três décadas, embora sejam claras as brechas e os espaços que têm aberto às demandas originadas de movimentos sociais. [...] Não é propósito deste trabalho aprofundar tais questões, mas, certamente, há uma dimensão macro-política que não se pode perder de vista: as recomendações da OMS em prol da humanização da assistência ao parto vêm sendo propostas ao longo das mesmas décadas em que se aprofundaram as políticas de ajuste estrutural, e não parece que os organismos internacionais estejam distantes destas peculiaridades. Exemplo disso são as políticas que oferecem serviços diferenciados à população, naturalizando a pobreza e a precariedade das condições de vida e de saúde, em vez de estender serviços e bens de consumo coletivo de forma equitativa, como se pode depreender dos próprios documentos oficiais. A política de humanização presente nos cursos de treinamento de parteiras tradicionais, integrantes do programa de humanização, sugere essa interpretação, ainda que não esgote a complexidade da situação envolvida (TORNQUIST, 2004, p.14/15, grifos nossos).

Um dado muito relevante para esta pesquisa foi encontrado numa publicação organizada por Matta (2008) que discute os desafios existentes depois de 20 anos de implantação do SUS, ao resgatar nesse debate, o cenário ideológico e o papel determinante dos organismos financeiros internacionais na proposição de políticas para o campo da saúde:

O caminho imposto para o Brasil, assim como para o conjunto dos países latinos americanos, para a renegociação da dívida externa ou para conseguir empréstimos no sistema financeiro internacional foi à adesão às políticas de corte neoliberal que, paralelamente ao avanço do processo de globalização e da mudança do padrão de acumulação capitalista, passa a funcionar sob o imperativo da mundialização financeira [...] No campo da saúde, estas orientações foram explicitadas pela primeira vez, pelo Banco Mundial em 1987, com o documento “Financing health services: an agenda for reform”, depois em 1993, por meio do “Informe sobre el desarrollo mundial: Investir en salud”, e em 1995, com o texto “A organização, prestação e financiamento da saúde no Brasil: Uma agenda para os anos 90”. No plano internacional, a difusão das ideias do

⁴ “Ainda que o movimento da MBE tenha tomado rumos diversos, mais progressistas ou mais conservadores, esta inspiração inicial é fortemente questionadora, evidenciando as contradições e a distância entre as evidências sobre efetividade e segurança, e a organização das práticas. Trouxe à tona também o papel do poder econômico e corporativo na definição das políticas, e no desenho e financiamento das pesquisas” (DINIZ, 2005, p. 630, grifos nossos).

⁵ “Nenhuma análise política pode ser competentemente realizada se desassociada do seu contexto historicamente determinado. E, o contexto historicamente determinado da PNH é o conflito ideológico entre a social-democracia e o neoliberalismo, que vem repercutindo em práticas neoliberais de desospitalização e cuidados domiciliares” (GURGEL; MOCHÉL, 2007, p.73, grifos nossos).

Banco Mundial sobre as políticas de saúde, produziu o realinhamento dos atores e instituições da arena internacional de saúde, questionando o mandato de organismos internacionais no setor como o sistema Organização Mundial da Saúde/ Organização Pan-Americana da Saúde (OMS/OPS). (MATTA; LIMA, 2008, p. 30, grifos nossos)

Assim, diante desses dados, fiz a opção consciente de uma *atitude crítica* no modo de desenvolver esta pesquisa, na medida em que acredito que o meu compromisso político de compreender a produção desse novo discurso de *libertação* do corpo feminino em trabalho de parto deve fortalecer a luta de todos aqueles e aquelas que vão à *contramão do aprofundamento das desigualdades, exclusão, pobreza, racismo e demais injustiças sociais*, situações produzidas pelo avanço de políticas públicas que reforçam a retórica do capital em detrimento *da justiça social e da dignidade humana*.

Acredito que esse modo de fazer, essa atitude especial diante do processo de construção do conhecimento é imprescindível e por esse motivo coloco essa reflexão ao serviço de demolição intelectual necessário em tempos neoliberais, como afirma Bourdieu em sua obra *Contrafogos - Táticas para enfrentar a invasão neoliberal*:

O que defendo acima de tudo é a possibilidade e a necessidade do intelectual crítico, e principalmente crítico da doxa intelectual que os doxósofos difundem. Não há verdadeira democracia sem verdadeiro contra-poder crítico. O intelectual é um contra-poder, e de primeira grandeza. É por isso que considero o trabalho de demolição do intelectual crítico [...] tão perigoso quanto a demolição da coisa pública. (BOURDIEU, 1998, p.17/18)

A minha aproximação com o material de análise desta pesquisa se deu durante a minha participação em grupos de apoio a gestante ao longo de minha segunda e terceira gravidez. Durante as rodas de diálogo nos grupos de apoio, nós mulheres, passamos por uma profunda desconstrução de que o parto é um evento médico, no qual a mulher deve se submeter a condutas “danosas” e “intervencionistas”, mas como um evento da “fisiologia”, “da sexualidade” e, sobretudo do universo “exclusivo” feminino. Eu aprendi nas rodas de apoio a gestante com os olhos atentos e cheios de lágrimas que *“parir é lindo!”*:

O conjunto de imagens e metáforas exposto e evocado no ideário é rico em associações entre maternidade, amamentação e participação paterna, entre parto e preservação da natureza, entre instinto materno e cuidados com o bebê. Nesta estética do parto a construção de uma forma mais natural de parir se coloca como um modelo a ser seguido: trata-se, enfim, de alcançar o “Belo parto” (TORNQUIST, 2002, p. 490).

A forte educação perinatal ensina as mulheres nos grupos de apoio a gestante, que parir é uma experiência de prazer, liberdade, intimidade, privacidade e amor. Todas as participantes são ensinadas/treinadas/informadas sobre o que é a “verdade” sobre o corpo em trabalho de parto.

Para isso são utilizados diversos recursos didáticos, desde a trocas de saberes, desenhos, cartazes, exercícios físicos, *yoga*, massagem, visualização à audição de filmes. Todos esses recursos têm a finalidade de produzir uma percepção física, emocional e informacional *positiva* do parto natural. O recurso aos filmes funciona como um instrumento pedagógico estratégico no longo processo de aprendizagem de todas aquelas que desejavam parir em casa, “parir com liberdade”.

O meu primeiro contato com filmes de parto ocorreu em 2004, como gestante participante do grupo de apoio a gestante do CAIS DO PARTO⁶. Esses eram vídeos caseiros de mulheres participantes do grupo que registravam seu parto e colocavam à disposição das parteiras que utilizavam esses vídeos como recurso didático para compartilhar a assistência prestada com o restante do grupo. Entretanto, o meu contato com obras profissionais ocorreu em 2006, como gestante participante do grupo BOA HORA, no qual tive acesso à exibição dos documentários *Sagrado* do obstetra paulista Paulo Batistuta e *Birth Day* da parteira mexicana Naoli Vinaver, este último, uma obra que inaugura no interior do movimento uma explosão do que chamarei mais adiante de mercado *de videos-relatos*⁷. Ao final da exibição, todas nós chorávamos todas nós ficávamos emocionadas, todas nós *desejávamos* ter um parto assim, tão belo, tão livre...

Para Terragni (2005, p.145) sublinhando Held [...] “a categoria central do pensamento feminista é a experiência. Não é a experiência restrita da mera observação empírica. É a experiência vivida do pensar e do sentir, do agir e também do receber impressões, é uma pesquisa de relações com outras pessoas e também consigo mesma”. Assim, o processo de compreensão do discurso de humanização do parto reflete um processo de compreensão de uma experiência de vida. A formação intensiva em grupos de preparação para o parto natural, a partilha de saberes com outras mulheres da comunidade por meio de exibições de filmes, impulsionaram-me para um estado de espírito inquieto, de autoreflexão, de autocrítica, de estranhamento, de questionamento atento a cada passo dado na reconfiguração das estratégias de acesso das mulheres a uma experiência digna, respeitosa e mais humana de parir. Assim, posso dizer que este trabalho acolhe princípios do método feminista, o qual “pressupõe que as mulheres sejam

⁶ A ONG C.A.I.S do Parto (Centro Ativo de Integração do Ser) foi fundada em 5 de julho de 1991. Sediada em Olinda, Pernambuco, a organização fundamenta-se na reforma sanitária, nos direitos humanos, nos direitos reprodutivos e no desenvolvimento sustentável, atuando nas áreas de saúde, gênero, cidadania, educação, ecologia e cultura. Disponível em: <<http://caisdoparto.blogspot.com.br/p/quem-somos.html>>. Acesso em: 21/07/2014.

⁷ Muitas mulheres começam a produzir vídeos do seu parto entre as mulheres no mesmo formato de relato e mais tarde este acontecimento vai demandar a abertura de um mercado de fotografia e vídeo como veremos adiante.

capazes de entender a sociedade e a sua estrutura porque vivem nela e não malgrado isso” (TERRAGNI, 2005, p.145).

Um segundo momento de contato com meu material de análise se deu durante a minha autoformação e atuação como educadora popular⁸ durante o qual empreendia pesquisas de vídeos para utilizar como recurso didático nas minhas rodas de preparação para o parto natural. Nessa época construí uma videoteca de filmes belos e emocionantes de mulheres que partilhavam seus nascimentos no site de vídeos *Youtube*, pois na época eu não dispunha de recursos para adquirir os filmes oficiais, pois esses produtos eram caros. A minha ideia era reproduzir e utilizar amplamente dessas imagens para ensinar e ‘sensibilizar’ as mulheres (tal como fui ‘sensibilizada’ um dia) da comunidade a buscarem alternativas ao modelo que tinham acesso de parto (SUS).

Um dia, durante uma roda no qual exibi um *home birth* na Inglaterra, dei-me conta de que aquele processo de ensino ali estava totalmente equivocado, de que a proposta ainda que messiânica e bem intencionada (a minha) reproduzia novas relações colonialistas⁹. Desde então, senti-me convidada a compreender a função discursiva que os filmes ocupavam no processo de ‘reapropriação’ das mulheres sobre a experiência de parto e assim, fui acompanhando sua crescente produção e utilização no processo pedagógico das mulheres ao longo destes anos.

Entretanto, a confirmação da relevância pela escolha do material de análise veio a partir da revisão da literatura sobre parto (BARRETO, 2008; AMARAL¹⁰, 2008; MARTINS, 2008; FELITTI, 2011), na qual as autoras demonstram o papel decisivo dos veículos culturais no processo de *medicalização* e *hospitalização* do parto. Uma tática da época para levar as mulheres aos hospitais foi descrita por Barreto (2008). A autora relata o papel do periodismo médico como instrumento:

⁸ Minha atuação como educadora popular incorporava vários elementos da educação perinatal que é um processo pedagógico de preparação da gestante ou “casal grávido” sobre assuntos que dizem respeito à gravidez, parto, pós-parto, amamentação e os cuidados com os bebês para que eles possam vivenciar estas etapas de uma forma natural com base numa escolha informada e consciente. Os fundamentos da “Perinatal Education” estão nas ideias do obstetra francês Fernand Lamaze, cuja proposta conhecida como psicoprofilaxia no nascimento se baseia no condicionamento operante de Ivan Pavlov, discussão que vamos aprofundar no próximo capítulo.

⁹ “Por isso é que não podemos, a não ser ingenuamente, esperar resultados positivos de um programa, seja educativo num sentido mais técnico ou de ação política, se, desrespeitando a particular visão de mundo que tenha ou esteja tendo o povo, se constitui numa espécie de “invasão cultural”, ainda que seja feita com a melhor das intenções. Mas *invasão cultural* sempre”. (FREIRE, 1987, p.86).

¹⁰ A autora relata o papel de notas em jornais que parecem desempenhar a mesma função discursiva dos modernos relatos de parto ou vídeos-relatos que vamos analisar mais adiante. Outro aspecto interessante é que hoje celebridades são comumente convidadas em filmes ou reportagens para relatar suas experiências de parto, como Gisele Bündchen, Rick Lake, Andréa Santa Rosa (esposa de Márcio Garcia, famoso ator de televisão) entre outros que aderem ao debate e será uma marca presente na produção cultural da humanização do parto, um aspecto que analisamos com maior atenção mais adiante.

Para afirmação do saber acadêmico no campo da obstetrícia e ginecologia [...] nele os médicos apregoavam sua habilidade diante de partos difíceis e das doenças femininas, tornando-se arautos do próprio saber [...] O argumento de que os médicos eram emissários da ciência e da modernidade subjaz em todos os artigos escritos por eles (BARRETO, 2008, p.915-917).

Amaral (2008) *desconstrói* o cenário do parto medicalizado como uma imposição dos médicos e submissão das mães e reconfigura-o para o campo da *sedução e persuasão* através de vários meios, dentre eles, as páginas de jornais diários:

Os meios para convencer as mulheres a procurarem a maternidade foram diversos. Porém, a veiculação de matérias nos jornais e revistas foi o que obteve mais êxito, alcançando o maior número de pessoas [...] Outra forma de estimular a procura dessa maternidade estava nas notas de agradecimento. Com bastante frequência o jornal as publicava; eram assinadas por pessoas bem situadas socialmente e faziam elogios aos cuidados que a maternidade dispensara às mulheres da família (AMARAL, 2008, 936/937, grifos nossos).

Martins (2008, p.140) retrata o papel dos livros de puericultura, das cartas publicadas em jornais e revistas, palestras educativas, dos programas de rádio e, posteriormente, da televisão no período de explosão da promoção da *pedagogia materna* no século XX. A autora inclusive ressalta o apoio da imprensa feminina e feminista que dedicava alguns artigos à questão desde o final do século XIX, divulgando o saber puericultor e conselhos sobre criação dos filhos (MARTINS, 2008, p. 143). Vale ainda citar o trabalho de Felitti (2011, p. 123) que conta como as revistas *Karina* (1966), *Claúdia* (1960) e a revista *Primera Plana* (de assuntos econômicos e políticos) contribuíram para a difusão na Argentina do método psicoprofilático (parto sem dor) no período da ditadura militar pós-Péron.

Outro aspecto decisivo para a escolha do material de análise partiu de um artigo do início da década de 1990, que, ao fazer uma análise sobre as incidências, causas e tendências da cesariana no Brasil, propõem ações e mudanças necessárias para reverter a tendência de aumento das taxas através de algumas recomendações:

Basicamente o que se observa é que a cesárea é uma moda no Brasil. Como mudar esta moda para outra que valorize o parto natural é uma questão que requer a ajuda de especialistas em comunicação. Podemos dizer que a mensagem devia incluir alguns pontos fundamentais. Primeiramente a mensagem deveria deixar claro que uma cesárea não significa necessariamente ausência de dor e que o parto vaginal pode ocorrer com pouca ou nenhuma dor. A alegria do parto vaginal deveria ser exaltada, assim como o valor emocional e físico do contato imediato entre a mãe e o recém-nascido, o qual não é possível com a cesárea. Deve-se tomar cuidado para não culpar as mulheres que não conseguirem ter um parto normal, mas o esforço e a intenção para isso deve ser louvados. Outra mensagem importante é que o prazer sexual independe do tipo de parto. Especialistas e educadores em sexologia devem enfatizar esse aspecto em suas conferências, cursos, artigos e jornais e revistas, assim como também durante sua participação em congressos de ginecologia e obstetrícia. O terceiro aspecto, a maior segurança para a mãe e para o recém-nascido num

parto normal, e os perigos para ambos numa cesárea escolhida somente por conveniência e com data marcada, é mais fácil de ser tratado (FAÚNDES; CECATTI, 1991, p.165, grifos nossos).

Como vamos descrever e analisar ao longo deste trabalho, a explosão da produção fílmica sobre o tema, tanto a nível institucional no Brasil (com produções de profissionais e hospitais de referência com apoio do Ministério da Saúde e outros órgãos) como no campo do ativismo (do movimento de humanização e rede de prestadores de serviços humanizados), consolida-se na segunda metade da década de 1990. Um efeito que observamos das práticas discursivas na produção fílmica ativista é uma representação não realista diante da complexidade que envolve a libertação das mulheres na experiência de parto, mas sim, uma tática criativamente desenhada por estes atores estratégicos, para promover “a sua visão política” da sexualidade e experiência das mulheres em trabalho de parto e que comumente alia humanização a *mercado*¹¹, *status*, *distinção e consumo*¹². Sobre esses aspectos Gregolin (2003) pontua:

Na era da informação ininterrupta e em tempo real, as técnicas de disciplina e vigilância são sofisticadas a ponto de exigirem reordenamentos discursivos, a fim de criarem a ilusão de liberdade. São novas formas de apelo e de constituição do imaginário social em que a própria resistência se transforma em mercadoria a ser insistentemente (re) produzida e transformada em discurso, neutralizando o seu potencial de subversão. Naturalizando a resistência, forja-se um consenso que, dialeticamente, destrói a rede de contra-discursos (GREGOLIN, 2003, p. 108)

Para cumprir nossa análise vamos utilizar uma metodologia de pesquisa qualitativa, *análise do discurso em filmes*, na qual partiremos das contribuições metodológicas Sánchez et al. (2012), Foucault (1995; 1996; 2009) e Denzin (2004). Segundo Denzin (2004, p.237) “a metodologia de uma sociologia crítica da interpretação visual é recente. Os sociólogos que

¹¹ No final dos anos 2000, no interior do movimento brasileiro, algumas ativistas e profissionais começam a dar sinais de mal-estar com o desenvolvimento das estratégias de publicização da assistência humanizada. Surgem críticas e denúncias em blogs sobre os efeitos da competição entre os grupos de apoio a gestante, a especulação no preço cobrado no parto humanizado, sobre o mercado de formação de profissionais, a dificuldade de acesso das mulheres aos serviços (OLAH, 2010), e ainda, as redefinições discursivas do próprio conceito fisiológico de parto, que a partir do lançamento do filme *Orgasmic Birth* da doula norte americana Debra Pascali-Bonaro passa a ser amplamente divulgado como uma experiência orgásmica (NOGUEIRA, 2013).

¹² Um exemplo desta representação é a entrevista no site da recente série sobre parto do canal GNT - *Parto pelo mundo* (2012) – em que a produtora e enfermeira obstetra Mayra Calvette, ao entrevistar uma parteira/ educadora perinatal norte americana sobre gestação e parto em casa, a mesma faz a seguinte definição do parto domiciliar: “Se as mulheres são conscientes e assumem a responsabilidade por sua saúde. O parto em casa é fenomenal, é o Rolls-Royce, é a Mercedes de todos os partos”. “Entrevista/ Interview - Carol Gautschi for Birth Around the World!”, 2011. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=bJiYLOMRkyg>>. Acesso em: 21/07/2014. O site do filme documentário Doula!, de dois cineastas ingleses, traz depoimentos sobre as impressões do filme, que fomentam *também a lógica do consumo de serviços*: “I found the film utterly breathtaking and felt instantly inspired to employ the services of a doula for our next birth”. Juno Magazine. Disponível em: <<http://doulafilm.com/>>. Acesso em: 11/12/2013.

analisam representações sociais comumente utilizam-se de fotos, publicidade, gravação audiovisual, textos narrativos, televisão, documentários, filmes e filmes de Hollywood”. Denzin (2004) explica que:

Daily life and its realities are mediated by symbolic and visual representations. These representations are not objectively neutral cultural texts. They express and are shaped by ideological, class, national, gender and racial biases. A critical sociology must learn how to read and analyse these systems of representation and interpretation. (DENZIN, 2004, p. 237)

Para Sánchez et al. (2012, p.3), “somos consumidores diários de meios de comunicação, y entendemos de un modo natural que la ficción es una parte de los contenidos que éstos transmiten habitualmente”. Segundo os autores, é interessante investigar as imagens científicas que são representadas no cinema que - para muitas pessoas é uma fonte principal de conhecimento científico - especialmente no momento em que a ciência e tecnologia não são apenas motores de desenvolvimento econômico, mas também, produtores de estilos de vida:

Por otra parte, nuestra metodología, no analiza cualquier discurso científico, sino el discurso social del cine (entendemos el cine como un medio de comunicación con características propias), cuando éste contiene la representación de una determinada controversia científica. Ya que conocemos el papel clave que desempeñan los medios de comunicación en la producción social de sentido, no podemos ser ajenos al hecho de que el cine es la principal vía de transmisión y configuración de conocimientos científicos al público. Más aún, hoy día, cuando las películas se distribuyen por una multiplicidad de pantallas (sala de cine, televisión, ordenador personal y portátil, teléfonos móviles, consolas...) con un alcance global, cuya configuración y oferta de posibilidades poco tienen que ver con lo que fue el cine en un principio. (SÁNCHEZ et al., 2012, p.4)

Entendemos, assim, que analisar o discurso sobre parto humanizado em filmes intencionalmente construídos para produzir uma nova prática de assistência será de grande relevância para a compreensão de “como se formaram, apesar, ou com o apoio desses sistemas de coerção, séries de discursos; qual foi a norma específica de cada uma e quais foram suas condições de aparição, de crescimento e de variação ” (FOUCAULT, 1996, p.60). Para Foucault (2009), a regra de imanência é um princípio metodológico sobre o qual o pesquisador pode prudentemente:

Não considerar que existe um certo domínio da sexualidade que pertence, de direito, a um conhecimento científico, desinteressado e livre, mas sobre o qual exigências do poder - econômicas ou ideológicas - fizeram pesar mecanismos de proibição. Se a sexualidade se constituiu como domínio a conhecer, foi a partir, de relações de poder que a instituíram como objeto possível, e em troca, se o poder pode tomá-la como alvo, foi porque se tornou possível investir sobre ela através de técnicas de saber e de procedimentos discursivos (FOUCAULT, 2009, p.108, grifos nossos).

O ponto de partida da análise do discurso de humanização do parto é a própria prática discursiva que se constrói em torno de uma categoria central para o modelo de assistência, o princípio de *não intervenção*. A produção desse discurso sobre o “corpo em trabalho de parto” é imanente ao serviço da Doula¹³ e/ou Educadora perinatal, que tem um papel estratégico atualmente na produção desse novo modelo. Para Foucault (1996, p.37-39) ninguém entrará na ordem do discurso se não satisfazer certas exigências ou se não for de início qualificado para fazê-lo. O autor aponta certo número de rituais que envolvem essa qualificação dos indivíduos que falam: gestos, comportamentos, circunstâncias e todo um conjunto de signos que devem acompanhar os discursos, elementos que fixam uma eficácia suposta ou imposta às palavras e seu efeito sobre aqueles aos quais se dirigem. Para compreender essas relações, trabalharemos com o conceito de arquivo cunhado por Foucault:

Para dar conta do fato de que o discurso não tem apenas um sentido ou uma verdade, mas uma história, e uma história específica que não o reconduz às leis de um devir estranho [...] e compreender como a história pode ser não uma contingência absolutamente extrínseca, não uma necessidade de forma que desenvolve sua própria dialética, mas uma regularidade específica. (FOUCAULT, 1995, p.146/147)

Por essa razão, nossa análise acolhe e dá ênfase às condições históricas e econômicas, assim como ao modo de produção das ideias tentando captar as regras e regularidades nas quais esses discursos se produzem. Dessa forma, as *práticas discursivas* produzidas pelos atores estratégicos envolvidos na produção da mudança configuram-se como um campo de especial atenção para nossa análise:

O que se chama “prática discursiva” [...] Não podemos confundi-la com a operação expressiva pela qual o indivíduo formula uma ideia, desejo, ou imagem; nem com a atividade racional que pode ser acionada em um sistema de inferência; nem com a “competência” de um sujeito falante, quando constrói frases gramaticais; é um conjunto de regras anônimas, históricas, sempre determinadas no tempo e no espaço, que definiram, em dada época e para uma determinada área social, econômica, geográfica ou linguística, as condições de exercício da função enunciativa. (FOUCAULT, 1995, p.136)

¹³ “A palavra Doula passou a ser conhecida como a mulher treinada e com experiência em nascimentos, que provê suporte físico, emocional e informacional a mulher e sua família, durante o trabalho de parto e pós-parto”. Pascali-Bonaro, Debra. In: A doula no parto. Editora Ground. 2003. “No início dos anos 80, surgiram as primeiras pesquisas sobre o assunto e, com base nestas comprovações científicas, as primeiras recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) [...] E tudo culminou com a publicação de um guia da OMS (Assistência ao parto normal: um guia prático de 1996)”. (FADYNHA, 2003, p.19). A palavra doula é sempre apresentada na literatura ativista como uma palavra de origem grega que significa “mulher que serve”. A pesquisadora encontrou em Arendt (2005, p.91) a palavra “douloi” que significa escravos. Encontrei a tradução de servidão, escravidão - δουλεία, δουλεία em grego, A palavra δούλα, doula em grego quer dizer odalisca, a escrita de escrava é δούλος. A doula, portanto em tempos antigos sugere uma condição social de tripla subordinação, além de ser mulher e escrava, com os serviços que são próprios de sua condição, a correlação com a palavra odalisca, sugere ainda a prestação de serviços sexuais. Penso que este seria um campo interessante de investigação, a condição social das doulas na antiguidade.

No entanto, o processo de compreensão do discurso de não intervenção no parto implica em “buscar o esquema das modificações que as correlações de força implicam através de seu próprio jogo, pois Nenhum ‘foco local’, nenhum ‘esquema de transformação’ poderia funcionar se, através de uma série de encadeamentos sucessivos, não se inserisse, no final das contas, em uma estratégia global” (FOUCAULT, 2009, p. 109/110). Assim, produção discursiva de um novo modo de assistência ao parto no interior dos processos pedagógicos incorpora elementos em sua retórica que permitem um caminho de investigação sobre sua produção, sobre seus métodos, prestando cuidadosa atenção, pois:

Os discursos, como os silêncios, nem são submetidos de uma vez por todas ao poder, nem opostos a ele. É preciso admitir um jogo complexo e instável em que o discurso pode ser, ao mesmo tempo, instrumento e efeito de poder, e também obstáculo, escora, ponto de resistência e ponto de partida de uma estratégia oposta. (FOUCAULT, 2009, p.111/112)

Assim, para cumprir a nossa análise, debruçamos-nos no acontecimento, ou seja, nas condições que permitiram o aparecimento do parto humanizado, sem perder de vista suas relações com as mudanças na *arte de governar* e o consequente impacto dessas concepções para o controle político das populações. Foucault diz que cabe ao analista: “Fazer aparecer em sua pureza, o espaço em que se desenvolvem os acontecimentos discursivos [...] tornar-se livre para descrever, nele e fora dele, jogos de relações” (FOUCAULT, 1995, p.33). E este foi o procedimento que nos propomos realizar ao longo deste trabalho.

1.2 Cinema documentário ativista: Procedimentos e a arte da escrita

Antes de apresentar nossa análise do discurso nos filmes, descrevemos os resultados de uma extensa, mas *não exaustiva* revisão da produção fílmica sobre parto por considerarmos de grande relevância o conhecimento da história e desenvolvimento desta produção cultural. E neste ponto do meu relatório tive que pedir licença à escolha do meu método de pesquisa, para lançar mão de algumas técnicas etnográficas e assim contar uma experiência de contato com estes achados e em muitos casos, a minha experiência direta com as obras. Segundo Clifford (2011):

A etnografia está do começo ao fim, imersa na escrita. Esta escrita inclui, no mínimo, uma tradução da experiência para a forma textual. O processo é complicado pela ação de múltiplas subjetividades e constrangimentos políticos que estão acima do controle do escritor. Em resposta a estas forças, a escrita etnográfica encena uma estratégia específica de autoridade. Essa estratégia tem classicamente envolvido uma afirmação, não questionada, no sentido de aparecer como provedora da verdade no texto (CLIFFORD, 2011, p.21).

Transmitir esta verdade e autoridade etnográfica foi o meu maior desafio, no entanto embarquei numa viagem pelo mundo para apresentar uma nova perspectiva da história do Movimento de Humanização do Parto, e para tanto, parti de sua produção cultural de filmes. Assim, a presente descrição da produção cultural respeita alguns critérios essenciais para quem se propõe falar de filmes, ou seja, terá como mote da exposição das obras alguns elementos básicos da ficha técnica do trabalho, etapa apontada como fundamental do método de análise de filmes por alguns autores como Penafria (2009), Sánchez et al. (2012) e Denzin (2004).

Visto que nem sempre foi possível encontrar dados completos devido à ausência deles em alguns sites e também pela falta de acesso direto as obras, definimos como critério mínimo de apresentação, título, autor, ano e na maioria dos achados a sinopse, mas ainda assim, alguns filmes que encontramos, por sinal, muito interessantes, não serão citados aqui, por falta de acesso a informações básicas¹⁴.

Assim, a revisão da produção de filmes procurou dar conta das obras que tiveram maior circulação no interior e sobre o Movimento de Humanização do Parto, assim como, na pesquisa e produção pedagógica sobre a área. Para realizá-la, utilizamos a base de dados da ICICT¹⁵ - Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde ligado a FIOCRUZ (Fundação Oswaldo Cruz), o catálogo de produtos do site americano Midwifery Today¹⁶, o catálogo de produtos do site brasileiro Maternidade Ativa¹⁷, minha experiência em formações da área de educação para o parto, dados colhidos da revisão da literatura e a observação participante nas redes e mídias sociais sobre o tema, assim como os sites oficiais dos filmes.

Os filmes que descrevemos se dividem nos seguintes gêneros: Documentários (gênero do cinema que explora questões da realidade), filmes etnográficos (gênero do documentário aplicado na investigação científica, especialmente no campo da antropologia visual), vídeos educativos e/ou institucionais (produzido por organizações oficiais e/ou sociais e/ou de pesquisa como recurso didático para ações de educação em saúde e/ou promoção de políticas públicas),

¹⁴ Como por exemplo, o filme americano *It's My Body, My Baby, My Birth*, que tem site oficial, mas nenhuma informação sobre ano e autor e o filme peruano *Derecho al buen parir*, bastante citado em diversos blogs, mas que foi retirado do ar e não encontramos mais informações entre muitos outros.

¹⁵ Disponível em: <http://bravs.icict.fiocruz.br/procura_basica.php?busca=parto&operador=and&pagnum=3&rowSLnum=40>. Acesso em: 10/10/2013.

¹⁶ Disponível em: <<http://www.midwiferytoday.com/search/?q=DVD>>. Acesso em: 10/10/2013.

¹⁷ Disponível em: <<http://www.maternidadeativa.com.br/videos.html>; <http://www.maternidadeativa.com.br/youtube.html>> Acesso em: 10/10/2013.

comerciais (vídeos com finalidade de publicidade e propaganda de produto ou marca), seriados (programas de tv que tem número definido de episódios), filmes de ficção (gênero mais comercial do cinema que parte de narrativas imaginárias e criativas, contraposto ao documentário) e ainda uma categoria que chamamos de “vídeos-relatos” (filmes caseiros e/ou profissionais que registram o parto, muito próximo do gênero documentário visto que explora a realidade do parto daquela mulher).

Todas estas categorias juntas irão compor o que chamamos aqui de *cinema documentário ativista* sobre parto visto que sua produção, intencionalmente ou não, tem alto poder de promover discussões e/ou reflexões sobre modos de assistência ao parto propondo e/ou difundindo questionando e/ou retratando outros modelos, outras culturas, outras possibilidades alternativas de parir e nascer.

Um parêntese é necessário fazer sobre a escolha e incorporação neste levantamento, de alguns comerciais publicitários. Tal escolhas deve ao enorme entusiasmo que alguns comerciais específicos promoveram no interior de alguns setores ativistas, especialmente, pela adesão destas marcas e produtos às representações, discursos e conceitos destes setores do movimento, e que por tal motivo, achamos relevante citá-los e tentar compreender também a adesão do movimento a estes discursos. Em alguns filmes, como será observado, iremos nos deter um pouco mais na descrição, por duas razões, a saber: Primeiro, pela relevância que a obra tem para nossa questão de pesquisa (sendo estes mais amplamente explorados nas nossas análises) e segundo, pelo nível de informação e acesso que tivemos da obra. Quanto à organização da presente análise, optamos por uma descrição cronológica, tendo como ponto de partida, o registro da primeira exibição de um filme de parto na América até os projetos atuais de cinema de parto que estão sendo desenvolvidos na Inglaterra e no Brasil.

Com esta apresentação, objetivamos descrever a construção de uma intensa produção fílmica que à medida que nos vamos aproximando da década de 1990 vai tornando visível a intensa e fecunda articulação local e global da luta pela humanização promovida pelo diálogo entre o movimento social do parto e a produção cultural dos filmes. A organização e estrutura da descrição convida o leitor a um passeio por obras e contextos díspares de produção, o qual permite a visualização de uma rede de produção cultural global, a diversos olhares sob a produção no lócus de sua efervescência: Da França ao México, dos EUA as pesquisas na Itália, da Austrália aos blogs paulistanos. Este diálogo entre o global e local nos convida a uma abertura

necessária a compreensão do fenômeno que se articula concretamente numa perspectiva transnacional, e por esta razão, nossa apresentação da produção de filmes de parto é uma viagem, onde eu *Parto pelo Mundo*, tomando emprestado o título da série de Mayra Calvette.

Nos dois tópicos finais do capítulo, nos utilizamos dos procedimentos trazidos por Sánchez et al. (2012) que propõe uma ficha analítica¹⁸ para dar conta da análise discursiva dos aspectos que envolvem a produção, circulação e recepção da obra. Para tanto, recortamos da nossa revisão sobre a produção de cinema um conjunto de quatro obras: (1) *Le premier cri* (2007) de Gilles de Maistre; (2) *Orgasmic birth* (2008) de Debra Pascali-Bonaro; (3) *Freedom for birth* (2012) de Toni Harman e Alex Wakeford e (4) *O Renascimento do parto* (2013) de Érica de Paula e Eduardo Chauvet. Para realizar este recorte utilizamos os seguintes critérios de seleção:

1. Todos os filmes que selecionamos tem um forte argumento em favor da humanização do parto e expressam conceitos, práticas, regras, valores e temas que são caros ao movimento a nível local e global.
2. As obras escolhidas foram bastante exibidas local e globalmente e em alguns casos, foram especialmente construídas amparadas por grandes estratégias de marketing e circulação: *Orgasmic Birth* foi exibido em 20 países, *Freedom for birth* em mais de 50 países e *O Renascimento do parto* em mais de 50 cidades brasileiras e ficou mais de 20 semanas em cartaz no Brasil.
3. Decidimos por estas obras pela variedade de abordagens temáticas a proposta de mudança nas práticas de assistência ao parto: Como a questão da diversidade cultural, da sexualidade, da liberdade individual, violência, direitos humanos, desigualdade em saúde entre outros que serão tratados no conjunto destes filmes.
4. Com exceção do filme *Le Premier Cri*, as demais obras foram produzidas por profissionais ativistas pela humanização do parto, o que nos permite compreender e delinear o ponto de vista do próprio discurso ativista. Entretanto, consideramos que a obra *Le premier cri* merece ser analisada pela alta sofisticação e complexidade que o discurso da humanização é abordado no filme.
5. As obras alinham-se todas ao gênero documentário.
6. As obras atendem as nossas questões de pesquisa.

¹⁸ Ver anexo.

Com base nestes critérios, chegamos a um parâmetro comum que permite que este conjunto de obras participe do nosso grupo de análise. Estamos conscientes de que o gênero não se apresenta em estado “puro”, livre do diálogo com outras narrativas cinematográficas, tampouco, que as obras se tratam de uma reprodução de uma visão real sobre o fenômeno, pois está claro, que a produção fílmica tem uma forte intencionalidade no seu discurso, e isso se expressa na escolha dos sujeitos que falam e na própria construção do argumento dos autores. Sobre este aspecto Bernardet (1981) pontua:

Eliminando a pessoa que fala, ou faz cinema, ou melhor, eliminando a classe social ou a parte dessa classe social que produz essa fala ou esse cinema, elimina-se também a possibilidade de dizer que essa fala ou esse cinema representa um ponto de vista. Ao dizer que o cinema expressa a realidade, o grupo social que encampou, o cinema coloca-se como que entre parênteses, e não pode ser questionado. Esse problema é talvez um tanto complicado, mas é fundamental tentar equacioná-lo para que se tenha ideia de como se processa, no campo da estética, um dos aspectos da dominação ideológica. A classe dominante para dominar, não pode nunca apresentar a sua ideologia como sendo a sua ideologia, mas ele deve lutar para que esta ideologia seja sempre entendida como a verdade (BERNARDET, 1981, p.19/20).

Como veremos adiante, a produção de filmes sobre parto teve um papel crucial no debate e disseminação de novas práticas de assistência ao parto no Brasil e no mundo que compõem juntos um extenso arquivo de produtos culturais, intencionalmente projetados para a produção do discurso sobre o novo modelo. A análise criteriosa destas obras nos permitiu compreender um conjunto de regras que deram condições para que fosse possível o exercício discursivo de humanização do parto na atualidade e não outro em seu lugar. Finalmente, outros detalhes sobre os procedimentos, optamos por esclarecer um pouco mais adiante.

1.3 A biopolítica do nascimento e o dispositivo de liberdade

Foucault (1999, p.285-288) identificou como um dos fenômenos fundamentais do século XIX, “a assunção da vida pelo poder, ou seja, a tomada de poder sobre o homem enquanto ser vivo, uma espécie de estatização do biológico ou pelo menos, certa inclinação que conduz ao que poderia se chamar de estatização do biológico”. Segundo o autor, “na teoria clássica da soberania [...] o direito de vida e de morte era um dos seus atributos fundamentais”, tais questões foram formuladas pelos juristas já no século XVIII. Neste mesmo período, entre os séculos XVII e XVIII, Foucault observa o surgimento de técnicas de poder que tinham como foco o corpo individual, o aumento da sua força útil através dos exercícios, do treinamento, enfim, uma série de disciplinas que o autor chamou de *técnica disciplinar do trabalho*:

A disciplina tenta reger a multiplicidade dos homens na medida em que esta multiplicidade pode e deve redundar em corpos individuais que devem ser vigiados, treinados, utilizados, eventualmente punidos. E, depois, a nova tecnologia que se instala se dirige à multiplicidade dos homens, não na medida em que eles se resumem em corpos, mas na medida em que ela forma, ao contrário, uma massa global, afetada por processos de conjunto que são próprios da vida, que são processos como o nascimento, a morte, a produção, a doença, etc. [...] algo que já não é uma anátomo-política do corpo humano, mas que eu chamaria de uma biopolítica da espécie humana. (FOUCAULT, 1999, p.289)

O acontecimento da *população* como fenômeno social foi uma das novidades que permitiu o surgimento destas novas técnicas de poder como um problema econômico e político: “o da população-riqueza, população mão-de-obra ou capacidade de trabalho, população em equilíbrio entre seu crescimento e as fontes de que dispõe” (FOUCAULT, 2009, p. 31). Neste sentido, a nova tecnologia de poder vai funcionar como um conjunto de processos que tenta dar conta de problemas específicos desta população: “os nascimentos, óbitos, taxa de reprodução, fecundidade” etc. No entanto, as questões que envolvem natalidade, mortalidade e longevidade aliada a um conjunto de processos econômicos e políticos, irão se constituir como *objetos de saber* e primeiros alvos de controle desta *biopolítica* (FOUCAULT, 1999, p.290). O autor identifica que “através da economia política da população vai formar-se toda uma teia de observações sobre o sexo”. É neste período que surgem as análises das condutas sexuais, “de suas determinações e efeitos, nos limites entre o biológico e o econômico: Entre o estado e o indivíduo o sexo tornou-se objeto de disputa, e disputa pública; houve neste período toda uma teia de discursos, de saberes, de análise e de injunções” (FOUCAULT, 2009, p. 32/33).

Foucault descreve (2009, p.39-78) que “desde o século XVII, o sexo não cessou de provocar uma espécie de erotismo discursivo generalizado. E tais discursos sobre sexo não se multiplicaram fora do poder ou contra ele, porém lá onde ele se exercia e como meio para seu exercício”. Segundo o autor, o discurso sobre a sexualidade teve como seus mecanismos a estreita articulação da *economia, pedagogia, medicina e justiça*, na sua produção e institucionalização. E o autor observou que “esta economia dos discursos e as táticas que a instauram, assim como, os efeitos de poder que lhe dão sustentação foram fundamentais na determinação das características do que foi dito”:

Consideremos a hipótese geral do trabalho. A sociedade que se desenvolveu no século XVIII - chame-se, burguesa, capitalista ou industrial - não reagiu ao sexo como uma recusa em reconhecê-lo. Ao contrário, instaurou todo um aparelho para produzir discursos verdadeiros sobre ele [...] Como se lhe fosse essencial que o sexo se inscrevesse não somente numa economia do prazer, mas, também, num regime ordenado de saber (FOUCAULT, 2009, p.79).

É nesta teia de produção de discursos sobre o sexo que Foucault assinala o surgimento de *um saber do sujeito*, *scientia sexualis*, que terá como alvo a produção de uma “rede sutil de discursos, saberes, prazeres e poderes [...] de processos que o disseminam na superfície das coisas e dos corpos [...] todo um cintilar visível do sexual refletido na multiplicidade dos discursos, na obstinação dos poderes e na conjugação do saber com o prazer” (FOUCAULT, 2009, p.82). Desta forma, para nossa compreensão da *biopolítica do nascimento*, Foucault pede uma inversão no modo de análise:

Ao invés de partir de uma repressão geralmente aceita e de uma ignorância avaliada de acordo com o que supomos saber, é necessário considerar esses mecanismos positivos, produtores de saber, multiplicadores de discursos, indutores de prazer e geradores de poder. É necessário segui-los nas suas condições de surgimento e de funcionamento, e procurar de que maneira se formam, em relação a eles, os fatos de interdição ou de ocultação que lhe são vinculados. Em suma, trata-se de definir as estratégias de poder imanes a essa vontade de saber. E, no caso específico da sexualidade, constituir a “economia política” de uma vontade de saber (FOUCAULT, 2009, p.83, grifos nossos).

Assim a sexualidade, para Foucault, irá se constituir como um dispositivo histórico, cuja rede articula corpo, prazer, discurso, conhecimento, controles e resistências que se encadeiam a grandes estratégias de saber e poder. E para seu funcionamento, o autor, vai delinear o surgimento também a partir do século XVIII do que ele chamou de “dispositivo de sexualidade que tem como razão de ser, não o reproduzir, mas o proliferar, inovar, anexar, inventar, penetrar nos corpos de maneira cada vez mais detalhada e controlar as populações de modo cada vez mais global”; e a família irá funcionar como um dos elementos táticos mais preciosos deste dispositivo (FOUCAULT, 2009, p.117-118; 122, grifos nossos).

Um aspecto interessante da aplicação deste dispositivo segundo o autor, “é que as técnicas mais rigorosas foram formadas e, sobretudo, aplicadas em primeiro lugar com mais intensidade nas classes economicamente privilegiadas e politicamente dirigentes” (FOUCAULT, 2009, p.131). Foi no interior da família “burguesa” ou “aristocrática”, que surgiram uma série de problematizações sexuais que permitiu o aparecimento de fórmulas científicas e discursos inumeráveis, que colocou sua própria sexualidade no cerne dos debates mais importantes. A instauração do dispositivo de sexualidade no interior das classes dirigentes trata-se:

De uma intensificação do corpo, de uma problematização da saúde e de suas condições de funcionamento; trata-se de novas técnicas de maximizar a vida. Ao invés de uma repressão do sexo das classes a serem exploradas, tratou-se, primeiro, do corpo, do vigor, da longevidade, da progenitura e da descendência das classes que “dominavam”. Foi nelas que se estabeleceu em primeira instância o dispositivo de sexualidade como nova distribuição dos prazeres, dos discursos, das verdades e dos poderes. Deve-se se suspeitar, nesse caso, de auto-afirmação de uma classe e não de sujeição de outra: uma defesa, uma

proteção, um reforço, uma exaltação, que mais tarde foram estendidos - à custa de diferentes transformações - aos outros, como meio de controle econômico e sujeição política [...] É um agenciamento político da vida, que se constituiu, não através da submissão de outrem, mas numa afirmação de si (FOUCAULT, 2009, p.134/135, grifos nossos).

Segundo Foucault (2009, p.137/138; 174) a dominação burguesa não era apenas uma questão econômica ou ideológica, mas também uma questão física. Todas as técnicas de higiene, a arte da longevidade, os métodos de ter filhos com boa saúde e para aprimorar seu tempo de vida o maior possível, os processos para melhorar a descendência “atestam uma correlação entre preocupação com corpo, sexo e um certo racismo”. E todo este processo está ligado ao movimento pelo qual “a burguesia afirma sua diferença e sua hegemonia”, cuja ironia é fazer acreditar que no dispositivo de sexualidade está a nossa liberação. Assim, no século XIX, afirma o autor, o dispositivo de sexualidade se constituirá a grande tecnologia de poder, uma dos mais importantes e que deve ser pensado a partir das técnicas de poder que lhe são contemporâneas (FOUCAULT, 2009, p.164, grifos nossos).

Para que possamos compreender o funcionamento deste dispositivo no contexto atual, o autor deixou-nos um legado analítico na obra *O nascimento da biopolítica*, de como se operam as novas técnicas de poder no controle das populações a partir do estudo da racionalização da prática governamental no exercício da soberania política, que ele chamou de *liberalismo*.

Foucault (2004, p.14; 18/19) observa que a *razão de governo* moderna vai sofrer uma transformação, na forma de governar, e ela consiste na instauração de *um princípio de limitação* que já não lhe é extrínseco como era no direito do século XVII, mas que será intrínseco ao exercício do governo cujo instrumento intelectual, já por volta do século XVIII será a “economia política, que vai funcionar como uma espécie de reflexão geral sobre a organização, a distribuição e a limitação dos poderes numa sociedade”. Para o autor:

A economia política reflete sobre as próprias práticas governamentais [...] o problema é saber quais efeitos ele tem e se esses efeitos são negativos [...] quais são os efeitos reais da governamentalidade ao cabo de seu exercício? [...] o que a economia descobre não são direitos naturais anteriores ao exercício da governamentalidade, o que ela descobre é uma certa naturalidade própria da prática mesma do governo. Há uma natureza própria dos objetos da ação governamental. Há uma natureza própria dessa ação governamental mesma, e é isso que a economia política vai estudar. Essa noção da natureza vai, portanto mudar inteiramente com o aparecimento da economia política. [...] A natureza é algo que corre sob, através, no próprio exercício da governamentalidade. [...] É uma lei da natureza, explicarão os economistas. (FOUCAULT, 2004, p. 20-22, grifos nossos)

A economia política irá introduzir a possibilidade de limitação do estado e a questão *da verdade* que será uma das características fundamentais da nova razão de governo; por esta questão, a análise da biopolítica, para Foucault, passa pela compreensão “antes de mais nada, da verdade econômica no interior da razão governamental - o liberalismo”, compreender o regime de governo liberal é uma tarefa básica para a apreensão da biopolítica (FOUCAULT, 2004, p.23/24;30/31).

Foucault diz que esta nova arte de governar que se expressa numa razão de governo mínimo, é um princípio que surge “para a sua manutenção, para o seu desenvolvimento mais completo, para o seu aperfeiçoamento”. A conexão entre esta prática e regime de verdade, pauta-se na ideia de que o estado “deve deixá-lo agir com o mínimo possível de intervenções, justamente para que ele possa formular sua verdade e propô-la como norma e regra à prática governamental” e este lugar de verdade onde não se deve interferir é o mercado. Foucault diz que: “o mercado apareceu como, de um lado, uma coisa que devia obedecer, a mecanismos “naturais”, isto é, mecanismos espontâneos [...] tão espontâneos que quem tentasse modificá-los só poderia alterá-los e desnaturá-los” (FOUCAULT, 2004, p.40-44, grifos nossos).

Assim, para o autor, o problema do mercado e de sua verificação será uma das marcas fundamentais dessa nova arte de governar, cuja política será construída a partir um conhecimento preciso de tudo que acontece na sociedade, no mercado e nos circuitos econômicos, de modo que as bases da limitação do seu poder não estarão ancoradas no respeito à liberdade individual, mas pela *evidência da análise econômica*:

Se utilizo, a palavra ‘liberal’, é, primeiramente, porque esta prática governamental [...] é consumidora de liberdade. É consumidora de liberdade na medida em que só pode funcionar se existe efetivamente certo número de liberdades: liberdade de mercado, liberdade do vendedor e comprador, livre exercício do direito de propriedade, liberdade de discussão, eventualmente liberdade de expressão, etc. A nova razão governamental necessita portanto de liberdade, a nova arte governamental consome liberdade. Consome liberdade, ou seja, é obrigada, a produzi-la. É obrigada a produzi-la, é obrigada a organizá-la. A nova arte de governar vai se apresentar portanto como gestora de liberdade. [...] A liberdade e a segurança, o jogo de liberdade e segurança - é isso que está no âmago dessa nova razão governamental (FOUCAULT, 2004, p.86; 89)

Foucault diz que a razão de governo liberal se insere “num mecanismo em que terá a cada instante, de arbitrar a liberdade e a segurança dos indivíduos em torno da noção de perigo”. Isso se expressa em inúmeros discursos que giram em torno da sexualidade e do medo da degeneração: “degeneração do indivíduo, da família, da raça, da espécie humana”. São discursos que espalham por toda a parte, um incentivo ao medo do perigo, que para o autor, “é de certo

modo a condição, o correlato psicológico e cultural interno do liberalismo. Não há liberalismo sem cultura do perigo”. E qual seria a postura do governo diante deste contexto? Seria a de dar espaço a tudo o que pode “ser a mecânica natural tanto dos comportamentos como da produção. Deve dar espaço a esses mecanismos e não deve ter sobre eles nenhuma outra forma de intervenção, pelo menos em primeira instância, a não ser a da vigilância”. (FOUCAULT, 2004, p.90/91, grifos nossos).

Para compreender como funciona a programação neoliberal atual, Foucault identifica duas formações históricas principais desta prática de governo: O neoliberalismo alemão, representado pela Escola de Friburgo e o neoliberalismo americano da Escola de Chicago cujo ponto de interlocução comum das duas escolas, é o inimigo Keynes (FOUCAULT, 2004, p.107).

O desenvolvimento da programação política neoliberal da Alemanha na Escola de Friburgo tinha como cerne de sua reflexão no contexto do pós-guerra o objetivo de “fundar a legitimidade de um estado a partir de um espaço de liberdade dos parceiros econômicos, este foi o objetivo de 1948”. Este objetivo será alicerçado a partir de uma série de análises no qual o ordoliberalismo chegará a seguinte prática fundadora: “Peçamos à economia de mercado, para ser em si mesma, não o princípio de limitação do estado, mas o princípio interno de regulação do estado, de ponta a ponta de sua existência e de sua ação. [...] um estado sob a vigilância do mercado em vez de um mercado sob a vigilância do estado” (FOUCAULT, 2004, p.146; 157-159).

Foucault diz que para saber se uma economia de mercado poderia servir, efetivamente, de princípio, forma e modelo de estado, os ordoliberais “realizaram certo número de deslocamentos, de transformações, de inversões na doutrina neoliberal tradicional”, cujo primeiro deslocamento “foi colocar o princípio da concorrência, ou seja, da desigualdade, como questão central da economia do mercado: É o problema concorrência/monopólio, muito mais que o problema do valor e da equivalência, é o que vai constituir a armadura essencial de uma teoria de mercado” (FOUCAULT, 2004, p.159-161). Para o autor esta será a especificidade do ordoliberalismo alemão onde:

A concorrência é um princípio de formalização. A concorrência possui uma lógica interna, tem sua estrutura própria. Seus efeitos só se produzem se essa lógica for respeitada. E de certo modo, um jogo formal entre desigualdades. Não é um jogo natural entre indivíduos e comportamentos. [...] a concorrência pura, que é a própria essência do mercado, só pode aparecer se for produzida, e produzida por uma governamentalidade ativa [...] É necessário governar para o mercado, em vez de governar por causa do mercado (FOUCAULT, 2004, p. 162-165, grifos nossos).

Para o autor, o problema que estava colocado ao neoliberalismo alemão era “saber como se pode regular o exercício global de poder político com base nos princípios de uma economia de mercado”. E um discurso que será encontrado em todos os textos neoliberais¹⁹ será a tese do regime liberal como um governo ativo, vigilante e intervencionista. Neste sentido, o problema da natureza das intervenções, será um aspecto peculiar da política neoliberal alemã, que será sintetizado a partir da análise de três problemas: A questão do monopólio, da ação econômica conforme e o problema da política social.

De uma forma sintética, o que os ordoliberais vão produzir são os seguintes princípios: (1) Que o monopólio faz efetivamente parte da lógica da concorrência; (2) Que o foco principal e constante de intervenção governamental deve ser nas condições de existência do mercado, na “moldura”, ou seja, sobre a população e (3) Que a política social deve deixar a desigualdade agir. E um dos instrumentos cruciais desta política social será a *privatização*, ou seja, “capitalização mais generalizada possível para todas as classes sociais, que terá por instrumento o seguro individual e mútuo, que terá por instrumento enfim a propriedade privada” (FOUCAULT, 2004, p.197, grifos nossos). Segundo Foucault, a ideia de uma privatização era a ideia de que, cabe ao indivíduo, por suas reservas ou por meio de sociedades de mútua ajuda, proteger-se dos riscos, esse é o princípio que está na base das políticas neoliberais:

O homo oeconomicus que se quer reconstituir não é o homem da troca, não é o homem consumidor, é o homem da empresa e da produção [...] Rüstow chamava de Vitalpolitik, política da vida, trata de construir uma trama social na qual as unidades de base teriam precisamente a forma de empresa, porque o que é a propriedade privada senão uma empresa? O que é uma casa individual senão uma empresa? O que é a gestão dessas pequenas comunidades de vizinhança senão outras formas de empresa? Em outras palavras, trata-se de generalizar, difundir-as, multiplicando-as na medida do possível, as formas empresa [...] É essa multiplicação da forma “empresa” no interior do corpo social que constitui, a meu ver, o escopo da política neoliberal. (FOUCAULT, 2004, p.199-204, grifos nossos).

Foucault explica que o princípio de privatização é uma política de sociedade desenhada como tecnologia de poder para assegurar o funcionamento da prática de governo fundada pela verificação do mercado. A produção das condições de exercício da soberania política se dá a partir da intensa produção de uma sociedade de micro-empresendedores individuais, que sejam capazes de criar por si as condições de proteção individual por meio da sua propriedade privada.

¹⁹ O autor cita: Röpke, na *Gesellschaftskrisis*, que publicará, aliás, pouco tempo depois do colóquio Lippman, diz: “A liberdade de mercado necessita de uma política ativa e extremamente vigilante” (FOUCAULT, 2002, p.183, grifos nossos).

Entretanto, a produção do corpo social empresarial encontrará contribuições ainda em um outro ponto do desenvolvimento histórico do neoliberalismo contemporâneo, o *neoliberalismo americano*. E neste modelo de prática de governo, dois aspectos são centrais para compreender como se dá o controle político das populações na atualidade: A *teoria do capital humano* e o rejuvenescimento do *homo oeconomicus*, o empreendedor de si mesmo.

Um aspecto peculiar do neoliberalismo americano está no fato da própria formação do estado americano ter se constituído a partir de reivindicações de tipo liberal, algo análogo a situação da Alemanha em 1948, e por este motivo, a questão do liberalismo, foi um tema recorrente no debate e desenho das políticas públicas dos Estados Unidos. O liberalismo americano se conforma como toda *uma maneira de ser e pensar*, cuja marca estabelece um tipo de relação entre governantes e governados, cujas disputas giram em torno do *problema das liberdades*. Segundo Foucault: “É uma espécie de reivindicação global, multiforme, ambígua, com ancoragem à direita e à esquerda [...] uma espécie de foco utópico sempre reativado [...] também um método de pensamento, uma grade de análise econômica e sociológica”. (FOUCAULT, 2004, p.301).

Neste sentido, a *teoria do capital humano* vai caracterizar este viés do neoliberalismo como “modo de pensamento, do estilo de análise, da grade de decifração histórica e sociológica”, na medida em que ela representa a incursão da análise econômica num campo inexplorado, como uma possibilidade de reinterpretação estritamente econômica sobre um campo não-econômico. Segundo Foucault, há uma mutação epistemológica nas análises neoliberais, uma mudança no objeto, de campo de referência geral da análise econômica que vai ter como foco de sua análise da racionalidade interna, a programação estratégica dos indivíduos, a partir do estudo do trabalho “como conduta econômica, como conduta econômica praticada, aplicada, racionalizada, calculada por quem trabalha”. (FOUCAULT, 2004, p.307, grifos nossos).

A construção deste novo referencial se alicerça na reflexão sobre a renda, de onde irá se construir a noção de capital como “tudo o que pode ser de uma maneira ou de outra, uma fonte de renda futura”. E é a partir daí que vai se delimitar quis as características deste capital (fonte de renda) “como o conjunto de fatores físicos e psicológicos que tornam uma pessoa capaz de ganhar salário”, capital é o que o trabalho comporta: a competência e aptidão da *máquina*. Foucault explica que “a competência que forma um todo com o trabalhador é uma máquina, mais uma máquina entendida no sentido positivo, pois é uma máquina que vai produzir fluxos de

renda”. Há aqui uma inversão na lógica de força de trabalho vendida como mercadoria a um capital que seria investido numa empresa para uma concepção do capital-competência onde o trabalhador será considerado uma empresa de si mesmo (FOUCAULT, 2004, p.308-310).

Para o autor, o neoliberalismo americano faz um retorno ao “*homo oeconomicus*, que não será o parceiro da troca, mas o empresário, um empresário de si mesmo [...] sendo ele próprio seu capital, sendo para si mesmo seu produtor, sendo para si mesmo fonte de [sua] renda” (um produtor de sua própria satisfação). (FOUCAULT, 2004, p.310/311). E é partindo desta ideia que se chega à concepção de que a renda é atribuída a certo capital, chamado de *capital humano*, uma *competência-máquina*, que vai se formar a partir de elementos inatos e elementos adquiridos:

Um dos interesses atuais da aplicação da genética às populações humanas é possibilitar reconhecer os indivíduos de risco e o tipo de risco que os indivíduos correm ao longo de sua existência. [...] a partir do momento em que se pode estabelecer quais são os indivíduos de risco e quais são os riscos para que a união de indivíduos de risco produza um indivíduo que terá esta ou aquela característica quanto ao risco que será portador, pode-se perfeitamente imaginar o seguinte: que os bons equipamentos genéticos - isto é, os que poderão produzir indivíduos de baixo risco ou cujo grau de risco não será nocivo, nem para eles, nem para o seus, nem para a sociedade -, esses bons equipamentos genéticos vão se tornar certamente uma coisa rara, e na medida em que será uma coisa rara poderão perfeitamente [entrar], e será perfeitamente normal, que entrem, em circuitos ou em cálculos econômicos, isto é, em opções alternativas. [...] vocês vêm muito bem como o mecanismo de produção dos indivíduos, a produção dos filhos, pode se encaixar em toda uma problemática econômica e social a partir desse problema da raridade dos bons equipamentos genéticos. (FOUCAULT, 2004, p.313-316, grifos nossos).

Assim, Foucault abre toda uma problemática de análise para o campo da saúde quando articula economia e a produção de indivíduos no contexto de avanço do neoliberalismo e é com base fundamentalmente nesta teoria desenvolvida pelo autor que vamos olhar para nosso objeto de análise: As práticas discursivas sobre parto humanizado no documentário ativista. Para tanto, vamos tentar localizar a emergência deste discurso como um acontecimento e situar sua produção no interior do campo da saúde. Eis o nosso exercício seguinte.

2 HUMANIZAÇÃO DO PARTO: LIBERDADE, MA NON TROPPO

2.1 Parto, indústria e comunismo: Sem dor, sem medo

A liberdade é algo que se fabrica a cada instante.

MICHEL FOUCAULT

Emily Martin na sua obra *A mulher no corpo - Uma análise cultural da reprodução* descreve que a metáfora mecânica do corpo em trabalho de parto teve seu início nos hospitais franceses dos séculos XVII e XVIII onde se dizia que era “como se o ventre e o útero formassem uma bomba mecânica que em situações específicas era mais ou menos adequada para a expulsão do feto”. Para a autora, no desenvolvimento da obstetrícia ao longo do século XX, a metáfora do útero como máquina aparece justificada pelo amplo emprego de instrumentos mecânicos no parto (como o fórceps) assim como a introdução de todo um aparato tecnológico para a assistência em que “o corpo da mulher é a máquina e o médico, mecânico ou o técnico que a conserta”. Martin diz que durante as décadas de 1940, 1950 e 1960 o parto era encarado como um processamento de uma máquina, feito por máquinas e técnicos especializados e este fato a guiou no exame cuidadoso sobre “a possibilidade de analogias tiradas do âmbito da produção fabril estarem sendo aplicadas ao parto”. (MARTIN, 2006, p.105-107, grifos nossos).

Foi partindo deste *insight* que a autora analisa se o processo de assistência ao parto hospitalar está sendo tratado como uma forma de produção e se nesse contexto o médico funcionaria como um mecânico ou supervisor de fábrica e a mulher a trabalhadora, cuja ‘máquina’ (útero) produz o ‘produto’ (bebê). Para a autora, tais questões permitem compreender se há relações semelhantes de poder e controle nos dois âmbitos de “produção”. Nesse sentido, Martin extraiu uma série de metáforas do repertório discursivo médico sobre o trabalho de parto que sintetizam o cenário e os papéis que os principais atores (mulher-médico-bebê) ocupam na assistência hospitalar, cujas analogias desenhadas pela autora podem ser visualizadas no seguinte quadro:

Quadro nº1 - Modo de produção industrial do parto

ELEMENTOS ENVOLVIDOS	METÁFORAS MÉDICAS
Mulher	Trabalhadora da fábrica
Útero	Máquina de produzir bebês
Bebê	Produto
Hospital	Fábrica
Médico	Supervisor/chefe/gerente/técnico da fábrica
Trabalho de parto	Processo de produção fabril/produtividade
Assistência ao parto	Gerenciamento do ritmo de produção
Tecnologia no parto	Controle de qualidade e eficácia do produto/produção

Fonte: Martin, 2006.

Um aspecto central da análise desta autora é que é um ponto de partida estratégico para nossa pesquisa, diz respeito à pergunta que ela levanta sobre a situação das mulheres diante do contexto desta assistência. Martin (2006, p.219/220) irá perguntar “se as mulheres resistem a sua condição, assim como os trabalhadores freqüentemente já fizeram [...] Será que os esforços das mulheres para resistir a procedimentos que elas sentem como intrusão em sua autonomia assemelham-se aos esforços dos trabalhadores?” E assim, a autora mapeia as estratégias desenvolvidas pelas mulheres no parto tendo como parâmetro de sua análise as formas de luta e organização dos trabalhadores contra a exploração do capitalismo:

A literatura ativista sobre parto pode ser considerada (e, às vezes, se autodescreve assim) como guias de “autodefesa no hospital” e os métodos desenvolvidos pelas mulheres são surpreendentemente semelhantes àqueles que os operários já usaram no local de trabalho. Considere, em primeiro lugar, a solidariedade, a organização e o poder que podem ser obtidos por meio da formação de grupos. Os grupos da saúde da mulher que se dedicam a resistir à maneira como o parto é conduzido nos hospitais são muitos, além de serem bem organizados, desde a *Childbirth Education Association* (CEA) e a *National Association for Parents and Professionals for Safe Alternatives in Childbirth* (Napsac) até o C/SEC e o *Cesarian Prevention Movement*. Em seguida, considere os esforços dos trabalhadores

para parar e reduzir o ritmo da produção. [...] E, então existe o luditismo, os ataques dos operários às próprias máquinas. Muitas mulheres relatam ter simplesmente soltado, assim que a enfermeira ou médico saíram da sala de parto, os monitores fetais externos. [...] Por último existe a tática mais eficiente de todas, o equivalente a abrir o seu próprio negócio ou se tornar patrão de si mesmo: sequestrar os pés no hospital e ter o bebê em casa. Isto é o mais próximo que o movimento pelo parto consegue chegar de uma greve contra a indústria obstétrica: um paralelo mais preciso com a greve (recusar-se de todo a ter filhos) não foi necessário porque, enquanto os empresários são os donos dos meios de produção (máquinas, matérias-primas), restando aos trabalhadores, apenas remover sua força de trabalho, as mulheres detêm o controle dos meios de produção na forma de seu próprio corpo. Quando dão à luz em casa, elas são donas de toda a fábrica e podem controlar o empreendimento inteiro. (MARTIN, 2006, p.220-225, grifos nossos)

Para compreender a confusão ideológica que permeia a fundação das práticas discursivas de resistência ao parto hospitalar, assim como a grande virada na descrição do corpo feminino em trabalho de parto, vamos tentar aqui localizar alguns discursos que estavam presentes no seu aparecimento. Na literatura sobre parto, diversas autoras (DINIZ, 2005; LUZES, 2007; TORNQUIST, 2002) localizam a década de 1950 como o período qual surgiram as primeiras críticas no interior da obstetrícia às intervenções médicas sobre o corpo das mulheres no parto.

Segundo Tornquist (2002, p.485) o atual Movimento pela Humanização do Parto e Nascimento é um desdobramento do ideário que ficou conhecido como “parto sem dor” teorias desenvolvidas por dois obstetras europeus, o francês Fernand Lamaze e o inglês Grantly Dick-Read que tiveram como foco de sua preocupação como minimizar as dores do parto. Estes autores fundaram as bases do que viriam a ser conhecido hoje como educação para o parto, que embora sejam sempre confundidos como métodos semelhantes pela aproximação histórica do desenvolvimento das ideias, têm alguns pontos diferentes de abordagem.

No período entre guerras o obstetra inglês Grantley Dick-Read desenvolveu uma série de pesquisas no campo da analgesia em obstetrícia. A publicação que abriu o campo de discussão na assistência ao parto foi publicada em 1933 por ele no livro *Childbirth without Fear* (Parto sem medo) que 20 anos depois foi traduzido para o francês com o título: *Parto sem dor - Os princípios e a prática do parto natural*, tradução que gerou confusão entre o método Read e o método Lamaze que estava começando a se desenvolver na época (VELLAY et al., 1967, p.45).

Relata Salem (2007, p.56) que Dick Read foi o primeiro a relacionar as dores do parto com o estado emocional da mulher na experiência. Segundo a autora, os princípios de sua teoria resumem-se na “síndrome medo-tensão-dor”, segundo a qual a associação entre parição e sofrimento é atribuída a fatores socioculturais. Para lidar com as dores do parto o médico propõe

um trabalho de “preparação pré-natal” a partir de cursos ministrados por médicos nos quais as mulheres recebem informações sobre anatomia feminina e fisiologia da gravidez e do parto:

Essa educação - admitida como um processo de “ressugestionamento” e como forma de “fazer infiltrar a verdade no subconsciente (1979:46)” tem como resultado suposto a dissipação do medo. Além disso, como antídoto contra a tensão, Dick-Read (1979:35) propõe um treinamento físico centrado em técnicas de respiração e relaxamento. Assim reeducada, a mulher estaria em condições de interpretar as sensações providas do útero não mais como dor, e sim como “mero trabalho muscular”. No que diz respeito às fontes produtoras de “imagens mentais nefastas” da parição, o obstetra invoca desde os meios de comunicação até a equipe médica-hospitalar (SALEM, 2007, p.57, grifos nossos).

Odent (2003, p.72) relata que da década de 1950 em diante começou a surgir um número sem fim de associações²⁰ nos países industrializados, cada um com uma história e propósito específico, mas que compartilhavam do mesmo objetivo de criar alternativas ao parto industrializado:

O protótipo de uma associação grande e bem organizada é, sem dúvida, a *National Childbirth Trust* (NCT) no Reino Unido. Foi lançada em 1957 por mães que tinham sido altamente influenciadas pelo trabalho de Grantly Dick-Read [...] A idéia dominante na raiz do NTC era a de que existiam pouquíssimas informações disponíveis sobre a gravidez e o parto. [...] Hoje ela se apresenta como um centro de informações sobre gestação, parto e amamentação. A NTC promove a escolha informada, e não uma forma específica de dar à luz. Porém, o efeito é o de lembrar constantemente que há alternativas ao parto industrializado (ODENT, 2003, p.73, grifos nossos).

No site do ICEA - *The International Childbirth Education Association* há um relato de que a teoria de Dick-Read na década de 1940 era um *best-seller* internacional e neste período o médico foi convidado a ir aos Estados Unidos pela *Maternity Center Association*. A visita despertou interesse de pais e profissionais pelos conceitos de consciência e parto em cooperativa e em 1950 foi fundado o primeiro grupo de apoio *The Milwaukee Natural Childbirth Association*²¹. Odent (2003) relata um pouco mais sobre o surgimento da ICEA nos EUA:

A *International Childbirth Education Association* - ICEA (Associação Internacional de Educação para o Parto), baseada nos EUA, tem muitas semelhanças com o NCT: É uma organização guarda-chuva de consumidores e educadores sobre o parto, que promove a liberdade de escolha baseada no conhecimento de alternativas sobre o parto. Pode ser considerada verdadeiramente internacional, já que tem membros em 42 países. Nos EUA, a

²⁰ O autor cita ainda o surgimento destas diversas organizações que irão compor o movimento pelo parto natural mundial: *The Active Birth*; *Nascita Attiva*; *Naissance Active*; *Gesellschaft für Geburtsvorbereitung*; Rede internacional pela Consciência sobre Cesariana; Movimento para Prevenção de Cesáreas; *Informed Homebirth*; *New Nativity*; *American College of Home Obstetrics*; *Maternity Center Association*; *National Association of Childbearing Centers*; *American Foudation for Maternal and Child Health*; *Birthworks*; *The Australian Associates in Childbirth Education*; *Association for Improvement in Maternity Services*; *Il Marsúpio*; *Spiritual Midwifery*; *Associations of Radical Midwives*; *Midwifery Today* (ODENT, 2003, p.73-76).

²¹ História da organização *The International Childbirth Education Association* (ICEA). Disponível em: <<http://www.icea.org/content/history>>. Acesso em: 20/01/2014.

maioria dos grupos aborda o parto a partir de perspectivas específicas e tem objetivos básicos particulares. [...] tem uma especificidade que se expressa em termos de filosofia. (ODENT, 2003, p.74/75).

Há ainda outro autor que será pioneiro da produção do discurso de parto natural. Luzes (2007) menciona que em 1965 o obstetra norte-americano Robert Bradley escreveu um livro radical sobre nascimento baseado nas ideias de Dick-Read, *Husband-Coached Childbirth*. A ideia do autor seria os pais ajudarem suas esposas de modo que elas não precisassem de drogas analgésicas. A autora relata ainda que uma enfermeira, Rhonda Hartman, ajudou Bradley²² a fundar a *American Academy of Husband Coached Childbirth* que ofereceu em 1970 a primeira turma de treinamento que acabou conquistando baixa taxa de cesárea e medicação para o parto (LUZES, 2007, p. 467).

Enquanto os EUA acolheram as teorias de Dick-Read de *parto sem medo* no período entre guerras, na União Soviética vão se desenvolvendo as primeiras bases para o *parto sem dor*. Vellay et al. (1967, p.29) descreve que as primeiras pesquisas sobre *parto sem dor* foram baseadas na hipnose e que o método se desenvolveu na Rússia, onde em 1902 foi realizada uma experiência de hipnose com 28 mulheres, das quais 20 deram à luz sem dor. Com base neste experimento e no trabalho de Pavlov, o médico Platonov com colaboração de Velvoski estudaram em 1920 a aplicação da sugestão e da hipnose na cirurgia, obstetrícia, ginecologia e estomatologia. Em 1938, prossegue o autor:

Skrobanski, ao encarecer a importância da sugestão, afirmou que se deveria empregá-la nas clínicas pré-natais, independente da sugestão usada durante o parto. “A mulher preparada para a analgesia e que tem confiança” - escreveu ele - “submete-se facilmente a qualquer método, enquanto que a mulher convencida da impossibilidade da ausência das dores sentirá dor, seja qual for o método”. Entretanto, escrevia Nicolaiev: “Deve aplicar-se em grande escala a técnica analgésica em obstetrícia”. O método deve reformar a mente da mulher que se criou com a ideia de que a dor é inevitável e inalterável.” (VELLAY et al., 1967, p.29, grifos nossos).

²² Encontramos num site de uma instrutora do método Bradley, uma lista de metas que são perseguidas pelo método e que achamos relevante compartilhar: “The Bradley Method wants you and your baby to have the best, safest, and most rewarding birth experience possible. For that reason we endorse and teach the following ideals in class: Natural Childbirth; Active participation of the husband as coach; Excellent nutrition the foundation of a healthy pregnancy; Avoidance of drugs during pregnancy, birth, and breastfeeding unless absolutely necessary; Training: “Early-birth” classes followed by weekly classes starting in the 6th month, continuing until birth; Relaxation and NATURAL breathing; “Tuning-in” to your own body; Immediate and continuous contact with your new baby; Breastfeeding, beginning at birth; Consumerism and positive communications; Parents taking responsibility for the safety of the birth place, procedures, attendants, and emergency back-up; Parents prepared for unexpected situations such as emergency childbirth, and cesarean section”. Disponível em: <<http://www.bestnaturalbirth.com/goals-of-bradley-method.htm>>. Acesso em: 16/06/2014.

Um elemento que acredito ser novo na compreensão da mecânica do parto em contraposição à concepção do útero-máquina²³ do século XVII, vai ser proferido na Rússia comunista em 1949 na Conferência de Karkov. Vellay menciona que Nicolaiev e Platonov ao defender as ideias de Velvoski declara que “a dor no parto, sua manifestação, caráter e intensidade dependiam do sistema nervoso e da relação entre o córtex e o subcórtex da parturiente”. Dois anos depois, em 1951, numa conferência organizada pela Academia de Medicina e pelo Ministro da saúde pública, Velvoski, Pavlov, Nicolaiev e colegas descrevem o método psicoprofilático que em julho do mesmo ano tem decretado pelo governo russo sua ampla aplicação no país. (VELLAY et al., 1967, p.30, grifos nossos).

Enquanto na Rússia vai se desenvolvendo uma teoria que vai plantar as bases da desmedicalização do parto, leia-se, a supressão do uso de medicações no parto, a França vai passar por um forte processo de medicalização e institucionalização do parto²⁴. Thébaud (2002, p.416/417) conta que na França no período entre guerras, em função do conflito, o país assistiu a uma catástrofe demográfica que aprofundou a queda da taxa de natalidade, que já vinha caindo da metade do século XIX. Neste contexto, o poder público começou a apoiar campanhas pró-natalistas a partir da adoção de uma série de medidas de repressão e de estímulo à maternidade (‘É preciso fazer nascer’). A autora identifica o surgimento neste mesmo período de uma corrente mais eclética, que ela qualificou de *realista*, formada por políticos, filantropos, higienistas, médicos e médicos-parteiros que estavam preocupados com a preservação da criança concebida e nascida, com a diminuição dos abortos e mortalidade infantil, preocupada em “salvar a raça”.

Até 1931, prossegue a autora, o parto domiciliar ultrapassava a taxa de 80% na França e durante esta década, há “um grande movimento das parturientes na direção dos hospitais”; em

²³ “A definição iluminista da mulher baseia-se no determinismo biológico, na centralidade no útero [...] A centralidade no útero é comprovada pelas imagens que ilustram os livros de obstetrícia, nos quais o corpo materno aparece apenas como detalhes do útero grávido” (MARTINS apud MAIA, 2010, p.30).

²⁴ Alguns dados comparativos da época nos situam no desenvolvimento destas transformações, por exemplo, na América latina. Mott apud Luzes (2007, p.464) conta que “até a década de 1950 no Brasil as parteiras leigas ainda eram dominantes no atendimento ao parto, disponível para a grande maioria das mulheres. Entretanto, grande parte não podia contar com esta ajuda por causa da falta de transporte e recursos e assim, muitas davam à luz sozinha ou com ajuda dos maridos”. Silva e Ferreira (2011, p.96) relatam que “no período de 1940 a 1960 a educação sanitária no âmbito da assistência materna-infantil se tornou uma prioridade de atenção do Serviço Especial de Saúde Pública. Neste período vai acontecer um conjunto de ações de treinamento e controle de parteiras e curiosas sendo confiado aos programas de higiene pré-natal e da criança do Sesp”. No Chile, segundo Campos e Catalán (2011, p. 132; 135; 137) em 1952 é criado o Serviço Nacional de Saúde (SNS) onde vai ser desenvolvido um Programa Materno Infantil que é voltado ao enfrentamento das altas taxas de mortalidade infantil e materna no país, que ameaçavam o projeto de crescimento demográfico e industrialização a partir de um conjunto de políticas orientados pelos princípios da medicina social.

1962 somente 15% dos partos eram domiciliares. A autora constata que a França está à frente do movimento de medicalização do parto que entre 1920 e 1939 quando dobrou o número de partos em maternidade até atingir 68%, enquanto que o parto domiciliar no país recua de 42% para 8%. Entretanto, a autora observa que no período não havia entre os profissionais de saúde um consenso sobre o local ideal do parto e três práticas, domiciliar, hospitalar, e partos atendidos numa pequena casa de parto mantida por parteira, coexistiram sendo tanto defendidas ou combatidas pelos grupos existentes. Havia também, uma forte adesão à ideologia familiar e pró-natalista, sendo argumentos da época, os riscos para o lar de um parto fora de casa, ‘a contaminação moral da promiscuidade’, “o medo dos médicos de se tornarem funcionários dos hospitais e o medo das parteiras pela perda da autonomia e clientela” (THÉBAUD, 2002, p.418-420, grifos nossos).

Neste contexto, Tornquist e Spinelli (2009, p.2/3) relatam que o médico Fernand Lamaze responsável pela introdução das experiências médicas de parto da União Soviética na França era crítico à política natalista oficial na França e mantinha uma forte relação com a Resistência Francesa e o movimento controlista na época. As autoras relatam que Lamaze era diretor *da Maternité de Bluets* em Paris que era sustentada pelo Sindicato dos Metalúrgicos de Paris e pela Central Geral de Trabalhadores, organizações orientadas fortemente pelos comunistas.

Segundo as autoras, em 1951, Lamaze, integrando uma equipe de cientistas europeus, visitou a União Soviética e entrou em contato com os métodos utilizados no parto baseados na teoria comportamentalista de Ivan Pavlov. As autoras relatam que a vinculação do método de *parto sem dor* ao mundo comunista provocou fortes reações de setores hegemônicos católicos e do campo biomédico da época na França e que o Partido Comunista Francês criou um projeto de lei para garantir o acesso de todas as mulheres no país ao método, contribuindo assim para uma forte politização²⁵ da técnica. Mas em que consistia a proposta do parto sem dor, as autoras compartilham:

Era romper com condicionamento das mulheres, sobretudo as de orientação católica, acerca da suposta vocação das mulheres para o sofrimento: o medo das dores do parto, inculcado desde séculos, teria criado um reflexo condicionado de contrações, geradoras de sofrimento. Para mudar este reflexo condicionado, seria necessário recorrer aos

²⁵ A forte politização do *parto sem dor* teve forte resistência, por exemplo, para sua entrada na Argentina. Felitti (2011, p.123) conta que em 1955, “el derrocamiento de Juan Domingo Perón por parte de la autoproclamada ‘revolución libertadora’ (1955-1958) inauguró una nueva etapa en la historia argentina, que se caracterizó por una permanente inestabilidad política y recurrentes crisis económicas. En este clima, en 1956, Anatolio Nikolaiev fue invitado a participar de un congreso de ginecología y obstetricia que abordaría el tema de la psicoprofilaxis. En Ezeiza, no lo dejaron entrar al país. El gobierno militar consideró peligrosa esta presencia comunista”.

conhecimentos sobre fisiologia e exercícios de descontração muscular se pode criar reflexos condicionados inversos e suprimir a dor sem anestesia, desde que seja guiada por um médico e uma enfermeira ao longo do processo (TORNQUIST; SPINELLI, 2009, p.4, grifos nossos).

Vellay et al. (1967, p.32) traz detalhes mais esmiuçados sobre o método que consideramos importante compartilhar. O autor conta que o parto sem dor ou *psicoprofilaxia* é uma analgesia por meio da palavra onde os instrutores tentam equilibrar o cérebro (córtex) da mulher criando durante a gestação uma “cadeia complexa de reflexos condicionados” que serão utilizados no parto:

As mulheres perdem a atitude passiva, que a maioria adota em relação ao nascimento. Sabem o que vai acontecer e aprendem a adaptar-se e a controlar as mudanças que ocorrem no seu organismo durante o trabalho de parto. Tal qual maquinistas peritos em máquinas perfeitas, controlam, dirigem e regulam seus corpos.[...] Não é um método fácil para a mulher, a monitora ou o médico. É preciso um esforço coletivo, mas tal esforço enriquece todos os participantes. O resultado é “dar à luz” nas melhores condições, tanto para a mãe como para a criança (VELLAY et al., 1967, p.32/33, grifos nossos).

Os autores contam que a França foi o segundo país do mundo a acolher as teorias do *parto sem dor* em terceiro lugar, veio a China e daí elas se difundiram para mais de quarenta e quatro países. Em 1960 surge em Nova York nos EUA, a primeira organização que criou classes de ensino das ideias de Lamaze, a *American Society for Psychoprophylaxis in Obstetrics* (Sociedade Americana de Psicoprofilaxia em Obstetrícia) conhecida por ASPO (da sigla em inglês) ou Lamaze. A criação destas bases teóricas irá dar início a uma mútua influência entre os métodos que vão redundar mais tarde em novas escolas de parto natural que serão desenvolvidas inclusive por mulheres, como o método Gamer, o método Kitzinger, o Parto Ativo de Janet Balaskas entre outros. Segundo Diniz, houve uma forte colaboração do movimento feminista na produção dos discursos e vertentes de parto natural no Brasil:

O feminismo, em suas muitas versões, tem um papel central, desde o movimento de usuárias pela Reforma no Parto, nos EUA na década de 1950, e nas décadas de 1960 e 1970, com a criação dos centros de saúde feministas e os Coletivos de Saúde das Mulheres (BWHBC, 1998). Posteriormente, as feministas redescrevem a assistência a partir dos conceitos de direitos reprodutivos e sexuais como direitos humanos (CLADEM, 1998, RNFSDR, 2002), e propõem uma assistência baseada em direitos (WHO, 2005). Foram muito influentes a abordagem psicosssexual do parto de Sheila Kitzinger (1985), a redescritção da fisiologia do parto de Michel Odent (2000), e a proposta de parto ativo de Janet Balaskas (1996), entre outros autores. As vertentes amigas da mulher (*womanfriendly*) e centradas na mulher (*woman-centered*) são propostas principalmente para organização de serviços (CIMS, 2005). Mais recentemente, surge uma abordagem do parto como experiência genital e erótica, com desdobramentos inéditos na assistência (Vinaver, 2001). (DINIZ, 2005, p.629)

Em síntese, o que aparece no discurso destas novas teorias/filosofias de nascimento que vão surgir na França, Rússia e Estados Unidos e que gostaríamos de sublinhar como acontecimento é a descrição do parto sendo um processo emocional/mental, no qual a dinâmica não é descrita em termos de uma *mecânica do útero*, mas de uma disposição ou condição *mental/emocional* que vai deslocar o fenômeno do útero para o *cérebro*. A nova tecnologia do parto vai centrar-se no desenvolvimento de métodos, escolas, pedagogias, de informações, conhecimentos, disciplinas, normas e posteriormente em pesquisas com intensa produção científica para desenvolver, aprimorar e incorporar um novo modelo de atenção.

O que estes médicos parecem introduzir é um novo *modo de desenvolvimento* no processo de reprodução no qual a experiência *sem dor e sem medo* no parto vai estar condicionada à formação, informação e treinamento corporal das mulheres. Muito embora já exista neste discurso médico algumas nuances de autonomia da mulher nas expressões de *postura ativa* permitida pela *não medicação* e ainda pela estreita colaboração e desenvolvimento de um movimento de mulheres inspirados por estas teorias, observamos que o parto natural se constrói sobre bases altamente *intervencionistas*, dirigidas por médicos e instrutores e acredito que é por causa deste aspecto que alguns setores ativistas não reconhecem o *parto sem dor* como um modelo respeitoso/ humanizado.

Entretanto, como veremos na análise dos filmes, a humanização está longe de negar suas bases históricas, pois os métodos de condicionamento e treinamento irão ocupar um lugar central na própria conformação da resistência das mulheres ao modelo “tecnocrático” de assistência e neste sentido a questão formulada por Martin (2006) sobre a postura das mulheres ainda necessita de mais elementos que nos permitam compreender como o discurso de *não intervenção e liberdade* no parto se tornaram um princípio chave da luta das mulheres pela humanização do parto hoje. *O que aconteceu para que médicos e mulheres falassem de liberdade e não intervenção no corpo? Que condições permitiram o aparecimento deste discurso na luta das mulheres?* Estas são as questões que vamos tentar localizar e descrever nos próximos tópicos.

2.2 Informacionalismo, grande saúde e a “economia do trabalho caseiro”

Perry Anderson num artigo chamado *Balanço do Neoliberalismo* conta que o neoliberalismo nasceu logo depois da II Guerra Mundial como uma reação teórica e política ao Estado intervencionista e de bem-estar. Em 1947, quando as bases do Estado de bem-estar na Europa efetivamente se construíram, Friedrich Hayek convoca adversários firmes dos estados de bem-estar europeu, assim como inimigos do *New Deal* norte-americano para uma reunião na Suíça, em Mont Pèlerin, com o objetivo de combater o keynesianismo e o novo igualitarismo que destruía a liberdade dos cidadãos e a vitalidade da concorrência do qual dependia a prosperidade de todos (ANDERSON, 1996, p.9-11).

Para Therborn (1996) o neoliberalismo é “uma superestrutura ideológica e política que acompanha uma transformação histórica do capitalismo moderno”. Segundo o autor estas mudanças estão atreladas a dois outros elementos importantes: um, que é a queda do “socialismo real” e outro, uma virada no desenvolvimento das *forças produtivas* que serão orientadas para uma direção de caráter mais privado, expresso numa nova relação entre Estados e empresas (THERBORN, 1996, p. 39/40).

Para o autor, as mudanças no desenvolvimento institucional do capitalismo se deram a partir do rearranjo econômico entre três instituições estratégicas: Estados, empresas e mercado, cada qual detendo um tipo de poder específico - Estado (poder político), Empresas (poder de mando e negociação) e mercado (poder da competição, poder competitivo):

Se analisarmos a história recente do capitalismo mundial, observaremos que cinco ou seis décadas atrás, tínhamos empresas relativamente fortes e Estados e mercados relativamente pequenos [...] Depois da segunda guerra mundial, produziram-se duas tendências importantes. Por um lado, começaram a se estender os mercados, especialmente o mercado mundial de mercadorias [...] Por outro lado, o pós-guerra foi também o período de crescimento do Estado na Europa ocidental e no restante do mundo. Na Europa ocidental e na América do Norte, isso se tornou manifesto com a difusão dos Estados de bem-estar [...] durante este período houve um grande crescimento do Estado sob a fórmula do “socialismo real”, no Japão, na Ásia oriental e, também, na América latina onde se desenvolveu a industrialização com uma importante intervenção estatal (THERBORN, 1996, p.42/43).

Para o autor, a virada no desenvolvimento do capitalismo ocorreu por volta dos anos 70, e especificamente nos anos 80, cujos aspectos centram-se na transformação das relações entre mercados e empresas, e consequentemente nas relações entre Estados e mercados. Segundo Therborn, este período foi marcado por um processo de desindustrialização relativa, provocado pela introdução de novas modalidades de produção e incorporação de tecnologias flexíveis que

possibilitaram modificar a dinâmica macroeconômica do capitalismo avançado e as relações de força entre empresas individuais e poder de mercado: “Os serviços privados começaram a se produzir em empresas menores e, sobretudo, em unidades produtivas muito mais dependentes do mercado e da demanda dos clientes” (THERBORN, 1996, p.44).

Esta forte expansão do mercado, e cabe frisar, mercado financeiro explica o autor, são de uma importância enorme por três razões: (1) Mercados financeiros são muito competitivos; (2) Tem impacto considerável na mudança profunda das relações entre mercados e empresas e (3) Estes mercados podem gerar muito mais capital que o próprio Estado e esta é uma força objetiva que estimula as privatizações e existem motivos políticos e ideológicos para isso (THERBORN, 1996, p.45). O autor identifica que o processo de *desindustrialização* e o surgimento de *novas formas de produção*, com o desenvolvimento da *economia de serviços* e novas formas de *gerenciamento empresarial* mudou drasticamente a situação da Europa oriental.

Castells (1999, p.67) observa neste período a emergência do *informacionalismo* como uma nova etapa no modo de desenvolvimento do capitalismo que atrelado à revolução da tecnologia da informação, desde os anos 90, promoveu um diálogo entre *biologia, eletrônica e informática* em suas aplicações materiais, mais, sobretudo no campo conceitual. Para o autor, um aspecto crucial destas mudanças na revolução da tecnologia não é a centralidade de conhecimentos e informação, mas a aplicação destes campos “para a geração de conhecimentos e de dispositivos de processamento, comunicação da informação, em um ciclo de realimentação cumulativo entre inovação e seu uso”. Assim é esperado que tais mudanças irão demandar a criação de *novas forças produtivas* que possam responder de forma decisiva as necessidades do modelo:

Pela primeira vez na história, a mente humana, é uma força direta de produção, não apenas um elemento decisivo no sistema produtivo [...] Assim, computadores, sistema de comunicação, decodificação e programação genética são todos amplificadores e extensões da mente humana. O que pensamos e como pensamos é expresso em bens, serviços, produção material e intelectual [...] a integração crescente entre mentes e máquinas, inclusive a máquina de DNA está anulando o que Bruce Mazlish chama de ‘a quarta descontinuidade’ (aquela entre humanos e máquinas), alterando fundamentalmente o modo pelo qual nascemos, vivemos, aprendemos, trabalhamos, produzimos, consumimos, sonhamos, lutamos ou morremos (CASTELLS, 1999, p. 69, grifos nossos).

Para Sfez (1996, p.238) a teoria da informação e comunicação unifica o todo e se encontra na base das teorias atuais da genética como da ecologia. Para o autor, os computadores mesmo não sendo vivos, ao trabalharem com universos de informação, com populações e moléculas

informacionais engajados numa bioquímica informacional, vai colaborar com a criação de novos paradigmas para redesenhar modelos de mundo. Neste sentido:

Será de importância fundamental instituir parapeitos, lançar as bases de uma ética da imageria (*imagerie*), de objetivar os pontos de vista... Quanto mais estivermos imersos na imagem, mais será preciso aprender a guardar distância em relação a esta imagem, e evitar deixar-se absorver pela pseudo-evidência dos sentidos [...] Acaba-se por levando os simulacros a sério, e mais grave ainda, acaba-se por considerar o real uma extensão dos mundos virtuais. [...] É nossa relação com o corpo que é pervertida, pela transformação de nossas percepções no tempo e no espaço. (SFEZ, 1996, p.277)

Segundo Sfez esta subversão do real e do virtual se dá num contexto no qual emerge o que ele chamou de uma *segunda utopia da modernidade*: “Fazer o homem a nossa imagem, como o homem é a de Deus, graças à ciência, indiscutível, transparente, luminosa como o gládio sagrado”. O autor relata esta utopia do homem que “nasceria em grande saúde, graças à prescrição de quem retiraria toda a doença hereditária antes mesmo dele ter nascido, o super-homem que estaria isento de doenças e aflições”, como uma “espécie de embreagem de uma ciência mediatizada por desejos particulares de quem dispõe de dinheiro para pagar uma descendência perfeita” (SFEZ, 1996, p.14; 21; 22; 28). Para o autor, o aparecimento do homem perfeito está ligado ao holismo, cuja “fantasmagoria” estaria intimamente ligada ao elogio do homem norte-americano, como modelo de empresário universal. Diz o autor:

É a empresa América que deve dar ao mundo suas verdades últimas. O homem visado pela América é sempre o da utopia tecnológica [...] O super-homem é a peça central do conjunto. O super-homem como ideologia está destinado a substituir o eugenismo [...] Como o eugenismo o super-homem quer a melhoria da raça e mesmo sua purificação. Mas o super-homem quer crescer em saúde física e mental [...] quer fazer história pela ciência, pela saúde, pela terapia [...] Sua medicina quer ser “preditiva” (SFEZ, 1996, p. 319/320).

Sobre este aspecto, o autor coloca que com o avanço da *utopia da grande saúde* métodos de prevenção começarão a se desenvolver de forma generalizada estabelecendo uma relação totalitária com a medicina que se transformará em terapia preditiva extremamente cara, colocando a medicina numa tensão entre suas capacidades tecnológicas e seu custo. Segundo Sfez: “É difícil ver como uma parte importante da gestão da saúde não será alojada na esfera privada. Só alguns poderão pagar esta saúde [...] Grande Saúde, ou voz da purificação geral, será tanto mais avançada quanto mais camuflar a sociedade dividida em si mesma” (SFEZ, 1996, p.369/370).

Para Haraway (2009) “a situação real das mulheres é definida por sua integração/exploração em um sistema mundial de produção/reprodução e comunicação” que a

autora denominou de “*informática da dominação*”. A autora visualiza a fusão cada vez mais crescente entre as ciências da comunicação e biologias modernas, que segundo ela, são construídas por uma operação comum, a tradução do mundo “em termos de um problema de codificação, isto é, a busca de uma linguagem comum na qual toda a resistência ao controle instrumental desaparece e toda a heterogeneidade pode ser submetida à desmontagem, à remontagem, ao investimento e à troca” (HARAWAY, 2009, p.63/64).

Haraway (2009, p.64) observando esta convergência entre as tecnologias de comunicação e biotecnologias concluiu que elas se tornaram ferramentas cruciais no processo de remodelação do corpo feminino a nível global, sobretudo, pela imposição de novas formas de sociabilidade para as mulheres, cabendo às tecnologias e discursos científicos, apenas formalizar estas instâncias de dominação e controle, e tal aspecto tem causado um profundo impacto sobre as formas de resistências, que neste contexto, a autora acredita ser absolutamente necessária. A autora mapeia todos os mecanismos atuais, que sustentam as novas concepções, técnicas/tecnologias que irão alicerçar os novos modos de reprodução humana, como questões que lançam novos desafios para a reflexão teórica feminista e para a luta política das mulheres:

Por exemplo, as estratégias de controle aplicadas às capacidades das mulheres para dar à luz a novos seres humanos serão desenvolvidas em uma linguagem que se expressará em termos de controle populacional e de maximização da realização de objetivos, concebendo-se esses últimos como um processo individual de tomada de decisão. As estratégias de controle serão formuladas em termos de taxas, custos de restrição, graus de liberdade. Os seres humanos, da mesma forma que qualquer outro componente ou subsistema, deverão ser situados em uma arquitetura de sistema cujos modos de operação básicos serão probabilísticos, estatísticos (HARAWAY, 2009, p.62, grifos nossos).

Assim, para expressar as dicotomias envolvidas neste processo de mudança do capitalismo industrial para as redes da “*informática da dominação*” a autora desenhou um quadro orientado por princípios do feminismo socialista que consideramos extremamente útil para nossa análise do discurso do parto humanizado. No quadro abaixo, vamos elencar as dicotomias mais relevantes para nossa análise:

Quadro nº 2 - Informática da dominação

<i>Organismo</i>	<i>Componente biótico</i>
<i>Biologia como prática clínica</i>	<i>Biologia como inscrição</i>
<i>Fisiologia</i>	<i>Engenharia da comunicação</i>
<i>Perfeição</i>	<i>Otimização</i>
<i>Eugenia</i>	<i>Controle populacional</i>
<i>Higiene</i>	<i>Administração do estresse</i>
<i>Reprodução</i>	<i>Replicação</i>
<i>Especialização do papel social com base no sexo orgânico</i>	<i>Estratégias genéticas otimizadas</i>
<i>Cadeia racial de ser</i>	<i>Neo-imperialismo/ Humanismo das Nações Unidas</i>
<i>Administração científica na casa/fábrica</i>	<i>Fábrica global/ Trabalho feito em casa por meio das tecnologias eletrônicas</i>
<i>Família/Mercado/Fábrica</i>	<i>Mulheres no circuito integrado</i>
<i>Público/privado</i>	<i>Cidadania do tipo “ciborgue”</i>
<i>Natureza/cultura</i>	<i>Campos de diferença</i>
<i>Cooperação</i>	<i>Reforço na comunicação</i>
<i>Sexo</i>	<i>Engenharia genética</i>
<i>Trabalho</i>	<i>Robótica</i>
<i>Mente</i>	<i>Inteligência artificial</i>
PATRIARCADO CAPITALISTA BRANCO	INFORMÁTICA DA DOMINAÇÃO

Fonte: Haraway, 2009.

Estes elementos sugerem novas metáforas sobre o modo de produção de indivíduos/classe trabalhadora do capitalismo informacional e não só, mas também apontam para a complexa relação que será estabelecida entre corpo, estado, economia e medicina ao demonstrar a readequação destas relações para os processos ligados à lógica/linguagem da informação. Haraway cita Richard Gordon (2009, p.69) para definir esta nova situação econômica, como a “economia do trabalho caseiro”, no qual novas sexualidades, etnicidades e questões reprodutivas aparecem imbricadas:

Gordon quer nomear, com a expressão “economia do trabalho caseiro”, uma reestruturação do trabalho que, de forma geral, tem as características anteriormente atribuídas a trabalhos femininos, trabalhos que são feitos estritamente por mulheres [...] o conceito quer indicar que a fábrica, a casa e o mercado estão integrados em uma nova escala e que os lugares das mulheres são cruciais - e precisam ser analisados pelas diferenças existentes entre as mulheres e pelos significados das relações existentes entre homens e mulheres, em várias situações (HARAWAY, 2009, p.69, grifos nossos).

Haraway argumenta que existe uma relação dialética entre as fases do capitalismo e formas específicas de famílias, sendo a família da economia do trabalho caseiro caracterizada “por sua contraditória estrutura de casas chefiadas por mulheres, pela explosão dos feminismos e pela paradoxal intensificação e erosão do próprio gênero”. Segundo a autora: Casa, Mercado, Local de Trabalho Assalariado, Estado, Escola, Hospital-Clinica e Igreja são localizações sociais que compõe uma rede onde não há lugar para a mulher que não seja apenas o de uma geometria da diferença e da contradição (HARAWAY, 2009, p.71/72; 76/77, grifos nossos).

Assim, a emergência do neoliberalismo, as mudanças no interior do modo de desenvolvimento do capitalismo e a emergência de uma nova organização econômica que vai fazer um retorno para a casa são os primeiros elementos que encontramos presente no contexto em que vão emergir o discurso de liberdade de escolha e a defesa do parto humanizado atual, especialmente no âmbito do movimento de mulheres. Sobre esta questão, há ainda um elemento de contexto que merece ser mencionado, muito embora, escape aos limites da nossa análise e aprofundamento aqui, mas que necessita ser localizado: A virada nas lutas sociais para políticas de reconhecimento, uma transformação que vai caracterizar, segundo Fraser (2007, p.296), a segunda fase do feminismo que irá enfatizar a necessidade de “reconhecer as diferenças”.

Nancy Fraser no artigo *Mapeando a imaginação feminista: da redistribuição ao reconhecimento e à representação* relata que o reconhecimento²⁶ como categoria hegeliana irá ser resgatada por cientistas políticos, e esta noção vai caracterizar o caráter diferencial das lutas pós-socialistas que tomaram uma forma de uma política de identidade visando mais a valorização da diferença do que a promoção da igualdade. Segundo a autora:

Quer o problema fosse a violência contra a mulher, quer a disparidade de gêneros na representação política, feministas recorreram à gramática do reconhecimento para expressar suas reivindicações. Incapazes de obter progresso contra as injustiças da política econômica, preferiram voltar-se para os males resultantes dos padrões antropocêntricos de valor cultural ou hierarquias. [...] O projeto de transformação cultural foi parte integrante de todas as fases do feminismo, incluindo a fase dos novos movimentos sociais. O que diferencia a fase da política de identidade é a relativa autonomização do projeto cultural - seu apartamento do projeto de transformação político-econômica e de justiça distributiva (FRASER, 2007, p.296).

Para a autora, a nova orientação do movimento feminista voltada para as questões do reconhecimento que antes já estavam presentes na ordem do status da sociedade capitalista, capturou de uma forma tão completa a imaginação feminista que para a autora serviu mais para deslocar que aprofundar a imaginação socialista. Fraser diz que: “No contexto do fin-de-siècle a virada em direção ao reconhecimento acomodou-se confortavelmente ao neoliberalismo hegemônico que nada mais queria do que reprimir a memória do igualitarismo social”. Num momento em que as teorias tendem a permanecer no campo do reconhecimento, o movimento ficou sem defesas contra as lógicas do livre-mercado que se tornaram hegemônicas uma circunstância que na realidade requeria uma atenção redobrada das políticas de redistribuição (FRASER, 2007, p.297).

Assim, as reflexões de Fraser sugerem uma nova direção teórica no movimento de mulheres que vai colaborar para uma abertura de campo, de penetração e/ou aliança à própria lógica do mercado. Entretanto, há mais outros fatores que precisamos relatar sobre este mesmo cenário. A entrada de um organismo financeiro na produção e controle do discurso global de saúde: O Banco Mundial. A descrição deste fato vai nos possibilitar uma maior clareza sobre o acontecimento do *parto humanizado*.

²⁶ Segundo Fraser: “A luta pelo reconhecimento tornou-se rapidamente a forma paradigmática de conflito político no fim do século XX. Demandas por “reconhecimento das diferenças” alimentam a luta de grupos mobilizados sob as bandeiras da nacionalidade, etnicidade, raça, gênero e sexualidade. Nesses conflitos “pós-socialistas”, identidades grupais substituem interesses de classe como principal incentivo para a mobilização política. Dominação cultural suplanta a exploração como a injustiça fundamental. E reconhecimento cultural desloca a redistribuição socioeconômica como o remédio para injustiças e o objetivo da luta política” (FRASER, 2001, p.245).

2.3 A emergência do discurso de liberdade e não intervenção no parto

C. Wright Mills na sua obra *Sobre o artesanato intelectual e outros ensaios* diz que: “Muitas vezes você obtém os melhores *insights* ao considerar extremos - pensando no oposto daquilo que o interessa diretamente. Se você pensa sobre desespero, pense também sobre entusiasmo; se estuda os avaros, estude também os perdulários” (MILLS, 2009, p.44). Com base nesta orientação do autor sobre o artesanato intelectual, vamos apresentar aqui o que Foucault chama de *regularidades discursivas*²⁷ que nos ajudarão a sintetizar as regras que sustentam a emergência do *discurso de liberdade e não intervenção* a partir do seu extremo oposto: A medicalização e institucionalização do parto. Para tanto, vamos eventualmente revisitar nosso arquivo e identificar algumas regras, rupturas, continuidades históricas no acontecimento dessas novas práticas e técnicas de nascimento.

Correia (2005, p.83) relata que a crise econômica do pós-guerra e a reestruturação produtiva do capitalismo (financeirização da economia) têm como agentes estratégicos no interior do sistema, os organismos financeiros internacionais como o FMI - Fundo Monetário Internacional, Banco Mundial - BM e Organização Mundial do Comércio – OMC. Tais organismos representando os interesses dos Estados mais poderosos do mundo pressionam os demais estados nacionais para que adotem políticas de liberalização, desregulamentação e privatização, através da imposição de reformas políticas, econômicas e sócio-culturais que vão ter forte implicação na soberania dos Estados-nação.

Rizzotto (2000, p.115) descreve que o setor de saúde, começa a aparecer como uma área de interesse para o Banco Mundial em 1969 e seu discurso voltava-se para a questão do combate à pobreza e a satisfação das necessidades humanas básicas²⁸, focada especialmente em aspectos relativos ao controle demográfico. Data deste ano a criação do Departamento de Projetos Demográficos que tem como objetivo o controle do nascimento de pobres como “estratégia para a promoção do crescimento econômico dos países em desenvolvimento”, de forma que isto

²⁷ Foucault diz que: “Não associamos as constantes do discurso às estruturas ideais do conceito, mas descrevemos a rede conceitual a partir das regularidades intrínsecas do discurso [...] a organização de um conjunto de regras, na prática do discurso, mesmo se ela não constitui um acontecimento tão fácil de ser situado quanto uma formulação ou uma descoberta, pode, no entanto, ser determinada no elemento da história” (FOUCAULT, 1995, p.69).

²⁸ Segundo Rizzotto (2000) a promoção da saúde deve ser feita apenas dentro de certos limites, a morte não deveria ser evitada a qualquer custo: “La pobreza, la mala salud, la fecundidad y mortalidad elevadas, el fatalismo y unas perspectivas a corto plazo pueden dar lugar a un cierto equilibrio social, si bien de bajo nivel” (BANCO MUNDIAL apud RIZZOTTO, 2000, p.125).

resultaria na diminuição das necessidades de investimentos em áreas sociais e a realocação de recursos para áreas produtivas.

Correia (2007, p.1) descreve que o primeiro documento produzido pelo Banco Mundial sobre saúde foi publicado em 1975, intitulado *Salud: documento de política sectorial* que já anuncia as primeiras diretrizes para reforma das políticas de saúde aos países que forem subsidiados pelo organismo como “a quebra da universalidade do atendimento à saúde, a priorização da atenção básica, a utilização da mão-de-obra desqualificada para os procedimentos de atenção à saúde e simplificação dos mesmos, a seletividade e focalização da atenção aos mais pobres”.

Um aspecto que Rizzotto (2000, p.118/119) vai identificar neste relatório é que naquela época os dirigentes do Banco Mundial tinham clareza de que se comesse a financiar projetos específicos de saúde eles acreditavam que poderiam influenciar a área e isso poderia ocorrer através da associação com a OMS - Organização Mundial de Saúde. Eles partiam do pressuposto que suas condições em termos de análise econômica eram mais qualificadas que as da OMS e assim, eles poderiam tornar-se consultores e assessores econômicos na questão da saúde.

Para a autora, a decisão de atuação do Banco nesta área, se efetuou quando estava assegurado que a atuação não se contrapunha ao liberalismo econômico, mas ao contrário, ele poderia contribuir para seu avanço:

Poderia se constituir em elemento essencial, tanto para a difusão do discurso humanitarista, ao qual esta instituição quer se associar, como para alguma ação concreta que pretende realizar no sentido de contribuir para “mitigar a pobreza”. Mas, acreditamos que o fato mais relevante para este recente interesse do Banco Mundial na área da saúde, está em que este setor passou a se constituir em um importante mercado a ser explorado pelo capital. Estatísticas revelam que, no mundo, consome-se com serviços de saúde em torno de US\$ 1,7 trilhão²⁹ (dados de 1990), ou seja, 8% do produto total mundial, em uma faixa que vai de 4% do PIB nos países “em desenvolvimento” a 12 % do PIB nos países desenvolvidos de alta renda, significando um mercado nada desprezível para o investimento do capital e sua valorização (RIZZOTTO, 2005, p.120, grifos nossos).

Segundo Misoczky (2003, p.78) o ano de 1987 marca o início de uma estratégia que levaria o Banco ocupar “uma posição de hegemonia como grande formulador e definidor do conteúdo das prescrições das agências internacionais que cada vez mais, reproduzem as

²⁹ Figueiredo apud Maia (2010, p.26) relata que “depois da criação do SUS no Brasil há uma grande expansão da medicina suplementar e que no período entre 1987 e 1994 houve um crescimento de 73,4% da população coberta pela saúde suplementar no Brasil, que atualmente corresponde a cerca de um quarto da população brasileira. Trata-se do segundo maior mercado em números absolutos, superado apenas pelo norte-americano”. Segundo Barros apud Maia (2010, p.26) “o gasto total com saúde (público e privado), no Brasil, em 1998, foi estimado em 72 bilhões, sendo que o gasto privado - incluindo o gasto direto das famílias - representou 59% do total e correspondeu a 4,6% do Produto Interno Bruto (PIB), enquanto o gasto público representou 41% e corresponde a 3,3% do PIB”.

orientações do banco, ainda que com alguma divisão de tarefas”. Segundo a autora, a proposta central do documento de 1987 é a redução da responsabilidade do Estado no financiamento da saúde onde afirma a impossibilidade da universalidade: “A abordagem mais comum para a atenção à saúde nos países em desenvolvimento tem sido tratá-la como um direito de cidadania e tentar promover serviços gratuitos para todos. Essa abordagem usualmente não funciona” (BANCO MUNDIAL apud MISOCZKY, 2003, p.79). Segundo a autora, o documento enfatiza a questão da transição demográfica que estava ocorrendo nos países “em desenvolvimento” para justificar a impossibilidade de continuidade do padrão de intervenção estatal desenvolvido até o momento e que era inspirado na estratégia de “Atenção Primária em Saúde” proposta pela OMS em 1978.

Neste mesmo período se consolida no Brasil o Movimento pela Reforma Sanitária que vai reivindicar direitos civis e políticos sociais, a existência de um sistema de proteção social nos mesmos princípios dos *welfare states* europeus e que tinha como uma de suas bandeiras mais fortes o reconhecimento da saúde como *direito social universal*. Em 1988 com a elaboração da Constituição Cidadã “haverá uma redefinição das prioridades políticas do Estado na área da saúde coletiva ao determinar no artigo 198 que as ações e serviços públicos de saúde integrem uma rede regionalizada e hierarquizada e constituam um sistema único”. O SUS, Sistema Único de Saúde vai ser constituído com base nos princípios de universalidade, equidade e integralidade. Sua implementação tem como base a hierarquização, descentralização e participação da comunidade. (GERSCHMAN, 2008; MAIA, 2010, p.25).

A Constituição de 1988, como expressão do forte movimento democrático e de participação da sociedade civil, teve dificuldades de ser implementada porque nascia na contramão da onda neoliberal que se expandia no mundo e na América Latina. Neste período surgiram várias vozes no governo Sarney que afirmavam que os direitos dos cidadãos tornaria o país ingovernável, impossíveis de ser cumpridos sem agravar a recessão econômica. Na realidade a dilapidação do Estado brasileiro que prosseguiu sem interrupções no mandato de José Sarney era apenas uma continuidade de um processo que já tinha se iniciado na ditadura, portanto, um terreno fértil para acolher a pregação anti-social do neoliberalismo que já era avassaladora nos países desenvolvidos (SADER, 2013; OLIVEIRA, 1995).

Matta e Lima (2010) relatam que apesar do cenário de recessão econômica no país a sociedade civil começa a atuar forte no processo de reconstrução democrática e com isso

colaborou fortemente para a construção de referências fundamentais para a operacionalização do SUS na Constituição: Como a aprovação da Lei Orgânica da Saúde, Lei n. 8.080, de 19/09/1990 e depois, a Lei n. 8.142, de 28/12/1990 que estabelece a participação popular no SUS e as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Entretanto, segundo os autores, a conjuntura encontrou um terreno propício de adesão das elites e de especialistas em políticas de saúde as orientações e normativas de organismos internacionais:

Que ao articularem a reforma do Estado e a orientação para o mercado com as temáticas do combate à pobreza e a efetividade dos programas de proteção social, vão produzindo argumentos e ações/estratégias políticas para o fim e/ou adequação das engenharias universalistas de caráter público e a sua contraface: a expansão das organizações não governamentais na área de saúde e a gestão privada do público, entre outros (MATTÁ e LIMA, 2010, p.31)

Com a fundação do SUS “a assistência privada no país é livre e suas instituições podem participar de forma complementar ao SUS mediante contrato de direito público e convênio com preferência para as instituições filantrópicas sem fins lucrativos” (MAIA, 2010, grifos nossos). Um elemento contraditório da fundação do SUS, segundo a autora, foi a enorme expansão no mesmo período da medicina suplementar. Para Menicucci apud Maia (2010) trata-se de um legado anterior a universalização que se potencializou por três motivos: os trabalhadores apesar do apoio discursivo ao SUS criaram novas formas de diferenciação da assistência; Em segundo, a universalização da assistência à saúde não acompanhou a expansão da rede pública e sim a compra de serviços privados e terceiro a prática dos convênios abriu o mercado para a expansão autônoma da medicina de grupo e das cooperativas médicas.

Mattos (2001, p.384) conta que a proposta do documento *Financing health services in developing countries: an agenda for reform* do Banco Mundial em 1987 sofreu forte resistência da comunidade internacional de desenvolvimento, em especial da UNICEF que no final dos anos 80 denunciou as consequências negativas de certas experiências de ajuste sobre as condições de vida das crianças. Neste mesmo período, segundo Mattos, “o banco se via em condições de iniciar um conjunto de pesquisas orientadas a superar as resistências as suas principais propostas”. Observemos o discurso do banco sobre este aspecto:

O progresso de difundir idéias novas e desafiar as antigas tem sido lento porque as evidências em alguns tópicos são escassas [...] O conhecimento sobre o financiamento de saúde chegou em um estágio no qual o retorno potencial de programas de pesquisa bem escolhidos é alto. Os temas centrais são claros, as hipóteses existem, o auditório a ser persuadido é grande e importante, e as técnicas para obter informações necessárias são disponíveis (BANCO MUNDIAL apud MATTOS, 2001, p.384/385, grifos nossos).

Mattos descreve que neste contexto o Banco Mundial vai orientar suas pesquisas para o tema das consequências da transição demográfica, como também promover uma ampla pesquisa sobre “a eficácia, em termos de custo de várias intervenções na área de saúde” (MATTOS, 2001, p.385, grifos nossos). Nos anos 90, prossegue o autor, o banco vai ter a “ideia” de construir um “critério de efetividade em termos de custo”, que vai ser útil especialmente na construção de um pacote de intervenções que serão financiados pelos governos dos países em desenvolvimento e essa seria a ênfase da pesquisa sobre as prioridades da saúde nesses países. Em 1993, o banco vai produzir um relatório sobre desenvolvimento humano em saúde, *Investir em saúde*, no qual apresenta o desenvolvimento de pacotes de cuidados aos cidadãos com base em pesquisa acompanhados de uma estimativa de custos para países de renda baixa e de renda média (MATTOS, 2001, p.385, grifos nossos).

Neste ponto gostaríamos de sublinhar alguns discursos do relatório de 1993 do Banco Mundial. O primeiro diz respeito a alguns quadros que trazem orientações e recomendações que expressam sua preocupação com a autonomia das mulheres. Para o banco há uma necessidade de “Proteger los derechos y la condición de las mujeres, facultándolas política y económicamente y dotándolas de protección frente a abusos” (BANCO MUNDIAL, 1993, p.15). Há também um quadro que retrata sua posição ativa no desenvolvimento da iniciativa Maternidade Segura em 1987, assim como, as novas recomendações para um programa razoavelmente bom de assistência relacionada à gravidez que deveria incluir “Información, educación y comunicaciones, destinadas a crear demanda de serviços clínicos”³⁰, alertar a las mujeres y a otros acerca de indicios de peligros [...] Atención obstétrica en la comunidad, por enfermeras-parteras capacitadas”³¹ que

³⁰ Como veremos adiante é na década de 1990 que vamos assistir a uma explosão da produção de filmes sobre parto.

³¹ “Observa-se que antes do advento da obstetrícia foi possível manter uma divisão do trabalho entre médicos e parteiras, na qual partos “naturais” eram objeto da atenção da parteira enquanto o médico era chamado a agir nos casos de complicações” (MAIA, 2010, p.31). Outro aspecto que queremos sublinhar sobre o atual cenário que vai promover profissionais com práticas *baseadas em evidências* diz respeito a não ruptura com a prática de acusação sistemática de outros modelos de cura existentes, uma tática que foi utilizada, por exemplo, no período de medicalização da sociedade no Brasil: “A runhida luta travada contra curandeiros e homeopatas foi um dentre os números indícios desta disputa de mercado. A decolagem do consumo e da oferta de serviços médicos privados na época, quando nas famílias privilegiadas, começou a medrar uma desconfiança permanente quanto aos riscos de doença, e uma insatisfação permanente quanto ao estado de saúde” (COSTA, 1999, p.211). “Em janeiro de 1832, o prussiano Le Masson apresentou um projeto sobre a necessidade de criação de uma maternidade no Rio de Janeiro onde seria estabelecido um curso de parteiras. Com o curso, justifica-se o pretendente, o governo do Brasil acabaria “com as manobras bárbaras e rodeadas de atos de fraude e de superstição praticadas pela ignorância em todas as províncias, até mesmo no centro da metrópole do Império”, que destruíam a população à proporção que nascia” (MOTT, 1999, p.134, grifos nossos).

prestem los servicios siguientes: atención prenatal [...] asistencia en el parto normal” (BANCO MUNDIAL, 1993, p.116, grifos nossos).

O documento ainda vai expressar uma preocupação com as altas taxas de cesariana no Brasil que no início dos anos 1980 tem uma das taxas mais altas do mundo (31%) e que no Brasil se estima um custo financeiro de cesarianas sem necessidade, financiada com recursos públicos de 60 milhões ao ano, no final dos anos 1980 (BANCO MUNDIAL, 1993, p.156). Análises deste período no Brasil identificaram que a incidência das taxas estaria relacionada com uma medicina de classes no atendimento aos pacientes (ROCHA; ORTIZ; FUNG, 1985, grifos nossos) e que a iatrogenia médica associada às taxas em termos de custos desperdiçam recursos escassos dos fundos públicos (FAÚNDES; CECATTI, 1991).

Há mais um elemento que gostaríamos de sublinhar no relatório *Investir em saúde* de 1993. Primeiro a recomendação do banco no quadro 6.2 que elenca “Algunas prioridades en materia de investigación y desarrollo de productos, por orden decreciente de los seis principales factores contribuyentes a la carga global de la morbilidad” que define como campo prioritário de pesquisa *as causas perinatais e maternas* (Que no documento é a área mais importante), “métodos de reduzir os custos das intervenções em saúde e melhorar a prestação de serviços nas zonas rurais” (BANCO MUNDIAL, 1993, p.158, grifos nossos).

Rizzotto (2000, p.137) conta que para o Banco Mundial não seria necessário, nem recomendado o desenvolvimento de pesquisas pelos países periféricos, uma vez que os benefícios do conhecimento produzido e aplicado seriam universais e, portanto deveria ser deixado aos países ricos os gastos com isso, pois posteriormente, por meio de “colaboração internacional” todos seriam beneficiados. Neste ponto da nossa análise gostaríamos de retomar uma série de acontecimentos que se desenvolverão não de forma linear e causal, mas que terão um papel fundamental na produção do discurso de humanização do parto atual.

Em 1972 um professor e pesquisador clínico do Reino Unido, Dr. Archibald Leman Cochrane escreveu um livro chamado *Effectiveness and Efficiency: Random reflections on health services* (Eficácia e Eficiência: Reflexões aleatórias sobre serviços de saúde). Em um artigo de 1979, ele escreveu: “Certamente, uma grande crítica a nossa profissão é que não organizamos um resumo crítico por especialidade ou sub-especialidade, e que fosse periodicamente atualizado, de todos os estudos clínicos controlados aleatoriamente e considerados relevantes” (COCHRANE apud LUZES, 2007, p. 457).

Um segundo marco irá acontecer em 1989, quando vai surgir a primeira revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados relacionados com a gravidez e o parto, que serão publicada por Chalmers et al. com o título de *Effective Care in Pregnancy and Childbirth* (Cuidados Efetivos na Gravidez e no Parto) que no formato eletrônico chamava-se *Oxford Database of Perinatal Trials* (Base de Dados de Experiência Perinatal de Oxford). Cochrane depois da implementação desta experiência sugere que outras áreas médicas adotem este modelo e suas ideias levaram a criação em 1992 do Centro Cochrane em Oxford e no ano seguinte, a *Cochrane Collaboration*³². O que Cochrane criou foi “uma proposta assistencial e pedagógica baseada na epidemiologia clínica, bioestatística e informática em saúde” (LUZES, 2007, p.457, grifos nossos).

Assim, a Medicina Baseada em Evidências (MBE) desenvolvida em meados dos anos 80 na Universidade de McMaster (Canadá), será definida “como transição paradigmática originada de imperativos de ordem econômica e cognitiva sobre uma medicina baseada em observações não sistematizadas. A experiência clínica pessoal, imposta de forma arbitrária, empobreceria a produção de certezas e a eficácia terapêutica” (DRUMMOND apud VASCONCELLOS-SILVA e CASTIEL, p.500, grifos nossos). Em 1996, a Medicina baseada em evidências foi definida como “consciente, explícito e judicioso uso das atuais melhores evidências nas tomadas de decisões a respeito do cuidado individual dos pacientes” (SHERBEENY e ASHOUSH apud LUZES, 2007, p. 457/458, grifos nossos).

Um aspecto interessante é que Jurandir Freire Costa na obra *Ordem médica e Norma familiar* relata que no contexto de formação do Estado nacional no Brasil a partir da abdicação de D. Pedro I e a implantação da hegemonia dos potentados rurais, a medicina que desde o início do século XIX lutava contra a tutela jurídico-administrativa herdada da colônia encontrou na aliança ao novo sistema contra a antiga ordem colonial deu um passo em direção a sua independência através da higiene que incorporou a cidade e a população como campos do saber médico. “Enquanto na Colônia, a visão caritativo-assistencial da religião reduzia a “assistência médica” a uma atividade social marginal supérflua, no Império a ética leiga dos higienistas fez ver que a

³² No site da The Cochare Collaboration o grupo é definido: “Cochrane is a global independent network of health practitioners, researchers, patient advocates and others, responding to the challenge of making the vast amounts of evidence generated through research useful for informing decisions about health. We are a not-for-profit organisation with collaborators from over 120 countries working together to produce credible, accessible health information that is free from commercial sponsorship and other conflicts of interest”. Disponível em: <<http://www.cochrane.org/about-us>>. Acesso em: 18/06/2014.

saúde da população e do estado coincidia” (COSTA, 1999, p.30). O surgimento da Medicina Baseada em Evidências parece se alinhar as mesmas condições que articulam mudança na razão de governo e necessidade de controle das populações. Sendo a MBE aqui, respondendo aos imperativos de uma razão de governo mínimo que tem como mecanismo de seu funcionamento o discurso de verificação do mercado.

Não será nosso objetivo aqui, aprofundar uma discussão sobre o paradigma baseado em evidências, mas descrever a partir da produção de alguns de seus discursos sobre parto as unidades discursivas que conectam esta prática médica como *tecnologia do poder* a uma razão de governo orientada pelos mecanismos de verificação do mercado. Retomemos um enunciado do Banco Mundial em 1993, presente na análise de Mattos (2001) que diz: “Não há teoria ou experiência que nos indique até que ponto o setor público deve prestar assistência médica diretamente (em vez de financiá-la)” (BANCO MUNDIAL apud MATTOS, 2001, p.386, grifos nossos). Aqui observamos claramente a evocação a uma *evidência* que justifique a conduta dos agentes na tomada de decisões, a despeito da clara orientação para privatização. Um aspecto interessante é que esta mesma formação discursiva aparece em algumas conclusões de revisões sistemáticas no *Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto*:

Não há dados que apoiem uma política de dirigir o esforço de expulsão durante o segundo estágio do trabalho de parto [...] não há dados que justifiquem obrigar as mulheres a permanecerem deitadas durante o segundo estágio do trabalho de parto [...] Não há dados sugestivos de que, quando o segundo estágio do trabalho de parto está progredindo e as condições da mãe e do feto são satisfatórias, esteja justificada a imposição de qualquer limite arbitrário máximo para sua duração. (ENKIN et al., 2004, p.60)

Também encontramos esta mesma formação discursiva na terceira classificação das Recomendações da OMS que diz: “Práticas em Relação às quais Não Existem Evidências Suficientes para Apoiar uma Recomendação Clara e que devem Ser Utilizadas com Cautela até que Mais Pesquisas Esclareçam a Questão” (OMS, 1996, p.72, grifos nossos). A construção de um enunciado que sempre evoque uma evidência partindo de estudos, análises, teorias e pesquisas para a tomada de decisões³³ será uma marca do discurso baseado em evidências sobre o parto, com também, a “crítica ao regime hospitalocêntrico, em função de seus altos custos

³³ “Colocadas assim, as evidências a serviço da medicina acenariam com um futuro promissor – a elucidação de verdades clínicas pela erradicação de impressões, intuições e toda sorte de modulações enviesadas. Movido por princípios de correção, resolatividade e acurácia, a MBE como expansão da instrumentalidade da Clínica tem alcançado status de normatividade (prescritiva ou proscritiva), que em casos extremos, se assemelha a movimentos fundamentalistas” (VASCONCELLOS-SILVA; CASTIEL, 2005, p.500).

econômicos e de seus mecanismos iatrogênicos” (DRUMMOND apud TORNQUIST, 2004, p.159).

Um acontecimento registrado pelos autores (MATTOS, 2001; MISOCZKY, 2003; CORREIA, 2007) sobre a publicação de 1993 do Banco Mundial foi o reordenamento do campo de saúde onde o BM começou a ocupar uma posição de hegemonia na definição das políticas mundiais da área. Segundo Misoczky (2003, p.81) uma publicação da revista *Lancet* afirma que o documento marca uma mudança na liderança internacional no campo da saúde e que as preocupações do diretor executivo da UNICEF com a aliança de organizações legitimadoras como *Lancet* e o Centro Harvad de Estudos sobre População, de onde se origina grande parte dos estudos preparados para embasar o documento de 1993, além da OMS e setores da própria UNICEF, são indicativos da reordenação do campo em curso.

Cunha e Moraes (2007, p.1.652/1.653) relatam que nos anos noventa emerge a Atenção Gerenciada (Managed Care) e a assistência domiciliar privada em saúde no Brasil como um projeto político para a saúde centrado numa racionalidade gerencial e financeira na produção e gestão de serviços de saúde a partir de regras de mercado. Segundo os autores, este modelo de atenção veio se desenvolvendo no Brasil a partir de uma lógica de competitividade e de redução de custos, onde estariam incluídos procedimentos de fusão de empresas, uso intensivo da informação, precarização do trabalho, trabalho em domicílio e controle dos processos relacionais e nas práticas de saúde. Os autores tentam captar a lógica e estratégia ocultas da nova modalidade de assistência e identifica como estratégia de conduta de infraestrutura em domicílio à assunção pelas famílias de custos materiais acarretados e o envolvimento da mão de obra familiar gratuita como redução da mão de obra técnica qualificada. Para Franco e Merhy (2008, p.1515) o trabalho de atenção domiciliar é envolvido por um processo de subjetivação do trabalhador que é profundamente envolvido que vai criando uma imagem idealizada do caráter inovador e humanitário da atenção que faz com que ele incorpore como uma nobre missão a ser desenvolvida.

Foi neste mesmo período, em 1993 precisamente, que segundo Rattner et al. (2010, p.216/217) aconteceu um encontro de um grupo de organizações e profissionais para debater a situação da assistência no país em Campinas. Neste encontro os participantes elaboraram um documento e fundaram uma das organizações mais influentes pela humanização do parto no Brasil - a ReHuNa que promove e reivindica a prática do atendimento humanizado ao parto e

nascimento em todas as suas etapas, a partir do protagonismo da mulher, da unidade mãe/bebê e da Medicina Baseada em Evidências científicas. Rattner (2009, p.760) diz que já havia críticas aos excessos de intervenções no parto e em 1996 a OMS vai publicar as *Recomendações sobre Tecnologias para Atenção ao Parto Normal* a partir da classificação das práticas baseadas em evidências científicas: “Grupo A, práticas benéficas a serem incentivadas; Grupo B, práticas danosas ou inefetivas a serem abandonadas; Grupo C, práticas com evidências insuficientes, que demandam mais pesquisas; e Grupo D, práticas que têm sido utilizadas de maneira inadequada”. Estas recomendações estão expressas no documento: *Maternidade Segura. Assistência ao parto normal: Um guia prático*. Este é o principal documento orientador da ReHuNa (RATTNER et al. 2010). Interessante que neste documento vamos encontrar uma metáfora neoliberal para a abordagem profissional no atendimento ao parto normal que já no tópico, *antecedentes* vai explicar o significado que o conceito de parto normal terá no documento, e que localizamos aqui as expressões *intervenção e liberdade* no parto:

A primeira questão a ser esclarecida é o significado com que este documento emprega a expressão "parto normal" (veja a seção 1.4, a seguir). É crucial ser específico, a fim de evitar erros de interpretação. Uma frase freqüentemente citada conclui que "só é possível dizer que um parto é normal retrospectivamente" [...] Este conceito apresenta várias desvantagens: o potencial para transformar um evento fisiológico normal num procedimento médico; a interferência com a liberdade da mulher de viver a experiência do nascimento de seus filhos à sua própria maneira, no local de sua escolha; a indução de intervenções desnecessárias; e, devido à necessidade de economias de escala, sua aplicação requer uma concentração de grande número de parturiente em hospitais tecnicamente bem equipados, com os custos decorrentes (OMS, 1996, p.6/7, grifos nossos).

Para a OMS o objetivo da assistência é ter uma mãe e uma criança saudáveis, com o menor nível possível de intervenção compatível com a segurança. Esta abordagem implica que: “No parto normal, deve existir uma razão válida para interferir no processo natural”. (OMS, 1996, p.10, grifos nossos). Aqui, observamos novamente no enunciado a evocação de *uma evidência* para a intervenção dos atores. Também encontramos um discurso na publicação das Recomendações da OMS em 1996, que em relação ao documento produzido em 1985 na Conferência sobre Tecnologia Apropriada para o Nascimento e Parto em Fortaleza (Carta de Fortaleza) amplia a participação do princípio de respeito à liberdade de escolha das mulheres e de não intervenção, no sentido de invasão no corpo em trabalho de parto e parto. Eles serão expressos na descrição das novas práticas na assistência:

6.1. Práticas que são Demonstradamente Úteis e que Devem ser Estimuladas: 1. Plano individual determinando onde e por quem o parto será realizado, feito em conjunto com a mulher durante a gestação, e comunicado a seu marido/ companheiro e, se aplicável, a sua família (1.3) [...] 5. Respeitar a escolha da mãe sobre o local do parto, após ter recebido

informações (2.4). 6. Fornecimento de assistência obstétrica no nível mais periférico onde o parto for viável e seguro e onde a mulher se sentir segura e confiante (2.4 e 2.5). 7. Respeito ao direito da mulher à privacidade no local do parto (2.5) [...] 9. Respeito à escolha da mulher quanto ao acompanhante durante o trabalho de parto e parto (2.5). 10. Fornecer às mulheres todas as informações e explicações que desejarem (2.5). 11. Métodos não invasivos e não farmacológicos para alívio da dor, como massagem e técnicas de relaxamento, durante o trabalho de parto (2.6) [...] 15. Liberdade de posição e movimento durante o trabalho do parto (OMS, 1996, p.69/70, grifos nossos).

Há ainda mais um elemento que gostaríamos de demarcar sobre o acontecimento do discurso de liberdade e não intervenção no parto. Há uma retórica que encontramos em Rizzotto (2005, p.122) sobre as propostas e estratégias do Banco Mundial que vai aparecer fortemente no discurso de humanização do parto a partir dos anos 2000, o discurso de “satisfação das necessidades básicas”. Nós vamos encontrar este mesmo discurso elaborado teoricamente como uma nova filosofia do nascimento na literatura produzida por um obstetra francês chamado Michel Odent que terá um papel central na difusão da *fisiologia do parto*.

O discurso sobre a fisiologia do parto³⁴ será repetido, pronunciado, citado, revisitado, reelaborado, falado incansavelmente na mídia, na literatura, nos filmes, em programas, jornais, matérias, pesquisas, políticas como a mais contundente justificativa ou evidência para fundamentar uma prática *não intervencionista* na assistência ao parto. Mas o que seria a fisiologia do parto? Segundo Odent:

Para parir, uma mulher precisa liberar um certo coquetel de hormônios. Vamos esquecer o nome de todos esses hormônios (ocitocina, endorfinas, prolactina, ACTH, catecolaminas etc.). A questão crucial é perceber que todos se originam na mesma glândula - o cérebro. Hoje, o entendimento tradicional, que separa o sistema nervoso do endócrino, está obsoleto. Só há uma rede, e o cérebro também é uma glândula endócrina. Mas não é o cérebro todo que é ativo como uma glândula endócrina, só suas partes mais profundas. Podemos dizer que, quando uma mulher está em trabalho de parto, a parte mais ativa de seu corpo é seu cérebro primitivo - aquelas estruturas muito antigas do cérebro (o hipotálamo, a glândula pituitária etc.) - que compartilhamos com todos os outros mamíferos. (ODENT, 2002a, p.31, grifos nossos)

³⁴ “Em fins do século XVIII e início do século XIX o discurso médico começou a mudar em relação ao parto. Alguns esculápios passaram a difundir a idéia de que o parto ia além de um fenômeno regulado pelas leis da natureza, pois suas bases estavam assentadas na fisiologia” (BARRETO, 2008, p.905) Faure (2008, p.36) analisando *O olhar dos médicos* conta que “no século XIX houve uma revolução científica e epistemológica no campo da medicina que voltou seus interesses para o estudo dos órgãos, tecidos e das funções onde se desenvolveu as primeiras concepções fisiológicas do corpo que com a publicação da obra *Introduction à la médecine expérimentale* de Claude Bernard vai definir que “o organismo humano não é mais que uma máquina viva” e fundar com estas ideias as bases para a desumanização da medicina moderna”. Moulin (2008, p. 39) relata que “a união do corpo à máquina e a progressiva identificação deste corpo ao autômato que o assemelha, na metade do século XX, em 1960, vai incorporar órgãos artificiais tornando a ideia de máquina cada vez mais abstrata na medida em que vai se servindo da informática e de seus programas”. Vieira (2002, p.25) descreve “que o estudo da fisiologia será o instrumento que desvendará, a partir do século XIX, os ‘mistérios’ que até então envolviam esse corpo. O avanço do conhecimento médico colaborou para desmistificar as idéias sobre o corpo feminino que estavam até então relacionadas ao sobrenatural”.

No discurso sobre fisiologia do parto elaborado por Odent, observamos novamente a presença do cérebro como órgão central, mas que vai ser descrito como uma rede de comunicação e informação entre os hormônios (coquetel de hormônios do amor) que interagindo entre si vão mover toda a experiência do parto por meio de certas condições ambientais:

Em termos gerais, a existência desses neurormônios complexos confirma nossa crença na interconectividade de todos os aspectos da vida sexual e, uma vez que a secreção balanceada de hormônios é uma questão delicada, altamente influenciável pelas condições externas e estados psicológicos, representa mais um argumento poderoso contra a interferência médica ou a perturbação do processo fisiológico do parto (ODENT, 2002b, p.17, grifos nossos).

Para o autor, a ideia de manejo no parto baseia-se “numa falta de entendimento da fisiologia do parto e das necessidades básicas das mulheres em trabalho de parto”, pois o conhecimento fisiológico permite entender que as necessidades básicas da mulher que dá à luz “são sentir-se segura (baixa taxa de adrenalina), sem se sentir observada (‘privacidade’)”. Quando há um alto nível de adrenalina a atividade do neocórtex não permite a ela ‘ir ao outro planeta’. Tentando se reconciliar com essas necessidades, muitas mulheres tendem a dar à luz perto de uma figura materna (ODENT, 2004, p.126, grifos nossos). A questão da segurança e não observação refere-se na teoria de Odent a questão de garantir para as mulheres um ambiente de privacidade para que ela possa dar à luz de forma fisiológica.

O discurso de fisiologia do parto de Odent irá desenvolver uma prática oposta ao método Lamaze: Não ensina a forma correta de parir, no sentido de “preparação para o parto”, não ensina a forma “correta” de posição pro parto, não ensina técnica respiratórias apenas encoraja as “mulheres em trabalho de parto a cederem à experiência, perderem o controle, esquecerem de tudo que aprenderam - todas as imagens culturais, todos os padrões de comportamento” (ODENT, 2002b, p.28).

O médico Michel Odent será responsável pela construção de um discurso de *não intervencionismo radical* na assistência ao parto, que faz uma exaltação do *freebirth* (ou parto desassistido), discurso que podemos citar em duas obras *O camponês e a parteira* e *A cientificação do amor*, onde o nascimento livre aparece como a visão do futuro no parto e nascimento. No capítulo *Ter um bebê antes de 2032, a nova natividade*, ele relata o caso de mulheres que começam a parir sozinhas, pois sabem “intuitivamente que a autoconfiança, junto com a privacidade absoluta, cria as melhores condições possíveis para um parto fácil” (ODENT, 2003, p.145, grifos nossos). Ou no tópico *O melhor livro de fisiologia do parto* no qual o autor

menção um “*Best-seller* escrito há milênios atrás” que conta a lenda no final do livro de um homem cuja missão era promover o amor entre os seres humanos e que “sua mãe encontrou uma estratégia para enfrentar uma desvantagem em potencial e reduzir a atividade de sua mente pensante [...] ela deu à luz num estábulo, no meio de outros animais, separada da comunidade humana” (ODENT, 2002a, p.118-119). O autor é contrário ao termo parto humanizado, para ele a prioridade deve ser *mamiferizar* o parto, ou seja, torná-lo *des-humanizado* (ODENT, 2004, p.36).

Vieira (2002, p.29) relata que no processo de medicalização do corpo feminino no Brasil, “serão as escolas médicas também que irão trazer da Europa a discussão sobre o corpo feminino como objeto médico”. Almeida apud Vieira (2002, p.29, grifos nossos) confirma este fato “afirmando que as ideias da mulher importadas da Europa no século XIX, configuram uma imagem calcada nos animais e nos selvagens, voltada para a maternidade, ponto crucial de sobrevivência das crianças”. Segundo Costa (1999, p.257, grifos nossos) no processo de higienização da sociedade: “da comparação das mulheres e fêmeas animais eram extraídas numerosas lições de moral materna: Não, diz Virey, nunca as baleias, as leões, as panteras recusaram as mamas a seus filhos”.

Hannah Arendt analisando *O Social e o Privado* na sua obra *A Condição Humana* conta que a vida da mulher é classificada de *ponetikos*³⁵ por Aristóteles na obra *Sobre a geração dos animais* (ARENDT, 2005, p.83) Segundo a autora:

Desde os primórdios da história até o nosso tempo, o que precisou ser escondido na privacidade tenha sido sempre a parte corporal da existência humana, tudo o que é ligado à necessidade do próprio processo vital e que, antes da era moderna, abrangia todas as atividades a serviço da subsistência do indivíduo e da sobrevivência da espécie. Mantidos fora da vista eram os trabalhadores que com o seu corpo, cuidavam das necessidades (físicas) da vida, e as mulheres que, com seus corpos, garantem a sobrevivência física da espécie (ARENDT, 2005, p.82).

Para Arendt (2009) é difícil e até mesmo enganoso falar de política e de seus princípios sem recorrer em alguma medida às experiências da Antiguidade grega e romana. Um aspecto relatado pela autora, interessante à nossa análise é que a relação entre liberdade e política, a razão de se recorrer à antiguidade, diz respeito ao fato de que “somente as comunidades políticas antigas foram fundadas com o propósito expresso de servir aos livres - aqueles que não eram escravos, sujeitos a coerção de outrem, nem trabalhadores sujeitados pelas necessidades da vida” (ARENDT, 2009, p.201). As mulheres, por exemplo, que estavam na mesma condição de

³⁵ Ser destinado a executar trabalhos duros (DUMITH, 2005, p.85).

escravos, presas “as necessidades” da reprodução da espécie não eram participantes da comunidade política e, portanto não eram indivíduos *livres*.

Neste sentido, é importante resgatar a situação da mulher brasileira no contexto no qual passaram pela medicalização do parto e tiveram seus “partos roubados”, “sua privacidade” invadida e sua “liberdade desrespeitada” pelos homens. Costa (1999, p.103) relata que no século XIX o isolamento das mulheres e sua exclusão do convívio com os hóspedes do marido ou visitantes eram fatos correntes neste período. Para o autor, a permanência das mulheres no interior das casas devia-se, antes de mais nada, à sua função econômica, onde ela exercia a função de capitão-do-mato, gerente e caixeiro do marido:

Mão-de-obra gratuita, a mulher permitiu por muito tempo a autossuficiência das residências, fenômeno necessário ao despotismo senhorial sobre a cidade [...] Além desta função produtiva primária, era ela quem se encarregava de suprir o escasso mercado de serviços das cidades. A dona-de-casa era enfermeiro, médico, sacerdote e professor [...] quase não tinha necessidade de ausentar-se da casa para obter o que precisava [...] o que não era produzido em casa era oferecido nas portas pelos vendedores [...] o isolamento feminino traduzia o papel instrumental que as mulheres desempenhavam na reprodução do regime econômico (COSTA, 1999, p.102-104)

No discurso de Michel Odent, os princípios de *liberdade* e *não intervenção* são radicalizados e intimamente aliados aos princípios de *privacidade* e *autonomia individual* da mulher sobre seu parto, que vai agregar ao sentido de responsabilidade individual, o sentido de *responsabilidade planetária*³⁶ cuja justificativa se assenta na não reprodução do “Homo superpredador”, espécies que atualmente dominam o planeta e que tem como traço genético a ‘fraca capacidade de amar’ e o ‘potencial para agressão’, como matar, guerrear e estuprar³⁷ (ODENT, 2010, p.62). Sobre a fraca capacidade de amar, segundo o autor: “sem apresentar estatísticas sofisticadas, podemos tornar facilmente óbvio que, em um nível planetário, o número de mulheres que dão à luz a bebês e placentas graças à liberação do fluxo hormonal é aproximadamente zero” (ODENT, 2010, p.65, grifos nossos).

Este discurso do autor que será proferido no filme *O Renascimento do parto* (2013) como veremos adiante sobre a alta medicalização no sentido de uso de medicamentos traz uma forte

³⁶ É dele o slogan: Para mudar o mundo é preciso mudar a forma de nascer, máxima do parto humanizado.

³⁷ O discurso sobre o desenvolvimento da espécie é muito presente, por exemplo, no discurso higienista no processo de medicalização da sociedade brasileira. Segundo Costa (1999, p.141) “Com a diversificação econômica do país, certas habilidades profissionais tornaram-se mais lucrativas que a exploração da mão-de-obra desqualificada. Na cidade, um filho saudável e educado valia mais que dois escravos [...] Os desvios físicos e morais dos filhos desperdiçavam os investimentos”.

marca de classe e raça, na medida em que existe uma grave situação mundial das mulheres³⁸ sem acesso a assistência profissional no parto. *Seria este discurso uma autodefesa da classe dominante que se vê diante de uma possível degeneração de sua raça? Que fatores sustentam colocar a cesariana como foco da crítica a intervenção no parto?* Quanto a estes aspectos vamos debater um pouco mais adiante.

Retomando a retórica de Michel Odent, os ‘fatores de risco’ no período perinatal, como as diversas intervenções médicas no parto e não entendimento das “necessidades básicas” das mulheres tem impacto profundo na ‘capacidade de amar’ da espécie que nasce e isso inclui, o comportamento autodestrutivo, criminalidade violenta juvenil, drogadição, anorexia nervosa e autismo. Todas elas foram estudadas a partir da perspectiva da Pesquisa em Saúde Primal³⁹ (ODENT, 2004, p.56). Para Odent, há limites para a dominação da natureza e a ideia de uma comunidade planetária é cada vez mais aceita, e neste contexto o autor questiona como o respeito à Mãe Terra poderá se desenvolver sem que se criem estratégias de sobrevivência, o que implica promover uma mutação intencional do *homo superpredador* no *homo ecologicus* por meio de um processo de *modulação epigenética* (ODENT, 2010, p.63; 66).

A estreita associação entre parto natural e produção de uma espécie também está presente na tese de doutorado *A Necessidade do Ensino de Ciência do Início da Vida*⁴⁰ da médica psiquiatra Eleanor Madruga Luzes. Para Luzes (2007, p.1373) quando uma das etapas de cuidado do ser humano (Concepção, gestação, parto natural, amamentação e os três primeiros anos de

³⁸ Segundo estatísticas levantadas no relatório *Surviving the First Day - State of the world's mothers* da Save the Children (2013, p.5): “Todos os anos, 40 milhões de mulheres tem parto em casa sem ajuda de um profissional de nascimento capacitado, todos os dias 800 mil mulheres morrem durante a gravidez e o parto e aproximadamente 98 a 99% de todas as mortes maternas e neonatais ocorrem em países em desenvolvimento onde grávidas e recém-nascidos não tem acesso a serviços básicos de saúde - antes, durante e depois do parto”. Ainda no mesmo relatório: “Muitas mulheres pobres de áreas rurais têm filhos em casa sem qualquer contato com o sistema de saúde” (SAVE THE CHILDREN, 2013, p.19).

³⁹ “Uma das funções do Banco de Dados do Centro de Pesquisa em Saúde Primal (Primal Health Research Database) é identificar o período crítico para a interação entre genética e ambiente em relação aos traços de personalidade e estados de saúde” (ODENT, 2010, p.62/63). A preocupação com o período perinatal já era existente na medicina higiênica. Segundo Costa, “a maneira como o indivíduo tinha sido tratado na sua infância era determinante de suas qualidades corporais e morais quando adulto. Uma criança submetida a uma má amamentação; a uma alimentação insuficiente; à falta de exercício; a um regime anti-higiênico do vestuário; ou ainda, a castigos brutais; à falta de amor paterno e materno; ao medo provocado por histórias de fantasmas, duendes, lobisomens etc. seria um adulto fraco de caráter, pusilânime, possuidor de uma saúde física e moral extremamente precária. Interessante que todas estas recomendações médicas neste período impunham às pequenas famílias o consumo de serviços e bens monopolizados pelo comércio internacional” (COSTA, 1999, p.144; 113).

⁴⁰ *Ciência do Início da Vida* é uma proposta de disciplina transdisciplinar que revisa 2000 estudos dos últimos 30 anos sobre concepção, gestação, parto natural, amamentação e os três primeiros anos de vida para ser ensinado como disciplina obrigatória aos jovens no ensino médio para que eles sejam pais e mães conscientes. Tese disponível em: <http://www.scienceofthebeginningoflife.com/#!_brasil>. Acesso em: 20/06/2014.

vida) for respeitada a espécie como um todo dará um grande salto, pois entre seus traços estará a liderança do coração e uma capacidade de harmonizar o ambiente a sua volta. A esta espécie a autora batiza de *homo sapiens frater*, pois a fraternidade é seu traço expressivo. A autora evoca também o parto de Maria e nascimento de Jesus, como também o de diversos avatares para reforçar o discurso *odentiano* de não intervenção.

O discurso da *vida bem vinda* presente na Ciência do Início da Vida parece reproduzir o discurso higienista que já evocava a ideia de bem nascer no processo de medicalização da sociedade brasileira, onde a produção de indivíduos está associada à ideia de amor à pátria. Segundo Costa (1999, p.73) “A mãe devotada e a criança bem-amada vão ser o adubo e a semente do adolescente do futuro adulto patriótico”. Quanto aos aspectos espirituais do nascimento também estão presentes no discurso do bem nascer na sociedade higienista: “O mais bem-nascido homem que houve, nem pode haver, foi Cristo, ninguém teve melhor pai, nem melhor mãe; e foi, notar Santo Agostinho, que se Cristo nasceu bem, ressuscitou melhor” (COSTA, 1999, p.159).

Finalmente, o discurso de *liberdade e não intervenção* no parto parece estar longe de romper com uma regra que parece se repetir quando surge uma nova prática de assistência ao parto: *a necessidade de uma produção específica de indivíduos*. A redescrição elaborada pela fisiologia moderna sobre o corpo em trabalho de parto, assim como, as condições históricas e econômicas nas quais foram forjadas discursivamente um novo modelo de assistência ao parto nos instiga a perguntar: *O parto humanizado nasce para responder as necessidades de reprodução do novo modo de desenvolvimento do capitalismo?*. Antes, vamos resumir o conjunto da nossa análise a partir da síntese das regularidades discursivas que emergem do discurso do novo modelo de assistência com base no discurso humanista:

Quadro nº 3 - Regularidades discursivas entre o modelo medicalizado e desmedicalizado

MEDICALIZAÇÃO DO PARTO	DESMEDICALIZAÇÃO DO PARTO
Formação do estado, industrialização	Estado mínimo, desindustrialização
Hospitalização	Desospitalização

Capitalismo clássico monopolista	Capitalismo de mercado/Informacionalismo
Casa como unidade de produção colonial Mulher na alcova (parto vertical para parto horizontal)	Economia do trabalho caseiro informacional Mulher empresária de si (parto horizontal para parto vertical)
Produção de indivíduos (produto) Eugenismo	Produção de espécie (<i>homo ecologicus/ homo sapiens frater</i>) Avatar/super-homem
Normalização Combate aos desviantes	Normalização Combate ao homo superpredador
Útero máquina	Cérebro Tecnologia de Informação e Comunicação
Parto como processo de produção industrial	Parto informacional/personalizado
Trabalho de parto (Assistência) Produção fabril/ serial Quantitativa Público	Trabalho de parto (Assistência) Produção personalizada/serviços diferenciados Qualitativa Privado
Tecnologia no parto Intervenção/instrumentos/produtos	Tecnologia no parto Informação/evidências/serviços
O AMOR (à pátria)	O AMOR (hormonal)
Da parteira tradicional para a obstetriz para o médico (estratégia de entrada médica) Mão que pega o menino	Do médico para a parteira tradicional para a obstetriz (estratégia de saída médica) Mão invisível
Exclusão das parteiras tradicionais	Exclusão das parteiras tradicionais

Aliança das mulheres aos médicos	Aliança das mulheres aos médicos, obstetrizes e doulas
Uso de jornais, revistas e relatos como divulgação da assistência hospitalar	Uso do cinema, do vídeo-relato e da mídia como divulgação da assistência domiciliar
Apoio de feministas	Apoio de feministas
Mulheres negras - primeiras a serem hospitalizadas	Mulheres negras - primeiras a serem desospitalizadas
Discurso fisiológico do corpo – mecânico Associação do corpo com animais	Discurso fisiológico do corpo – informacional Associação do corpo com animais
Legitimidade da medicina como científica	Medicina Baseada em Evidências
Acusação da prática baseada em crenças (alvo: parteiras tradicionais, curandeiras, rezadeiras)	Acusação da prática baseada em crenças (alvo: médicos desatualizados e parteiras tradicionais)
Família da colônia como alvo do projeto Relato da família de elite	Família classe média alta como alvo do projeto Relato da família de elite, celebridades ou star system
Formação da família nuclear	Família nuclear (casal igualitário)
A criança na centralidade [o futuro]	Reprodução dos millennials [o presente]
Intervencionismo - Sobrevivência	Liberdade de escolha - Satisfação
Higienismo Humanitarismo/Humanismo	Humanização Humanitarismo/Humanismo
Recomendações médicas fomentam a indústria	Recomendações médicas abrem mercado de serviços
PARTO INTERVENCIONISTA	PARTO NÃO INTERVENCIONISTA

O que encontramos sintetizado nesse quadro é que a emergência do discurso sobre parto humanizado, entendido aqui como prática social, sugere acompanhar as transformações das relações entre as instituições estratégicas do capitalismo: Estado, Empresa e Mercado. O que compreendemos foi que o aparecimento da medicalização do parto se deu no mesmo período do processo de industrialização que Therborn (1996) denominou de fase do *capitalismo monopolista clássico* e as práticas pela desmedicalização do parto num contexto de desindustrialização, fase de transição entre o *capitalismo de bem-estar* e o *capitalismo de mercado* ou o que Castells (1999) denominou de *informacionalismo*.

Quando analisamos os elementos do discurso dos dois modelos (medicalizado e desmedicalizado do parto) encontramos uma cadeia de elementos que fundamentalmente atualizam, renovam e reinventam suas práticas. Isso aparece como já descrevemos anteriormente, quando analisamos o lugar da mulher na sociedade colonial, “a casa”, cujo corpo/existência vai estar na centralidade para a manutenção e desenvolvimento da produção colonial (COSTA, 1999) e que hoje parece encontrar essa mesma prática atualizada num discurso que emerge no mesmo contexto de conformação da “Economia do trabalho caseiro” (HARAWAY, 2009), o discurso do “parto em casa”. Também analisamos o lugar dos bebês no discurso de medicalização do parto, visto como um produto num processo de produção individual, num contexto de necessidade de mão-de-obra para a indústria, nota-se que o discurso sobre os “bebês” são permeados pela retórica eugenista, normalizadora e de combate ao que era conhecido como “desviantes” que nas práticas discursivas de “humanização” se renovam quando intencionalmente se busca produzir o *homo ecologicus/ homo sapiens frater* para dar respostas “efetivas” ao nascimento do *homo superpredador*, o drogado, o delinquente, o indivíduo com fraca capacidade de amar.

Quanto ao parto, ressaltamos a renovação evidente da dinâmica do capital nas práticas de assistência, que parte de uma lógica industrial (produção serial, quantitativa, pública, de intervenções, instrumentos e produtos) para uma lógica informacional (produção personalizada, qualitativa, privado, baseado em informações, evidências e serviços). Um aspecto intrigante que anima os modelos é a manutenção do discurso do “amor”. O amor que era a temática e mola propulsora da medicalização associada ao patriotismo aparece no discurso de desmedicalização do parto associada à questão hormonal e planetária.

Quanto aos atores envolvidos na consolidação dos modelos, notamos a manutenção de algumas táticas para a divulgação e adesão das mulheres às “novas práticas”. A primeira delas,

diz respeito à exclusão de parteiras tradicionais que em ambos os modelos permanecem estigmatizadas, também ao surgimento de um movimento de mulheres em cada época e a consequente aliança dessas mulheres aos médicos de vanguarda. Ainda ressaltamos o lugar das mulheres negras que pode ser entendido também como uma *regularidade*, pois são elas as primeiras a experienciarem os impactos negativos dos modelos, seja a intervenção excessiva, pois foram as primeiras cobaias dos experimentos médicos, seja o impacto da não intervenção política e econômica enquanto *razão de governo* sobre sua saúde e condições de vida.

Dentre “as táticas” destaca-se a produção de bens culturais utilizados como veículos de difusão e propagação dos modelos. Se no processo de medicalização os jornais, revistas e notas de agradecimento nos jornais foram fundamentais para levar as mulheres para os hospitais, no modelo “humanizado”, o cinema e o vídeo-relato figuram hoje como principais estratégias (como vamos descrever com mais profundidade no próximo capítulo). Ressalva-se a permanência do discurso fisiológico sobre o corpo feminino e sua associação com os animais, as famílias de elite na centralidade dos modelos e a legitimidade da medicina como científica e prática autorizada, hoje, atualizada para o nome de Medicina Baseada em Evidências, bem como práticas discursivas que se consolidam a partir de uma prática social de acusação do outro, de deslegitimação.

Para finalizar, analisamos que algumas categorias deslocam-se, contradizem-se e reinventam-se nos dois modelos. Se a intervenção é a marca do parto intervencionista, no parto não intervencionista é a liberdade de escolha o valor primordial. A sobrevivência que foi mola propulsora do modelo medicalizado dá lugar à satisfação do usuário. Higienismo e Humanização comportam em seus discursos uma filosofia e “humanismo” que por um lado fomentou a abertura e expansão de muitas indústrias e por outro está na base de um crescente mercado de serviços.

Desta forma, a comparação entre os discursos sugerem uma não ruptura do novo modelo com o contexto econômico em que ele se desenvolve, mas o contrário, uma resposta às profundas mudanças no desenvolvimento histórico do capitalismo. Vejamos, então com mais detalhes como estes discursos estão presentes e são construídos nos veículos culturais do modelo de assistência ao parto do nosso tempo: os filmes.

3 O CINEMA DOCUMENTÁRIO ATIVISTA PELA HUMANIZAÇÃO DO PARTO

*A revolução não será televisionada,
a revolução não será re-transmitida, irmãos.
A revolução será ao vivo.*

GIL SCOTT-HERON

Com base na discussão realizada no capítulo anterior descrevemos neste capítulo o papel que os filmes ocupam na produção do discurso de *liberdade e não intervenção* identificando, ao longo do desenvolvimento desta produção cultural, alguns temas, elementos, jogos de relações que irão compor a rede de discursos que estão presentes hoje no argumento dos documentários ativistas sobre parto humanizado. É importante ressaltar que as obras são altamente complexas e permitem uma série de discussões, recortes, olhares e interpretações e não é nossa proposta aqui esgotar todas as temáticas que as atravessam, muito pelo contrário, é abrir possibilidades de aprendizagem e reflexão sobre esta produção de filmes e especialmente aqui, tentar compreender algumas práticas e regularidades discursivas que conectam a narrativa fílmica as discussões realizadas no capítulo anterior, problemática de nossa pesquisa.

Desta forma iremos destacar alguns elementos que vão se apresentando ao longo da história da produção de filmes, prestando atenção nas relações entre contexto histórico, o argumento fílmico trazido pelas sinopses, os produtores e personagens e, ainda, nas estratégias de distribuição e marketing, assim como, seu impacto e/ou diálogo (em alguns casos) com a realidade social. Após a identificação destes elementos, vamos nos deter numa análise mais profunda de quatro obras, cuja discussão está organizada em quatro tópicos: (1) Os sujeitos do discurso; (2) Formação, informação e novas tecnologias; (3) Liberdade e não intervenção no parto e (4) Desrespeito e violência no parto. Estes quatro blocos são temas recorrentes e alinhados à nossa questão de pesquisa. O acesso direto ao contexto de produção e distribuição da obra *O Renascimento do Parto* nos permitiu aprofundar mais alguns elementos de contexto cujas informações podem ser consultadas (anexo 2). Também se encontra em anexo a série de discursos retirados dos filmes que deram suporte a nossa análise.

Em um ou outro momento iremos recorrer a outros filmes que não foram selecionados dentro do recorte da análise detalhada, por reconhecer que há neles alguns elementos entre os quais podemos estabelecer conexões, diálogos, reflexões, contradições, regras e regularidades, entre outros.

3.1 O documentário como tática

O primeiro efeito do *best-seller Childbirth without Fear* do obstetra inglês Grantley Dick-Read, crítico das “imagens mentais nefastas de parição”, foi a produção de um filme nos EUA. Uma enfermeira americana chamada Margaret Gamer, depois de entrar em contato com a obra de Grantley Dick-Read, ficou encantada com a teoria do autor e desenvolveu nos EUA uma das primeiras escolas de parto. Lieberman (1992, p.46) relata que em 1949 ela foi a primeira pessoa a *produzir e exhibir um filme de parto na América* e provocar um escândalo nos Estados Unidos⁴¹ na época. Depois a autora escreveu um livro chamado *Relax, here's your baby* que vinha com um LP como encarte⁴². Em 1956 Grantly Dick-Read torna-se o primeiro presidente da NTC no Reino Unido e em 1957 lança um álbum de fonógrafo intitulado *Natural Childbirth: A documentary Record of the birth of a baby*, sendo este o documentário de parto natural mais antigo de que encontramos alguma imagem.

Ainda em 1956, o Dr. Pierre Vellay, discípulo e colaborador de Fernand Lamaze no desenvolvimento do método psicoprofilático na França, compartilha no livro *Parto sem dor* várias fotografias de mulheres que dão à luz por meio do método, extraídas de um *filme sobre parto sem dor*⁴³ cuja única informação relatada é de sua realização por Fabiani, Degliane e Dalmas. *As fotos representam seis séries em que diversas pacientes demonstram como a fase de expulsão se faz sem dor e com excelente comportamento das parturientes*⁴⁴(VELLAY, 1967, p.273, grifos nossos). Interessante notar que já nas primeiras produções há uma intencionalidade de influenciar o comportamento das mulheres em trabalho de parto.

Curioso que durante a década de 1960 não encontramos nenhuma obra sobre o tema, mas na década de 1970 elas voltam a aparecer. Foi neste período que começaram as primeiras discussões internacionais sobre o conceito de *humanização*.

⁴¹ Martins (2008, p.141) “relata que a produção do saber médico e especializado sobre crianças fez-se acompanhar da literatura de aconselhamento para mães pelo menos desde o final do século XIX nos Estados Unidos e em alguns países europeus. Os Estados Unidos foram pioneiros nas publicações destinadas à educação das mães [...] Esse pioneirismo estadunidense se deve, em grande parte a um movimento reformista de caráter conservador cujas origens estão no início do século XIX com a industrialização e a expansão da economia de mercado”.

⁴² Disponível em: <http://articles.chicagotribune.com/2002-03-24/news/0203240433_1_childbirth-educator-expectant-mothers-birthing-rooms>. Acesso em: 13/05/2014.

⁴³ Este foi um dado que nos levou a depreender que já existia uma produção fílmica no interior do Movimento pelo Parto sem Dor.

⁴⁴ O documentário de Bernard Martino *Le bébé est une personne* (1984) mostram cenas semelhantes às imagens do livro.



Figura 1: Capa de antigo documentário sobre parto natural⁴⁵

Figura 2: Contracapa de antigo documentário sobre parto natural



Figura 3: Lado A do álbum de fonógrafo

Figura 4: Lado B do álbum de fonógrafo

⁴⁵ Disponível em: <http://www.discogs.com/viewimages?release=2222017> Acessado em: 02/05/2014. Parte dele foi gravada na gravadora Argon Records na UK e a outra na Westminster nos EUA. Disponível em: http://en.wikipedia.org/wiki/Grantly_Dick_Read. Acesso em: 02/08/2014.

Deslandes (2006, p.34) aponta que a produção da sociologia médica norte-americana na década de 1970 se constituiu uma referência histórica importante em conceituar “humanização” e “desumanização” e neste mesmo período registra-se a eleição destas práticas como um objeto de estudo sistemático. Para a autora, o simpósio americano intitulado *Humanizing Health Care* (Humanizando o Cuidado em Saúde), ocorrido em 1972 em São Francisco, foi um marco do início do debate, pois um dos esforços do encontro era conceituar e identificar o que seria a humanização⁴⁶ ou desumanização do cuidado em saúde, assim como, o papel de fatores estratégicos para a (des)humanização dos cuidados: “a relação médico-paciente, a formação médica, a comunicação e o acesso a informação no processo terapêutico, as relações hierárquicas e de poder na produção do cuidado e na tomada de decisões aos fatores psicológicos e subjetivos envolvidos” (DESLANDES, 2006, p.35, grifos nossos).

É neste período no Brasil que surgem as primeiras experiências que fundamentarão as bases do movimento pela humanização do parto e nascimento no Brasil. Cláudio Paciornik e seu pai, Moisés Paciornik, foi uns dos primeiros médicos a propor mudanças nas práticas de assistência com base em observação de nascimentos entre as índias kaingangues; também neste mesmo período o obstetra Galba de Araújo, do Ceará, desenvolveu um modelo de assistência baseado nas práticas das parteiras tradicionais. Ainda as ideias de Caldeyro-Barcia no Centro Latino-Americano de Perinatologia – CLAP/OPAS/OMS do Uruguai e algumas iniciativas isoladas do Hospital Pio X em Goiás, entre outros, foram inspiradores (RATTNER, 2009; RATTNER et al, 2010; DINIZ, 2005).

Em 1979, Tércio Gabriel da Motta, um cineasta produtor de curtas, realiza um curtametragem chamado *Birth in The Squatting Position*⁴⁷ baseado nas pesquisas de Moisés Paciornik e Claudio Parcionick, sendo o primeiro, o autor da obra *Aprenda a nascer e viver com os índios*. O vídeo começa com imagens antigas de estátuas que representam a posição de cócoras no parto e uma narração dos achados de Moisés e Claudio no trabalho com mulheres indígenas em 1973: *No nosso trabalho, não conseguimos encontrar razões suficientes para insistir na*

⁴⁶ “No Brasil, o termo humanizar já vinha sendo empregado na obstetrícia no início do século XX, pelo pai da obstetrícia, Fernando Magalhães e depois na segunda metade do século pelo professor Jorge de Rezende onde ambos defendiam que a narcose e o uso de fórceps vieram humanizar a assistência aos partos”. Segundo a Diniz, “a obstetrícia médica neste período passa a reivindicar o papel de resgatadora das mulheres, pois havia uma preocupação humanitária em resolver o problema da parturição sem dor, revogando a sentença do paraíso, iníquia e inverídica, com que há longos séculos a tradição vem atribulando a hora bendita da maternidade”. (DINIZ, 2005, p.628).

⁴⁷ Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=VUoVaQ5YAc0>>. Acesso em: 11/11/2012.

posição supina, deitada para parir. O vídeo em seguida, ao som de uma música instrumental com influências indígenas, registra dois partos de cócoras num hospital público e o narrador relata que até o momento no programa de treinamento destes médicos cerca de oitocentas mulheres deram à luz de cócoras. O filme termina novamente com imagens de estátuas e representações antigas de mulheres em parto de cócoras e finaliza com *o parto é mágico, mas não misterioso*. Observamos que já neste curta da década de 1970 há a utilização de trilha sonora suave, instrumental que se tornará um recurso fílmico amplamente utilizado em filmes de parto, como recurso de apagamento da dor.

No âmbito internacional, Luzes (2007) relata o nascimento de uma segunda geração de profissionais pioneiros: o primeiro marco foi o lançamento do livro *The birth book* da parteira tradicional americana Raven Lang; a exposição de fotos do obstetra e ginecologista francês Frederick Leboyer que deixou o mundo perplexo com fotos de nascimento e o surgimento do movimento *The farm* no Tennessee, onde se desenvolveu uma prática de assistência ao parto liderada por Ina May Gaskin⁴⁸, autora de *Spiritual Midwifery* (LUZES, 2007, p. 468/469). Odent (2004, p.19) descreve que a partir de 1977, a cesariana como direito de escolha se tornou aceitável e este assunto começou a ser debatido constantemente em importantes jornais médicos. Segundo o autor, o fenômeno da cesariana eletiva, de hora marcada, desenvolveu-se na Itália e nas grandes cidades da América Latina antes de se difundir pelo resto do mundo.

Segundo o médico Claudio Basbaum⁴⁹, no final da década de 1970, o obstetra Leboyer depois de abandonar a obstetrícia fez uma viagem à Índia onde conheceu a Associação de Caridade *Seva Sangha Samiti*, onde encontrou uma parálitica que foi recolhida das ruas com seus dois filhos. Neste encontro, ela estava sentada no chão massageando um de seus filhos, um bebê, sobre suas pernas. O médico maravilhado com a técnica e a relação entre eles registrou o momento em textos, fotos e vídeo, que foi lançado em 1976⁵⁰ - *Shantala: Un art traditionnel: le massage des enfants* - este vídeo recentemente ganhou uma edição em DVD pela Editora Ground. Um ano antes, Leboyer já tinha lançado um vídeo sobre o livro *Nascimento sem violência* (1975) e anos depois (1991) lançou *A arte da respiração*. É muito significativo o fato que as primeiras

⁴⁸ Que vai produzir uma série de vídeos de partos que só será lançado comercialmente em 2013, como veremos adiante.

⁴⁹ Disponível em: <<http://www.promatrix.com.br/?Poster-O-Estado-de-Sao-Paulo>>. Acesso em: 03/08/2014.

⁵⁰ Em 1982, estes registros foram lançados num livro e método de massagem para bebês: Shantala (O nome da moça de Calcutá). O vídeo original está disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=AFnPxgs2zns>>. Acesso em: 21/06/2014.

discussões e estratégias girem em torno de uma produção cultural para a difusão das primeiras teorias e técnicas. Uma marca que vai se estender é a produção realizada pelos próprios médicos pioneiros como uma prática comum, partilhada por todos os atores envolvidos a nível global.

Os anos 80 também foi um período que avançou significativamente na produção de filmes de parto. O cenário brasileiro “passava por uma inflexão nas políticas voltadas à saúde da mulher, que começou a se contrapor ao modelo existente, baseado no binômio mãe-bebê sofrendo muitos questionamentos”. Havia um debate e uma experiência desenvolvida por alguns profissionais de um Ambulatório de Tocoginecologia Preventiva na UNICAMP que estavam preocupados em oferecer uma assistência que considerasse o corpo feminino de forma integral. Com base nesta inspiração teórica, forma-se o Grupo de Parto Alternativo liderado por Hugo Sabatino que vai desenvolver um modelo de atenção peculiar às mulheres, o AISM (Atenção Integral à Saúde da Mulher) que em 1983 vai inspirar a criação do PAISM (Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher), inspirado pelo grupo e fortemente influenciado pelo movimento feminista (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005; RATTNER, 2009; MAIA, 2010, p.13).

Outra marca deste período é o surgimento de diversas organizações da sociedade civil que irão impulsionar práticas, políticas e discursos em prol da humanização do parto e nascimento no país: o *Instituto Aurora de Yoga e Terapias Alternativas* (Que organiza há mais de 20 anos o Encontro Nacional de Gestação e Parto Natural Consciente) no Rio de Janeiro; o *Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde* (Que luta desde 1981 pela saúde e direitos reprodutivos das mulheres); *Associação Comunitária Monte Azul* (ONG que atua no desenvolvimento comunitário a partir dos princípios da antroposofia) em São Paulo; os Grupos *Curumim* e *Cais do Parto* (que atuam na capacitação, organização política e valorização das práticas e saberes das parteiras tradicionais) em Pernambuco. Há ainda o surgimento de um grupo que se auto-proclamava de Ginecologistas Marginais dentro do campo da saúde da mulher que irá, na década de 90, compor a ReHuNa (DINIZ, 2005; TORNQUIST, 2007).

É nesse contexto no Brasil que é produzido um curta-metragem chamado *Parto de Cócoras no Ceará* (1984) baseado no trabalho desenvolvido pelo Dr. Galba Araújo no interior do Ceará, onde ele realiza o atendimento às gestantes com participação de parteiras e benzedadeiras da região. No mesmo ano, o cineasta francês Bernard Martino produziu um documentário *Le bébé est une personne* no qual aparecem cenas do método psicoprofilático ou *parto sem dor*, em que se pode visualizar a aplicação do método e como os médicos guiam as mulheres a partir de forte

treinamento durante o parto, que nos dá a impressão que ela está dirigindo um carro tamanho controle e direcionamento do médico sobre o momento do puxo⁵¹.

Em 1986, um ano após o segundo Congresso Internacional de Psicologia Pré e Perinatal em San Diego, o cineasta Bradley Boatman lança o vídeo *A Gift for the unborn children* com roteiro de Laura Uplinger, psicóloga e educadora perinatal brasileira, que discute como a criatividade, pensamento, emoções e ambientes, podem ser utilizados da concepção ao nascimento para o benefício das crianças ainda não nascidas. No site de divulgação do filme está escrito que o vídeo foi premiado e traz depoimentos⁵² de *Dr. David Chamberlain, Ph.D. (EUA); Dr. Michel Odent (França / Reino Unido); Dr. David Rhea (EUA); Dr. Christina Vittorini (Itália); Dr. David Wasdell (UK); Dr. Serge Wesel (Bélgica); Sr. Daniel Fritz (EUA) e Sr. Steve Raymond, RN (EUA)*. Um aspecto interessante nesta obra é o aparecimento dos sujeitos do discurso, aqui já observamos o recurso à autoridade médica e científica no assunto, como uma ferramenta de publicidade nos filmes. Estas estratégias permanecem e continuam sendo largamente utilizadas na produção fílmica atual do parto e isso pode ser facilmente verificado nos sites dos filmes, *O Renascimento do Parto (BR)*, *Freedom for Birth (UK)* entre outros.

Esta retórica também está presente no site de divulgação do filme documentário *Water baby: Experiences of water birth* (1986) da cineasta Karil Daniels. O documentário que foi filmado nos USA, na Rússia e França retrata cenas íntimas de quatro partos na água acontecidos em casa, em hospitais e em casas de parto. O filme traz entrevistas *with the world's leading medical practitioners of water birth*.⁵³ Dr. Michael Rosenthal dos Estados Unidos, Dr. Michel Odent da França e o pioneiro desta pesquisa, o Dr. Igor Charkovsky da Rússia. Os filmes mostram cenas de canto para as mulheres grávidas, conduzidas por Michel Odent na França, sessões de exercícios de treinamento de parto na água liderados por Charkovsky com os pais russos e bebês muito jovens em Moscou. Este filme ganhou 14 prêmios de cinema e festivais de vídeo.

Mas, é a partir da década de 1990 que a produção de filmes ganha fôlego e tanto local como global e nesta produção começa a se delinear as discussões e argumentos que servirão de estratégias pedagógicas para a abertura mais adiante de um mercado de serviços alternativos de

⁵¹ Aqui encontramos um trecho do documentário no qual aparece uma cena de uma mulher parindo segundo o método “parto sem dor”. Disponível em: <<http://www.youtube.com/watch?v=E7smTrc1xn4#t=10>>. Acesso em: 24/01/14.

⁵² Anúncio de venda do vídeo. Disponível em: <<http://www.fatherstobe.org/gift.htm>> Acesso em: 24/02/14.

⁵³ Disponível em: <<http://www.waterbirthinfo.com/materials.html>>. Acesso em: 23/07/2014.

assistência ao parto. Na segunda metade da década de 1990, a intensa produção de vídeos institucionais no Brasil se dará mais fortemente no âmbito de órgãos oficiais de pesquisa, universidades e institutos de pesquisa em saúde, órgãos de governo e ainda de ONGs que vão consolidar daqui por diante uma intensa cultura fílmica como estratégia pedagógica no debate sobre as novas práticas de assistência ao parto. O Brasil neste período é marcado pelo contexto das primeiras iniciativas da humanização do parto como política pública:

No Rio de Janeiro, em 1994, através da Maternidade Leila Diniz; A publicação de uma resolução que obrigava hospitais municipais do Rio de Janeiro a presença de acompanhante da escolha da mulher durante o trabalho de parto e parto; A parceria entre governo e sociedade civil na realização de campanhas em 1997 com o mote “natural é parto normal”; Em 1998, a determinação do MS de aumento de 160% no valor pago ao parto vaginal; Institui pagamento de analgesia de parto; Iniciativas para redução da taxa de cesarianas no SUS: Portaria 2816/1998 (Brasil, 1998a) estipula crítica para pagamento de cesarianas aos hospitais: 40% para o segundo semestre de 1998 promovendo a redução semestral gradativa, para alcançar 30% em 2000 e a Portaria 466/2000 (Brasil, 2000a) que instituiu o Pacto Nacional pela Redução das Taxas de Cesárea (RATTNER, 2009, p.759-760).

Levantamos uma série de filmes no Brasil deste período que acompanham as primeiras políticas, bem como a atuação das ONGs: *Mãe, e agora?* (1993) de Adriano Luiz de Carvalho, realizado pela SBC Video popular; *Um par(c)to pela vida* (1997) de Sérgio Brito e Silvia Santos, realizado pela DCS/CICT/FIOCRUZ; *O resguardo* (1997), uma parceria do Ministério da Saúde/PAC; *Saúde da Mulher* (1997) de Ronaldo Duque, realizado pela Fundação Hospitalar do Distrito Federal; *Vídeo Parto* (1999), sob a direção de Ricardo Rodrigues Teixeira da USP em parcerias com o Centro de Saúde Escola Samuel Barnsley Pessoa (que faz uma pesquisa sobre imagens de parto ao acompanhar três parturientes, em momentos antes e depois do parto); *Parteiras tradicionais* (1996) sob a direção de Kleber Bunzen do Núcleo de Saúde Pública da UFPE (Este é um curta de oito minutos sobre o I Encontro de Parteiras Tradicionais de Pernambuco que aconteceu em Nova Jerusalém e reuniu 205 parteiras, promovido pelo Centro Ativo de Integração do Ser - Cais do Parto); *Parteiras: A magia da sobrevivência* (1992) do Grupo Curumim sob a direção de Ângela Mascelani e Miriam Lane com apoio da UNICEF⁵⁴.

Em 1993, após a fundação da ReHuNa, Rede pela Humanização do Parto e Nascimento, a organização constituiu sua primeira Secretaria Executiva no Hospital São Pio X de CERES - Goiás, núcleo onde foram produzidos importantes vídeos institucionais com apoio da UNICEF e

⁵⁴ O Grupo Curumim também produziu os vídeos documentários *Porque Cesária?* Também de direção de Ângela Mascelani e *De parteira a parteira* de direção de Stephanie Pommez e apoio do Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://www.grupocurumim.org.br/site/pecas.php>>. Acesso em: 23/07/2014.

que tem um papel fundamental ainda hoje na disseminação do modelo de humanização do parto no Brasil e são exibidos em todo o país: *A vida pede passagem* e o filme *De volta às Raízes* (1995), este último da obstetra e ativista Esther de Albuquerque Vilela em parceria com Livia Martins (RATTNER et al., 2010, p.218).

Também no resto do mundo depois das recomendações do Banco Mundial (1993, p.116), configura-se uma produção fílmica sobre parto que começa a documentar e distribuir globalmente resultados de pesquisas científicas sobre o tema, novas técnicas de parteria, práticas e história de vida de parteiras, assim como, modos de assistência ao parto em países europeus. Data do ano de 1995, uma série de vídeos de seis partos respeitosos na França⁵⁵ produzido por Philippe Riou e Philip Dupuis e que tem enorme sucesso e circulação entre doulas e educadores perinatais. Os vídeos retratam cenas de parto natural de gêmeos na água, partos naturais na posição vertical, em que podemos assistir a participação ativa das famílias na assistência, como marido e filhos e a conduta dos profissionais que praticamente não intervêm. Mais quatro documentários serão marcantes neste período com forte associação entre pesquisa e produção fílmica:

Em 1995, uma parteira austríaca, Karin Berghammer, estreia seu primeiro filme sobre parto, *Parir e Nascer*, no original “Gebären und Geboren Werden”. O vídeo de 45 minutos foi produzido em cooperação com a Clínica Universitária de Viena e tem como mote aspectos ligados a discussão sobre a fisiologia do parto. Ele foi traduzido para cinco idiomas e exibido no Festival de Filmes Científicos numa comunidade francesa, Palaiseau, em 1997.

Em 1996, o Departamento de Sociologia da Universidade de Milão com a produção do serviço audiovisual da província, produz o documentário etnográfico em duas partes *A história do parto - Das mãos femininas as mãos masculinas - Parte 1 e 2*. A obra faz um estudo antropológico da história do parto, retratando os primeiros processos de dominação masculina e discutindo a relação entre natureza e mulheres.

Em 1997, é lançado nos EUA, o documentário *A Midwife's Tale*, de direção de Richard P. Rogers, escrito e produzido por Laurie Kahn-Leavitti. O filme é baseado na obra de Laurel Thatcher Ulrich, que conta a história da parteira e mãe americana Martha Ballard, que atendia

⁵⁵ Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=SjkBAREaEkI>>. Acesso em: 25/02/2014.

partos em Maine no período de 1785 e 1812 e que mantinha um diário de sua vida e luta diária contra a pobreza, doença, violência doméstica e perturbação social⁵⁶.

Em 1999, a parteira espiritual russa Elena Toneti-Vladimirova, que atuou anos ao lado de Igor Charkovsky, pioneiro em parto nas águas do Mar Negro e parto entre golfinhos, lança o filme *Birth into being: The Russian Waterbirth Experience*, com produção da enfermeira e parteira americana Barbara Harper, depois do sucesso do filme *How Dreams come true* (1995). A autora faz uma discussão sobre nascimento consciente e seu impacto para a transformação interior e curas emocionais.

Nos anos 2000, a produção de filmes de parto se consolida a nível global e local. Uma marca interessante deste período é a incorporação desta cultura fílmica como parte da própria experiência de parto entre as mulheres. Outro aspecto é o aprofundamento da produção voltada para a indústria de cinema e televisão, com grandes estratégias de exibição comercial e distribuição, tanto em eventos de debate acadêmico, como participação em festivais consagrados da área de cinema.

Uma característica marcante é o forte argumento discursivo destes filmes, pois é neste período que surgem discussões mais específicas no campo do parto como: Sua relação como a sua relação com a sexualidade; nascimento e *imprinting*; as primeiras rupturas com a estética do filme do belo parto (mostrando cenas de maus tratos na assistência); as desigualdades e diversidade entre os modelos de assistência ao parto no mundo; as primeiras críticas ainda que muito sutis a relação entre parto e capitalismo e ainda a reflexão sobre a própria produção midiática sobre parto. Há ainda, outro aspecto que vale ressaltar, o forte caráter publicitário dos filmes que contribuirá para a legitimação e consagração de novos profissionais na área⁵⁷, assim como, de uma rede de prestadores de serviços, novas estratégias políticas e ações.

A produção fílmica no Brasil, a partir dos anos 2000 é marcada pelo contexto de lançamento do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) em que o tema da Humanização é incluído na pauta da 11ª Conferência Nacional de Saúde (DESLANDES, 2004) e do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento - PHPN pelo Ministério da Saúde através da Portaria/GM nº 569 cujo objetivo primordial é assegurar a

⁵⁶ Disponível em: <<http://www.pbs.org/wgbh/amex/midwife/filmmore/index.html>>. Acesso em: 25/02/14.

⁵⁷ Um exemplo pode ser a obra da parteira, antropóloga e escritora mexicana Naoli Vinaver que se torna uma das parteiras mais populares do mundo após o lançamento e divulgação do curta metragem *Birth Day*, editado em mais de 15 idiomas. Disponível em: <<http://www.xalapenisima.com.mx/DetalleGen.php?g=288>>. Acesso em: 15/05/2014.

melhora do acesso, da cobertura e da qualidade do pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e recém-nascido na perspectiva dos direitos de cidadania (MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA EXECUTIVA, 2002). Rattner relata uma série de outras políticas, convênios e iniciativas no início dos anos 2000: A Portaria 985/1999 que cria os Centros de Parto Normal (CPN) no SUS, com a Portaria 985/1999 e a linha de financiamento para construção e/ou equipamento de CPNs; A remuneração de enfermeira no atendimento ao parto normal por meio da Portaria 2815/1998; O financiamento de cursos de especialização em enfermagem obstétrica; uma parceria firmada em 2002 com a Agência de Cooperação Internacional do Japão (JICA) que estabeleceu um convênio de cinco anos através do qual envia anualmente profissionais de saúde para estágio de três meses em casas de parto no Japão⁵⁸ (oito enfermeiras obstetras e dois funcionários administrativos); Um convênio em 2003 com o Hospital Sofia Feldman que institui o Programa de Doulas Voluntárias Comunitárias e a partir dos anos 2000 a capacitação de parteiras tradicionais (RATTNER, 2009, p.760).

Mais dois acontecimentos marcam os anos 2000: Em 07 de abril de 2005 é promulgada a Lei nº11.108 que determina que: “Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato”⁵⁹. O segundo acontecimento é o nascimento em 2006 da organização Parto do Princípio - Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa, que aglutina um grupo de consumidoras e profissionais liberais que lideram o ativismo pela humanização do parto além de prestar serviços de informação e assistência ao parto. O grupo desenvolve neste período uma série de iniciativas em prol da

⁵⁸ Um relatório de estágio numa casa de parto no Japão (HOGA, 2005) relata que no Japão, “o governo não presta assistência gratuita no campo da obstetrícia pelo fato de não compreender a gestação e parto como doença” (AIKAWA et al. Apud HOGA, 2005, p. 613). “As mulheres têm ampla liberdade de escolha no Japão, e grande facilidade de acesso a serviços, o mercado da assistência é bem variado, incluindo hospitais, clínicas e casas de parto, onde em qualquer destas prestadoras de serviços, a assistência é paga pelas clientes” (HOGA, 2005, p. 613), “os honorários são equivalentes aos dos hospitais (cerca de U\$ 2.500), relativos ao custo da assistência ao parto e internação” (HOGA, 2005, p.617). Em outro artigo sobre a capacitação de enfermeiras no Japão “o Dr. Kiyoshi Haneda, diretor do Hospital Makabe, salientou que para se realizar o parto humanizado, muitas coisas poderiam ser feitas sem gastar dinheiro, trabalhando-se a partir da imaginação e criatividade. Também destacou que os Centros de Partos Normais desenvolvidos no Brasil deveriam ter independência financeira”. (PROGIANTI, PORFIRIO, PEREIRA, 2013, p.196)

⁵⁹ Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm>. Acesso em: 27/06/2014.

redução das cesarianas eletivas, articulação da Rede GAPP⁶⁰, ações pela licença maternidade, eventos como a Semana Mundial pelo Respeito ao Nascimento entre outros.

Neste cenário, a produção fílmica brasileira começa com o lançamento do vídeo educativo *Sagrado* (2002) produzido e dirigido pelo médico ginecologista e obstetra Paulo Batistuta com apoio da UNICEF e da ReHuNa. O vídeo retrata novas práticas de atendimento ao parto e apresenta as iniciativas de humanização do parto em hospitais brasileiros. Em 2003, a Prefeitura de Londrina no Paraná, no contexto de implantação do PHPN, produz um clipe de dez minutos, *Parto Humanizado*, no qual apresenta o programa de humanização do parto que é oferecido na maternidade municipal.

Em 2004, o Projeto Primeira Infância pela Paz, uma parceria da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo e do Instituto da Saúde sob a direção de Daikuse Onuki e Ivani Turíbio produzem o DVD - *Caminhando para o parto normal - Movimente-se!* O vídeo divulga as vantagens do parto natural, as mudanças no corpo e comportamento das mulheres na gravidez, a importância do pré-natal e dos exercícios, os cuidados com a mãe e o bebê, a necessidade de cuidados especiais durante o trabalho de parto, como massagens, posições relaxantes que facilitam o nascimento do bebê. Também é do mesmo projeto o curta em DVD, *Olhar, sorrir, conversar: cuidando do bebê* (2004). Também em 2004, numa parceria da ReHuNa com o Ministério da Saúde, foram produzidos os vídeos *Um dia de vida* (2004) de Pedro Cunha (que discute o tema da humanização e a atuação dos profissionais do SUS, com várias cenas de parto) e *Proximidade e cuidado* (2007). Estes vídeos são adotados em todas as capacitações oficiais do Ministério da Saúde sobre atenção e cuidado na gestação e no parto (RATTNER et al., 2010, p.218).

A partir da metade dos anos 2000, a FIOCRUZ através do canal saúde realiza uma série de programas sob a direção de Marcos Antônio Campos, *Parto Humanizado* (2005), que promove uma conversa em estúdio com Paulo Batistuta, médico obstetra, Denise Morsh, consultora da Secretaria Municipal de Saúde na Atenção ao parto e nascimento no Rio de Janeiro, Vitória Pamplona, psicóloga e Julio Alzuguir, chefe do departamento de obstetrícia do IFF, sobre as possibilidades e contingências da mulher escolher como será o parto de seu bebê; também produz o programa *Atenção ao parto e nascimento* em (2008) e o programa *Humanização do*

⁶⁰ Rede GAPP - Grupo Apoiado pela Parto do Princípio está em 16 estados com 68 grupos de apoio a gestante que presta serviços de informação e assistência privada ao parto humanizado hospitalar ou domiciliar. Disponível em: < <http://partodoprincipio.blogspot.com.br/2011/09/lista-de-gapps.html>>. Acesso em: 23/07/2014.

parto em (2011). Ainda em 2002, a FIOCRUZ produziu o filme curta-metragem *Parto de Mim*, sob a direção de Guilherme Fernandes, sobre a atuação de enfermeiras obstétricas na política de qualificação e atenção ao parto e nascimento nas maternidades municipais da cidade do Rio de Janeiro.

Em 2006, por ocasião da II Conferência Internacional pela Humanização do Parto e Nascimento no Rio de Janeiro, a DCS/CICT/FIOCRUZ⁶¹ sob a direção de Homero Carvalho e Humberto Trigueiros produz um documentário que registra o encontro. O vídeo conta com depoimentos de profissionais de saúde e representantes da sociedade civil que discutem, desde os aspectos culturais e fisiológicos do parto ao aumento da taxa de cesariana na rede particular e as campanhas pelo incentivo ao parto normal.

Também no ano de 2006, o Hospital Sofia Feldman de Belo Horizonte, em parceria com o Ministério da Saúde, produziu três vídeos em DVD sobre a assistência humanizada: *Doulas - Uma mão na travessia*, *Condições que favorecem o parto* e *Centro de Parto Normal - Dr. David Capistrano da Costa Filho*. Os vídeos foram realizados pela G&M Produções e Marketing.

Ainda em 2006, em Pernambuco, a socióloga Sandra Maciel com seu marido, o cineasta argentino Mariano Pikman, militantes do Movimento Curador⁶², produzem o primeiro filme sobre o tema da violência obstétrica no Brasil, *Denuncie os maus tratos no nascimento*. O filme mescla depoimentos de mulheres que tiveram partos respeitosos com cenas que retratam o cotidiano de descaso e violência de maternidades pernambucanas. O curta foi produzido no contexto das mobilizações durante a Semana Mundial pelo Respeito ao Nascimento em 2006 e foi exibido num evento que reuniu famílias e público em geral no Parque na Jaqueira. Em 2007, o casal lança, com financiamento do Banco do Nordeste, o documentário etnográfico *Sempre vivas parteiras (2007)*, que retrata as histórias de vida e práticas de assistência de parteiras tradicionais de Jaboatão dos Guararapes e da Chapada Diamantina, contrastando técnicas, o cotidiano das comunidades onde atuam e suas práticas espirituais.

No final deste período mais dois filmes sobre a prática das parteiras tradicionais são produzidos: em Pernambuco, a Associação Saúde Sem Limites, produz o DVD, *Parteiras*

⁶¹ A instituição também produziu o registro do *Congresso Internacional Ecologia do Parto e Nascimento*, que aconteceu em 2002 no Rio de Janeiro e Florianópolis, sob a direção de Sérgio Marque.

⁶² Criado há dez anos, o Movimento Curador acredita nos processos de cura a partir de uma consciência ampliada de si e do outro e das questões sociais, culturais, ambientais e espirituais que envolvem o ser humano. O movimento entende a saúde com algo que reorganiza o ser continuamente. Apoiando a luta das terapias brandas contra os cercos das indústrias farmacêuticas, valorizando o conhecimento dos raizeiros, parteiras e curandeiras e compreendendo a gravidez, o parto e o nascimento como eventos essenciais para a formação emocional e fisiológica dos seres.

Pankararu (2006), sob a direção de Maria Borba; que registra o curso de atualização de parteiras e aprendizes do sertão de Pernambuco, onde a partir de uma metodologia de troca de saberes de conhecimentos tradicionais e científicos trabalha a temática da gravidez, parto e pós-parto com base na fisiologia e humanização da assistência. No mesmo ano, a TV UNIBH, produz o DVD *Dona Santinha*, sob a direção de Andrea Resende, que conta a história de Maria dos Santos Faria, conhecida como Dona Santinha, parteira tradicional que atendeu mais de quinhentos partos na cidade de Milho Verde, que fica a 353 km de Belo Horizonte.

Fora do Brasil, a produção de filmes começa no ano de 2000, com o lançamento do documentário da televisão pública, *Born in the U.S.A*, dirigido pelos cineastas Marcia Jarmel e Ken Schneider pela PatchWorks films. O filme explora a situação do atendimento ao parto nos EUA retratando a atuação de três profissionais: Joanie, obstetra de um hospital universitário em Filadélfia; Heike, uma parteira licenciada que atende partos domiciliares em Seattle, e Jennifer, uma enfermeira obstetra que atua num centro de parto no Bronx. O filme traz reflexões de mães, médicos e parteiras e foi considerado o melhor filme sobre parto da América pelo ex-diretor de saúde da OMS, Marsden Wagner⁶³.

Em 2002, Cara Biasucci, outra cineasta americana, bacharel em filosofia e literatura inglesa, produziu de forma independente o documentário *Born to Brazil*, filme baseado na dissertação de mestrado de Kristine Hopkins⁶⁴ que analisa o uso excessivo de cesarianas no Brasil e no México. O filme de Biasucci questiona se as mulheres realmente optam por cesariana, e mostra quais os incentivos profissionais que favorecem sua realização. Este documentário foi exibido na televisão pública brasileira (TV Cultura e TV Alerj), em seis festivais de cinema, entre eles o brasileiro (É tudo verdade), em conferências nos EUA (Population Council e Center for Women's and Gender Studies Symposium), Canadá (TeleScience 13th International Science and Film Festival), México (Midwifery Conference) e Brasil (Humanização do parto e Simpósio Internacional pela Redução da Cesária).

Ainda em 2002, Karin Berghammer, autora de “Parir e Nascer”, produz e lança seu segundo documentário sobre parto: *Midwives - a global perspective on childbirth*, onde a autora entrevista parteiras de 23 países, explorando a influência da cultura, direito, religião e as

⁶³ Disponível em: <http://patchworksfilms.net/films/born_usa.html>. Acesso em: 25/02/14.

⁶⁴ Ph.D pesquisadora associada do Centro de Pesquisa de População da Universidade do Texas em Austin. Informações disponíveis em: Disponível em: <<http://caramiamedia.com/film-video-work/born-in-brazil/>>. Acesso em: 26/05/2014.

diferentes práticas de parteria ao redor do mundo. Seis anos mais tarde, Karin produziu o filme *Birth move-ment: Preventive Obstetrics and Postnatal Care* (2008), que retrata posições e movimentos que facilitam o processo do trabalho de parto e parto, a discussão sobre a opção pela anestesia epidural, com imagens de quatro nascimentos em uma maternidade.

Em 2003, a antropóloga e parteira mexicana Naoli Vinaver lança um curta, *Birth Day*, com produção do seu pai George Vinaver. O curta registra o nascimento de sua terceira filha, num parto domiciliar na água, na companhia da família e dos filhos e ainda traz depoimentos e reflexões da parteira sobre sua experiência pessoal e a prática do partejar. Este filme é muito interessante porque apesar de retratar o parto de uma parteira, esse é um filme em que se identificam os recursos fílmicos de apagamento da atuação e intervenção das parteiras, pois a parteira que está assistindo ao parto de Naoli em nenhum momento aparece no filme. Essa é uma das estratégias mais recorrentes nos filmes para expressar a *não intervenção* no parto, apagar a atuação do profissional. Em 2007, a autora lança uma versão estendida do curta. Também é de sua autoria o filme *O mundo nasce ao ritmo do coração*.

Em 2005, é a vez da parteira e enfermeira americana Barbara Harper, uma forte difusora do parto na água, lançar um livro com DVD, *Gentle Birth Choice*, que retrata o resultado de mulheres saudáveis e felizes que realizam escolhas de nascimentos gentis⁶⁵. Este filme foi traduzido em doze idiomas e trouxe enorme popularidade para a autora. Também em 2005, a ONG Argentina Associação Dando a Luz produz uma campanha intitulada “Tenemos derechos” na qual ela desenvolve pequenos esquetes⁶⁶, semelhantes a anúncios publicitários para compartilhar os direitos das mulheres no parto (Lei Nacional 25.929 de Derechos en el nacimiento).

Promulgada em 2004, a lei do parto humanizado na Argentina reconhece os direitos de pais e filhos durante o nascimento. Contudo, a aplicação permanece sendo reduzida, os maus tratos nos hospitais persistem. Segundo Felitti (2011, p.126) só resta recorrer aos serviços privados, de alto custo financeiro, para viver a gravidez e o parto de acordo com as escolhas de cada mulher e casal. A campanha da ONG contou com o apoio da atriz e cantora argentina

⁶⁵ Os termos nascimento gentil, nascimento respeitado, parto respeitoso é a tradução americana para o que se chama no Brasil de parto humanizado.

⁶⁶ Os esquetes chamam-se: Parir acompanhadas; Respeitemos o tempo de nascer; Não deixem que te deitem; Cortar o cordão quando deixar de pulsar; Juntos desde o nascimento.

Soledad Villamil⁶⁷. Também neste mesmo ano a *Clínica la Primavera*, Instituto de Parto Humanizado do Equador, produziu uma série de vídeos educativos sobre parto⁶⁸ humanizado como uma forma de divulgar os serviços prestados na clínica. Estes vídeos circulam intensamente na internet e trazem imagens e cenas de alto impacto pedagógico, publicitário e ideológico ao compartilhar as principais discussões e recomendações trazidas pela OMS e pela Medicina Baseada em Evidências.

No ano seguinte, em 2006, a parceira de Barbara Harper na produção de *Birth into Being*, a parteira Elena Toneti-Vladimirova, lança seu segundo filme sobre parto, *Birth as we know it*, que também foi traduzido em doze idiomas e que através de filmagem de onze partos naturais discute temas que até então não eram abordados nos filmes de parto como a questão da sexualidade⁶⁹ na experiência do parto, circuncisão, parto de lócus⁷⁰ e introduz a discussão sobre *limbo imprinting*⁷¹. O filme alcançou a impressionante distribuição de mais de cinquenta e oito países somente através de divulgação em palestras e sites⁷².

Em 31 de outubro de 2007 um filme sobre parto natural chega às salas de cinema na França: *Le Premier Cri*, filme do cineasta francês Gilles de Maistre que registra num período de 48h (período em que ocorre um raro eclipse total do sol) o trabalho de parto e parto de mulheres dos cinco continentes do mundo. Esta obra, para a presente pesquisa, é um dos filmes mais importantes da história fílmica do parto, muito embora, escape ao perfil de produção ativista, pois ele retrata numa única obra temas importantes como as desigualdades sociais e de acesso à assistência à saúde, a diversidade cultural na assistência ao nascimento, crítica ao capitalismo e

⁶⁷ Esta é uma regularidade discursiva em muitas obras, o apelo ao “star system”, que vai estar presente em *The Business of Being Born*, *The Face of Birth*, *O Renascimento do Parto*, na série *Parto pelo Mundo* entre outros.

⁶⁸ Recomendações da OMS ao parto; Parto consciente; Contato pele-a-pele; Aliviar a dor; Cesária humanizada; Circular de cordão; Encontro esperado; Parto em liberdade; Importância das doulas; Parto humanizado, semente de amor; Parto podálico.

⁶⁹ Este é o primeiro filme que traz o relato e cena de um orgasmo num parto e que mais tarde vai ser tema central de outro documentário americano *Orgasmic Birth* que a partir deste relato único, que será reproduzido fielmente, vai produzir e introduzir na discussão de parto natural a representação do parto como um evento orgásmico.

⁷⁰ Uma modalidade de parto onde não há corte do cordão umbilical e o cordão permanece unindo placenta e bebê até cair naturalmente.

⁷¹ Luzes (2007, p. 15-25) relaciona diversos autores que estudaram e encontraram relações entre a vida psíquica e o período perinatal. A autora explica: “Pesquisas recentes no centro AMETHYST enfocam os estados emocionais dos progenitores, que afetam profundamente o indivíduo, na infância e vida adulta, de modo positivo ou negativo [...] Tais estados afetarão os eventos ligados ao parto, segundo observou Frank Lake, ele fala do “Imprintig” que é a palavra usada para descrever um rápido aprendizado em situações de extrema urgência ou trauma” (WARD apud LUZES, 2007, p. 24).

⁷² Disponível em: <<http://www.birthintobeing.com/bawki>>. Acesso em: 03/08/2014.

aos efeitos do colonialismo europeu e ainda torna visível o racismo no parto e as injustiças sociais ao contrastar os diversos contextos de parto e nascimento na obra.

O filme documenta dez experiências reais de parto: O parto de uma índia kaiapó nas florestas amazônicas brasileiras, um parto holístico entre golfinhos no México, um parto normal na maior maternidade do mundo do Vietnã, um parto na Sibéria, um nascimento em Paris, um “parto livre” nos EUA, um parto numa clínica humanizada no Japão, um parto numa favela na Índia, um parto no deserto do Congo e um parto numa tribo africana, os Masai. O autor contrasta os relatos de parto a partir da fala e percepção das próprias mulheres. Segundo o autor:⁷³ “Ce n’est pas une fiction, c’est la réalité sublimée en images [...] Le decors sont naturels, les personnages véridiques, les situation exactes”.



Figura 5: Cena do filme *A Walk to Beautiful*

Fonte: *A Walk to Beautiful*, EUA, 2007⁷⁴

Outro documentário também importantíssimo para o presente estudo foi lançado no mesmo ano pela cineasta americana Mary Olive Smith intitulado *A Walk to Beautiful*⁷⁵ que retrata a incidência da fístula obstétrica, uma lesão provocada pelo trabalho de parto prolongado

⁷³ Disponível em: <<http://www.disney.fr/FilmsDisney/lepremiercri/>>. Acesso em: 24/02/14.

⁷⁴ Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=3w-fOmovijc>>. Acesso em: 03/07/2014.

⁷⁵ *A walk to beautiful*, para a pesquisadora retrata as contradições intrínsecas e veladas no projeto de humanização do parto. Iremos aprofundar essa análise mais adiante.

sem ajuda profissional e que provoca incontinência crônica urinária e fecal nas mulheres. As consequências sociais para estas mulheres são graves, como o aumento da pobreza e da exclusão social, pois a comunidade e família a exclui por não suportar o odor provocado pela incontinência. O filme também retrata um projeto desenvolvido por um hospital que faz uma cirurgia de reparação e também um trabalho pedagógico de informação sobre o trabalho de parto buscando o resgate da autoestima das mulheres. Em 2008, este filme foi exibido nos cinemas dos EUA, em Nova York, Los Angeles e São Francisco.

No ano seguinte, no momento em que *A Walk to beautiful* era exibido nos cinemas americanos, uma doula americana, Debra Pascali-Bonaro, produz o filme *Orgasmic birth - The best-kept secret* (2008) que debate os aspectos da sexualidade e intimidade no parto, discutindo a vivência como uma experiência de prazer, sensualidade e êxtase, cujo direito humano é negligenciado⁷⁶. O filme foi lançado em 18 de maio em Praga, na República Tcheca, com articulação da UNIPA – Union of Midwives (Czech Republic), Czech Doula Association Movement for Active Mothering e da doula tcheca Vlasta Jiraskova e as exibições aconteceram em mais 20 países⁷⁷. Em 2010, a autora fez uma edição de 52 minutos desta obra e lançou *Organic birth: Birth is natural!* no qual a autora adapta aspectos mais relevantes do longa para ser um recurso de aulas de educação para o parto.

Também em 2008, a atriz americana Ricki Lake em parceria com a cineasta e advogada da mulher Abby Epstein produzem e lançam o longa metragem *The Business of Being Born*⁷⁸ que debate a “indústria americana do nascimento”, contrastando o modelo americano com o novo modelo de assistência (já existente nos EUA) de parto domiciliar, mostrando como é o trabalho desenvolvido pelas *midwives*, com vastas cenas de parto e amplo debate de especialistas no assunto. Em 2012 o filme foi exibido em mais de cinquenta salas na Espanha como um cinema

⁷⁶ “Undisturbed birth is revealed as an integral part of women’s sexuality and a widely neglected human right. Couples share their birth experiences, discussing their fears and how they found the support, nurturing, and ultimately the power and strength within themselves to labor and birth their babies in a beautiful, loving, and ecstatic way”. Sinopse no site: <<http://www.orgasmicbirth.com/what-is-orgasmic-birth>>. Acesso em: 24/02/14

⁷⁷ Em 2010, o filme foi exibido no Encontro Fazendo Gênero e contou com uma análise de Fernanda Bittencourt Ribeiro no artigo: “Mas elas são de outro planeta?”, sentido do parto em questão.

⁷⁸ Disponível em: <<http://www.thebusinessofbeingborn.com/about/>>. Acesso em: 13/02/2013. O Renascimento do Parto parece ter sofrido forte influência da narrativa deste filme, pois segue o mesmo argumento de crítica as cesarianas.

fórum promovida pela ONG espanhola *El Parto es Nuestro* durante as ações da Semana Mundial pelo Respeito ao Nascimento⁷⁹, cujo tema foi *Economia e Nascimento*.

Ainda em 2008 é produzido o filme *Pregnant in America: A Nation's Miscarriage* dirigido por Steve Buonaugurio e produzido por Betsy Chasse, que continua na mesma linha de debate aberta por Ricki Lake no filme *The Business of Being Born*, sobre o aumento das taxas de cesariana nos EUA, os mitos em relação a dor e o excesso de intervenções no parto. Outro aspecto debatido no filme, diz respeito à crítica às companhias e seguros de saúde que priorizam o lucro em detrimento ao cuidado das mães e bebês.

Em 2009, a parteira e produtora de programas de televisão americana Berby Bos lança uma *fan page* no facebook para divulgar seu canal de televisão online *Mybirth.tv*, um canal de tv na internet para divulgação de documentários e vídeos curtos sobre gravidez e parto. O canal dispõe de mais de duzentos filmes e está sempre em contínua atualização de vídeos e informações com profissionais de saúde especialistas, parteiras, obstetras e pediatras numa sessão em que os usuários podem enviar perguntas e tirar suas dúvidas.

Ainda em 2009 são lançados os filmes documentários também americanos *Optimal Pelvic Positioning*, produzido pela BirthWorks International, de Jean Sutton e Cathy Daub; o vídeo *MotherTouch: Touch Techniques for Birth* produzido e dirigido por Leslie Piper e Leslie Stager e *Laboring Under An Ilusion*, do antropólogo e educador perinatal Vicki Elson, que explora os mitos gerados pela mídia sobre parto, fazendo um jogo entre ficção e realidade de cenas midiáticas de parto e filmes documentários de parto natural, trazendo análises de cenas dos documentários *Birth Day*, *Orgasmic birth* entre outros.

Na década atual a produção de filmes se consolida como tática de difusão do modelo humanizado de assistência ao parto, sendo uma marca do início deste período uma produção fílmica com grandes estratégias de produção, circulação e comercialização, aliados a um aprofundamento da utilização das tecnologias de informação e comunicação para execução destas estratégias. Os autores se utilizarão de ferramentas de *crowdfunding* (financiamento colaborativo), de movimentos de *blogagem* coletiva, plataformas crossmedia, sites de divulgação, *fã page* na rede social facebook, *hangout* na rede social google+ entre outros, ampliando a atuação que antes era restrita a listas de discussão, com atuação forte no início dos anos 2000.

⁷⁹A SMRN é uma iniciativa de uma ONG francesa, Aliança Francófona para o Parto Respeitado - AFAR - que promove acesso a informações das mulheres desde 2004.

Uma marca da produção atual é o ambicioso projeto político destas obras que tem como meta promover discursivamente uma revolução definitiva dos sistemas de saúde tanto no âmbito global como local. E esta pretensão dos autores se expressa nas grandes estratégias de circulação e projeção das obras em cinemas, em alguns territórios, em todo o país, em outros, em quase em todo o continente e ainda na difusão das obras em diversos países de todos os continentes do mundo. Também é deste período, a abertura de novos mercados e inserção de novos personagens no debate e experiência de parto: os advogados de nascimento, voltados para a defesa jurídica dos direitos de parto e nascimento (*Birthrights*⁸⁰ na Europa e *Artemis* no Brasil) e os cineastas e fotógrafos de parto, que após sessenta anos de produção de demanda pela filmografia no nascimento, encontra agora mais do que nunca a forte ascensão e expansão de mercado no Brasil, EUA e outros lugares do mundo⁸¹.

No Brasil há uma virada discursiva na crítica à intervenção no parto que será tratada sob o conceito de *violência obstétrica* após uma pesquisa da Fundação Perseu Abramo em 2010. Em 2013, a Rede Parto do Princípio encaminha à CPMI da violência contra a Mulher o dossiê “Parirás com dor” que denuncia a violência obstétrica no país. Recentemente, o deputado Jean Wyllys do PSOL-RJ encaminha o projeto de Lei 7633/14 (em tramitação na câmara) que pretende instituir o parto humanizado e combater a violência obstétrica especificando os direitos da mulher na gestação, parto e aborto, direitos do feto e do recém-nascido e as obrigações dos profissionais de saúde.

O ano de 2010 começa com a circulação do documentário *Parto Natural*, produzido pelo COREN-SP sob a direção de José Gaspar e um roteiro de Beto Magini, que mostra as diferenças da assistência ao parto natural e cesariana através de relatos de profissionais, enfermeiras, obstetras e pesquisadores (o obstetra Dr. Newton T. Miyashita; a enfermeira Andrea Porto; o ginecologista e obstetra Dr. Cláudio Basbaum; o diretor da Amparo Maternal, Dr. Julio Massonetto; a enfermeira Wilma Etsuko Nishi, da Casa Ângela; Dra. Simone Diniz, Faculdade de Saúde Pública/USP e a enfermeira Ruth Hitome Osava, da Amparo Maternal) que discutem os benefícios do parto natural fisiológico para mães e bebês. O documentário termina com uma

⁸⁰ *Birthrights was founded by a group of lawyers committed to improving women's experience of childbirth by promoting respect for human rights. Our work is overseen by our board.* Disponível em: <<http://www.birthrights.org.uk/about-us/who-we-are/>>. Acesso em: 25/05/2014.

⁸¹ No Brasil identificamos a empresa Além do Olhar, nos EUA a Cecijane entre outros.

cena de um parto natural numa casa de parto e o relato da percepção da mãe sobre esta experiência.

Em 2012, o grupo paulista Samaúma, de mães, mulheres e profissionais que oferecem apoio a gestação, parto e maternidade, produziu um vídeo que foi apresentado no I Seminário Internacional de Centros de Parto Normal, organizado pela OPAS e pela Rede Cegonha, sob a direção de Suzanne Shub, *Da maternidade eu espero*, que a partir de depoimentos de famílias atendidas pelo grupo, discute suas expectativas e percepções das famílias sobre a assistência ao parto e parto humanizado.

No dia 25 de novembro de 2012, na ocasião de mobilização pelo Dia Internacional pela Eliminação da Violência contra as Mulheres, é lançado o filme documentário *Violência obstétrica - A voz das brasileiras*, produzido por um grupo de ativistas pelos direitos das mulheres e pela humanização do parto: Bianca Zorzam, obstetriz, aluna de mestrado do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Universidade de São Paulo; Ligia Moreiras Sena, bióloga, aluna de doutorado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina e autora do blog Cientista Que Virou Mãe; Ana Carolina Arruda Franzon, jornalista, aluna de mestrado do Programa de Pós Graduação em Saúde Pública da Universidade de São paulo e co-editora do blog Parto no Brasil; Kalu Brum, jornalista, doula e co-editora do blog Mamíferas e Armando Rapchan, fotógrafo e videomaker.

A proposta do documentário surge a partir de uma série de ações que se desenrolaram a partir da publicação da pesquisa realizada pela Fundação Perseu Abramo em 2010 - *Mulheres brasileiras e gênero no espaço público e privado* que divulgou o dado de que uma em cada quatro mulheres (25%) sofre violência no parto (VENTURI et al., 2010, p.173). A partir deste dado, várias ações foram organizadas por ativistas e blogueiras que culminaram numa blogagem coletiva em outubro de 2012. Neste evento, as autoras mobilizaram a coleta de depoimentos em vídeos caseiros de mulheres que contam suas histórias de violência, racismo e intolerância sobre seus corpos. Os vídeos foram enviados as autoras para tratamento e edição⁸². O documentário mescla textos sobre direitos no parto e depoimentos embalados por uma trilha sonora que inspira muita angústia. Em 2013, o filme ganhou o primeiro lugar na Mostra Audiovisual do 10º Seminário Internacional Fazendo Gênero – Desafios Atuais dos Feminismos, em Florianópolis.

⁸² Disponível em: <<http://www.partonobrasil.com.br/2012/11/violencia-obstetrica-voz-das-brasileiras.html>>. Acesso em: 24/02/14.

Para concluir o ano de 2012, a ONG Curumim produziu três campanhas em vídeo intituladas: *Valorização das Parteiras Tradicionais - Eu apoio essa ideia*. Os vídeos tiveram roteiro e direção de Luci Alcântara e produção de Camila Moraes. O vídeo compartilha depoimentos de parteiras tradicionais e suas filhas sobre o ofício, valorizando a transmissão do partear tradicional, seu reconhecimento e integração ao SUS.

Em maio do ano seguinte, 2013, uma enfermeira obstetra de Florianópolis, Mayra Calvette lançou uma série no canal fechado GNT: *Parto pelo mundo*. Este projeto que nasceu a partir da viagem dela com o marido Enrico Ferrari, empresário, por 25 países durante nove meses, na qual o casal aproveitou para criar o projeto de conhecer os diversos rituais e modelos de assistência ao parto e nascimento pelo mundo.

A primeira temporada foi exibida em cinco episódios: 1. Tradições (Que fala do parto tradicional domiciliar no Tibet), 2. Transições (Que aborda o parto em unidades de saúde no interior do Camboja), 3. Revolução (Faz uma jornada em diversos cantos do mundo que lutam pelo direito de escolha no parto, iniciando com uma entrevista com Michel Odent na Inglaterra), 4. Contrastes (O casal visita lugares com diferentes realidades de nascimento: no Nepal o parto é atendido em condições precárias e nos EUA, em Boston, conhecem um hospital altamente tecnológico com um dos serviços mais caros do mundo) e 5. Reflexão (O casal retorna ao Brasil e faz uma reflexão sobre a melhor hora de ter um bebê). A série traz dados estatísticos sobre os sistemas de saúde dos países visitados e criou um site que aglutina dados coletados nos países⁸³, diário de bordo das viagens, vídeos e um cadastro de profissionais que prestam serviços de parto humanizado em todo o Brasil. A série teve ampla repercussão na mídia, em jornais e programas, mas o acesso ficou disponível na NOW apenas para assinantes da NET e ainda aguarda a segunda temporada.

Em agosto do mesmo ano de 2013, a doula brasileira Érica de Paula e seu marido, o cineasta Eduardo Chauvet lança, nos cinemas de todo o Brasil o documentário, *O Renascimento do parto*, com apoio de 1227 pessoas, destas vinte e sete são entidades e/ou empresas através do site de financiamento colaborativo Benfeitoria, batendo o recorde brasileiro de arrecadação⁸⁴ (141 mil reais). O filme foi exibido em mais de 48 cidades brasileiras e sua trama discute o cenário obstétrico brasileiro e mundial a partir de depoimentos de profissionais e ativistas da

⁸³ Disponível em: <<http://www.partopelomundo.com/site/>>. Acesso em: 19/06/2014.

⁸⁴ Levantamos desta obra todas as variáveis extradiscursivas que se encontram anexo.



O RENASCIMENTO DO PARTO

UM FILME DE ÉRICA DE PAULA E EDUARDO CHAUVET | DIREÇÃO: EDUARDO CHAUVET



O RENASCIMENTO DO PARTO (Brasil, 2013, 90min) Direção: EDUARDO CHAUVET Roteiro: ÉRICA DE PAULA Produção: ÉRICA DE PAULA
 Produção Executiva: EDUARDO CHAUVET Direção de Fotografia: RAFAEL MORBECK Montagem: EDUARDO CHAUVET
 Trilha sonora original: CHARLES TORRES e MARCELLO DALLA Pesquisa: ÉRICA DE PAULA Som direto: RAFAEL MORBECK
 Desenho de Som: MARCELLO DALLA Edição de som: VAGNER OLIVEIRA Mídias Digitais: RAFAEL MORBECK
ORENASCIMENTODOPARTO.COM.BR | WWW.MASTERBRASIL.COM

10

CLASSIFICAÇÃO INDICATIVA
 NÃO RECOMENDADO PARA MENORES DE 10 ANOS
 FRENTEÇÃO: FRENTEÇÃO INDICADA

ALPDD

agênciafreela

Jorge Kuhn

moara

moara

instituto sabin

DISTRIBUIÇÃO:

ESPAÇO FILMES

Figura 6: Cartaz personalizado de divulgação do filme O Renascimento do Parto

Fonte: Arquivo pessoal de Marina Maria - Recife - PE

humanização do parto contrapondo a assistência hospitalar e os procedimentos médicos com depoimentos e imagens de partos humanizados e domiciliares⁸⁵.

Em dezembro, do mesmo ano, um novo documentário sobre o tema da violência obstétrica é lançado no Brasil: *A dor além do parto - Novo documentário sobre violência obstétrica*, produzido como trabalho de conclusão de curso das estudantes de direito: Letícia Campos Guedes, Amanda Rizério, Nathália Machado Couto e Raísa Cruz. O curta de vinte minutos faz uma discussão entre profissionais ativistas pela humanização do parto, profissionais de direito e mulheres que foram vítimas de maus tratos no parto sobre o feito das práticas de rotina, as leis existentes e a dor causada às vítimas de violência no parto. O filme introduz pela primeira vez no Brasil, profissionais de direito na discussão, uma temática recentemente introduzida pelo filme *Freedom for birth*.

Internacionalmente, o ano de 2010, começa com o lançamento de um documentário americano sobre a parteira tradicional americana Margaret Charles Smith, *Miss Margaret: The Story of an Alabama Granny Midwife* de direção de Diana Paul, que conta a trajetória desta parteira que sofreu na pele os efeitos da escravidão e segregação racial no sul do EUA e apesar de todas estas lutas, chegou a atender mais de 3.500 partos numa população de 10.000 habitantes.

Também em 2010, a top model americana Christy Turlington, que depois de ter complicações no parto de seu primeiro filho e ser salva por ter acesso a seguro de saúde, começou a pensar como é a situação de mulheres que não tem acesso a seguros, condições sanitárias ou que moram longe de um hospital. Ela filmou o documentário *No Woman No Cry* que retrata a situação da gravidez na Tanzânia, em Bangladesh, na Guatemala e nos EUA alertando as dificuldades e as barreiras encontradas para acesso a saúde reprodutiva de qualidade em todo o mundo. (GONZÁLEZ DE DIOS et al., 2013, p.181)

Neste mesmo ano, um casal de ativistas ingleses, Toni Harman e Alex Wakeford lançam o primeiro documentário do seu projeto cinematográfico *One World Birth*⁸⁶ - *Doula! The Ultimate Birth Companion (2010)* - que a partir de cenas reais de parto, conta como funciona o serviço de apoio das doulas a partir da experiência delas, Sally, Caroline e Samsara. O filme capta estas experiências reais de assistência ao parto aos pais, durante a gravidez, parto e pós-parto.

⁸⁵ Faremos uma discussão aprofundada deste filme mais adiante.

⁸⁶ Vamos detalhar mais adiante.

Em novembro de 2011, Ricki Lake e Abby Epstein, autoras de *The business of being born* lançam a série de quatro DVDs, *More business of being born*: 1. Down on The Farm: Conversations with Legendary Midwife Ina May Gaskin; 2. Special Deliveries: Celebrity Mothers Talk Straight on Birth; 3. Explore Your Options: Doulas, Birth Centers & C-Sections e 4. The VBAC Dilemma: What Your Options Really Are. Os filmes, segundo as autoras⁸⁷, continuam a provocar e explorar de forma divertida os sistemas modernos de cuidado de maternidade oferecendo um olhar prático sobre as opções de parto a partir de relatos de parto de celebridades como Alanis Morissette, Gisele Bundchen, Christy Turlington-Burns, Cindy Crawford, Molly Ringwald, Kimberly Williams-Paisley e Melissa Joan Hart.

Em fevereiro de 2012, em Melbourne na Austrália, os cineastas Kate Gorman e Gavin Banks⁸⁸ lançam o filme *The Face of birth - Where the personal gets political*. O filme, com um título que apresenta um conceito do feminismo, conta a história de cinco mulheres que optaram por parto domiciliar e discute a questão do direito de escolha de onde, como e com quem dar à luz. *The face of birth* circulou em 60 salas na Austrália e mais de 25 salas na Nova Zelândia, e teve exhibições na Áustria, Bélgica, Bulgária, Canadá, Croácia, Alemanha, Letônia, Malásia, Polônia, Eslováquia, Suíça, Holanda, Nova Zelândia, Reino Unido e Estados Unidos. O site de divulgação da obra vem com toda uma série de estratégias políticas para promover mudanças⁸⁹ na assistência ao parto.

Ano seguinte, 2013, depois do lançamento do primeiro projeto Doula! O casal de ingleses, Toni e Alex, lançam outro documentário, *Freedom for birth (2013)*, que conta a história da parteira húngara, Dra. Ágnes Géreb presa por atender partos domiciliares na Hungria e introduz na história dos filmes o debate sobre direitos humanos no parto. O filme foi traduzido para 20 línguas e lançado globalmente em 20 de setembro de 2013 com exibição para mais de

⁸⁷ Disponível em: <<http://www.thebusinessofbeingborn.com/about/>>, acessado em: 24/05/2014.

⁸⁸ Gavin Banks já tinha co-dirigido um filme educativo sobre o tema, *The BirthRite Experience - Well-positioned in the Future of Midwifery (2003)*. O filme trata dos benefícios da posição vertical e apresenta no anúncio do filme “dois produtos inovadores para a parteria de vanguarda e holística”: o *birthing seat* e o *floor studio*. Estes são um conjunto de banquetas de parto para os atendentes e as parturientes. Disponível em: <http://birthrite.com.au/eng/products/films/the_birthrite_experience/index.htm>, Acesso em: 24/02/14.

⁸⁹ Algumas táticas propostas pelos autores: “Let’s get a screening in every city of the world to spread the word about the power of choice [...] Develop local groups to share stories, support each other [...] Ask to meet with management of your local maternity unit and ask how you can be involved as consumers in supporting change [...] Ask to meet with management of your local maternity unit and ask how you can be involved as consumers in supporting change [...] For example mums@ryde in NSW have kept a Ryde midwifery unit open for women to have a birth in a small non interventionist environment”. Disponível em: <http://www.faceofbirth.com/changes.htm> Acessado em: 24/02/14.

100.000 pessoas simultaneamente em 50 países, totalmente articulado por meio do site que invita as pessoas a se envolverem com a revolução⁹⁰.

Ainda em 2013, um dos episódios históricos pela mudança nas práticas na assistência ao parto ganha seu documentário oficial: *Birth Story: Ina May Gaskin & The farm midwives*⁹¹ com direção de Sara Lamm e Mary Wigmore, produção de Kate Roughan e Zachary Mortensen, composição de Robin Pecknold e supervisão musical de Carter Little pela produtora americana Ghost Robot. O filme resgata uma experiência da década de 1970 nos EUA vivida por um grupo de jovens hippies que fundaram uma comunidade alternativa na área rural do Tennessee, *The Farm*.

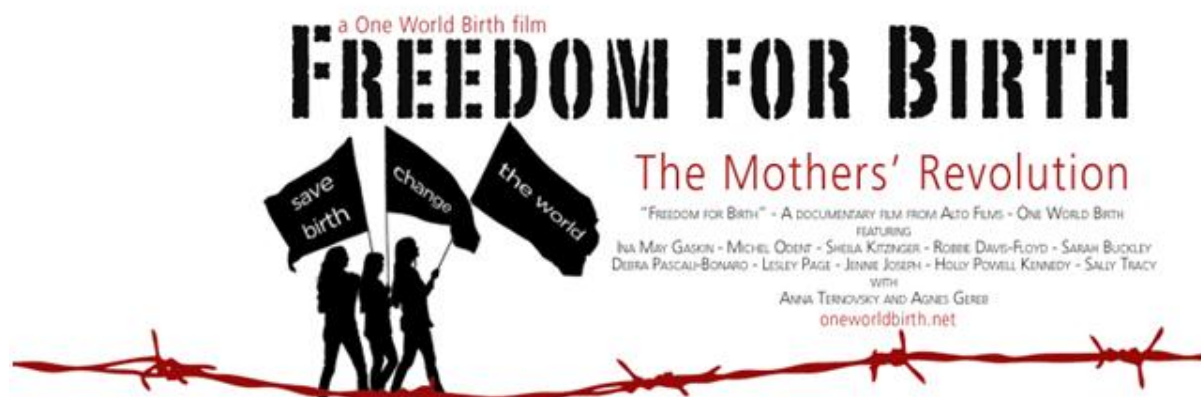


Figura 7: Banner de divulgação do filme Freedom for birth de Toni Harman e Alex Wakeford

Fonte: Site oficial Freedom for Birth

Os jovens, logo após se juntarem, começaram a ter bebês em seus ônibus que viajavam pelo estado, e, sob a liderança de Ina May Gaskin, hoje famosa e reconhecida parteira, começaram a aprender e desenvolver seus próprios métodos de cuidado com os bebês. O filme resgata inúmeras imagens da época, registros que foram realizados pelas parteiras da comunidade.

Em julho de 2013, uma série americana sobre parto tem sua *avant première* num evento na Califórnia. *Happy Health Child - A Holistic Approach* da cineasta e educadora perinatal Sarah Kamrath é dividida em quatro DVDs e reúne mais de 30 especialistas para discutir as opções de

⁹⁰ Ver em: <<http://www.freedomforbirth.com/2013-screenings>> Acesso em: 27/05/2013.

⁹¹ Disponível em: <<http://birthstorymovie.com/the-film/synopsis/>> Acesso em: 13/05/2014.

escolhas disponíveis, baseadas em evidências científicas, sobre o caminho para ter uma gravidez, parto e cuidados com bebês de forma saudável e feliz.

No final de 2013, é lançado na França mais um novo documentário sobre parto, *Entre leurs mains - Un documentaire sur l'accouchement naturel*, escrito e dirigido pela cineasta francesa Céline Darmayan. O filme retrata o trabalho de quatro parteiras francesas que atendem parto domiciliar no país: Muriel, Jacqueline, Sidonie e Cécile apresentando como se dá o serviço desenvolvido por elas, desde as consultas de pré-natal, as escolas de preparação até o atendimento ao parto, partindo do cotidiano vivido pelas obstetrias e de sua luta em favor da autonomia da parteira na França. O filme teve estréia em 12 de dezembro no cinema Gaumont Ópera em Paris somente para os apoiadores e depois foi exibido no canal Público Senat numa versão curta e até o presente momento articula exibições em outros lugares da França e fora do país.

No dia 30 de janeiro de 2014, os cineastas de *Freedom for Birth* lançam uma campanha no site de financiamento colaborativo Indiegogo, pela realização de seu novo filme, *Microbirth*, que segundo os atores tem como objetivo principal:

We want to raise awareness on a global level of the potential long-term health consequences of medical interventions - among birth health professionals (doctors, midwives, nurses etc), hospital managers, politicians, insurance companies, lawyers, academics and parents [...] We hope these discussions are the catalyst for change to maternity policy worldwide. We hope governments and policy-makers are motivated to look again at the routine use of medical interventions in childbirth [...] We would love to see much more money going into academic research on the potential long-term consequences of interventions for future health.⁹²

O trailer da campanha é embalado por uma trilha sonora angustiante, efeito fílmico de suspense psicológico, gênero que é uma expertise dos autores, que anunciam um colapso dos sistemas de saúde e uma crise econômica global prevista para 2030 caso não haja mudanças no atendimento ao parto. Os autores discutem a medicalização do parto através da lente de um microscópio, eles utilizam discussões recentes trazidas pela microbiologia e epigenética sobre como o aumento de intervenções médicas no parto tem um *efeito devastador* para o sistema imunológico das crianças e para o desenvolvimento de doenças não transmissíveis. A vinte e um dias de finalização da campanha os autores arrecadam U\$ 43.844 dólares. Em 31 de março os autores agradeceram a incrível contribuição de mais de 1000 pessoas num valor total de \$83.860

⁹² Disponível em: <<https://www.indiegogo.com/projects/microbirth>>. Acesso em: 24/05/2014.

mil dólares o que garante a conclusão do filme e a distribuição em todo o mundo para impacto máximo⁹³. O filme será lançado dia 20 de setembro de 2014.

3.2 O espetáculo do nascimento: Born for the internet

No início da década de 1980, Monty Python, um grupo de jovens atores britânicos, montou um esquete genial na comédia musical *The Meaning of life*, intitulada *The miracle of birth* (1983) que ao estilo anárquico e surrealista do grupo, satiriza o modo de assistência ao parto, a banalização da tecnologia, os procedimentos médicos e toda a série de espetáculos⁹⁴ que cercam “a indústria hospitalar”: procedimentos, tecnologias e inovações.

Em setembro de 2011, esta sátira se torna uma realidade: A Folha de São Paulo noticia a série da Discovery home & health, *Um bebê por minuto*, que transformou os nascimentos de uma maternidade de Ohio, nos EUA, que atende mais de 65 mil partos por ano, num *reality show do parto*. A série é produzida sob a mira de 40 câmeras instaladas na maternidade, que capta diversos tipos de partos e dramas familiares reais da vida das mulheres atendidas na maternidade⁹⁵. Em 2012, Mariana Koheler do canal GNT teve a ideia de produzir um reality semelhante no Brasil, *Boas vindas*, que estreou em abril, com realização de Andre Weller e Daniela Arruda e produção da Cinevideo. O programa tem como foco filmar o momento do parto e acompanha esta experiência desde a chegada à maternidade até a hora do parto. O programa já se encontra na quinta temporada e recebeu o prêmio Monet de melhor programa feminino em 2012⁹⁶.

Observamos que o fenômeno *big brother* generalizado na experiência de parto pode ser um dos efeitos da intensa produção fílmica sobre parto natural que, a partir da metade dos anos 2000, fez do ato de filmar o próprio parto uma regra entre as mulheres, sobretudo entre as que optam por parto domiciliar. Dentro de um filme nascem os seres humanos, especialmente editado, dramatizado, coordenado e projetado. Os filmes profissionais captam o concerto da

⁹³ Disponível em: <<https://www.facebook.com/oneworldbirth/posts/10152805604083438>>. Acesso em: 31/03/2014.

⁹⁴ Se pudermos arriscar um natalício para o espetáculo do nascimento, certamente vamos apontar o parto da Madame de Montespan, amante de Luis XIV, a primeira mulher marcada na história a deitar no parto “para que ele pudesse assistir o parto por trás de uma cortina” (BALASKAS, 1993, p.31). A vagina foi eleita a atriz principal do espetáculo teatral do parto, uma tragédia da separação mecânica do corpo. Entretanto, a produção de filmes de parto, sem dúvida atualiza a produção cultural que é subjacente ao novo modelo de assistência ao parto, que vai se deslocar do teatro do parto normal/cesárea para o cinema da humanização/parto natural.

⁹⁵ Matéria disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/ilustrad/fq0109201104.htm>>. Acesso em: 24/02/14.

⁹⁶ Disponível em: <<https://www.facebook.com/boasvindasGNT/info>>. Acesso em: 25/05/2014.

natureza, a força espontânea do nascimento, o sagrado e “o segredo mais bem guardado”, como um registro meticuloso dos movimentos de cada ser, que postos em mídias sociais, produzem desejos, sujeitos que espiam e perseguem, observam e reconhecem-se no mistério. Luz, câmera, ação: é o espetáculo do nascimento!

Costa (2005, p.165-166) diz que “a mídia reforçou a participação do corpo físico na constituição da subjetividade de dois modos: Primeiro, pela propaganda comercial de cosméticos [...] segundo, pela identificação de certos predicados corporais ao sucesso social”. De fato, uma mulher que tem um parto natural hoje é automaticamente identificada com as representações construídas sobre este modelo: uma celebridade, de saúde e corpo perfeitos, mulher branca, consumidora informada, mãe maravilhosa e empoderada, enfim, uma mulher distinta!

Para exemplificar o efeito que estas obras fílmicas têm sobre as escolhas das mulheres, vamos citar aqui um dos vídeos-relatos mais famosos da atualidade e que foi visualizado por mais de 24 milhões de pessoas no youtube: *Birth in nature: natural birth* (2013),⁹⁷ que foi construído a partir da forte influência de uma obra fílmica de parto natural. Eis as palavras da autora do vídeo no texto de abertura: “My dream had long been to give birth in nature (after first viewing the amazing birth movie “Birth into being” and the completing my doula training)”. A experiência com um filme de parto é uma vivência estética impactante e os produtores parecem compreender bem isso, pois as sequências de imagens e, sobretudo, a representação de beleza, prazer e liberdade evocados transformam o parto natural, domiciliar ou respeitoso, num grande objeto de desejo das mulheres:⁹⁸

Como se sabe, los flujos de imagen constituyen una parte esencial del éxito expansivo del mercado. Es justamente lo que indica Walter Benjamin (1973, 1978) al subrayar cómo el mundo de ilusión creado por el capitalismo ejerce tal grado de fascinación sobre los seres humanos que termina dirigiéndose específicamente hacia sus deseos ocultos. Los estereotipos de belleza, salud y superación personal instalaron ideales corporales y estéticos que a su vez trazaron los rasgos de la vida posible de ser soñada (ROMERO, 2011, p.129).

Guatarri e Rolnik (2005, p.25) dizem que a *cultura de massas* é um elemento fundamental na produção de uma subjetividade capitalista que não se dá apenas na esfera individual, mas também na produção de uma subjetividade social, um elemento que se pode encontrar em todos

⁹⁷ Em 05 de junho de 2014 foi anunciado um novo reality show nos EUA inspirado neste vídeo, *Born in the wild* vai colocar na tv sob a lente do mundo inteiro filmes de parto de mulheres que dão à luz sozinhas sem assistência profissional. Disponível em: <<http://www.dailymail.co.uk/news/article-2649274/A-step-far-New-Lifetime-reality-film-women-giving-BIRTH-wild-no-help-doctors.html>>. Acesso em: 21/06/2014.

⁹⁸ A autora desta pesquisa, por exemplo, tomou a decisão do seu terceiro parto, domiciliar, na água, inspirada no filme *Birth Day* de Naoli Vinaver e no livro *Nascido no Mar* de Cris Griscom.

os níveis da produção e do consumo, como uma grande fábrica, uma máquina poderosa, com capacidade de produção inclusive daquilo que desejamos e sonhamos.

Atualmente pode-se encontrar um repertório extenso de *vídeos-relatos* em sites de compartilhamento de vídeos, e muitos inclusive têm enorme circulação e sucesso na internet e são emocionantes como: *Woman sings while in labor* (2007); *Birth of Loane* (2013); *Oliver's home water birth* (2012); *Parto humanizado - Chegada do DOM* (2013); *Parto domiciliar de André* (2013); *A chegada de Iasmim* (2012); *Parto Gabriela, Nascimento Miguel* (2012); *Birth Raibown - EUA* (2013); *Parto natural hospitalar de Nathália* (2013), entre muitos outros.

A mídia também tem contribuído enormemente na construção do modelo de parto humanizado. Programas de TV e ativistas têm produzido constantemente inúmeros documentários, reportagens, notícias e mídias sobre o tema do parto domiciliar e humanizado, como a série de reportagens *As Dores do Parto* e *A hora da chegada, como nascem os bebês no Brasil*; Os documentários *O futuro do nascer e Partejar*; A matéria especial do programa “Mais Você” da Rede Globo *O lindo trabalho das doulas*; Matérias sobre o parto de celebridades como: *Gisele Budchen entra na discussão do parto em casa*; *Márcio Garcia dá luz em casa*; *Entenda porque famosas preferem o parto humanizado*; *Cesariana é coisa de plebeu (Sobre o parto de Kate Middleton)* entre outros.

Para testar as relações entre tipo de parto e seu potencial midiático fizemos um levantamento exploratório no início de 2014 no site *youtube* e encontramos um número assustador de **6.700.000** vídeos com o descritor *home birth*⁹⁹ contra 2.430.000 *cesarean section*, 525.000 *humanized childbirth*, 3.420 *parto domiciliar*, 26.500 *parto em casa*, 11.300 *parto humanizado*, 11.500 *parto na água*, 436.000 *partos*, 1.180.000 *nascimento*, 9.180.000 *birth*, 42.000 *parto natural*, 18.300 *parto na água do mar*, **1.050.000** de *water birth*, 410.000 *normal birth*, 38.700 *parto normal* e 13.300 cesarianas. Ainda encontramos 24.500 *unassisted birth*, 118 *parto desassistido*. Aqui observamos uma maior cultura de mídia no *parto em casa*. Não tardou e começaram a surgir empresas especializadas em fotos e vídeos de parto e nascimento; parir e nascer ganha o *status* de registro e edição profissional¹⁰⁰.

⁹⁹ Em 06/01/2014. Em 28/02/14 o número foi saltou para 7.010.000 resultados, em 24/05/2014 chegou a 18.880.000 de resultados. Atualmente (03/07/2014) temos um número de 21 milhões e 400 mil partos em casa no site. Em 6 meses de observação o número quase quadruplicou.

¹⁰⁰ Ao acompanhar um parto hospitalar de uma amiga em Recife, fomos surpreendidas por uma empresa de filmagem durante o trabalho de parto, que mostrou o encarte do DVD, os serviços e condições de pagamento. Para o

A contradição deste fato está na própria literatura ativista sobre o tema, ao fazer alusão aos riscos e questões implicadas na moda de filmar o parto, mesmo reconhecendo a responsabilidade que tiveram na produção de uma cultura midiática do nascimento: “No nosso hospital, nós mesmos fomos bastante responsáveis por alastrar a “epidemia” de fotos e filmes, mesmo antes da idade do vídeo. Mas certamente, tínhamos consciência da necessidade de privacidade [...] A atual epidemia de fotos e vídeos é, antes de tudo um dos sintomas de um mau-entendimento sobre a fisiologia do parto” (ODENT, 2003, p. 122; 124).

Entretanto, um efeito inesperado da produção de vídeos-relatos foi uma mobilização política histórica no Brasil, o acontecimento da *Marcha pelo Parto em Casa* em 2012. O episódio partiu de uma matéria exibida no dia 10 de junho de 2012 no “Fantástico” programa da Rede Globo sobre um filme de parto produzido por uma nova empresa especializada no mercado de vídeos-relatos, *Além do Olhar*, que em dois meses de divulgação do vídeo na internet obteve mais de 2 milhões de visualizações¹⁰¹. Segundo a matéria, o vídeo estava causando polêmica entre profissionais, o qual Zeca Camargo, apresentador do programa, anuncia “É a filmagem de um parto em casa, sem anestesia e com a ajuda de uma equipe de profissionais de saúde”, ao qual a apresentadora Renata Ceribelli completa “É... As imagens dividem os especialistas, é seguro ter um bebê fora do hospital?”.

Na matéria, o coordenador do Departamento de Obstetrícia da USP, Jorge Francisco Kuhn, faz uma fala em defesa do parto em casa e no dia seguinte ao programa o CREMERJ - Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro anuncia que enviará denúncia ao Conselho Regional de Medicina do São Paulo contra o médico pela fala de apoio ao parto domiciliar em rede nacional. Na semana seguinte o mesmo programa noticia o acontecimento da *Marcha do Parto em Casa*, uma reação das ativistas pela humanização à postura do CREMERJ contra o médico e seu apoio a causa do parto domiciliar. O evento foi articulado em redes sociais e se espalhou por 31 cidades brasileiras.

De forma geral, a cultura de mídia tem um efeito maior sobre as mulheres quando há uma adesão de celebridades ao consumo de serviços, aspecto que se dá de uma forma bastante acrítica e que se expressa também no entusiasmo que alguns comerciais ou peças publicitárias geram

parto normal 10x de R\$30,00, para cesária 10x de R\$40,00, para parto domiciliar não foi informado. [Quanto é parto em casa?] “Ah, tudo de parto em casa é mais caro, pois vamos ficar à disposição da mulher”.

¹⁰¹ Hoje o filme, *Parto de Sabrina, nascimento de Lucas* tem mais de 07 milhões de visualizações. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=qiof5vYkPws>>. Acesso em: 06/01/2014.

entre ativistas, como apoio conceitual à humanização e suas novas práticas. Para exemplificar vamos citar a propaganda da *Flex*, de 2009, de um grupo espanhol fabricante de produtos e equipamentos de descanso que ao captar a onda de parto domiciliar existente, produziu um anúncio de colchão nos moldes de um vídeo-relato de parto. Idealizado pela Sra. Rushimori e dirigido por Edu Cuellar, o anúncio mostra os preparativos, o trabalho de parto e parto de uma mulher que no ambiente íntimo e familiar de sua casa tem sua filha com parteira. O anúncio que, ao fazer uma ode ao parto domiciliar, não deixa passar o aspecto *humanizador* com o consumidor final do seu produto ao finalizar com o seguinte slogan: *Waira nació el 21 de marzo en una cama Flex*¹⁰².

No mesmo ano, é a vez do comercial da marca OMO, *Tempo de Celebrar* no qual aparece várias cenas de parto, embalada a uma trilha sonora emocionante. O anúncio dá uma ideia de muitas possibilidades de escolhas na assistência, quando contrasta várias cenas de mulheres parindo em diferentes tipos de parto, inclusive, em parto na água. O comercial encarna a representação do mundo ideal da humanização do parto, onde as mulheres terão muitas opções de escolhas de diferentes tipos de parto, e parece ocultar as diversidades, desigualdades e diferenças de classe e raça aos cuidados. No mundo ideal da OMO, as crianças todas nascem em condições iguais: *Todo ano mais de 100 milhões de crianças começam a vida do mesmo jeito: sujas. Porque se sujar faz bem.*

A adesão do movimento de humanização do parto à publicidade de marcas e produtos pode ser compreendida quando olhamos para o fenômeno que Rocha (2010) chamou de *humanização do capital*, uma estratégia retórica operada no discurso publicitário brasileiro como resposta “ao descontentamento de uma parte crescente da população, inclusive da própria classe média alta, chamada a pagar os custos de uma modernização que reproduziu a violência, degradou o meio ambiente, erodiu a sociabilidade e falhou em dar à vida algum sentido transcendente” (ROCHA, 2010, p.204). Segundo a autora:

¹⁰² Interessante, que encontramos um comercial semelhante veiculado na Tv Puerto Rico, “Parto”, do início dos anos 80, da destilaria DonQ no qual mostra os preparativos de um parto domiciliar, com a mulher deitada na cama sentindo dores a luz de velas, a criada preparando uma bacia com água fervendo e uma parteira chegando de charrette para atender o parto. A mesma quando chega pede que todos saiam do quarto e fica a sós com a mulher que deitada sob os lençóis dá a luz somente ao amanhecer. A cena termina com o pai pegando o filho nos braços e uma voz que diz: *A união familiar, força motivadora de um povo mais unido, a família Serrallés exorta a todos os porto-riquenhos a estreitarem ainda mais os laços familiares, para que juntos cresçamos mais fortes como indivíduos e como povo. DonQ con el don de la tradición.* Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=XdeUo3g6_ps>. Acesso em: 02/08/2014.

A retórica do capitalismo benevolente e da responsabilidade social encontra combustível nas dificuldades que a polarização social tem criado para as próprias corporações. Stephen Kanitz constatou que as quinhentas maiores empresas brasileiras gastavam 2,8 bilhões de reais em segurança patrimonial e somente 18 milhões em ações sociais. Daí concluía que “precisamos achar meios de aprimorar o capitalismo em vez de passar por uma revolução para substituí-lo” [...] Mas, como a promessa de mero reaquecimento da economia não parecia reacender as esperanças, a retórica da “humanização do capital” parecia cada vez mais sedutora. “Talentos, caráter e amor gerando dinheiro” era a “filosofia da sua agência de publicidade”, segundo Celso Loducca (ROCHA, 2010, p. 186-187).

Mas, um recente anúncio indiano da empresa de tecnologia de informação MTS, ao explorar o uso correto na internet no nascimento e que certamente causaria horror aos ativistas pela humanização do parto, lança uma excelente metáfora sobre vários elementos do parto humanizado. *Born for the internet* começa com uma mulher numa sala de parto recebendo orientações do médico para empurrar enquanto o pai e enfermeiros apenas observam (parto normal com mesclas de método lamaze). O bebê chega de repente ao som da música *I'm coming out* de Diana Ross da década de 1980 que com o dedo indicador toca no nariz do médico que cai no chão com o susto. O bebê animado sobe sob o lençol chocando a equipe, agarra o tablet do pai (marca MTS) e ele mesmo procura no google "Como cortar o cordão umbilical", e, em seguida, estala os dedos para a enfermeira lhe entregar as tesouras e ele mesmo corta o cordão (nasce um empreendedor de si).

O bebê em seguida tira um *selfie* com a enfermeira e envia para a rede. Depois pula para fora da cama sob os olhos preocupados de todos e engatinha até um laptop no chão e se loga em uma conta MTS. Depois de criar contas em vários sites de redes sociais, ele ainda continua a transmitir um vídeo pelo *Youtube* antes de utilizar o sistema GPS para sair da enfermaria do hospital. A recepcionista chocada ao ver um vídeo do bebê no youtube vê que é o mesmo que passa pela sua frente pela recepção. O comercial termina com: *Nascido para a internet. MTS Rede 3GPlus*¹⁰³.

Apesar das imagens e mensagens assustadoras, vários elementos na propaganda se conectam ao tema da humanização do parto e nos instigam muitas perguntas: *Por que o bebê não nasce de cesariana? Quem são os bebês que “empreendem” seus próprios nascimentos? Por que a conexão com a década de 1980? Seria porque foi nela que nasceram os primeiros bebês do parto eletrônico e que hoje estão consumindo e demandando o parto “informado”? Nascido*

¹⁰³ Informações e vídeo disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=9u5ptFadXvc&feature=kp>>. Acesso em: 22/04/2014.

para a internet seria a grande metáfora da nova reprodução dos millennials? Os novos bebês que estão nascendo na internet estão sendo produzidos para a internet? As imagens instigam nossa imaginação sociológica.

O novo modo de nascer que emerge num contexto no qual *a mente* é colocada como pedra angular do novo *modo de produção informacional*, parece colocar como espaço estratégico de atuação do capital, a produção de uma nova *subjetividade*. Pensando a necessidade do mercado por profissionais com ampla capacidade de criação e comunicação, sua produção requer algo bem mais além que a antiga formação profissional: a produção do trabalhador da economia informacional, demanda a criação de condições reprodutivas que permitam que eles sejam concebidos, gestados e nascidos mergulhados em um universo cultural-artístico-criativo, onde a vivência de um trabalho de parto e parto “prazeroso” como normativa permita que o novo trabalhador venha ao mundo “impresso” pela marca da informação-criativa, assim como, da impressão do “trabalho” como prazer. Este modo de reprodução parece mergulhado no que Guatarri e Rolnik (2005) chamam de *ambiente maquínico*.

Desta forma, a máquina de produção capitalista “se instaura desde la infancia, desde la entrada del niño en el mundo de las lenguas dominantes, con todos os modelos, ya sean imaginarios o técnicos, en los cuales debe insertarse” (GUATARRI; ROLNIK, 2005, p.57). Os autores denominaram de *produção de subjetividade capitalista* o esquema de funcionamento que torna esta produção:

La materia prima del propio movimiento que anima la actual crisis mundial, esa especie de voluntad de potencia productiva que revoluciona a propia producción a través de las revoluciones científicas y biológicas, a través de la incorporación masiva de la telemática, de la informática e de la ciencia de los robots, através del peso cada vez maior de los equipamientos colectivos y de los medios de comunicación de masas (GUATARRI; ROLNIK, 2005, p.38, grifos nossos).

Algumas produções filmicas impõem uma série de limites ao projeto de humanização do parto, que ao fixar seu discurso às novas lógicas do capitalismo de mercado, pautado numa intensa produção de uma subjetividade consumista e do desejo, parece se distanciar em alguns aspectos do propósito de debater e conscientizar as mulheres para fomentar uma intensa cultura midiática que produz fortemente na sua retórica o consumo de serviços. A promessa de realização e felicidade pessoal, a partir da estreita vinculação ao mundo das celebridades, como também, ao estilo de vida de uma classe que quer se diferenciar, encontra no recurso fílmico um forte aliado

no alastramento destes valores. Analisemos, entretanto com mais detalhes como estas táticas são construídas discursivamente em algumas obras.

3.3 Le Premier Cri, Orgasmic Birth, Freedom for Birth e O Renascimento do Parto

3.3.1 Sinopse dos filmes

Le premier cri (2007) de Gilles de Maitre - França¹⁰⁴

Durante o intervalo de 48h em torno da terra, o destino de muitos personagens reais de cruzam num momento único e universal: A criação do mundo da criança é a verdadeira história do primeiro choro de vida. Todos nós vemos isso. Ele se repete 364 vezes por dia em todos os continentes. Esta é a história da nossa vinda ao mundo. Contraste de terras, contrastes de pessoas, contraste de culturas para a mais bela e mais insólita das viagens. O nascimento em tela grande.

Orgasmic birth - The Best-Kept Secret (2008) de Debra Pascali-Bonaro - EUA¹⁰⁵

Parto orgásmico é o nosso premiado documentário de 85 minutos que foi exibido ao redor do mundo. Sete mulheres e seus parceiros convidam você para compartilhar seus momentos mais íntimos. Alegre, sensual e revolucionário, parto orgásmico traz os desafios para a mudança dos nossos mitos culturais, convidando os espectadores para ver as alturas emocionais, espirituais e físicas alcançadas através do nascimento.

Freedom for birth (2012) de Toni Harman e Alex Wakeford - UK¹⁰⁶

Em muitos países ao redor do mundo, está sendo negado às mulheres o direito humano mais básico de autonomia sobre seus próprios corpos. Eles não podem escolher como e onde dar à luz. Aquelas que persistem em seu desejo de ter um parto fisiológico normal às vezes são forçadas pelos juízes a se render à cirurgia ou ameaçados de ter seus bebês levados pelos serviços de bem-estar infantil. Em muitos países, se uma mulher quer ter um parto em casa, apoiado por uma parteira, as parteiras enfrentam um processo criminal. Algumas parteiras, como Ágnes Geréb na Hungria, estão ainda presas. Liberdade para nascer pede uma reforma radical dos sistemas de maternidade do mundo para parar com essas violações de Direitos Humanos e oferecer as mulheres uma escolha real de como e onde dar à luz.

¹⁰⁴ Dans un intervalle de 48h sur la terre, le destin de plusieurs personnages réels se croise dans un moment unique et universel: la mise au monde d'un enfant c'est l'éblouissant histoire vraie du tout premier cri de la vie. Tous nous l'avons vécue. Elle se répète 364 sol fois par jour sur tous les continents. C'est l'histoire de notre venue au monde. Contraste des terres, contraste des peuples, contraste des cultures pour les plus beau et plus insolite des voyages. La naissance sur grande écran.

¹⁰⁵ Orgasmic Birth is our 85 minute award-winning feature documentary that has aired around the world. 7 women and their partners invite you to share their most intimate moments. Joyous, sensuous and revolutionary, Orgasmic Birth brings the ultimate challenge to our cultural myths by inviting viewers to see the emotional, spiritual, and physical heights attainable through birth.

¹⁰⁶ In many countries around the world, women are being denied the most basic human right of autonomy over their own bodies. They cannot choose how and where to give birth. Those that persist in their desire to have a normal, physiological birth are sometimes forced by judges to surrender to surgery or threatened with having their babies taken away by child welfare services. In many countries, if a woman wants to have a home birth supported by a midwife, those midwives face criminal prosecution. Some midwives, like Ágnes Geréb in Hungary, are even imprisoned. Freedom for Birth calls for radical reform to the world's maternity systems so that these Human Rights violations stop and women are afforded real choice as to how and where they give birth.

O Renascimento do Parto (2013) de Erica de Paula e Eduardo Chauvet – BR

O filme “O Renascimento do Parto” retrata a grave realidade obstétrica mundial e, sobretudo brasileira, que se caracteriza por um número alarmante de cesarianas ou de partos com intervenções traumáticas e desnecessárias, em contraponto com o que é sabido e recomendado hoje pela ciência. Tal situação apresenta sérias consequências perinatais, psicológicas, sociais, antropológicas e financeiras. Através dos relatos de alguns dos maiores especialistas na área e das mais recentes descobertas científicas, questiona-se o modelo obstétrico atual, promove-se uma reflexão acerca do novo paradigma do século XXI e sobre o futuro de uma civilização nascida sem os chamados “hormônios do amor”, liberados apenas em condições específicas de trabalho de parto.

O discurso de humanização presente nas sinopses já delineia alguns elementos do argumento das narrativas fílmicas. Em *Le Premier Cri* teremos uma obra comprometida com a diversidade cultural no parto e o contraste destas experiências, com foco especial na beleza que, mesmo em contexto tão desiguais, torna a chegada dos seres humanos um momento único. A construção da narrativa de *Le Premier Cri* que se inicia e termina com um parto entre golfinhos, com abundantes fotografias de paisagens naturais, assim como, a escolha do tempo de realização do filme (ciclo de 48 horas durante o qual ocorre o eclipse total do sol) aproximam o argumento do autor ao que Davis-Floyd (2000) chama de *paradigma holístico*.

Em *Orgasmic Birth* já observamos no resumo elementos que se conectam as pedagogias do parto, aqui a preferência da autora pelo método Lamaze que carrega em toda obra série de técnicas, relatos, cenas, teorias que trabalham o corpo, percepção, emoção das mulheres para uma atitude positiva diante da experiência do parto. Um elemento interessante da sinopse é a promessa que o filme evoca: A promessa de prazer no parto a partir do contato com outras experiências que foram capazes de alcançá-lo.

Na sinopse de *Freedom for birth* observamos os elementos centrais que serão debatidos na obra: A liberdade no parto como uma sanção jurídica. O direito de escolha será debatido como um direito humano fundamental, resgatando o debate de direitos sexuais e reprodutivos a partir de uma forte crítica a intervenção do estado sobre o parto. A trama centra-se no caso Ternovsky x Hungria e na falta de regulamentação no país da assistência ao parto domiciliar e a consequente implicação para a autonomia das midwives. A reforma radical trazida pelos autores como “revolução” dos sistemas de saúde fomenta como tática fundamental a própria obra fílmica e a introdução dos advogados como *stakeholders* pela liberdade no nascimento.

Finalmente, a sinopse de *O Renascimento do Parto* bem como toda a organização do argumento dos autores está descrita e analisada com maior profundidade (anexo 2).

3.3.2 Os sujeitos do discurso

Para compreender a produção do discurso de humanização do parto na obra fílmica ativista vamos partir da caracterização dos autores das obras, trata-se, pois de conhecer alguns elementos que irão contribuir para a produção do *olhar* que será dado sobre o nosso objeto: (1) Gilles de Maistre diretor de *Le Premier Cri* é um escritor, diretor e produtor de cinema francês e pai de cinco filhos. Licenciou-se em 1983 em filosofia pela Universidade de Paris X Nanterre e depois se formou em 1985 no centro de treinamento para jornalistas, onde treinou como um repórter de imagens, fazendo inúmeras reportagens e documentários para a televisão. Uma marca do trabalho deste autor é o retrato de situações de guerras, fome, guerrilhas, pobreza, violência ou desastres naturais, para tanto ele percorreu o mundo para denunciar, alertar e informar¹⁰⁷; (2) Debra Pascali Bonaro diretora de *Orgasmic Birth* é doula há mais de 25 anos e treinadora de doulas de parto e pós-parto na *DONA International* em mais de 25 países para apoiar o nascimento gentil. É oradora da organização *The International MotherBaby Childbirth Organization*, membro do *White Ribbon Alliance*, educadora da *Lamaze International childbirth* e co-autora do livro *Orgasmic Birth*, seu guia para a segura, satisfatória e prazerosa experiência de parto¹⁰⁸; (3) Toni Harman e Alex Wakeford, diretores de *Freedom for Birth*, são um casal de cineastas ingleses, formados há 15 anos na Escola de Cinema de Londres e que decidiram colocar seus conhecimentos sobre cinema para *save birth and change the world* a partir da experiência difícil de parto sofrida por Toni no nascimento de sua filha há mais de seis anos. Esta experiência levou o casal a criar o projeto One World Birth uma plataforma cross-media de vídeos e filmes sobre o nascimento¹⁰⁹ construída em parte com recursos autônomos e uma parte financiados pelo site de financiamento colaborativo IndieGoGo¹¹⁰ onde os autores captam recursos e doações para seu projeto independente e (4) Érica de Paula e Eduardo Chauvet, são os autores de *O Renascimento do Parto*. Érica de Paula, autora, produtora e roteirista do filme é doula e educadora perinatal, ativista da humanização do parto e coordenadora de grupos de apoio a gestante em Brasília. O diretor é seu marido, Eduardo Chauvet, é bacharel em comunicação com especialização em produção audiovisual com experiência na TV Globo Brasília, em séries e outros programas de TV.

¹⁰⁷ Informações disponíveis em: < http://fr.wikipedia.org/wiki/Gilles_de_Maistre>. Acesso em: 26/07/2014.

¹⁰⁸ Informações disponíveis em: < <http://www.debrapascalibonaro.com/about/>>. Acesso em: 26/07/2014.

¹⁰⁹ Disponível em: <<http://www.oneworldbirth.net/>>. Acesso em: 26/07/2014.

¹¹⁰ Disponível em: <<http://www.indiegogo.com/projects/one-world-birth-the-next-stage>>. Acesso em: 26/07/2014.

O discurso de humanização nos filmes é pronunciado em sua maioria por profissionais ligados ao campo da biomedicina, que em todas as obras, exceto em *Le Premier Cri*, são anunciados nas peças de divulgação dos filmes como os maiores *experts* sobre a área e alguns profissionais são muito presentes nas obras¹¹¹ realizadas nos últimos anos. Os *experts*, como personagens das obras, apresentam suas opiniões, visões e teorias sobre o tema. Em algumas falas citam estudos ou dados de pesquisas da Medicina Baseadas em Evidências para reforçar a legitimidade dos seus discursos.

Um recurso fílmico utilizado para marcar o lugar dos sujeitos na enunciação é sempre que, se pronunciam, aparece uma legenda que anuncia sua posição no campo do discurso reforçando assim sua legitimidade e autoridade para a fala. Outro aspecto sobre o lugar do sujeito que fala, diz respeito ao conjunto de signos que compõe o pano de fundo da enunciação: os profissionais falam de clínicas sofisticadas, bibliotecas, cenários que envolvem certo requinte, gosto e estilo de vida, aspectos que também se expressam na apresentação pessoal dos personagens, geralmente muito elegantes. Algumas cenas e discursos contribuem também para reforçar na obra a posição dos especialistas, como pessoas renomadas, celebridades, sacerdotes e até mesmo heróis¹¹².

Observamos que o discurso fílmico contribui para a produção da própria posição dos sujeitos no campo, onde o discurso de humanização é produzido por profissionais atualizados, respeitosos e que detém as mais avançadas técnicas e tecnologias, bem como, verdades sobre o corpo em trabalho de parto. Os filmes retratam os profissionais como os mais aptos para promover e garantir a humanização da assistência. Uma última consideração geral diz respeito ao fato de que as obras na grande maioria dos casos são produtos de sua própria elaboração, direção

¹¹¹ Como por exemplo, a antropóloga médica e autora americana Robbie Davis-Floyd, o médico e obstetra francês Michel Odent (Que aparece nos filmes desde a década de 1980) e a parteira americana Ina May Gaskin, profissionais que também estão nos filmes *The business of being born*, *The face of birth*, as séries *Happy health child* e *Parto pelo mundo*, *O Renascimento do parto* entre outros.

¹¹² Uma cena interessante no filme *Freedom for Birth* e que aparece também no filme *Entre Leurs Mains* são cenas onde midwives aparecem sendo ovacionadas. Em *Freedom for Birth* Ina May Gaskin é ovacionada na I Conferência de Direitos Humanos no Parto e depois a cena corta. Em *Entre Leurs Mains* as personagens principais que são quatro midwives francesas quando caminham no meio de um protesto são ovacionadas pelas mulheres que estão sentadas no chão. Há ainda uma cena muito emocionante na abertura do filme *Freedom for Birth* em que dezenas de famílias ficam cantando feliz aniversário do lado de fora do presídio em Budapeste para Ágnes Géreb, a parteira que está presa. Em *O Renascimento do Parto* uma das personagens aparece vestida com uma indumentária que remete à representação da sacerdotiza ou da virgem Maria.

e produção, uma marca que vimos no desenvolvimento da produção de filmes. Este é o caso do filme *Orgasmic Birth* e do filme *O Renascimento do parto* como veremos adiante.

As mulheres que são representadas nas obras fílmicas têm um papel fundamental na produção do discurso de humanização. Observamos que existe uma personagem feminina autorizada a falar no discurso fílmico, cujas representações se repetem segundo algumas características: (1) A mulher predominantemente branca; (2) A mulher que faz parte de uma família nuclear; (3) A mulher classe média ou celebridade; (3) A mulher de capital cultural elevado e (4) A mulher que vivenciou o parto humanizado. Esta regra não se repete em *Le Premier Cri* visto que o autor tem uma proposta que transcende a produção de demanda e portanto vai dar maior enfoque no contraste de diferentes realidades culturais e sociais e com esta proposta dá abertura ao discurso de mulheres de classe sociais e raças distintas.

No filme *Le Premier Cri* participam doze personagens, destes um forma um casal, dez são mulheres, um é um médico homem e uma é uma parteira holística. O aspecto que considero marcante no discurso dos personagens nessa obra é o discurso da mulher que sofre violências no parto estar sempre associada às populações negras e não brancas (O parto na Índia, em Niger - Deserto do Congo, na tribo kaiapó e o da massai na Tanzânia) e o discurso das mulheres que tem partos diferenciados são vividos por mulheres brancas e asiáticas (Como o parto livre nos EUA, com golfinhos em Cancun e Porto no México e o parto em Nagoya - Japão). A desigualdade entre as experiências se manifesta *racialmente*, denunciando uma geopolítica do parto como resultado de relações colonialistas: isso aparece, por exemplo, em cenas que contrastam a França e a comunidade dos povos massai numa crítica sutil que interliga os povos por meio da trilha sonora.

Em *Le Premier Cri* o discurso das mulheres relata suas experiências, escolhas, tradições, condições de vida e maternidade. O recurso utilizado pelo autor na maior parte do filme é a *voice-over* ¹¹³. A maioria dos personagens não discursa diretamente e a única que aparece em cena com uma fala direta é a personagem americana. O discurso da parteira holística é permeado por suas técnicas terapêuticas, bem como visão espiritual sobre o parto: várias são as cenas em que ela conduz a gestante em práticas corporais para aliviar ou preparar o corpo para a dor no parto. O médico explica seu cotidiano na maternidade e suas práticas, ele aparece desenvolvendo suas atividades cotidianas na maternidade onde ele é o único médico homem no plantão e as

¹¹³ É uma técnica de produção onde a voz não faz parte da narrativa muito usada em documentários para explicar a informação.

demais trabalhadoras são todas mulheres (e são muitas), o que retrata uma forte divisão social de gênero na assistência.

Em *Orgasmic birth*, temos um número de quarenta e seis personagens, dos quais sete são apresentados como médicos, catorze como midwives e vinte e cinco como amigos e colegas, destes sete são casais heterossexuais, apenas um deles é negro. A narrativa é organizada em torno das experiências dos casais. O filme é abundante em cenas nos quais são representados o pensamento e a conduta dos *experts* no atendimento ao parto humanizado: uma postura normalmente pouco intervencionista, observadora, de forte encorajamento das mulheres e que são alicerçados nos mais atuais conhecimentos científicos. Em muitas outras cenas, vários especialistas discursam suas percepções, teorias e posições pessoais acerca das relações entre parto e sexualidade. As mulheres também compartilham suas expectativas e experiências de parto, onde uma marca do discurso é a percepção positivada da experiência, como um evento de prazer, êxtase, sensualidade, espiritualidade com fortes *marcas de aprendizagem no discurso*.



Figura 8: Cena do filme Freedom for Birth

Fonte: Freedom for birth¹¹⁴, UK, 2012.

Em *Freedom for birth*, o filme conta com a participação de quarenta e três personagens, destes, um é terapeuta holístico, um é doula, nove são presidentes e/ou professores de escolas de parteira, duas são enfermeiras-obstetras registradas, um é perinatologista, sete são ativistas e/ou

¹¹⁴ Personagens principais de Freedom for Birth: Anna Ternovsky e Ágnes Géreb.

dirigentes de ONGs, uma é parteira de tradição e/ou holística, cinco são parteiras biomédicas (*midwives*) e/ou educadoras perinatais, quatro são advogadas, três são médicos e/ou médicos de família, duas são antropólogas, duas são mães, um é obstetra e ginecologista, um é correspondente e jornalista e um é presidente de organização de educação perinatal. Aqui novamente vemos uma representação majoritária de profissionais liberais, prestadores de serviços de atendimento ao parto do campo biomédico.

Os discursos dos especialistas no filme ancoram-se na crítica e denúncia ao modelo de assistência existente na Hungria e em algumas cenas na promoção de sua expertise no campo, como anunciadores e *produtos de si* e ainda como verdadeiros heróis pela introdução do novo modelo. Há também um forte discurso que alia o modo de assistência ao parto a utopias políticas “revolucionárias” que tem como princípio *a liberdade de escolha* das mulheres no parto. Uma estratégia discursiva do filme é a promoção e incorporação dos advogados no campo, cujo argumento do filme sugere em toda a obra a necessidade do apoio jurídico como nova estratégia de luta pelo direito a assistência humanizada.

A promoção de advogados e da discussão em termos legais na luta pelo parto humanizado/domiciliar é algo que torna este filme uma discussão inédita no âmbito de toda a produção fílmica ativista sobre o tema. E neste aspecto algumas estratégias de legitimidade destes atores na ordem do discurso se apresentam numa cena interessante no qual o produtor faz uma apresentação de todas as advogadas e suas correspondentes disposições no espaço social como que para responder: *Quem é você para dizer o que você diz?* As respostas desta cena em que são afirmadas as suas disposições no espaço social conferem a estes atores a consagração ou legitimidade para participar da discussão.

No que tange ao discurso das mulheres apenas duas mulheres falam no filme: Uma mãe húngara Ana Tervnovsky, personagem central do filme que colocou o estado da Hungria na justiça por impedi-la de se utilizar dos conhecimentos de uma parteira (*midwife*) que estava presa e uma mãe holandesa que denuncia a falta de liberdade de escolha no sistema de atenção ao parto na Holanda que a impediu de ter parto natural domiciliar de gêmeos.

Os autores de *O Renascimento do parto* apresentam catorze profissionais como personagens principais da obra, destes: duas são obstetrizes, um é ator, uma é antropóloga médica, uma é enfermeira obstetra, cinco são médicos obstetras, uma é psicóloga perinatal, uma é nutricionista e mãe, um é médico pediatra e uma é médica epidemiologista. Ainda falam no

filme: oito mães (empresária, médica obstetra, servidora pública, dona de casa, professora PhD, contadora, gestora pública e bióloga), uma doula (a autora) e três parteiras tradicionais.

No site oficial os autores compartilham um mini currículo de cada especialista que participa do filme cuja repetição na descrição de todos os personagens é seu *reconhecimento internacional e nacional* na área. Outra marca da obra que repete a tendência mundial é a participação de Michel Odent, que tem uma de suas obras homenageada no título do filme, e a participação da antropóloga norte-americana Robbie Davis-Floyd que junto com Michel Odent se faz presente na maioria da produção fílmica recente sobre parto.

Uma marca sobre os sujeitos do discurso no filme é a demarcação clara entre profissionais e mulheres autorizadas na produção do discurso e profissionais e mulheres desautorizadas e isso se expressa na escolha e anúncio dos personagens e no fato das personagens mulheres se encaixarem perfeitamente no perfil autorizado como já havíamos descrito.

Como analisado no anexo 2 a escolha das mulheres e personagens trazem um modelo implícito de espectador no texto fílmico que compartilha das mesmas percepções e condições de vida. Os profissionais compartilham suas teorias e percepções, assim como, estudos existentes trazidos da MBE para sustentar suas falas. Um aspecto ambíguo no discurso dos profissionais diz respeito à representação construída sobre o parto do passado utilizada como argumento de legitimidade da parteira que não é a mesma parteira tradicional, mas a obstetriz¹¹⁵ que colaborou para a entrada do médico no cenário do parto. Como debatemos no capítulo anterior, o imaginário do afeto, intimidade e amor, que é evocado no discurso fílmico atual, parece mais uma inovação que uma recuperação de uma vivência livre realmente existente. A mulher em liberdade no seu parto parece muito mais um processo em construção do que uma experiência do passado.

O segundo aspecto diz respeito aos sujeitos autorizados no cenário do parto que reafirmam os profissionais da biomedicina como únicos sujeitos autorizados a conduzir o parto humanizado. Aqui confirmamos a falta de representatividade de 60 mil parteiras tradicionais em atividade no país como categorias de base do movimento de humanização, algo já identificado

¹¹⁵ Um artigo interessante de Narchi et al. (2013) relata que “obstetrizes e enfermeiras obstetras tem um forte papel na promoção da maternidade segura no Brasil e que além de contribuir para a melhoria da assistência, é importante ressaltar que a Obstetriz e ou Enfermeira Obstetra têm sido as principais responsáveis por produzir trabalhos de inegável contribuição para a mudança da prática obstétrica, haja vista as inúmeras publicações destas profissionais em revisões sistemáticas da Cochrane”. (NARCHI et al., 2013, p.1063).

por Tornquist (2007)¹¹⁶ no contexto de fundação da ReHuNa e que são excluídas do rol de profissionais habilitados no atendimento ao parto no filme. Em contrapartida, o discurso apresenta a parteira tradicional como uma personagem inserida *num paradoxo do modelo de parto domiciliar no Brasil*. Aqui identificamos um princípio de rarefação como ordenador do discurso, na medida em que parece ser a própria desigualdade em saúde, assim como a retórica de ataque a universalidade dos cuidados que mantém os saberes e práticas tradicionais de partejar vivas, como uma resistência das populações e comunidades que são *deixadas para morrer* por uma racionalidade de governo racista.

As mulheres em *O Renascimento do Parto* contam relatos de suas experiências que denunciam o acompanhamento médico, os maus tratos, violência, medo, como também suas experiências de prazer, superação, alegria e encantamento o filme contrasta estas diferentes experiências. Um aspecto interessante é que as falas das mulheres por um lado, colaboram para a tática de subjetivação e sedução construída em torno do parto domiciliar e por outro, fortalecem enormemente as mulheres a buscarem sua autonomia, seu protagonismo, sua livre iniciativa na experiência.

3.3.3 Formação, informação e novas tecnologias

A retórica do parto humanizado, orgásmico, livre, respeitoso ou gentil vem sempre associada nos filmes à *lógica da informação/formação*, onde as obras além de funcionarem elas mesmas como instrumentos pedagógicos, reforçam também a necessidade da pedagogia e formação das mulheres para uma escolha/vivência informada. As cenas de grupos de apoio a gestante são abundantes¹¹⁷, onde educadoras aparecem ensinando as mulheres as novas verdades sobre seu corpo, por meio de treino intensivo de técnicas de alívio da dor ou de como se comportar no parto, demonstrando novos recursos e tecnologias, compartilhando possibilidades de escolhas e tipos de parto e o valor do conhecimento adquirido aplicado.

¹¹⁶ “No conjunto das associadas da Rede, observa-se a baixa expressão numérica de parteiras tradicionais (1,9%) e antropólogas (1,1%) o que, por certo, não faz jus à grande valorização simbólica destas duas categorias. Da mesma forma, o pequeno número de terapeutas holísticos/corporais não corresponde à força da vertente alternativa dentro do Movimento, e aponta menos para a formação profissional dos associados da Rede e mais para a predominância de um estilo de vida e de um ethos de classe, no qual práticas de cura e crenças consideradas holísticas têm lugar”. (TORNQUIST, 2007, p.146-147, grifos nossos).

¹¹⁷ Em muitas outras obras também se repete cenas de classes de parto ou treinamento para o parto, como por exemplo, os vídeos da Clínica Primavera, a série *Parto pelo mundo*, o filme *The business of being Born*, *Entre leurs main* entre outros.

Contrapondo o discurso do corpo que produz um bebê pela máquina (útero), o parto na metáfora humanista é descrito como uma rede de informações e interações hormonais cujo equilíbrio propiciado por fatores internos e externos desencadeiam o nascimento do bebê. A troca de mensagens¹¹⁸ no processo do trabalho de parto e parto elege a informação no modelo do parto humanizado como sua base material. É através do acesso à informação, da escolha informada, da informação baseada em evidências científicas que as mulheres podem garantir e tomar decisões responsáveis sobre seu corpo, sobre seu parto. Desta forma, a mudança cultural promovida no discurso fílmico passa *pela informação e sua prática* que se expressa nas trocas de experiências em grupos, na internet, na organização da assistência *em rede* de prestadores de serviços (doulas, obstetrizes e médicos humanistas), na produção de conhecimentos (pesquisas, base de dados, filmes, sites, blogs, publicidade) e ainda, pela articulação conceitual entre várias disciplinas, espiritualidades e modos culturais de partear.



Figura 9: Cenas do filme Orgasmic birth¹¹⁹.

Fonte: Orgasmic birth, EUA, 2008.

E para a conformação da informação como base material a narrativa fílmica reforça e encadeia no seu discurso *a fisiologia como disciplina e a prática baseada em evidências como*

¹¹⁸ Segundo Le Breton: “Existe uma forte tendência do mundo contemporâneo a considerar toda forma viva como uma soma organizada de mensagens. A informação iguala todos os níveis de existência, esvazia as coisas de sua substância própria, de seu valor e de seu sentido a fim de torná-las comparáveis. Ainda segundo o autor, a biologia torna-se, por sua vez, uma ciência da informação” (LE BRETON, 2003, p. 101).

¹¹⁹ Casais treinam para o parto em êxtase.

saberes e práticas autorizadas a descrever e prescrever o corpo feminino em trabalho de parto. A mulher vai aparecer no discurso dos especialistas como algo entre o *animal* e o *ciborgue*. O médico Michel Odent com a filosofia dos hormônios do amor será o autor privilegiado e reverenciado na reconstrução do novo modo de produção no parto (cerebral, hormonal) onde a rede de discursos se articula em torno da descrição do nascimento como um acontecimento estruturante da matriz emocional.

É o conceito de *imprinting*¹²⁰ e em nome dele que as falas dos atores organizam a justificativa e utilidade do modelo. A grande promessa do parto pós-eletrônico, do ‘parto informado’ reside na qualidade do novo ser que vai nascer. São os corpos perfeitos, de natureza perfeita da mulher *mamífera* que vai promover o aperfeiçoamento da espécie, a prevenção do homem destrutivo e autodestrutivo, ou seja, o *aperfeiçoamento do capital humano*, porque há uma promessa para estes bebês nascidos de parto humanizado no discurso fílmico.

Em *Le Premier Cri* identificamos a diversidade de práticas e pedagogias de assistência ao parto: (1) Parto entre golfinhos (Método Tcharkowsky) no México: Este modo de parto é representado de forma elitizada, as classes de parto são muito pequenas, assistência muito personalizada, envolve além da parteira holística, médico e treinadores especialistas em golfinhos. (2) Nascimento livre (desassistido/Trust birth) nos EUA: Este modo de parto é representado como experiência *colaborativa*, sem qualquer assistência médica ou profissional, mas, no entanto, apesar de não abusar de técnicas e posturas corporais na experiência, não apresenta uma ruptura definitiva com elas, aspecto que pode ser visualizado nas cenas de canto, massagem, algumas posturas corporais adotadas durante o trabalho de parto e na escolha pelo parto na água. (3) Parto (não intervencionista) japonês: As mulheres aparecem escutando orientações médicas que se utiliza de metáforas da natureza como um recurso discursivo evocando a ética zen-budista, o qual incorpora na relação médico-paciente, uma relação mestre-discípulo e o trabalho de parto e parto como uma experiência de meditação-iluminação, onde as mulheres dentro da clínica de parto, que parece um mosteiro, vivenciam o trabalho de parto como uma prática de *kinhin*¹²¹. (4) (*Aprenda a nascer com os índios*) no Brasil: Uma mulher da tribo kayapó aparece se preparando no trabalho de parto por sua mãe que pinta seu corpo para que ela viva experiência, em seguida ela toma banho no rio junto com outras crianças; pouco antes do

¹²⁰ Para Luzes (2007, p.456) “O nascimento é a primeira grande transição que imprime no inconsciente do recém-nascido, de maneira profunda, noções que ficam arraigadas para o resto da vida”.

¹²¹ Meditação zen que é feita caminhando ou executando trabalhos.

parto, recebe massagens da parteira com ervas medicinais e tem seu parto numa cabana escura na companhia de uma mulher, a parteira e o pai que apenas observa de longe com outra criança e (5) (Parto sem dor) na França: Uma mulher aparece num pequeno grupo de apoio recebendo treinamento para respiração e posturas no parto.

Em *Orgasmic Birth* também identificamos vários discursos de pedagogia do parto e seus impactos, aqui com preferência ao *método Lamaze* onde as mulheres passam por forte treinamento, ensaios de posturas, de técnicas de alívio da dor e também a escuta de histórias de parto. Observamos que tais pedagogias promovem um discurso unificado sobre as percepções das experiências das mulheres no filme. Outro aspecto interessante sobre o tema geral da obra, o orgasmo no parto, diz respeito à forma como a diretora articula magistralmente a experiência real das mulheres, técnicas de alívio da dor e os recursos fílmicos, onde nas cenas de representação do orgasmo no parto, as mulheres aparecem fazendo exercícios de vocalização no parto o que dá uma sensação ao expectador de que há um orgasmo realmente existente, pois das sete mulheres que contam seus relatos apenas uma diz ter dois orgasmos¹²². Também, neste filme identificamos a descrição informacional da mecânica do parto como tecnologia de comunicação e informação, cujas intervenções (interferências) geram quebra na comunicação (estresse).

Apesar do discurso crítico ao parto tecnocrático, os filmes têm cenas abundantes no qual novas tecnologias de parto são apresentadas. Em *Le Premier Cri* a questão das novas tecnologias aparecem menos comprometidas com a abordagem biomédica, sendo representada e apresentadas tecnologias leves, ligadas a recursos das terapias integrativas como *watsu*, *yoga*, relaxamento, musicoterapia, vocalização, massagem entre outros. Esta nova tecnologia aparece associada ao parto entre golfinhos (que além de incorporá-lo no cenário do parto, incorpora a presença de um treinador que o monitora) e ao parto livre (no qual vários recursos alternativos são aplicados pelo grupo de amigos que apóia a mulher). O filme também contrasta com várias cenas onde nenhuma tecnologia é utilizada além do apoio da parteira, amigos ou parentes, como o parto no Brasil dos índios kaiapós, o parto na Índia, o parto dos povos massai e o parto no deserto do Congo¹²³.

Também no filme *Orgasmic Birth*, muitas cenas e discursos evocam as novas tecnologias no parto. Os filmes *Orgasmic Birth* e *The Business of Being Born* começam com a mesma cena

¹²² Esta experiência é uma cena *Birth as we know it* (2006) da parteira Elena Toneti-Vladimirova.

¹²³ Um aspecto interessante no parto no deserto é que o recurso utilizado na complicação do parto foi a oferta de uma cabra que foi sacrificada na tentativa de alcançar de Deus, o livramento da morte, mas mesmo assim, o bebê morre.

da parteira arrumando sua bolsa, a qual a arruma com uma série de equipamentos em malas que são transportadas para a casa das clientes. Os produtos aparecem no discurso de humanização como novas tecnologias de segurança para o parto domiciliar, pois é preciso mostrar que o novo modelo carrega o que há de mais avançado em tecnologia¹²⁴, esse aspecto também é presente no filme *O Renascimento do parto*. Esta é uma das grandes contradições do modelo. *Se parir em casa é seguro porque levar tudo que há no hospital para dentro dela?* O mais contraditório de um filme sobre orgasmo no parto reside justamente na evocação do cenário hospitalar no parto domiciliar. Encontramos a descrição de quais são os instrumentos que uma parteira urbana (obstetriz e/ou enfermeira obstetra) leva para um parto domiciliar e que achamos de grande relevância compartilhar:

Equipamentos: Cilindro de oxigênio; AMBU neonatal ou CFR portátil (respirador / reanimador para remoção neonatal); Aspirador portátil (desobstrução de vias aéreas - pode ser substituído por sonda de aspiração com seringa acoplada); AMBU adulto (respirador / reanimador para remoção materna); Colchão aquecido (manter o bebê aquecido durante a reanimação e remoção neonatal); Doppler fetal ou sonar (monitorar os batimentos cardíacos fetais); Estetoscópio (auscultar mãe e bebê); Medidor de pressão arterial; Oxímetro (medidor de oxigênio); Glicosímetro (medidor de glicose); Balança (pesar o bebê); Régua antropométrica (medir altura do bebê - não é medida essencial); Fita métrica (medir circunferências do bebê); Foco de luz portátil (se necessário suturar - pode ser substituído por lanterna); Medicações: Soro fisiológico, glicosado e Ringer; Água destilada; Antisséptico; Anestésico local (para sutura); Ocitocina sintética (ampola e spray nasal); Metilergometrina; Misoprostol; Hidralazina; Nitrato de prata (colírio antibiótico, somente se necessário); Vitamina K (oral ou injetável); Materiais estéreis: Kits de parto (tesoura, cabo de bisturi, pinça Kelly, pinça dente de rato e pinça dissecação); Clamper umbilical; Luvas; Compressas; Gazes; Campos (para sutura); Fios cirúrgicos (para sutura); Seringas; Agulhas; Lâminas de bisturi; Cateter periférico (para acesso venoso); Equipos de soro; Sondas (para aspiração e para drenagem de urina); Materiais auxiliares: Piscina inflável; Banqueta de parto; Bola Suíça; Bolsa para compressa quente. (NÓBREGA, 2013, grifos nossos).

Também encontramos cenas no discurso fílmico que sugerem como o novo modelo e suas tecnologias envolve também uma transferência de custos para as mulheres¹²⁵. Um aspecto sobre a

¹²⁴ Encontramos esta regularidade discursiva na matéria do fantástico que deu origem a marcha do parto domiciliar com a mesma apresentação das novas tecnologias de parto. No fantástico obstetrites mostram seus equipamentos numa mala e dizem: “A gente leva oxigênio caso o bebê ou a mãe precise. Todo o material que tem numa sala de parto a gente leva pra dentro de casa, não é que a gente usa dois paninhos e um maço de ervas”. Este discurso faz uma clara diferenciação dos recursos utilizados por uma parteira tradicional e dos usados por enfermeiras ou obstetrites. Disponível em: <<http://globoTV.globo.com/rede-globo/fantastico/v/mulheres-fazem-manifestacao-a-favor-do-parto-em-casa/1997988/>>. Acesso em: 23/07/2014.

¹²⁵ Também encontramos uma série de recomendações para organizar o parto domiciliar para exemplificar a transferência de custos no parto para as mulheres, orientados por Marília Largura no site parto humanizado: “O quarto onde o bebê vai nascer deve estar livre de correntes de ar. Nos lugares de clima frio e temperado, providenciar fontes de aquecimento como um aquecedor elétrico; O cobertor e as primeiras roupinhas devem ser de tecido apropriado ao clima (flanela ou lã) e de preferência aquecida (no forno ou com ferro elétrico); Uma fonte de luz fácil

presença de novas tecnologias é sua função como instrumento de demarcação das práticas de assistência de *midwives*/obstetrias e das práticas de parteiras tradicionais em cenas nos quais a reconstrução de um novo imaginário da parteira é construída pela crítica pejorativa da arte tradicional de partejar e seus recursos.

No filme *O Renascimento do Parto* o recurso à pedagogia é bem presente e se expressa na apropriação de termos do jargão médico que é muito comum *na fala* ativista brasileira. Há algumas cenas nas quais os autores se utilizam de um letreiro para identificar procedimentos, como também de cenas para mostrar como são realizados estes procedimentos. Aparecem também cenas de grupos de apoio nos quais as mulheres fazem trabalhos corporais, bem como algumas cenas em que elas se utilizam de novos produtos de maternidade quando carregam seus bebês (sling) e muitas informações baseadas em evidências, que tem uma parte dedicada no filme e é um discurso que perpassa toda a obra.

3.3.4 Liberdade e não intervenção no parto

O discurso de liberdade e não intervenção no parto tem cenários abundantes nos filmes, que funcionam como a própria expressão estética dos discursos. Em *Le premier cri* o discurso de liberdade no parto se expressa numa complexa rede de necessidades que atravessam realidades muito desiguais, social, econômica e culturalmente, mas que encontram um eco unificado no discurso de crítica a intervenção no corpo em trabalho de parto: (1) Parto livre nos EUA – Aqui a personagem canadense escolhe ter um parto livre nos Estados Unidos porque acredita numa sociedade mais justa e na liberdade da mulher. O parto livre é em casa, sem assistência

de transportar próxima ao local onde a criança vai nascer deve ser providenciada. Por exemplo: abajour; Alimentação: prever alimentos para a família e para a pessoa que vai assistir o parto. Alimentos que devem ser fáceis de preparar e também de fácil digestão: chá, café, sucos, etc; Lençol grande: para cobrir a mãe e o bebê após o parto. O lençol do bebê deve ser de preferência de flanela e se possível aquecido; Roupas para vestir o bebê: a primeira muda de roupa deve ser de tecido que mantém o calor, pois o bebê é muito sensível ao frio. A flanela é um tecido macio que não causa alergia sendo, portanto, o ideal para o bebê; Toalhas de rosto e panos velhos e absorventes: seis (6) ou mais. Esses panos serão usados durante o parto para receber os líquidos e secreções que saem da vagina da mãe; Toalhas de mão: três (3) ou mais; Banheirinha para o bebê e sabonete; Vasilhas: de plástico, vidro ou metal de tamanho regular para colocar água quente, e para receber a placenta (3); Espelho: se a mãe quiser ver o nascimento. Deve ser pequeno 30 x 30; Óleo de amêndoas doce: para massagens, principalmente as massagens do períneo; Absorvente higiênico; Cesta para colocar as roupas usadas; Como arrumar a cama: faça sua cama colocando um lençol limpo. Cubra o lençol com plástico (cortina de banheiro, plástico vendido em metro, outros). Por cima do plástico coloque um outro lençol limpo. Fixe ao redor com alfinetes de segurança para que nada se mova ou saia do lugar durante o parto. Tenha travesseiros e almofadas em quantidade. Cubra pelo menos duas almofadas grandes com sacos plásticos antes de colocar as fronhas”. Disponível em: <<http://www.partohumanizado.com.br/cap7b.html>>. Acesso em: 07/04/2013.

profissional, na água e na presença de vários amigos que participam ativamente. Um aspecto que vale a pena sublinhar é que a personagem domina algumas técnicas como, por exemplo, a *ausculta intermitente do batimento cardíaco fetal*.¹²⁶ (2) Parto entre golfinhos no México – Aqui a personagem treina para um parto com golfinhos, mas escolhe dar a luz no mar. O trabalho de parto é todo conduzido numa piscina onde ela faz exercícios guiados pela parteira, mas não dá tempo de ir para o mar, ela tem em casa, deitada na cama. Para garantir a escolha da mulher, após o parto ela é imediatamente transferida com o bebê para a beira do mar para que realize seu desejo. (3) Parto numa favela na Índia – A personagem busca a ajuda de uma parteira tradicional na Índia, pois os hospitais cobram cesarianas caríssimas e ela não teria condições de arcar e parteiras “não cobram muito”. Ela tem seu filho no chão de sua casa que tem condições extremamente precárias de moradia. (4) Parto no deserto do Congo – A personagem com apoio de sua mãe e outras mulheres dá a luz numa tenda isolada no deserto, conforme a tradição nômade. O seu filho nasce na posição pélvica e morto. (5) Parto no Japão – A personagem escolhe ter seu filho na mesma clínica que seus parentes, pois é um costume da família sempre ter filhos no mesmo lugar. O parto é feito no quarto da clínica, num ambiente escuro, com apoio do marido e presença da filha pequena, duas parteiras e do médico que fica sentado apenas observando no canto da parede.

Estes exemplos de experiências no filme demonstram a complexidade, as contradições e ambiguidades que o discurso de liberdade no parto pode assumir quando comparamos realidades sociais e culturais absolutamente distintas entre as mulheres e aponta para diferentes “graus” e necessidades de liberdade na experiência. Por outro lado, identificamos um discurso crítico sobre a mão da parteira tradicional, onde as mãos negras que pegam o bebê são sujas. *Perguntamo-nos sobre qual a prática discursiva que deixa exposta num close as mãos negras da parteira indiana, de suas unhas com esmaltes velhos senão o discurso higienista que conduziu o processo de medicalização do parto? Por que este discurso continua presente numa obra que retrata diferentes modelos de assistência ao parto no mundo atual senão por uma prática discursiva que ainda está viva?*¹²⁷

¹²⁶ Monitoramento dos batimentos do coração do bebê.

¹²⁷ “A medicina iluminista selou sua aliança com o estado e difundiu a associação entre parteiras e sujeira. Além disso, a parteira articulava, em relação à figura do médico, uma desigualdade de gênero, de classe e de raça”. (TORNQUIST apud MAIA, 2010, p.31).



Figura 10: Cenas do filme *Le Premier Cri*¹²⁸.

Fonte: *Le Premier Cri*, França, 2007.



Figura 11: Cenas do filme *Le Premier Cri*.

Fonte: *Le Premier Cri*, França, 2007.

¹²⁸ Dr. Yushimura não intervém no parto apenas observa no canto da parede com uma pequena lanterna nas mãos, o apoio prestado pelas parteiras. A imagem expressa a retórica *odentiana* como também a ética japonesa pautada no respeito à natureza: “Aquilo que se faz por si mesmo, que cresce por si mesmo - inclusive o urbanismo é natural. [...] Ora, no Japão, a natureza ou o natural, não precisa de ajuda. Nenhuma necessidade de conserto. O que ela faz, faz bem”. (SFEZ, 1996, p.79, grifos nossos).

O princípio de não intervenção nos filmes se expressa pelo recurso fílmico de apagamento da atuação profissional no parto, pois é comum nos filmes não mostrar que nos partos tem um profissional que intervêm, uma mão que pega o bebê, uma pessoa que toma decisões. Os partos livres são guiados pela natureza construída pelo diálogo e consagração do novo profissional, mas, sobretudo, por um recurso fílmico: a trilha sonora. É *na trilha sonora* que se realiza a magia, a beleza, a afetividade, a liberdade da humanização da assistência ao parto.

Em *Orgasmic Birth*, o discurso de liberdade e não intervenção percorre a crítica dos profissionais a forma como o parto é atendido nos hospitais. Os discursos contrastados com cenas de parto livre e prazeroso tornam claro, na ordem do discurso a aliança entre prazer, técnica e o discurso biomédico/ científico sobre o corpo. Outro aspecto são as associações neste discurso entre o corpo feminino e os animais, assim como a projeção ‘perfeita’ do corpo feminino para dar à luz, que reforçam a naturalização da relação entre mulher e maternidade. Há ainda *a mão invisível da parteira* que não intervêm no parto, mas que quando acuradamente observado encontram-se vários discursos que expressam seu intervencionismo “sutil”.

A liberdade no filme vem associada à ideia de *escolha e êxtase* são falas marcantes no discurso da Medicina Baseada em Evidências e das mulheres por meio das diversas cenas e análises desenvolvidas pelos personagens sobre o caráter ofensivo das intervenções no parto e que coloca a experiência de liberdade no parto associada à condição de não intervenção no corpo. Outro aspecto do discurso de liberdade é a experiência de privacidade no parto que vem anexada a uma assistência privatista. O parto livre ao evocar a privacidade faz desta categoria cenas *seriais* da experiência de parto que reproduz a liberdade e o orgasmo sempre nos mesmos locais¹²⁹ (casa); nas mesmas posturas corporais (de joelhos, cócoras ou de gatas) e no mesmo tipo de parto (na água), representações que reforçam a aliança entre o discurso de liberdade e não intervenção como *técnica*.

Outras falas mostram as contradições geradas pela própria cultura do espetáculo/vigilância no parto e o efeito das filmagens dos partos sugere profundas contradições para o próprio discurso de respeito à fisiologia. Como o parto, por exemplo, de um casal que ao nascimento aquático do filho tem como primeiros procedimentos antes de ir para o colo da mãe

¹²⁹ O discurso de parto humanizado normalmente vem emaranhado a um tipo de parto, geralmente domiciliar, o que faz com que humanização normalmente seja associada ao parto em casa. Esta confusão conceitual é compreensível visto que as condições para a garantia da humanização normalmente descrevem diversos elementos do ambiente domiciliar: Local seguro, que se sinta a vontade, com privacidade, pouca luz, calor, intimidade, familiar.

uma leve sucção das vias aéreas e várias fotografias. Outra cena relevante se deu durante o trabalho de parto de um casal no qual durante uma crise de choro entre as contrações a mulher pede ao fotógrafo que pare de fotografá-la: *Você tem que parar com o flash; eu não posso suportar* (ORGASMIC BIRTH, 2008).

Em *Freedom for Birth* o discurso de liberdade e não intervenção se radicaliza e torna visível a correlação de força a nível macropolítico que se expressa na obra pelas tensões entre estado, mercado e medicina. A crítica central do filme repousa na negação do direito de autonomia profissional das parteiras em relação ao sistema de saúde para a oferta de serviços de parto domiciliar que são emaranhadas a outro aspecto abordado, o direito de escolha das mulheres de onde e como desejam parir seus filhos. A trama do documentário sobre o tema liberdade e não intervenção centra-se por um lado na crítica ao estado e medicina intervencionista e por outro na discussão da necessidade de sanções legais que permitam a regulamentação do parto domiciliar; sanções que permitam o direito de escolha das mulheres sobre todas as circunstâncias que envolvem o parto, local, profissional e procedimentos.

A luta pela liberdade no parto no filme vem discursivamente aliada à introdução de novos atores no cenário do movimento global do parto, os advogados, que ao debater o tema do ponto de vista jurídico a partir da análise de casos que envolveram questões legais, demonstram a relevância de si mesmos na luta política das mulheres, pelo potencial impacto global que a decisão do Tribunal Europeu de Direitos Humanos no caso *Ternovsky versus Hungria* pode causar aos sistemas de saúde na Europa e outros lugares do mundo.

A retórica de liberdade e não intervenção no filme vem aliada aos princípios de direito de escolha, parto domiciliar, a não intervenção no corpo sem consentimento informado, a autonomia no exercício liberal da profissão de parteira e defesa da privacidade; estas concepções irão compor o escopo do que é concebido como *direitos humanos no parto e nascimento* em toda a obra. É nesta obra também que identificamos o discurso do terror pela não intervenção. Há um forte discurso de medo e terror que associa o parto intervencionista a catástrofes mundiais sejam ecológicas, políticas, econômicas ou existenciais, gerando assim, uma grande carga de responsabilidade para as mulheres.

O discurso da liberdade ao denunciar as condições de medo no parto não parece fazer mais que criar bases terroristas para a legitimidade e evidência de uma prática pautada na não intervenção. Há também no discurso de liberdade uma clara proposta politicamente conservadora

levando em consideração alguns sistemas de assistência ao parto na Europa que ainda mantêm princípios da medicina social¹³⁰. Vejamos, por exemplo, como esses discursos estão presentes numa *decupagem* de um trecho da narrativa fílmica:

[O filme começa com uma imagem de uma vasta terra seca. Corta para derretimento de geleiras. Corta para fábricas poluentes. Corta para explosão de uma bomba atômica. Corta para uma cena de protestos. Aparece a chamada “Ninguém pode viver com medo. Mas, quando nascemos do medo que alternativas nós temos?”. Alto Films apresenta um filme para One World Birth. [Se o corpo tem medo os músculos não reagem]. Aparece a palavra medo em várias línguas. Vários profissionais fazem reflexão sobre o medo. A partir disso falam do quanto o medo promove o tipo de parto que está disponível. Associam medo ao hospital e a indústria. O medo dos procedimentos. Dizem que tudo isso é um abuso. E falam que deve ter uma saída. Odont e todos os outros fazem falas muito ‘terroristas’. A sensação é de tragédia. Aparecem mulheres se organizando, profissionais, médicos, cientistas, ativistas, advogadas, parteiras. O filme começa com o pensamento de Thomas Jefferson: “Every generation needs a new revolution”].

Em *O Renascimento do Parto* os enunciados elegem uma experiência de violência no parto como privilegiada: A cesariana. É a tragédia da cesariana eletiva vivida por uma classe social específica que é colocada como problema central do debate na narrativa fílmica. Há outro elemento que emerge no discurso de crítica as instituições: A insatisfação dos profissionais frente ao pagamento por procedimentos, pois não compensa fazer partos. No discurso ativista em *O Renascimento do Parto* parir é anti-produtivo e, portanto, um modelo não lucrativo para os hospitais. A retórica antiestatal e anti-institucional parecem tornar a privatização da assistência ao parto uma lógica não evidente na medida em que a redução de custos na retórica humanista não parece suficiente para quebrar a lógica produtivista em saúde nos hospitais. Perguntamos: *Ora, os hospitais não ganham com a redução de custos? Que justificativas existem para que o parto domiciliar humanizado seja mais caro que o parto hospitalar se ele é mais econômico? Que interesses podemos captar no discurso de crítica as instituições? Qual o problema que não aparece na luta pela adoção das práticas da assistência humanizada no sistema de saúde?*

¹³⁰ A Hungria se encontra na 52ª posição no ranking da situação mundial da maternidade com uma mortalidade materna de 01 para cada 3.300 mulheres, mortalidade de 6.3 crianças por 1.000 nascidos vivos, 15.5 anos de escolarização entre as mulheres, renda per capita de 12.400 ao ano e 8.8% de participação feminina na esfera pública (SAVE THE CHILDREN, 2013, p.71). “O regime de segurança social húngaro cobre os riscos de maternidade [...] os serviços de saúde são classificados como serviços sociais” (COMISSÃO EUROPEIA, 2012, p.04). “As cidadãs húngaras têm direito a cuidados de saúde e medicamentos gratuitos, liberdade de escolha do médico conveniado, subsídio à gravidez e ao parto que cobre 168 dias de licença maternidade com 70% do salário diário do ano anterior, abono de família, subsídio por guarda de criança, subsídio de educação, subsídio de nascimento, prêmio de guarda da criança e prestações por maternidade e paternidade” (COMISSÃO EUROPEIA, 2012, p.13-14; 26). taxa de cesarianas na Hungria cresceu de 2005 (23.5%) a 2013 (33%). O parto em casa na Hungria não é regulamentado, a mulher tem livre escolha do local, mas não podia escolher parir em casa. Após as repercussões do caso da Dr. Ágnes, tema do filme, em março de 2012, a parteira húngara, Felícia Vincze foi a primeira parteira a receber a permissão legal de atender partos em casa.

Há no discurso de humanização no filme um elemento que é preciso controlar e apagar, que é preciso esquecer, que é preciso *não dizer*. No discurso fílmico ativista a qualidade na assistência ao parto relaciona-se a existência de *parteiras profissionais, doulas, casas de parto, obstetra alocado ao hospital e em gestações de alto risco, uma taxa equilibrada de partos domiciliares em relação à taxa de cesarianas e a presença de escolas de formação de parteiras*.

Entretanto, há inúmeros *não ditos* nos modelos apresentados da Nova Zelândia¹³¹ e da Holanda¹³²: São as condições sociais do nascimento os princípios de rarefação do discurso de humanização do parto no filme. Perguntamos: Por que a Suécia¹³³ e Finlândia¹³⁴ que são os

¹³¹ Na Nova Zelândia a saúde é encarada como dever do estado, ou seja, todos os serviços de maternidade no país são de acesso universal e gratuito. A taxa de cesariana é de 24,9% (14,6% emergência e 10,3% eletivas) e 7-10% de partos domiciliares. Disponível em: <<http://partopelomundo.com/blog/pt/2012/03/09/the-inspiring-birth-model-of-care-in-new-zealand/>>. Acesso em: 27/07/2014. A Nova Zelândia é o 14º melhor lugar do mundo para ser mãe segundo o *Estado Mundial de las Madres 2014*. O risco de morte materna é de 1/3.300; O índice de mortalidade de menores de 5 anos 2,8/ 1.000 vivos; Tem 19,4 anos de escolarização formal; Um PIB de 30.650 dólares e uma taxa de participação de 33,9% de mulheres em cargos do governo (SAVE THE CHILDREN, 2014, p.84).

¹³² “Na Holanda, o sistema de saúde é privatizado e toda a população tem plano de saúde que custa um valor baixo por mês, o sistema controla a competição entre parteiras, médicos de família e ginecologistas. O atendimento das parteiras acontece em grupos, um atendimento exclusivo e diferenciado é feito por parteiras holísticas que cobram mais caro pela atenção”. Disponível em: <<http://partopelomundo.com/blog/pt/2011/11/17/portugues-holanda-parte-2/#sthash.Lx6Onfhh.dpu>>. Acesso em: 10/07/2014. Um estudo de Villa et al. (1999) descreve quais os procedimentos dentro do sistema holandês para uma mulher que opta por um parto domiciliar: “Se a mãe faz a opção pelo parto domiciliar, ela necessita comprar uma caixa (PACKAGE) com todos os utensílios necessários ao trabalho de parto (kit for baby), como bandagens, modess, fraldas descartáveis. O custo dessa caixa é de 57 florins (30 dólares) e, é reembolsado pelo seguro saúde. Essa caixa é vendida nas lojas especializadas em assistência à saúde que se situam próximas aos Centros de Saúde (Consultait Bureau). [...] A obstetriz presta um serviço a gestante que inclui um conjunto de procedimentos: pré-natal (uma consulta/mês ao casal), assistência ao parto e pós-parto. Esse pacote de prestação de serviços tem um custo de 1.080 guilders florins (500 dólares) à gestante, que é reembolsado pelo sistema nacional de saúde ou seguro saúde privado”. (VILLA et al., 1999, p.129) “Na Holanda toda mulher tem direito a assistência obstétrica gratuita e ao reembolso dos cuidados de maternidade pela sua caixa de seguro de doença, se estiver inscrita num regime de seguro de doença dos Países Baixos” (COMISSÃO EUROPÉIA, 2012, p.13, grifos nossos). A Holanda é o 5º melhor lugar do mundo para ser mãe segundo o *Estado Mundial de las Madres 2014*. O risco de morte materna é de 1/10.500; O índice de mortalidade de menores de 5 anos 4,1/ 1.000 vivos; Tem 17,9 anos de escolarização formal; Um PIB de 47.970 dólares e uma taxa de participação de 37,8% de mulheres em cargos do governo (SAVE THE CHILDREN, 2014, p.84).

¹³³ “The vast majority of births take place in hospital (99%) and home births are rare. The infant mortality rate is the third lowest in developed countries (behind Finland and Japan). Much of the emphasis is placed on social issues and multidisciplinary team work. There is a general shortage of obstetricians” (SCOTTISH EXECUTIVE, 2003, grifos nossos). Todo o sistema é público e todos tem acesso. Algumas parteiras atendem ao parto em casa, mas de forma privada, não faz parte do sistema de saúde. E algumas mães tem o parto desassistido em casa. Disponível em: <<http://partopelomundo.com/blog/pt/2011/11/13/sweden/#sthash.sUfvNpDY.dpuf>>. Acesso em: 10/07/2014. “Todas as mulheres residentes na Suécia têm direito a cuidados de saúde relacionados com a gravidez e o parto [...] O subsídio parental é pago ao progenitor por motivo do nascimento ou da adoção de uma criança. O subsídio parental por nascimento de uma criança é pago durante um período total de 480 dias. Em caso de nascimentos múltiplos, o subsídio é pago durante um período suplementar de 180 dias por filho, a partir do segundo. [...] A partir do nascimento da criança, o subsídio parental é pago ao progenitor que deixa de trabalhar para cuidar da criança.[...] O montante mínimo é de 180 coroas suecas (21 euros) por dia (prestação mínima garantida); o montante máximo equivale a 10 vezes o montante de base indexado aos preços, ou seja, 440 000 coroas suecas (50 491 euros). Os restantes 90 dias são pagos de acordo com o montante mínimo. O subsídio parental pode ser pago por inteiro ou à

melhores lugares do mundo para ser mãe ou, por exemplo, Cuba¹³⁵ que tem os melhores resultados na América Latina não são sistemas de saúde reverenciados para o movimento de humanização do parto? *O que estes sistemas têm em comum que se contrapõem ao princípio de liberdade de escolha e não intervenção no parto?*

É a memória dos determinantes sociais em saúde, como melhores condições sociais e econômicas de vida, livre da pobreza que a centralidade da crítica às intervenções desnecessárias no corpo apaga. É *a marca da igualdade, da saúde universal, gratuita, dos direitos de cidadania como visão de saúde*. Em contrapartida são as propostas de *home care*, a crítica da socialização no parto como técnica e o princípio de não intervenção articuladas a uma vasta rede de mensagens que exaltam o *parto domiciliar privatista* como modelo ideal, científico, seguro e respeitoso, uma retórica constante na produção fílmica ativista.

Perguntamos: *O humanismo como conceito no discurso fílmico seria uma nova técnica disciplinar do corpo reinterpretado pela linguagem da informação? Seria nesse corpo liberado que a liberdade rejuvenesce o dispositivo de sexualidade?* Aqui o corpo feminino parece articulado a um circuito onde a casa retoma o espaço de produção e consumo, aqui, de sua própria satisfação (a chegada do bebê). A doula e a parteira surgem como atores estratégicos para redução de custos e aumento da eficácia e reacende o debate da precarização dos profissionais de saúde e da *proletarização feminina*, pois a formação da doula é rápida e de baixo custo¹³⁶.

razão de 100%, 75%, 50%, 25% ou 12,5%, consoante o tempo que o progenitor deixa de trabalhar para cuidar da criança” (COMISSÃO EUROPEIA, 2012). O risco de morte materna é de 1/14.100; O índice de mortalidade de menores de 5 anos 2,9/ 1.000 vivos; Tem 15,8 anos de escolarização formal; Um PIB de 55.970 dólares e uma taxa de participação de 45,0% de mulheres em cargos do governo (SAVE THE CHILDREN, 2014, p.85). Em 2014, a Suécia o 3º melhor lugar do mundo para ser mãe. Em 2013, a Suécia teve uma taxa de 17% de cesarianas. (WHO, 2013).

¹³⁴ “Bebês de todas as classes sociais dormem em caixas de papelão na Finlândia. País que já foi pobre na década de 30 hoje é símbolo de igualdade e apresenta as ‘mães mais felizes do mundo’ [...] É uma tradição com origem na década de 1930, desenvolvida para dar a todas as crianças na Finlândia um começo de vida igual, independente da classe social. O kit de maternidade é um presente do governo e está disponível para todas as gestantes”. Disponível em: <<http://www.pragmatismopolitico.com.br/2013/06/por-que-na-finlandia-bebes-dormem-em-caixas-de-papelao.html>>. Acesso em: 10/07/2014. A Finlândia é o melhor lugar do mundo para ser mãe em 2014 (SAVE THE CHILDREN, 2014).

¹³⁵ Um aspecto que parece não referenciar o modelo cubano de assistência ao parto cubano aparece num artigo crítico do modelo de parto medicalizado no país. García-Jordá et al (2012) diz: “El hecho de insertarse la atención en el Modelo Médico Hegemónico, que no permite el desarrollo de la individualidad y que se caracteriza por la despersonalización de las mujeres y familiares bajo normativas establecidas. E concluyen: Las autoras consideran perentorio buscar alternativas basadas en modelos asistenciales no hegemónicos para la atención al parto”. (GARCÍA-JORDÁ et al., 2012, p.1900-1901).

¹³⁶ Em uma das escolas de formação de doula mais conhecidas no Brasil, Maternidade Ativa, a formação de uma doula dura três dias e custa R\$ 750,00 reais. Disponível em: <<http://www.maternidadeativa.com.br/doulas.html>>. Disponível em: 10/07/2014.

3.3.5 Desrespeito e violência no parto

O enunciado da violência nos filmes aparece numa série de recursos fílmicos que expressam a vivência da intervenção no parto como uma prática bárbara, atrasada, desinformada, não científica, desrespeitosa, agressiva, *industrial* e violadora de direitos humanos. O discurso da violência no parto tem nos recursos fílmicos uma forte ferramenta na produção da percepção e subjetivação da violência que se expressa na construção de cenas de trilha sonora angustiante, de closes abruptos, de relatos e de cenas absurdas que provocam choques, indignação, horror, revolta e medo, muito medo.

As práticas discursivas sobre violência no parto nos filmes, no entanto, vêm aliadas a um contexto social e cultural específico, o que pede um novo olhar sobre a esta percepção na medida em que algumas práticas têm sentidos e significados culturais que refletem crenças e necessidades específicas de alguns povos para receber seus filhos. Entretanto, é o discurso unificado da intervenção no corpo que a torna violência, para além das culturas, o ato de maior *desrespeito* na experiência do parto, a desconexão também, em alguns casos, com tradições ou imaginário social sobre os modelos de assistência de um determinado povo ou país, como veremos no caso holandês. As violências, no entanto, quando contrastadas numa perspectiva transcultural abrem novos sentidos sobre a vivência da intervenção, que pode em outros contextos ser a expressão própria da dignidade e do respeito à pessoa humana.

É neste ponto da nossa análise, que achamos conveniente ampliar o escopo da discussão para aspectos que até então são negligenciados nos discursos de humanização do parto, como por exemplo, o caráter também violento e desrespeitoso da não intervenção no parto. Este é um princípio de exclusão nos filmes e consideramos de alta relevância tornar explícitos os efeitos macro-políticos da “não intervenção”, como a situação das mulheres da Etiópia que sofrem fístula obstétrica em partos desassistidos retratado no documentário americano *A walk to beautiful* (2008) de Mary Olive Smith. A não intervenção gera exclusão, aumenta a pobreza, a desigualdade, agrava a saúde, destrói famílias e a autoestima das mulheres¹³⁷.

¹³⁷ Segundo dados de 2012 da UNFPA “há de 02 milhões a 3,5 milhões de mulheres em países em desenvolvimento que vivem com a fístula obstétrica e a cada ano soma-se 50.000 a 100.000 novos casos. A fístula é uma lesão de parto provocada pela obstrução de trabalho de parto prolongado na ausência de uma intervenção médica de emergência, uma cesárea. A pressão sustentada sobre a cabeça da criança danifica o tecido mole do osso pélvico, e, finalmente, cria um furo, ou fístula, entre vagina e bexiga e / ou entre a vagina e recto. Devido a esta pressão, o fluxo sanguíneo é interrompido nos tecidos, os quais finalmente são afectadas por necrose. Posteriormente, estes tecidos

Em *Le premier cri* há numerosos discursos de violência no parto que emergem em contextos diversos. Primeiro na associação da violência com o parto hospitalar, como nas cenas rápidas e angustiantes que filmam centenas de parto normais na maior maternidade do Vietnã. Nestas cenas as mulheres não falam, não sorriem, não tem identidade, aparecem enfileiradas em macas, bebês com carimbos nas pernas e testas, partos que se processam uns após o outro em meio a um ambiente extremamente branco que remete a uma ideia de frigorífico, como se o parto fosse um processo de “abate”. Na cena que evoca o discurso de violência no parto, o personagem central é um médico vietnamita que conta a dinâmica da maternidade e do modelo de atenção segundo sua percepção. Vejamos a *decupagem* plano a plano deste discurso de desrespeito e violência em *Le Premier Cri* na voice-over do médico vietnamita:

[Intercalam-se cenas de hospital e de duas mulheres num pequeno iate conversando no mar. Filma-se a cidade, o trânsito, pessoas mascaradas, superlotação do hospital, muitas pessoas nos partos e na enfermaria esperando atendimento. A música é angustiante, tudo branco, aparecem mulheres amarradas nas macas]. Me chamo Huang, sou ginecologista do Hospital Ho Chi Minn há 10 anos. Eu atendi muitos partos, esta é a maior maternidade do mundo. Atendemos 45 mil partos por ano. São 120 partos por dia. Aqui no Vietnã induzimos as mulheres para parir no hospital. Me parece correto fazê-lo. As estatísticas demonstram que as coisas são melhores que antes quando pariam em casa. Aqui se salvam muitas vidas. [O médico pára o parto para atender o celular, uma parturiente chora. Close na lágrima que desce. A cena corta para uma mulher canadense sendo retratada nua. Depois volta para o Vietnã. Corre-corre na maternidade. Muitos bebês nascendo, sendo marcados na pele com caneta hidrocor azul ou com códigos colados no esparadrapo em suas testas, como uma produção serial de carne]. (LE PREMIER CRI, 2007, grifos nossos).

Outro parto que evoca o discurso de violência é o parto da uma mulher siberiana que tem uma cesariana contra sua vontade e que depois do parto tem uma crise de choro por ter sido afastada de sua filha. Há ainda cenas de violência no parto que são evocadas no atendimento de parteiras tradicionais. A primeira, no parto da personagem indiana que na cena do pós-parto assiste a parteira sacudir o bebê no ar várias vezes até que ele grita e chora assustado. Depois a mesma dá algumas tapas nas costas do bebê e prossegue com outros cuidados. Aqui a violência aparece associada a partos não científicos, não profissionais. Outra cena de violência é evocada no parto entre os povos massai na Tanzânia, onde a parteira por baixo do lençol faz uma incrível força no parto que remete a ideia de que ela conduz a expulsão com suas próprias mãos. Após o

mortos são eliminados, e por isso é parcialmente destruído a parede original da vagina. O resultado é uma constante de perda de urina e/ou fezes pelo orifício e para dentro da vagina”. Disponível em:< <http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/factsheets/srh/SP-SRH%20fact%20sheet-Fistula.pdf>>. Acesso em: 27/07/2014.

parto a mesma dá uma pasta ao bebê para que ele coma e em outra cena toda a família de uma única vez cospe contra o bebê que recebe um susto diante da chuva de cuspe.

Em *Orgasmic birth*, o discurso de violência e desrespeito emerge na análise dos profissionais sobre as condutas e procedimentos no parto, que aparece sempre como não científicas e desatualizadas e, por isso, danosas, perigosas, desrespeitosas e violentas. A discussão sobre a cesariana, o tempo do parto e o desrespeito à natureza e a fisiologia também são presentes em muitos enunciados e expressos normalmente *na linguagem de taxas*. O discurso de desrespeito também aparece associado à legitimidade profissional, alguns profissionais detêm a verdade e o conhecimento do que é uma assistência boa e segura e a violência também será uma marca do não reconhecimento deste saber. A violência no parto também é associada à cultura da saúde perfeita, a violação de *corpos saudáveis*, aptos a dar a luz naturalmente, mas que são violados por protocolos institucionais. Os discursos de algumas mulheres no filme procura tornar claro como a desinformação contribui para a produção de sua própria submissão, violação e controle.

Em *Freedom for birth*, o discurso de violência e desrespeito surge a partir da crítica central da obra ao estado intervencionista da Hungria que abriu um processo criminal contra a médica obstetra e obstetriz Ágnes Gereb por ela prestar serviços privados de atendimento ao parto domiciliar no país. A retórica da violência também vem associada à crítica aos hospitais, ao desrespeito causado pelos protocolos hospitalares e órgãos de proteção infantil sobre os desejos das parturientes em relação aos procedimentos que é apresentada *numa coletânea de casos* em que são relatadas várias histórias de mulheres que passaram por violências *pela ausência de liberdade de escolha* no parto prestado pelos sistemas de saúde.

O caso mais impactante retratado no filme é a denúncia de uma mãe holandesa que foi obrigada a ter uma cesariana porque o estado holandês não permite que seja realizado um parto natural domiciliar de gêmeos. A fala de uma mãe holandesa põe em xeque o imaginário do sistema de saúde holandês construído discursivamente no interior do movimento de humanização como uma referência em liberdade de escolha no parto e sem dúvida, abre de forma inédita um debate sobre quais os parâmetros que devem ser considerados para que um sistema de saúde seja qualificado como humanista, que realmente *garanta o respeito aos direitos das mulheres*.



Figura 12: Cenas do filme *O Renascimento do Parto*

Fonte: *O Renascimento do Parto*, Brasil, 2013.

O discurso sobre a realidade atual da assistência ao parto no filme *O Renascimento do Parto* filme desenha uma rede de signos que representam o modelo existente como *brutal, violento, masculino, profano, público, frio, criminoso, industrial, lucrativo, violador de direitos, baseado em crenças, não científico, mentiroso, produtor de comportamento desviante, arriscado, controlador, racional, moderno, artificial, intervencionista, quantitativo, ritualístico, horroroso, mecânico, inseguro, prejudicial, midiático, consumista, socializado, igual, médico, hospitalar e serial*.

A humanização da assistência como projeto no filme desenha uma constelação de contra discursos onde os princípios do parto humanizado serão significados como *natural, feminino, sagrado, familiar, carinhoso, mamífero, privado, caseiro, econômico, baseado em evidências, científico, seguro, artesanal, não intervencionista, espiritual, atualizado, perfeito, não invasivo, qualitativo, caloroso, benéfico, bonito, maravilhoso, fisiológico, comunicativo, ideal, individual, uma escolha, o respeito, a dignidade, vinculador, involuntário, uma opção, profissional, habilitado e de parteira (enfermeira obstetra e obstetriz)*. As oito primeiras partes do filme organizam enunciados que buscam desconstruir discursivamente ponto a ponto todo o imaginário, práticas, técnicas, valores, percepções, ideias sobre os modelos existentes de assistência ao parto, em especial, a cesariana.

As alternativas ao modelo existente se constroem discursivamente a partir *do medo, do risco, do terror*, onde um conjunto de enunciados se articula em cenas abundantes no filme por meio da farta utilização de recursos fílmicos para amplificar a percepção da violência, em especial, da cesariana. As cenas de cesariana são representadas com uma sonoplastia de suspense em cenas bruscas, mais lentas ou em close, provocando mal estar e sensação de violência e iminente morte, onde o que é dito vai sendo representado repetidamente detalhe por detalhe sobre cada procedimento.

Os discursos de violência no parto na fala das mulheres aparecem alicerçados a uma experiência pessoal ressignificada pela pedagogia do parto, onde a unidade do discurso se expressa na serialização de expressões típicas do discurso ativista, um aspecto que demarca o lugar dos sujeitos como personagens autorizados para a fala. A ressignificação de sua experiência de parto segundo o olhar da pedagogia médica torna clara ao mesmo tempo a experiência de violência desautorizada na ordem do discurso na medida em que a mulher que não compreender os sentidos e os processos de intervenção no seu corpo, não está apta a proferir um discurso legítimo, informado e competente de mulher que sentiu violada no seu parto. Perguntamos: *Será este o princípio de exclusão da fala da mulher negra e da usuária do SUS no filme?*

O filme tem inúmeras cenas onde mulheres negras e usuárias do SUS aparecem passando por procedimentos, em atendimento em hospitais públicos, mas em nenhum momento elas são convidadas a falar. A única fala de uma mulher negra e dona de casa no filme tem sua ressignificação da experiência construída pelos autores por meio da trilha sonora (de suspense, perigo iminente) já que a percepção da violência não teve oportunidade, condições ou autorização para o exercício reflexivo: “A bolsa rompeu em casa, mas na hora de eu ter o meu parto, o médico subiu em cima de mim junto com a pediatra pra me ajudar, a pediatra tentando empurrar e eu mandava força e outro médico subiu aqui em cima e me cortaram pra mim ter minha filha” (O RENASCIMENTO DO PARTO, 2013, grifos nossos).

O discurso de humanização na fala das mulheres ativistas parece contribuir para a formação de uma subjetividade feminina no parto, na medida em que, a experiência da violência de um grupo social específico (que fala) generaliza mediante o discurso a percepção da violência, dos desejos, necessidades, gostos, estilo de vida como algo que define a experiência de todas as mulheres. Aqui é *a verdade de si* como experiência autorizada na produção do discurso. Outro

aspecto que emerge no discurso das mulheres, diz respeito à beleza que é evocada como direito na experiência de nascimento, é o direito à beleza o elemento que foi roubado nas experiências de violência no parto, pois o acesso à beleza, a poesia do parto são elementos presentes quando as mulheres relatam a vivência do respeito na assistência.

O argumento para a adoção do modelo humanizado transcende a lógica da sobrevivência. Não basta a mulher e bebê sobreviver, a proposta é *qualidade*, qualidade como *escolha*, *personalização*, *artesanato*. Quando o parto é uma opção, os riscos do modelo existente desaparecem, essa é mais uma contradição. Para finalizar, observamos que a retórica da Medicina Baseada em Evidências coloca em xeque suas próprias recomendações. Se as mulheres puderem escolher, “o parto será maravilhoso” e na obra são apresentados dados de que 20% das mulheres querem ter uma cesariana. Perguntamos: *O respeito à escolha informada aliada a uma taxa de cesarianas realmente necessárias são capazes de atender as recomendações de 15% da OMS?*¹³⁸ Por fim, esta é uma retórica profundamente contraditória trazida pelo argumento do discurso fílmico.

Certamente, nossa análise não esgota as infinitas possibilidades de olhares e compreensões do discurso fílmico sobre parto. Serão necessárias muitas outras pesquisas para aprofundar aspectos que não foram explorados aqui, como as outras temáticas que os atravessam, bem como o papel central que a linguagem fílmica e seus recursos têm na construção das representações, identidades, ideologias, imaginários, teorias e políticas sobre o parto, que como vimos, tem nesta produção um material extenso e extremamente rico para se explorar.

¹³⁸ Patah & Malik (2011) descreveram as taxas de cesariana entre em diferentes países e os modelos de atenção ao parto e demonstram que em 2005 quase todas as nações da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico dos Países Europeus (OECD) as taxas de cesárea ultrapassam as recomendações da OMS. As autoras concluem que não há evidências claras sobre qual seria a proporção adequada de partos por cesariana. (PATAH & MALIK, 2011, p. 187; 192).

CONCLUSÕES

Liberdade para nascer expressa uma grande conquista e construção histórica da humanidade e, sobretudo das mulheres e não há dúvidas de que uma assistência centrada no respeito à liberdade de escolha da mulher tem tornado a percepção da experiência de parir mais prazerosa, afetiva, solidária, familiar, sensível e de forte impacto nas suas vidas e de suas famílias como um todo. Podemos dizer que tal vivência expressa em muitos aspectos uma profunda e complexa *revolução micropolítica* no plano da subjetividade de todos que podem experimentar a vivência do parto natural. Há *algo* que acontece e esse algo move multidões, move corações, move um grupo considerado nas populações. O canto de feliz aniversário para Ágnes Géreb em *Freedom for Birth* é uma belíssima representação disso.

A memória positiva desta experiência como um momento que marca para sempre a vida das mulheres e das famílias bem como, a oportunidade de receber nossos filhos junto às pessoas que amamos e que confiamos é realmente maravilhoso. A partilha dessa oportunidade, seja como história, seja como experiência, move as mulheres e famílias numa teia de solidariedade e gratidão e é por isso, talvez, que movidas por este profundo espírito de amor à humanidade que muitas pessoas dedicam suas vidas inteiras para apoiar outras mulheres, para incentivar novos mecanismos de apoio, de partilha de saberes, de vivências e espiritualidades, onde o espaço social em que os seres humanos envolvidos encontram-se situados por um momento dissolve-se. No entanto, quando situamos esta experiência no plano macro-político, suas retóricas e representações em *alguns aspectos* revelam uma face extremamente conservadora. Guattari e Rolnik (2005) por meio do conceito molecular/ molar¹³⁹ explicam como é possível este tipo de relação:

No existe lógica de contradicción entre los niveles molar y molecular. Las mismas especies de elementos, los mismos tipos de componentes individuales y colectivos en juego en un determinado espacio social pueden funcionar de modo emancipador a nivel molar y, coextensivamente, ser extremadamente reaccionarios a nivel molecular. La cuestión micropolítica es la de cómo reproducimos (o no) los modos de subjetivación dominantes. [...] la acción puede mostrarse reaccionaria, conservadora a nivel de las estructuras visibles de representación social, a nivel del discurso tal y como se articula en el plano político, religioso, etc., es decir, a nivel molar. Y al mismo tiempo, a nivel molecular pueden aparecer componentes de expresión de deseo, de expresión de

¹³⁹ “Los mismos elementos que existen en flujos, estratos, agenciamentos, pueden organizar-se de un modo molar o de un modo molecular. El orden molar corresponde a las estratificaciones que delimitan objetos, sujetos, las representaciones y sus sistemas de referencia. El orden molecular, por el contrario, es el de los flujos, los devenires, las transiciones de fase, las intensidades”. (GUATTARI; ROLNIK, 2005, p.465)

singularidade, que no conducen de manera alguna a política reaccionaria y de conformismo. (GUATTARRI; ROLNIK, 2005, p.189, grifos nossos).

Como vimos, as bases críticas que constituíram o Movimento pela Humanização do Parto e Nascimento se produziram a partir de discursos, séries de técnicas e condicionamentos do corpo feminino, elaborados teoricamente por *homens médicos* que ao desenvolver novas práticas discursivas sobre o corpo em trabalho de parto contribuíram para criar as bases para o rejuvenescimento do poder biomédico num contexto de profundas mudanças no desenvolvimento histórico do capitalismo. São as regularidades discursivas existentes entre os modelos medicalizado e desmedicalizado que mergulham e expõem as duas retóricas numa teia de contradição, manutenção e reinvenção.

Neste sentido, observamos uma *não ruptura do modelo humanizado com as necessidades econômicas* sobre as quais o discurso se produz na medida em que os mesmos elementos que deram lugar à emergência histórica da retórica higienista (industrialização, capitalismo monopolista industrial, consolidação do estado nacional e legitimidade da medicina como científica) estão presentes no nascimento da retórica da humanização (informacionalismo, capitalismo de mercado, racionalidade de governo mínimo e Medicina Baseada em Evidências). Se a marca da higiene foi a aliança do Estado com a medicina, a marca da emergência da Medicina Baseada em Evidências seria o controle político do discurso da OMS pelo Banco Mundial, visto que, suas recomendações reiteram e incorporam princípios e máximas neoliberais nas concepções da assistência ao parto forjando por meios das técnicas corporais necessidades e procedimentos que levam os cuidados para a privatização.

O discurso que fundou as bases da humanização criou ao mesmo tempo as condições históricas de expansão da hegemonia de sua contradição: O modelo tecnocrático. Na medida em que são princípios de *liberdade de mercado* e *não intervenção* que sustentaram a expansão da *biomedicina tecnocrática intervencionista*, a realocação de gastos governamentais para o segundo setor e a produção de políticas regulatórias. Médico, medicalização e indústria hospitalar como expressões centrais da crítica nos parecem um eufemismo para o estado intervencionista, “extremamente caro” e de bem-estar. É a medicina social, de provisão do estado, gratuita, universal, baseado nos direitos de cidadania, é a memória do estado que investe nas pessoas, que o discurso crítico ao intervencionismo no parto de forma contraditória parece *apagar*.

Onde existem as menores taxas de cesarianas não são os países com o menor nível de intervenção, mas países onde há um alto nível de intervenção e controle político da população,

como também um menor nível de desigualdade social. A crítica à inviabilidade da universalização dos cuidados (como princípio macro-político de não intervenção) aparece na retórica da humanização como uma redução da experiência de parir e nascer à *técnica*. A formação discursiva é ambígua porque na medida em que dirige o ataque à intervenção o que parece atacar são os mecanismos capazes de promover a equidade dos cuidados.

Neste sentido, a categoria de não intervenção vai assumir um paradoxo onde o intervencionismo do estado será o princípio que vai garantir o direito e acesso aos melhores cuidados de saúde (Suécia, Finlândia, Nova Zelândia entre outros), não regidos pela retórica econômica na saúde, pelo contrário, mas a partir de uma visão de saúde entendida como dever do estado, como *um direito de cidadania* e não como uma mercadoria. Ou seja, é a própria gerência do estado que aparece como elemento fundamental quando estudamos os sistemas de saúde dos países com as melhores estatísticas de parto no mundo, vemos que o segredo do sucesso é claro: universalidade e amplas políticas de seguridade social. Neste sentido, a humanização como princípio de *liberdade de escolha e não intervenção* no corpo é insuficiente para garantir a dignidade no parto e nascimento, além de reforçar em certa medida, discursivamente um atrelamento econômico, político e social ao aprofundamento da mercantilização da saúde.

A economia da constelação discursiva a qual pertencem os princípios básicos de humanização do parto como legitimidade da MBE repousa no avanço do neoliberalismo como arte de governo das populações e que no Brasil de uma forma contraditória e truncada na medida em que se exaltam os princípios de liberdade como não intervenção e regulação no corpo, se reforçam mutuamente os esquemas políticos que protegem a livre atuação dos agentes econômicos na oferta de serviços no campo da saúde. Desta forma a adesão das mulheres à liberdade de escolha e não intervenção como inscrição e prescrição do corpo feminino via discurso da Medicina Baseada em Evidência pode reforçar, atualizar e aprofundar relações de *poder e de saber*, na medida em que, a estreita aliança entre estas práticas discursivas fundadas por uma racionalidade econômica de governo parece demandar sobre o corpo das mulheres normas de produção e reprodução de uma nova espécie, não fora do capitalismo, mas para a sua manutenção, rejuvenescimento e inovação.

Parece-me que é em nome do aperfeiçoamento do *capital humano* que o parto humanizado realiza sua revolução: Na revolução que adequa a reprodução as mudanças do modo de desenvolvimento do capitalismo, do industrialismo para a informação. Desta forma

perguntamos: *Seria a humanização do parto um neohigienismo? Estamos diante de um novo projeto de medicalização e normalização da sociedade?* A bolsa da obstetriz com novas tecnologias em *Orgasmic Birth* talvez seja um dos melhores signos para expressar um primeiro contra senso do modelo, como também, a filosofia dos *hormônios do amor* de Michel Odent trazem muitos elementos para colocar em pauta estas questões.

Quando as mulheres vão às ruas pelo parto livre em *Freedom for birth* e *O Renascimento do Parto*, quando elas carregam cartazes: Onde está minha parteira? e pintam suas barrigas: O corpo é meu! Quando elas pressionam os governos pela liberdade e autonomia no nascimento, elas não são as únicas beneficiadas do processo de *desregulamentação* do modelo de assistência, mas os novos profissionais, que livres, técnica e politicamente das intervenções do estado, assim como, das instituições hospitalares podem prestar serviços segundo o livre jogo de oferta e procura e, com isso, determinar com absoluta autonomia o preço do parto. Este é um aspecto muito preocupante e que merece uma profunda reflexão e questionamento.

Os enunciados que evocam a devolução do parto para as mulheres em *O Renascimento do parto* expressam uma urgência histórica. A urgência de desestatização do corpo com as quais a medicina como signo do estado assumiu um controle excessivo (de provisão). E é a própria desregulamentação estatal que sugere o avanço do crescimento das cesarianas no Brasil, na medida em que o parto tecnocrático produtivo e desregulado com todas as vantagens de seu poder de monopólio conseguem determinar um preço mais acessível que a assistência personalizada. É nesse sentido que *o problema do preço* evoca e que precisamos em breve analisar, o impacto econômico sobre os cidadãos na adesão às alternativas (parto domiciliar). Mas é sobre o problema do monopólio que o discurso de humanização no Brasil é fortemente orientado. É o problema do monopólio da empresa hospitalar, da indústria médica, corporativa. É o problema do favorecimento estatal deste modelo, de seu protecionismo no mercado.

As tensões e expressões da luta circulam em torno de uma forte disputa entre a microempresa e as corporações estatais e/ou industriais do nascimento. É em nome da luta da microempresa, do micronegócio que a ampla produção fílmica ativista se produz. O grito pelo não intervencionismo no corpo em *Freedom for Birth* e *O Renascimento do parto* é o grito pela livre concorrência, livre de monopólios do estado. A autonomia, respeito e dignidade de direitos das mulheres estão atrelados a isso. O que o discurso de humanização como luta política parece não entender é que a liberdade e o não intervencionismo como categorias privilegiadas políticas

no corpo a nível macro-político necessitam de discursos e ações políticas inversas, pois a liberdade no capitalismo de mercado fortalece o monopólio da grande indústria do parto, do parto tecnocrático.

Em síntese, a alternativa que o discurso ativista apresenta na produção fílmica (de forma geral) ao modelo existente é a casa. É na casa que a mulher trabalhadora do parto da indústria hospitalar realiza e retoma o controle do empreendimento. É a empresária quem se quer produzir, é a mulher empreendedora de si que vai se (re)apropriar dos meios de produção (seu próprio corpo) e assim assumir e empreender seu parto a partir de suas escolhas, sob (sua) responsabilidade individual. A qualidade da produção irá depender da sua capacidade de gerir suas escolhas e reproduzir em condições ótimas (absoluta liberdade) a nova civilização. É aqui onde a liberdade no parto se produz como uma resposta a uma urgência histórica: Que o parto seja uma escolha, que ele seja livre para que se possa abrir e conformar um mercado de serviços personalizados e diferenciados.

O útero como escola de valores, como espaço de produção de subjetividade é eleito o palco das liberdades. As imagens da alta magia do parto natural com seus recursos e intencionalidades produtoras de desejo e singularidades por um lado, por outro lado exalta o parto natural domiciliar como o grande modo de controle de qualidade do processo de reprodução social, como o grande projeto dos efeitos adversos do industrialismo hospitalar, que em contrapartida instaura um novo tipo de produção mais ‘sutil’.

Importa que a primeira marca do indivíduo (*imprinting*) seja a liberdade individual, que sejamos programados para ser livres, programados para *empreendermos a nós mesmos*. Podemos arriscar e perguntar se estamos diante de um novo *The Business of being Born*? Seria o parto humanizado a inscrição molecular do (neo)liberalismo no útero? As séries de imagens e discursos associam para cada não intervenção a produção de uma nova tecnologia, serviço ou profissional associado. Quando a obstetrícia chega ao ponto de dizer que não devemos intervir no corpo da mulher, a que condição a mulher se vê reduzida senão a condição de mercado? Devemos respeitar o livre mercado!:

A liberdade no parto nos parece ser estratégica. A imagem e representação da liberdade de escolha parecem-nos uma tática e ao mesmo tempo expressão e contradição de uma grande luta: Da luta das que querem se libertar das amarras do corpo (nós mulheres), da luta dos que querem se libertar das amarras do estado/instituições (mercados/profissionais). Agentes

econômicos estão em disputa: Um *homo oeconomicus* que se quer produzir (mulher empreendedora), um *homo oeconomicus* que se quer multiplicar (prestadores de serviços de assistência), um *homo oeconomicus* que se precisa aperfeiçoar (o novo trabalhador do capitalismo informacional). Um homem que se quer consolidar como espécie fundante da sociedade empresarial: Os empreendedores de si. A liberdade aqui parece definir-se por sua gênese: pela produção de *liberdade no corpo* nasce o *super-homem empresário* e por meio desta lógica *se governa menos*. Pela noção de natureza autoregulada a retórica do mercado se instaura no útero.

E é pelo poder de satisfação que o mercado parece capturar o desejo feminino. É a verdade de *satisfação* que o discurso fílmico evoca. Como se nenhuma outra relação fosse mais importante que a relação de prazer com o consumo. *I can't get no satisfaction* é o princípio da violência. Importa que o direito de satisfação das mulheres se torne um lugar privilegiado. Todos têm a lucrar. A mulher por sua autonomia realizada, a parteira por sua não intervenção altamente remunerada. E é pela liberdade, pelo desejo de liberdade que a razão de governo mínimo reinventa o controle das populações. A “bela maternidade”: Seria este mais um novo controle político do corpo feminino?

Nós aprendemos ao longo desta pesquisa que há um movimento histórico de mulheres que adere e colabora com a promoção de um *saber poder médico*. E foi com o suporte desse movimento que o parto foi medicalizado e hospitalizado e é também pela existência de um movimento de mulheres que o parto está sendo desmedicalizado e desospitalizado. Este é um ponto que vamos aprofundar no doutorado. Compreender os princípios políticos desse movimento de mulheres que reivindica o *feminismo no parto* e ver de que forma ele rompe ou colabora com o aprofundamento da mercantilização do corpo feminino, pois ao cabo desse estudo fiquei com a mesma inquietação trazida por Fraser (2009, p. 23) “Foi mera coincidência que a segunda onda do feminismo e o neoliberalismo prosperaram em conjunto? Ou havia uma afinidade eletiva perversa, subterrânea entre eles? Esta segunda possibilidade pode ser uma heresia, por certo, mas seria perigoso não investigá-la”.

Por ora, observamos que o movimento de mulheres do nosso tempo adere ao discurso fisiológico do parto e com isso reforça a medicina como produtora do discurso hegemônico sobre seu próprio corpo. *Como a liberdade individual da mulher pode estar condicionada ao respeito à fisiologia médica?* A fisiologia do parto no discurso ativista é resgatada e levada a

tutor do saber fazer feminino que culturalmente foi construído na experiência viva de mulheres mães, sábias e curandeiras. O parto como evento feminino é um discurso ambíguo, onde por um lado as mulheres são convocadas como indivíduos livres, participantes da comunidade humana e por outro, as mulheres são excluídas pela redução de sua experiência a retórica fisiológica que as coloca no lugar de mamíferas na produção discursiva médica científica da Medicina Baseada em Evidências.

O discurso de *Freedom for Birth* expressa uma relação paradoxal da liberdade no parto, pois é pela noção de corpo como propriedade privada, bem como a defesa do parto domiciliar (na propriedade privada) que a autonomia e liberdade da mulher no parto se realizam. O que a parteira húngara estava tentando consolidar era um mercado de assistência humanizado face o modelo de assistência hegemônico prestado na Hungria. *Freedom for Birth* é um grito contra o monopólio do estado sobre o único modelo autorizado a prestar assistência ao nascimento. *Freedom for Birth* chama as mulheres ao empreendimento de seus partos por meio de sanções legais, um aspecto que Foucault identificou como uma consequência da generalização da sociedade no formato de empresa:

Quanto mais você multiplica a empresa, quanto mais você multiplica as empresas [...] quanto mais você força a ação governamental a deixar as empresas agirem, mais, é claro, você multiplica as superfícies de atrito entre cada uma destas empresas, mais você multiplica também a necessidade de uma arbitragem jurídica. [...] sociedade indexada à empresa e sociedade enquadrada por uma multiplicidade de instituições judiciais são as duas faces de um mesmo fenômeno. (FOUCAULT, 204, p.204)

Freedom for Birth evoca o poder de uma única mulher com seus advogados para colocar em xeque todos os sistemas de saúde dos países membros da Comunidade Europeia que contraditoriamente se encontram no *ranking* dos melhores sistemas de serviços de maternidade no mundo. A chamada para liberdade no nascimento como direito humano convida a reflexão sobre as questões locais, sobre o contexto e necessidade local de cada sistema de saúde.

Foi em *Le Premier Cri*, *Walk to Beautiful* e *No, Woman no Cry* que compreendemos a face macro-política da não intervenção no parto. A pobreza, exclusão social, bem como a falta de acesso a serviços de saúde são o *coração* da mortalidade materna e infantil hoje no mundo. São 40 milhões o número de mulheres atualmente no mundo que dão a luz somente por força da ocitocina natural, em suas casas sem ajuda de qualquer profissional de saúde especializado. Todos os dias 800 mil delas morrem. Se por exemplo 20% das mulheres indianas desfrutassem das mesmas condições de vida das 20% famílias mais ricas do país, mais de 360.000 crianças

sobreviveriam ao parto na Índia (SAVE THE CHILDREN, 2013). Precisamos perguntar: Qual a condição social das mulheres que morrem por cesariana? Parece imprescindível incorporar na luta pelo reconhecimento a *luta pela redistribuição*.

Contraditoriamente, não parece ser a intervenção excessiva sobre o corpo das mulheres o cerne do problema, mas a ausência de qualquer *acesso* a intervenções seguras. É o silêncio de morte que o parto no deserto do Congo evoca. É a violência da pobreza que o nascimento desumano na favela indiana grita. A *responsabilização individual das mulheres* sobre o parto parece ter o potencial paradoxal de legitimar o genocídio de grandes populações de mulheres em vários cantos do mundo e em especial, nos países periféricos. Neste sentido, a globalização da humanização como negócio pode se tornar o espectro do desrespeito e violência visto que muitas mulheres estarão longe das condições mínimas de consumo destes modelos. Em países como o Brasil de dimensão continental e ainda imerso em grandes desigualdades sociais e em saúde, a despeito de 14 anos do lançamento do PHPN e do recente lançamento do Programa Rede Cegonha decretado pela Portaria N° 1.459 de 24 de junho de 2011 que prevê o parto humanizado em 430 maternidades integradas à rede (sem ainda grandes impactos no cenário do SUS) o acesso ao parto humanizado ficará restrito como já o é hoje. Somente algumas camadas sociais terão acesso as melhores condições de assistência. *O que está em questão é realmente o bem estar de todas as mulheres ou de algumas mulheres?*

Neste sentido, atentamos para uma extrema cautela frente à retórica privatista do parto, visto que há nele uma colaboração para a desresponsabilização do estado e suas obrigações na garantia de direitos constitucionais, na medida em que, o movimento de humanização fortalece a entrega da assistência para profissionais autônomos que atendem mulheres segundo seu poder de consumo. Se parto não é doença, *parto é saúde*, e saúde é um direito social. Dessa forma a retórica pela humanização deveria reforçar o controle social das políticas já existentes e das responsabilidades constitucionais que o estado tem para com as mulheres, crianças, famílias e comunidades, em ofertar o mais elevado padrão de cuidados de assistência ao parto de forma pública, gratuita e universal. Neste sentido, gostaríamos de reforçar que não somos contrários a *humanização do parto*, mas à retórica do capital que *há* nela, pois sem dúvida, a vivência respeitosa é uma necessidade imperiosa nesse mar de violências, entretanto, a ruptura com algumas práticas discursivas parece ser uma tarefa urgente na luta das mulheres.

Consideramos de alta relevância a reflexão crítica sobre o parto do passado e ver em que medida estamos hoje de fato nos reapropriando de nossos corpos (se esta liberdade e autonomia já foi algum dia vivenciado) ou se estamos contribuindo para uma reinvenção do capitalismo biomédico. Preciso perguntar: O parto humanizado é uma luta anticapitalista? Sob o risco de ser considerada uma herege arrisco dizer um vigoroso não, pois, a crítica limita-se ao modo de desenvolvimento do capitalismo “industrial” enquanto o “grande sistema do capital” permanece intocado. A ampliação da lógica do lucro no parto, a transferência dos custos dos hospitais para as mulheres, assim como, um preço que tem como base *o não produtivismo* seja de cesarianas, seja de clínica médica são aspectos que merecem maior análise e profundo debate no cenário brasileiro. Nós mulheres precisamos de toda a nossa imaginação sociológica e política para *reinventar a economia do parto* para repensar novos critérios para cuidados dignos mais justos e solidários do que a simples abolição das intervenções nas práticas, que como vimos atendem a imperativos econômicos.

Para nós mulheres estão dadas as tarefas de criar práticas discursivas que desloquem o parto humanizado como campo de direito do consumidor para o campo dos direitos de cidadania; de uma relação de consumo com os procedimentos para uma luta pelo acesso público, gratuito e universal aos melhores cuidados de saúde disponível; da crítica das intervenções desnecessárias para incorporar também o reconhecimento do caráter também violador da *não intervenção* para populações marginalizadas pelo racismo de estado, e ainda, pela ruptura política necessária com as novas normas trazida pela Medicina Baseada em Evidências que adaptam o corpo feminino às lógicas do mercado financeiro e da economia da informação promovendo no interior da luta das mulheres fortes esquemas de competição pelo monopólio do negócio em que foi transformada *a humanização da assistência*.

Podem os princípios que norteiam as políticas de um estado nos dar elementos para pensar as formas de nascer no mundo? A obstetra húngara Ágnes Géreb disse no filme *Freedom for Birth* algo que acredito ser uma máxima altamente problemática. Ela disse: *A liberdade de um país pode ser medida pela liberdade no nascimento*. Ao passo que aprendemos ao longo deste trabalho que: *A dignidade no nascimento pode ser medida pelo nível de justiça social de um país*.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMARAL, Marivaldo Cruz do. Mulheres, imprensa e higiene: a medicalização do parto na Bahia. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.15, n.04, p. 927-944. out./dez., 2008.
- ANDERSON, Perry. Balanço do neoliberalismo. In: SADER, Emir; GENTILI, Pablo (Orgs.). **Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático**. 3. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.
- ARENDT, Hannah. **A condição humana**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.
- ARENDT, Hannah. O que é Liberdade? In:_____. **Entre o passado e o futuro**. São Paulo: Perspectiva, 2009.
- AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. *Ciência e saúde coletiva* [online], vol.10, n.3, p.549-560, 2005. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a13v10n3.pdf>>. Acesso em 03/12/2014.
- BALASKAS, J. **Parto ativo: guia prático para o parto natural**. São Paulo: Editora Ground, 1993.
- BANCO MUNDIAL, **Informe sobre el Desarrollo Mundial: Invertir en Salud**. Washington: Banco Mundial, 1993.
- BARBOSA, Regina Helena Simões. Humanização da Assistência à saúde das mulheres: Uma abordagem crítica de gênero. In: DESLANDES, Suely Ferreira (Org.). **Humanização dos cuidados em Saúde**. Conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.
- BARRETO, Maria Renilda Nery. Assistência ao nascimento na Bahia oitocentista. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro. v.15, n.04, p. 901-925. out./dez., 2008
- BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. *Ciência e saúde coletiva* [online], vol.10, n.3, p 561-571, 2005. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a14v10n3.pdf>>. Acesso em: 03/12/2014.
- BERNARDET, Jean-Claude. **O que é cinema?** São Paulo: Editora Brasiliense, 1981.
- BOURDIEU, Pierre. **Contrafogos: Táticas para enfrentar a invasão neoliberal**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.
- CAMPOS, María Soledad Zárate; CATALÁN, Lorena Godoy. Madres y niños en las políticas del Servicio Nacional de Salud de Chile (1952 -1964). **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro. v.18, n.01, supl,1, p.131-151, dez., 2011
- CASTELLS, Manuel. **Sociedade em Rede**. 2ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 1999.
- CAVALCANTI, Aline de Andrade Ramos. **As experiências de parto de mulheres jovens da Várzea: O movimento de humanização do parto no contexto de grupos sociais vulneráveis**. 66f.

(Trabalho de Conclusão de Curso) – Departamento de Ciências Sociais, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2010.

CLIFFORD, James. Sobre a autoridade etnográfica. In: _____. **A experiência etnográfica.** Antropologia e literatura no século XX. 4ª edição. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2011.

CORREIA, Maria Valéria Costa. Da Crise do Welfare State ao estado máximo para o capital. in: _____. **O conselho Nacional de Saúde e os Rumos da Política de Saúde Brasileira:** mecanismo de controle social frente às condicionalidades dos organismos financeiros internacionais. 2005. 324f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2005.

_____. A Influência do Banco Mundial na orientação da política de saúde brasileira. In: JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, 3, 2007. São Luis. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppIII/html/Trabalhos/EixoTematicoA/768279009323136cf7b0Maria_valeria.pdf>. Acesso em: 12/01/2014.

COSTA, J.F. **Ordem médica e norma familiar.** Rio de Janeiro: Graal, 1999.

_____. **O vestígio e a aura:** corpo e consumismo na moral do espetáculo. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

COMISSÃO EUROPEIA. **Os seus direitos de segurança social na Hungria.** Emprego, assuntos sociais e inclusão. Julho de 2012, União Europeia 2012(a). Disponível em: <http://ec.europa.eu/employment_social/empl_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20rights%20in%20Hungary_pt.pdf> Acesso em: 27 de janeiro de 2014.

_____. **Os seus direitos de segurança social nos Países Baixos.** Emprego, assuntos sociais e inclusão. Julho de 2012, União Europeia 2012(b). Disponível em: <http://ec.europa.eu/employment_social/empl_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20rights%20in%20Netherlands_pt.pdf>. Acesso em: 10/07/2014.

_____. **Os seus direitos de segurança social na Suécia.** Emprego, assuntos sociais e inclusão. Julho de 2012, União Europeia 2012(c). Disponível em: <http://ec.europa.eu/employment_social/empl_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20rights%20in%20Sweden_pt.pdf>. Acesso em: 10/07/2014.

CUNHA, Márcia Andréa Oliveira; MORAIS, Heloísa Maria Mendonça de. A assistência domiciliar privada em saúde e suas estratégias (aparentes e ocultas). **Ciência e saúde coletiva** [online]. vol.12, n.6, p. 1651-1660, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n6/v12n6a24.pdf>>. Acesso em: 03/12/2014.

DAVIS-FLOYD, Robbie. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. In: INTERNATIONAL CONFERENCE ON HUMANIZATION OF CHILDBIRTH. Fortaleza, Brasil, 2000. **International Journal of Gynecology & Obstetrics** p. 5-23, 2000. Trad. Adriana Tanesse Nogueira.

DENZIN, N.K. Reading film, in: FLICK, U.; KARDOFF, E. V.; STRIKE, I. (eds). **A companion to qualitative research**. London: Sage, 2004.

DESLANDES, Suely Ferreira. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência e saúde coletiva** [online]. vol.9, n.1, p. 7-14, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n1/19819.pdf>>. Acesso em: 03/12/2014.

DESLANDES, Suely Ferreira. Humanização: Revisitando o conceito a partir das contribuições da sociologia médica. In: _____. (Org) **Humanização dos cuidados em Saúde**. Conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

DIAS, Marcos Augusto Bastos e DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. **Ciência e saúde coletiva** [online]. vol.10, n.3, p. 699-705, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a26v10n3.pdf>>. Acesso em: 03/12/2014.

DINIZ, Carmen Simone Grillo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência e saúde coletiva**, v.10, n.3, p. 627-637, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a19v10n3.pdf>>. Acesso em: 03/12/2014.

DUMITH, Denise de Carvalho. **Miríada - Uma odisséia em Janela do Sonho, de Patricia Bins**. 121f. Dissertação (Mestrado em História da Literatura) – Departamento de Letras e Artes, Fundação Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

ENKIN, Murray; KEIRSE, Marc. J.N.C.; NEILSON, James; CROWTHER, Caroline; DULEY, Leila; HODNETT, Ellen; HOFMEYR, Justus. **Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2000.

FADYNHA. **A doula no parto**: O papel da acompanhante de parto especialmente treinada para oferecer apoio contínuo físico e emocional à parturiente. São Paulo: Ground. 2003.

FAÚNDES, Aníbal; CECATTI, José Guilherme. A operação cesariana no Brasil. Incidência, Tendências, Causas, Consequências e Propostas de ação. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 7 (2), abr/jun, p. 150-173, 1991.

FAURE, Olivier. O olhar dos médicos. in: In: CORBIN, A.; COURTINE, J. J.; VIGARELLO, G. (Org.). **História do corpo**: da revolução à grande guerra. tradução de João Batista Kreuch, Jaime Clansen; Petrópolis: Vozes, 2008.

FELLITI, Karina. Parirás sin dolor: poder médico, género y política en las nuevas forma de atención del parto en la Argentina (1960-1980). **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro. v.18, n.01, supl,1, dez, p.113-129, 2011.

FOUCAULT, Michel. **Nascimento da biopolítica**: Curso dado no Collège de France (1978-1989). São Paulo: Martins Fontes, 2008.

_____. **A Ordem do Discurso** – Aula inaugural no College de France. Pronunciada em 2 de dezembro de 1970. São Paulo: Ed. Loyola, 1996.

_____. **A vontade de saber.** História da sexualidade. Volume 1. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2009.

_____. **Em defesa da sociedade:** Curso dado no Collège de France (1975-1976). São Paulo: Martins Fontes, 1999.

_____. **Arqueologia do saber.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. Atenção domiciliar na saúde suplementar: dispositivo da reestruturação produtiva. **Ciência e saúde coletiva** [online]. 2008, vol.13, n.5, pp. 1511-1520. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n5/16.pdf>>. Acesso em: 03/12/2014.

FRASER, Nancy. Da redistribuição ao reconhecimento? Dilemas da justiça na era pós-socialista. In: SOUZA, Jessé (Org.). **Democracia hoje:** novos desafios para a teoria democrática contemporânea. Brasília: Editora UnB, 2001.

_____. Mapeando a imaginação feminista: da redistribuição ao reconhecimento e à representação. **Revista Estudos Feministas**. Centro de Filosofia e Ciências Humanas e Centro de Comunicação e Expressão v.15, n.2, p.291-308, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ref/v15n2/a02v15n2.pdf>>. Acesso em: 03/12/2014.

_____. O Feminismo, o capitalismo e a astúcia da história. **Mediações**, Londrina, v.14, n.2, p.11-33, Jul/Dez. 2009.

Freedom For Birth. [Filme-vídeo] Direção de Toni Harman & Alex Wakeford. Produção: Toni Harman & Alex Wakeford. Alto Films Ltd 2012. video (58 min); son (dub); color, DVD.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido.** Rio de Janeiro: Paz e terra, 1987.

GARCIA JORDA, Dailys; DIAZ BERNAL, Zoe; ACOSTA ALAMO, Marlen. El nacimiento en Cuba: análisis de la experiencia del parto medicalizado desde una perspectiva antropológica. **Revista Cubana Salud Pública** [online], vol.39, n.4, p. 718-732, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n7/29.pdf>>. Acesso em: 03/12/2014.

GERSCHMAN, Silvia. Políticas comparadas de saúde suplementar no contexto de sistemas públicos de saúde: União Européia e Brasil. **Ciências e saúde coletiva** [online], vol.13, n.5, p. 1441-1451, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n5/10.pdf>>. Acesso em: 03/12/2014.

GONZÁLEZ DE DIOS, J; MARTÍNEZ GONZÁLEZ, C; RUIZ LÁZARO, PJ. Embarazo y parto en el cine (I): emociones y reflexiones. **Rev Pediatr Aten Primaria**. 15:375.e 177-e188, 2013. Disponível em: <<http://scielo.isciii.es/pdf/pap/v15n60/colaboracion1.pdf>>. Acesso em: 03/12/2014.

GUATARRI, Félix; ROLNIK, Suely. **Micropolítica: Cartografias do desejo.** Buenos Aires: Tinta Limón: Traficante de sueños, 2005.

GURGEL, Wildoberto Batista; MOCHEL, Welba Gomide. As origens da política nacional de humanização da gestão e da atenção em saúde no Brasil. **Ciências Humanas em Revista** - São Luís, V.5, n.2, dezembro, 2007.

GREGOLIN, Maria do Rosário. O acontecimento discursivo na mídia: metáfora de uma breve história. In: _____. **Discurso e mídia: a cultura do espetáculo**. São Paulo: Editora Claraluz, 2003.

HARAWAY, Donna; A Cyborg Manifesto: Science, Technology, and Socialist-Feminism in the Late Twentieth Century in: _____. **Antropologia do ciborgue: as vertigens do pós-humano / organização e tradução Tomaz Tadeu** – 2. ed. – Belo Horizonte : Autêntica Editora, 2009. – (Mimo) Disponível em: <<http://mairakubik.cartacapital.com.br/wp-content/uploads/mairakubik/sites/3/2012/06/86532011-haraway-donna-kunzru-hari-antropologia-do-ciborgue-as-vertigens-do-pos-humano-org-tomaz-tadeu.pdf>>. Acesso em: 10/12/2013.

HOGA, Luiza Akiko Komura. Estágio em uma casa de parto do Japão: Relato de uma experiência. **Interface – comunicação, saúde, educação**, v.9, n18, p.611-620, 2005.

LE BRETON, David. A manufatura de crianças. In: _____. **Adeus ao corpo: Antropologia e sociedade**. Campinas, SP: Papirus, 2003.

Le premier cri. Direção: Gilles de Maistre. Produção: Mai Juin Production e coprodução M6 FILMS, association WILD BUNCH, participation CANAL+, M6, TPS STAR e DISNEYNATURE PRODUCTIONS 2007. Vídeo (94 min); son (dub); color, DVD.

LIEBERMAN, Adrienne B. **Easing Labor Pain: The Complete Guide to a More Comfortable and Rewarding Birth**. The Harvard Common Press. Boston: Massachusetts, 1992.

LUZES, Eleanor Madruga. **A necessidade do ensino da ciência do início da vida**. 1538f. Tese (Doutorado), UFRJ, Rio de Janeiro, 2007.

MAIA, Mônica Bara. **Humanização do parto**. Política pública, comportamento organizacional e ethos profissional. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

MARTIN, Emily. **A mulher no corpo**. Uma análise cultural da reprodução. Rio de Janeiro: Garamond universitária, 2006.

MARTINS, Ana Paula Vosne. Vamos criar seu filho: os médicos puericultores e a pedagogia materna no século XX. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro. v.15, n.01, p. 135-154. jan./mar, 2008.

MARTINS, Paulo Henrique. **Contra a desumanização da medicina: crítica sociológica das práticas médicas modernas**. Petrópolis: Vozes, 2003.

MATTA, Gustavo Corrêa; LIMA; Júlio César França. (Orgs.) **Estado, sociedade e formação profissional em saúde**. Contradições e desafios em 20 anos de SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

MATTOS, Ruben Araújo de. As agências internacionais e as políticas de saúde nos anos 90: um panorama geral da oferta de idéias. **Ciências e saúde coletiva** [online]., vol.6, n.2, p. 377-389, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v6n2/7009.pdf>>. Acesso em: 03/12/2014.

MILLS, C. Wright. **Sobre o artesanato intelectual e outros ensaios**. Rio de Janeiro: Zahar, 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA EXECUTIVA. **Programa Humanização do Parto: Humanização no Pré-natal e Nascimento. Ministério da Saúde**. Secretaria Executiva. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

MIZOCZKY, Maria Ceci Araujo. O Banco Mundial e a reconfiguração do campo das agências internacionais de saúde: Uma análise multiparadigmática. **RAP Rio de Janeiro**. 37(1), p. 75-97, jan/fev, 2003.

MOTT, Maria Lúcia. O curso de partos: deve ou não haver parteiras?. **Cad Pesqui**. [online], n.108, p. 133-160, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cp/n108/a06n108.pdf>>. Acesso em: 03/12/2014.

MOULIN, Anne Marie. **O corpo diante da medicina**. in: História do Corpo: As mutações do olhar: O século XX/ sob a direção de Alain Corbn, Jean-Jacques Courtine e Georges Vigarello; tradução e revisão de Ephraim Ferreira Alves. 2. ed. - Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

NAGAHAMA, Elizabeth Eriko Ishida e SANTIAGO, Silvia Maria. A institucionalização médica do parto no Brasil. **Ciências e saúde coletiva** [online], vol.10, n.3, p. 651-657, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a21v10n3.pdf>>. Acesso em: 03/12/2014.

NARCHI, Nádia Zanon; CRUZ, Elizabete Franco; GONCALVES, Roselane. O papel das obstetizas e enfermeiras obstetras na promoção da maternidade segura no Brasil. **Ciências e saúde coletiva** [online], vol.18, n.4, p. 1059-1068, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n4/19.pdf>>. Acesso em: 03/12/2014.

NOGUEIRA, Adriana Tanesse. **Contra a propaganda do parto orgásmico**. São Paulo, 08 jun. 2013. Disponível em: <<http://www.ongamigasdoparto.com/2013/06/contra-propaganda-do-parto-orgasmico.html>>. Acesso em: 29/11/2013.

ODENT, Michel. **A Cientificação do Amor**. Florianópolis: Editora Saint Germain, 2002 (a).

_____. **O Renascimento do Parto**. Florianópolis: Editora Saint Germain, 2002 (b).

_____. **O Camponês e a Parteira**. Rio de Janeiro: Editora Ground Ltda., 2003.

_____. **A Cesariana**. Florianópolis: Editora Saint Germain, 2004.

_____. A primeira verdade inconveniente. **Revista Tempus Actas Saúde Coletiva**.p.62-66, 2010.

OLAH, Renata. **“Popularização” do parto humanizado**. São Paulo, 2010. Disponível em: <<http://www.espacobemnacido.com.br/2010/08/popularizacao-do-parto-humanizado.html>>. Acesso em: 29/11/2013.

NÓBREGA, Taiza. **O que a parteira leva para um parto domiciliar?** Brasília, 2013. Disponível em: <<http://www.gestarpairamar.com/2013/03/o-que-parteira-leva-para-um-parto.html>>. Acesso em: 23/07/2013.

OLIVEIRA, Francisco. Neoliberalismo à brasileira. In: SADER, Emir; GENTILI, Pablo (Org.). **Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático**. 3. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Assistência ao parto normal**: um guia prático. Brasília: OPAS, 1996.

Orgasmic Birth (TM): The Best-Kept Secret. Direção: Debra Pascali-Bonaro. Produção: Debra Pascali-Bonaro e Kris Liem, Sunken Treasure 2008. Vídeo (85 mins); son (dub); color, DVD/Digital.

O renascimento do parto. Direção: Eduardo Chauvet. Produção: Eduardo Chauvet & Erica de Paula. Eduardo Chauvet filmes e Master Brasil 2013. Vídeo (90 min); son (dub); color, DVD.

PATAH, L.E. Maluf; MALIK, Ana Maria. Modelos de assistência ao parto e taxas de cesáreas em diferentes países. **Revista de saúde pública**, v. 45(1), p. 185-194, 2011.

PENAFRIA, Manuela. Análise de filmes - conceitos e metodologias. VI CONGRESSO SOPCOM, abril de 2009. Disponível em: <<http://www.bocc.ubi.pt/pag/bocc-penafria-analise.pdf>>. Acessado em: 19/08/2012.

PROGIANTI, Jane Márcia; PORFIRIO, Aline Bastos; PEREIRA, Adriana Lenho de Figueiredo. Capacitação de enfermeiras no Japão: contribuição para a implantação da Casa de Parto no Rio de Janeiro. **Texto contexto - enferm.** [online], vol.22, n.1, p. 193-200, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_23.pdf>. Acesso em: 03/12/2014.

RATTNER, Daphne; SANTOS, Marcos Leite dos; LESSA, Heloisa; DINIZ, Simone Grillo. ReHuNa - A Rede pela Humanização do Parto e Nascimento. **Revista Tempus Actas Saúde Coletiva**. p. 215-228, 2010.

RATTNER, Daphne. Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas Públicas. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, vol. 13, núm. 1, p. 759-768, 2009. Universidade Estadual Paulista Júlio. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=180115446027>>. Acesso em: 13/03/2012.

RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon. A trajetória da saúde no interior do Banco Mundial. In: _____. **O Banco Mundial e as políticas de saúde nos anos 90: um projeto de desmonte do SUS**. 266f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2000.

ROCHA, Juan Stuardo Yazlle; ORTIZ, Pabla Clotilde; FUNG, Yang Tai. A incidência de cesáreas e a remuneração da assistência ao parto. **Cad. Saúde Pública** [online], vol.1, n.4, p. 457-466, 1985. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v1n4/v1n4a06.pdf>>. Acesso em: 03/12/2014.

ROCHA, Maria Eduarda da Mota. **A nova retórica do capital: A Publicidade brasileira em tempos neoliberais**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2010.

ROMERO, Juan Pablo Aranguren. El cuerpo sufriente del mercado: “sweat the fat” in: SCRIBANO, Adrian; FERREIRA, Jonatas. **Corpos em concerto: diferenças, desigualdades, desconformidade**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2011.

SADER, Emir. A construção da hegemonia pós-neoliberal. In: _____. (Org.) **10 anos de governos pós-neoliberais no Brasil: Lula e Dilma**. São Paulo: Boitempo; Rio de Janeiro: FLASCO Brasil, 2013.

SALEM, Tânia. **O casal grávido**. Disposições e dilemas do casal igualitário. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.

SÁNCHEZ, Ana; ORTUÑO, Pedro; ROMERA, César. Los sentidos de la ciência en el cine. Metodología para su análisis. **Razón y palabra**. n. 78, nov de 2011- jan de 2012. Disponível em: <<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3820174>>. Acesso em: 27/12/2013.

SAVE THE CHILDREN. **State of the World’s Mothers 2013: Surviving The First day**. Washington, DC: Save the Children, 2013.

_____. **Estado Mundial de las madres 2014**. Salvemos a las madres y la infancia durante las crisis humanitarias. Washington, DC: Save the Children, 2014.

SCOTTISH EXECUTIVE. **Expert Group on Acute Maternity Services: Reference Report**. Disponível em: <<http://www.scotland.gov.uk/Publications/2003/01/16018/15775>>. Acesso em: 10/07/2014.

SCOTT, Parry. Mortalidade Infantil, Famílias, Geração e Serviços de Saúde: discursos de disciplina e de riscos. In: **Família Contemporânea e Saúde: Significados, práticas e políticas públicas**. Trad LAB, organizadora. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2010.

SFEZ, Lucien. **A saúde perfeita: crítica de uma nova saúde**. São Paulo: Loyola, 1996.

SILVA, Tânia Maria de Almeida; FERREIRA, Luiz Otávio. A higienização das parteiras curiosas: o Serviço Especial de Saúde Pública e a assistência materno-infantil (1940-1960). **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro. v.18, n.01, supl,1, dez, p.95-112, 2011.

TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. Humanização e atenção primária a saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. 10(3): 585-597, 2005.

TERRAGNI, Laura. A pesquisa de gênero. In: MELUCCI, Alberto. (Org.). **Por uma sociologia reflexiva: pesquisa qualitativa e cultural**. São Paulo: Vozes, 2005.

THEBAUD, Françoise. A medicalização do parto e suas consequências: o exemplo da França no período entre as duas guerras. **Revista de Estudos Feministas**. vol.10, n.2, p. 415-426, 2002.

THERBORN, Göran. A crise e o futuro do capitalismo. In: SADER, Emir; GENTILI, Pablo (Org.). **Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático**. 3. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.

TORNQUIST, Carmem Susana. **Parto e poder: o movimento pela humanização do parto no Brasil**. 2004. 412f. Tese (Doutorado em Antropologia) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

_____. O Parto Humanizado e a REHUNA. In: SEMINÁRIO NACIONAL MOVIMENTOS SOCIAIS, PARTICIPAÇÃO E DEMOCRACIA , 2, 2007, UFSC, Florianópolis. **Anais**.

_____. Armadilhas da Nova Era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. **Revista Estudos Feministas**. [online], vol.10, n.2, p. 483-492, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ref/v10n2/14972>>. Acesso em: 03/12/2014.

TORNQUIST, Carmem Susana; SPINELLI, Carolina Shimomura. Um jeito comunista de dar à luz: o parto sem dor nos anos 60 na América do sul. In: COLÓQUIO INTERNACIONAL GÊNERO, FEMINISMOS E DITADURAS NO CONE SUL. Universidade Federal de Santa Catarina – 2009. Disponível em:< http://www.coloquioconesul.ufsc.br/carmen_susana.pdf>. Acesso em: 18/04/2010.

VASCONCELLOS-SILVA, Paulo Roberto; CASTIEL, Luis David. Proliferação das rupturas paradigmáticas: o caso da medicina baseada em evidências. **Rev. Saúde Pública** [online]. vol.39, n.3, p. 498-506, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n3/24807.pdf>>. Acesso em: 03/12/2014.

VELLAY, Pierre et al. **Parto sem dor**. São Paulo: IBRASA, 1967.

VENTURI, Gustavo et al. **Pesquisa mulheres brasileiras e gênero no espaço público e privado**. São Paulo: fundação Perseu Abramo, 2010.

VIEIRA, Elizabeth Meloni. **A medicalização do corpo feminino**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

VILLA, Tereza Cristina Scatena et al. A enfermagem no sistema local de saúde na Holanda. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online], vol.7, n.5, p. 121-126, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v7n5/13513.pdf>>. Acesso em: 03/12/2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World Health Statistics 2013**. Disponível em: <http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS2013_Full.pdf>. Acesso em: 10/07/2014.

ANEXOS

Anexo 1 - Ficha de análise

I - Variáveis extradiscursivas

A. CONTEXTO DE PRODUÇÃO

A.1 Ficha técnica

A.2 Dispositivos de marketing e promoção

A.3 Fontes do argumento

B. CIRCULAÇÃO

C. CONTEXTO DE RECEPÇÃO

C.1 Classificação do conteúdo

C.2 Inferência do expectador implícito no modelo de texto

C.3 Qualificação dadas pelos usuários segundo a IMDb

C.4 Bilheteria

C.5 Críticas parecidas na imprensa especializada no ano de estréia

C.6 Quantificação das opiniões qualitativas da base de dados dos cinemas na internet IMDb

II - Variáveis intradiscursivas

C.7 Gênero

C.8 Contexto do discurso científico no filme

C.9 Personagens

C.10 Cenas do discurso científico

C.11 A leitura da ciência representada no filme

Anexo 2 – Ficha de análise: Variáveis Extra Discursivas em *O Renascimento do Parto* (2013)

<i>Ficha técnica</i>	Direção: Eduardo Chauvet; Roteiro: Érica de Paula; Produção: Érica de Paula; Produção Executiva: Eduardo Chauvet; Direção de Fotografia: Rafael Morbeck; Montagem: Eduardo Chauvet; Trilha sonora original: Charles Tôres e Marcello Dalla; Pesquisa: Érica de Paula; Som direto: Rafael Morbeck; Desenho de Som: Marcello Dalla; Edição de som: Vagner Oliveira.
<i>Dispositivos de marketing e promoção</i>	A promoção e divulgação do filme começaram no processo de captação de recursos para finalização da obra. A ideia partiu de transformar um programa especial de dia das mães para tv em longa-metragem. Os autores trabalharam dois anos, começou em 2011 e finalizou em maio de 2013, mas para exibir nos cinemas, eles precisavam de R\$ 65.000,00 para arcar com os custos de distribuição, assessoria de imprensa, formatos digitais, cartazes, viagens de divulgação entre outros. O projeto foi orçado no início em R\$550.000,00 e foi executado com R\$ 45.000,00.¹⁴⁰ Em agosto de 2012, os autores criam uma página no facebook para divulgar o processo de produção do documentário e arrecadar fundo. Em 02 de agosto o filme teve sua primeira exibição no ENAPARTU - I Encontro Nacional de Parteria Urbana para 300 pessoas. Em 19 de abril de 2013, os autores criam um projeto de financiamento colaborativo (crowdfunding) pelo site Benfeitoria¹⁴¹ com 60 dias para arrecadar os fundos que faltam para conclusão do filme. Nele os autores compartilham o projeto, um filme promocional e as recompensas para os apoiadores da proposta que vai desde o nome na lista de agradecimentos no site e fã page a uma cartela exclusiva de apoiador durante três segundo na abertura do filme (para quem apoiar com o valor total R\$65.000,00). O projeto bate record brasileiro de financiamento colaborativo em três dias de lançamento e os autores arrecadaram os R\$ 65.000,00 para levar o filme aos cinemas e em sete dias atingem a meta de R\$ 110.000,00 para pagar dívidas do filme e custos com passagens aéreas e outros da produção. Ao final, o projeto arrecada R\$ 141.091,00 com apoio de 1227 colaboradores, destes: 420 pessoas apoiaram com R\$30,00; 281 com R\$60,00; 132 com R\$100,00; 159 com R\$200,00; 37 com R\$300,00; 23 com R\$500,00; 18 com R\$1.000,00; 2 com R\$5.000,00; 1 com R\$10.000,00; zero com R\$65.000,00 e 56 com qualquer valor. Dentre os apoiadores, estão as seguintes organizações e pessoas jurídicas: Agência Freela, Jorge Kuhn, Casa Curumim - Pedriatria e Aleitamento Materno, Ninho da Coruja, Yoga Mami, Ishtar - Espaço de Gestantes, Parto com amor, Roda Bebedubem, Sampa Sling, Maternidad Clínica -

¹⁴⁰ Matéria Disponível em:

<http://www.leitor.com.br/adm/ver_link_fm.asp?veiculo=Vermelho%20Online&data=22/8/2013&edi=...&pag=%20&qtd=1&class=7205&img=../clientes/Renascimento/113082228a.png>. Acesso em: 03/07/2014.

¹⁴¹ Projeto disponível em:<<http://benfeitoria.com/o-renascimento-do-parto>>. Acesso em: 03/07/2014.

	La Primavera, Carol Dias Fotografia, Parto do Princípio - Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa, Instituto Nascer - Um jeito Novo de Cuidar, Kelly Stein - Fotógrafa, Parto pelo Mundo, Anne Pires Design, Despertar do Parto, Mamatraca, Danielle Bernardes Fotografia, Cientista que virou mãe, Instituto Sabin, Mariana B. Simões, Sinal Vermelho e ACP. Aqui observamos um financiamento integral da rede de prestadores de serviços ao parto humanizado: onze grupos de apoio a gestantes, quatro fotógrafas, cinco empresas de áreas diversas, um médico ativista, um blog, uma micro-empresa de produtos para maternidade. Para distribuir o filme os autores fecharam contrato com a distribuidora Espaço Filmes de São Paulo e se utilizaram amplamente de recursos oferecidos pelas mídias sociais e do <i>cyberativismo</i> de mulheres envolvidas com a causa da humanização do parto. Dentre as principais estratégias de marketing: trailer oficial no <i>YouTube</i>; mapeamento via redes sociais para exibição das cidades (Os autores criaram banners na fan page do facebook onde as pessoas pegavam a imagem correspondente a sua cidade e espalhava em sua rede com a hashtag do nome da cidade para fazer pressão para o filme chegar até a localidade);¹⁴² Capas de perfil para o facebook (Que os ativistas podiam fazer download da página e colocar na capa de seu perfil para apoiar na divulgação do filme e <i>demonstrar a sua relação com a causa</i>) e para divulgar a exibição do filme nos cinemas os autores disponibilizaram um aplicativo pelo facebook que as ativistas poderiam personalizar o cartaz de divulgação do filme¹⁴³ com fotos de seu próprio parto. Há ainda outros cartazes elaborados pelos autores que divulgam recomendações da OMS e resultados de pesquisas baseadas em evidências. O poder do discurso baseado em evidências sobre o parto é tão grande para os autores que nos cartazes dispensa quaisquer fontes dos estudos, o que eleva a informação a uma expressão da verdade evidente por si, além de banalizar a relação entre produção do conhecimento e acesso à informação, como também apagar todo o processo de construção destes resultados: Autor, local, ano, contexto, financiador, objetivo entre outros. Os cartazes trabalham com a ideia de <i>Mitos que sustentam o sistema</i> e resultados conclusivos de <i>alguma</i> pesquisa baseada em evidências não definida. Ainda no site os autores criaram fundos e selos para personalizar e divulgar o filme em blogs.
<i>Fontes do argumento</i>	As fontes do argumento do filme estão claramente delineadas pelos autores na sinopse, no projeto apresentado ao site benfeitoria e no tópico “a causa” do site oficial da obra. São quatro os elementos que encontramos no discurso dos autores que nos permitem depreender a fonte de seus argumentos: (1) A questão da alta taxa de cesarianas nos Brasil e as Recomendações da

¹⁴² Disponível em:

<<https://www.facebook.com/media/set/?set=a.376614072464024.1073741827.216239221834844&type=3>>. Acesso em: 12/09/2013.

¹⁴³ A capa original do filme é uma foto da Carol Dias Fotografia, do parto do casal Ana Carolina Pacheco e Helvio Rossetto, com arte de Thalita Dol Essinger.

	OMS; (2) A questão da violência obstétrica; (3) A filosofia de Michel Odent sobre fisiologia do parto e hormônios do amor e a (4) Adesão ao discurso da medicina baseada em evidências. Para argumentar a relevância do documentário os autores partem das taxas de cesariana e parto normal no país para realizar a crítica a cultura tecnocrata e intervencionista de assistência ao parto, que nas palavras dos autores se perpetua por mitos: Hoje o Brasil é o país campeão mundial de cesarianas (52% no índice geral e mais de 90% no sistema privado, contra os 15% recomendado pela Organização Mundial de Saúde). Junto com os partos normais extremamente violentos e traumáticos (pesquise sobre o termo "violência obstétrica"), tal índice reflete uma cultura extremamente tecnocrata e intervencionista que perpetua mitos não apenas na sociedade, mas também entre os próprios profissionais de saúde. Acreditamos que a informação de qualidade, aliada ao poder da imagem e da poesia podem transformar o mundo! Afinal, como diria Michel Odent: "Para mudar o mundo, primeiro é preciso mudar a forma de nascer".¹⁴⁴ A questão da cesariana enquanto um problema da rede privada é algo que também aparece no discurso dos autores associada a um sistema médico e o que chamaram de "questão financeira"¹⁴⁵ que rege o nascimento. Para os autores as intervenções perigosas e traumáticas estão desalinhadas com a <i>prática médica corrente</i>¹⁴⁶ (Medicina Baseada em Evidências) e refletem o desconhecimento <i>das necessidades básicas</i> de uma mulher em trabalho de parto: Em 2010, pela primeira vez, o percentual de cesarianas superou o de partos normais, atingindo 52% do número total de nascimentos do país (hoje, estima-se que esse número esteja em 56%, sendo quase 40% na rede pública e mais de 80% na rede privada). [...] Esse elevado índice de partos cirúrgicos está associado não apenas à vontade das mulheres, visto que pesquisas recentes demonstram que a maior parte das mulheres deseja ter um parto normal, mas, sobretudo à comodidade de todo um sistema médico e financeiro que rege o nascimento. [...] Para agravar ainda mais a situação, em praticamente todos os partos vaginais ocorrem diversas intervenções perigosas, traumáticas e desnecessárias, demonstrando um grande descompasso entre a prática médica corrente e a medicina baseada nas mais recentes evidências científicas. Infelizmente, nota-se hoje um grande desconhecimento da fisiologia e das necessidades básicas de uma mulher em trabalho de parto, até mesmo entre os profissionais que atendem ao parto, fazendo com que vivamos um momento sem precedentes na história da humanidade, em que os "hormônios do amor" estão se tornando inúteis. Visando uma urgente e necessária mudança de paradigmas, o filme "O Renascimento do Parto" propõe uma reflexão sobre os rumos que o nascimento está tomando no século XXI¹⁴⁷.
<i>Circulação e bilheteria</i>	O filme estreou em 09 de agosto de 2013 e ficou em cartaz até 21 de dezembro, num total de 20 semanas em cartaz. Mesmo após este período oficial de exibição nos cinemas o filme continuou sendo exibido em vários outros locais: Festivais internacionais e nacionais de cinema (6th Los Angeles Brazilian Film Festival, o IV Doc Brazil Festival China 2013, o VI Festival

¹⁴⁴ O projeto. Disponível em: <<http://benfeitoria.com/o-renascimento-do-parto>>. Acesso em: 03/07/2014.

¹⁴⁵ Perguntamos: Por que a categoria lucro não aparece no discurso dos autores?

¹⁴⁶ Temos a impressão que os autores encaram a MBE como uma prática universalmente aceita e legítima.

¹⁴⁷ A causa. Disponível em: <<http://orenascimentodoparto.com.br/#a-causa>>. Acesso em: 03/07/2014.

	Internacional de Cine Latinoamericano y Caribeño de Margarita na Venezuela, o 31º Festival de Cine de Bogotá na Colômbia; e festivais nacionais, o 7º Festival Goiámu Audiovisual de Natal no Rio Grande do Norte e a 10ª Mostra Cinema Popular Brasileiro de Nova Friburgo no Rio de Janeiro), eventos da área de saúde, no Palácio do Planalto (A convite da Secretaria Geral da Presidência da República onde após a exibição aconteceu uma debate foi transmitido ao vivo por meio de <i>hangout on air</i>), fóruns sociais importantes (Fórum Mundial de Direitos Humanos 2013 e no Fórum Social Mundial 2014) e até em um presídio feminino. Segundo informações da roteirista na fan page oficial do filme no facebook, o filme passou por 48 cidades brasileiras: Alfenas, Aracaju, Araraquara, Belém, Belo Horizonte, Blumenau, Brasília, Cacoal, Campinas, Campo Grande, Cascavel, Caxias do Sul, Cotia, Criciúma, Curitiba, Florianópolis, Fortaleza, Goiânia, Indaiatuba, João Pessoa, Joinville, Juiz de Fora, Jundiá, Lages, Lavras, Londrina, Maceió, Manaus, Mossoró, Maringá, Novo Hamburgo, Palmas, Pelotas, Porto Alegre, Recife, Ribeirão Preto, Rio de Janeiro, Salvador, Santos, São José dos Campos, São Lourenço, São Luís, São Paulo, Sorocaba, Três Corações, Tubarão, Uberlândia e Vitória. Em 11 de novembro o filme foi exibido na 14ª Projeta Brasil do Cinemark que elegeu o documentário entre os 28 melhores filmes nacionais do ano. No início de 2014, segundo os autores, o filme foi eleito um dos 10 documentários nacionais que mais venderam DVD's nos últimos cinco anos. O filme também teve a 2ª maior bilheteria de documentários no ano de 2013.
<i>Conteúdo, gênero, inferência do espectador no texto.</i>	O filme do gênero documentário tem classificação indicativa <i>não recomendado para menores de 10 anos</i> por conter cenas de violência e linguagem imprópria. Quanto ao espectador implícito no texto percebemos um discurso organizado e direcionado para profissionais de saúde e mulheres. O filme tem cenas abundantes no qual o discurso é permeado por uma linguagem técnica da área de saúde que é uma prática discursiva típica de ativistas pela humanização que tem em suas estratégias de empoderamento o domínio do vocabulário médico como um princípio político e pedagógico. Palavras como <i>protocolo, intervenção, sutura, avaliação de risco, revisão sistemática, circular de cordão, episiotomia, procedimentos desnecessários, apgar</i> entre outros, eram expressões abundantes na fala dos personagens. Desta forma, o filme parece cumprir também sua função pedagógica de compartilhamento para a apropriação do público sobre estes termos, numa cena, por exemplo, em que aparece um leiteiro durante uma manobra de kristeller.
<i>Crítica da imprensa</i>	No encarte do DVD os autores compartilham algumas opiniões da imprensa sobre o filme “Um filme para todo mundo que nasceu - Jornal O Estado de Minas”, “Filme traz mitos e verdades

<i>especializada.</i>	sobre parto - Jornal Folha de São Paulo”, “Um filme para sacudir o país da cesariana - Rádio CBN”, “Um dos documentários de maior bilheteria nos cinemas do Brasil - Ancine”. Segundo os autores o filme foi notícia em mais de <i>500 blogs especializados e nos principais veículos de comunicação</i>. No mecanismo de busca <i>google</i> encontramos 174.000 resultados de notícias sobre o filme. No site oficial os autores coletam 46 matérias, entrevistas e críticas sobre o filme. Seleccionamos algumas manchetes: “Documentário: A violenta realidade dos partos no Brasil - Pragmatismo político”, “Ideias: Por um parto mais respeitoso - Super Interessante”, “Documentário questiona a utilização da cesariana - Luis Nassif Online”, “Retorno ao natural - Veja Brasília”, “Documentário discute parto normal, cesárea e nascimento ‘humanizado’ - G1” entre outros. Um discurso recorrente em várias matérias de jornais reproduz a discussão da alta taxa de cesarianas no país, a associação deste tipo parto e do parto hospitalar à violência, as recomendações da OMS de 15% de taxa de cesarianas aceitáveis, as relações econômicas que permeiam o sistema de saúde no Brasil e a crítica dos autores às intervenções no parto. Na única matéria crítica de cinema que encontramos no portal Omelete da uol, Camila Goytacaz escreve <i>que apesar das imagens reais e impactantes, mantém linearidade e um quê de conto de fadas: permeado por histórias da busca pelo parto ideal, vai crescendo e envolvendo, para terminar com final feliz.</i>¹⁴⁸
------------------------------	---

¹⁴⁸ Disponível em: <http://omelete.uol.com.br/cinema/o-renascimento-do-parto-critica/#.U7Xow_ldXI>. Acesso em: 03/07/2014.

Anexo 3 – Ficha de análise: Discurso de humanização nos filmes

Filme	Sujeito	Tema	Discurso
Le Premier Cri (2007)	Mulheres e parteira	Sujeitos do discurso	Vivemos aqui numa grande casa com outros quatro casais. Perto deste belo lago no norte dos EUA. Acredito que fazemos um lindo casal. Eu de Quebec, ele americano, meu amor. Este será nosso último passeio de barco só nós dois. Hoje passaremos a ser três. (LE PREMIER CRI, 2007) Tenho dor no ventre. Sei que meu bebê está por vir. Eu pedi a minha mãe que me pintasse o corpo. Devo estar bonita para sua chegada. Kencro se mantém perto com nossos primeiros dois filhos. [...] Sou indígena Kayapó da selva amazônica. (LE PREMIER CRI, 2007) Devemos evacuar tudo que seja negativo. <u>Quero que Gaby se libere</u> de seus medos. Com a cabeça assim submersa. Ela relembra a sensação do feto no líquido amniótico e assim enfrenta as angústias do nascimento, para revivê-la e desfazer-se dela. [...] O pai está conosco. (LE PREMIER CRI, 2007, grifos nossos) Cresci com os meus no Saara. Conheço bem o deserto. Sou nômade. Se fores tuareg é impossível perder-se aqui. Faz quase dois anos que me casei. Ele armou um acampamento perto de um poço e aqui esperamos a chegada do nosso primeiro filho. (LE PREMIER CRI, 2007)
Orgasmic Birth (2008)	Mulheres, educadora perinatal, obstetriz.	Sujeitos do discurso	Incrível as sensações que se espalham pelo seu corpo. Os momentos finais foram muito apaixonantes. (ORGASMIC BIRTH, 2008) É uma experiência muito sensual. (ORGASMIC BIRTH, 2008) Muitas mulheres quando lhe oferecemos <u>certas condições</u>, têm orgasmos. É possível ter um parto em êxtase; de fato esse é o maior “barato” natural que eu conheço. (ORGASMIC BIRTH, 2008, grifos nossos). É o melhor dos orgasmos; Você sabe que o melhor do orgasmo, é esta intimidade profunda, este momento de conexão. (ORGASMIC BIRTH, 2008) Eu acho que tirar a dor é não oferecer a si mesma a experiência completa. Se você pode vivenciar isso e seu corpo é saudável e seu bebê é saudável então deve ser desta maneira. É esperado que haja uma intensidade neste momento. É um tipo de <u>“Rito de passagem”</u>. Eu acho que isso é parte de tornar-se mulher. (ORGASMIC BIRTH, 2008, grifos nossos).
Freedom for birth (2012)	Obstetras, Midwives, Advogadas, Jornalista.	Sujeitos do discurso	Eu me chamo Elizabeth Prochaska, sou advogada do escritório Matrix Chambers em Londres. Hermine Hayes-Klein, diretora do Centro de Pesquisa em Direitos Reprodutivos Bynkersshoek. Farah Diaz-Tello, advogada da Nacional Advocate for Pregnant Women, em NY. Eu sou Elitsa Golab, advogada. (FREEDOM FOR BIRTH, 2012) E nós temos uma assistência que encoraja a intervenções e interferências desnecessárias (FREEDOM FOR BIRTH, 2012, grifos nossos).

			<u>Ela é uma Joana D’Arc. É uma lutadora e realizou muita coisa.</u> (FREEDOM FOR BIRTH, 2012, grifos nossos). Num país normal, ou na Hungria se a Hungria fosse funcionar de maneira normal, uma mulher como Agnes Geréb <u>seria reverenciada por suas contribuições para o ato de nascer.</u> Ela deve ter ajudado no nascimento de 9 mil bebês nos últimos 32 anos neste país. Quantas pessoas na sua vida normal, no seu trabalho normal, <u>fazem uma contribuição positiva assim?</u> (FREEDOM FOR BIRTH, 2012, grifos nossos). Na minha <u>visão de futuro, toda mulher escolherá onde dar à luz seus filhos, e seja no lugar que for, haverá serviços de apoio de qualidade ao seu dispor</u> [aparece uma mulher tendo parto domiciliar na água e esta parteira que está falando está atendendo] com profissionais qualificados, e isso não importando o país, na África ou na Grã-Bretanha, ou qualquer parte do mundo. (FREEDOM FOR BIRTH, 2012, grifos nossos). <u>Se as mulheres começarem a conceber as suas opções de parto em termos de garantias legais, a discussão vai mudar completamente.</u> Nós não estamos falando de mulheres que apenas seguirão os conselhos médicos. Estamos falando de cidadãos que vão erguer a voz para dizer: “Nós temos direitos!” (FREEDOM FOR BIRTH, 2012, grifos nossos). Eu quero <u>mudar o mundo</u> permitindo que toda a mãe tenha o parto que ela quiser. (FREEDOM FOR BIRTH, 2012, grifos nossos).
O Renascimento do Parto	Médica obstetra e parteiras tradicionais	Sujeitos do Discurso	A entrada dos homens no universo sagrado e escondido veio trazer junto com as luzes da razão, uma modificação nos modelos e paradigmas de atenção ao parto. Antigamente que a imensa maioria dos bebês nasciam em casa, eram atendido por pessoas da comunidade, por mulheres [...] é uma coisa muito violenta a transformação de <u>um evento familiar, afetuoso, amoroso e com pessoas conhecidas e onde se tinha um domínio</u> para um lugar estranho, inóspito com pessoas totalmente alheias a nossa vida. Cheio de máquinas e que portanto é um local bastante assustador para grande das mulheres e não é de se espantar que muitas mulheres ao chegarem no hospital comecem a apresentar problemas e que vão tentar ser corrigidos com mais adição de tecnologia por parte dos médicos. (O RENASCIMENTO DO PARTO, 2013, grifos nossos). O parto é como escalar uma montanha. Quando chega lá em cima você vê aquela vista. Você alcançou. [cena de parto na água] (O RENASCIMENTO DO PARTO, 2013). A OMS considera como profissionais habilitados pra assistência ao parto <u>os médicos obstetras, médicos da família, as enfermeiras obstetras e as parteiras formadas ou obstetrizes.</u> (O RENASCIMENTO DO PARTO, 2013, grifos nossos). E o que nós temos de evidências atualmente, temos uma revisão sistemática publicada em 2008 que mostra que este <u>modelo centrado na obstetriz ou enfermeira obstetra ele tem várias vantagens</u> para as parturientes de baixo risco, em relação aos partos assistidos no

			modelo tradicional, centrado no médico. (O RENASCIMENTO DO PARTO, 2013, grifos nossos). Eu peguei as crianças na roça, às vezes eu ia de jegue, de cavalo, as mulheres me chamavam. Fiz parto de minhas irmãs também, a minha mãe <u>quando a parteira chegou eu já estava pegando minha irmã</u>. (O RENASCIMENTO DO PARTO, 2013, grifos nossos) As condições dela de ir pro hospital é mais difícil. A gente mora na roça, não tem carro, <u>não tem condições de chegar ao hospital, então ela preferia chamar a parteira pra ter o bebê em casa</u>. (O RENASCIMENTO DO PARTO, 2013, grifos nossos).
Le Premier Cri (2007)	Mulher	Formação, informação e novas tecnologias	Faz mais de 30 anos que sou parteira no México e minha paixão é a interação entre bebês e golfinhos. <u>Gaby sabe</u> que os golfinhos emitem um ultrassom e agora descobre que esta vibração acalma e estimula o seu bebê. Os golfinhos reagem bem à presença de Gaby. (LE PREMIER CRI, 2007, grifos nossos) A parteira da aldeia <u>tem o conhecimento</u>. Ela toca meu bebê e diz que está na hora. Eu utilizei algumas plantas que aliviam a dor. Sua massagem com estas plantas me fará bem. (LE PREMIER CRI, 2007, grifos nossos) Há um reflexo natural de expulsão do bebê que nos faz puxar de forma rápida e eficiente etc. Como a maioria das mulheres preferem a epidural, isso se anula. Por isso, temos que aprender a fazer, porque será um modo de puxo artificial, porque naturalmente as mulheres não puxariam deste modo. A maioria das mulheres tem parem de pé, de cócoras ou sentadas. A posição deitada vem da Europa [...] “É uma loucura, não posso acreditar que tenho que <u>aprender a parir</u>. Em outros lugares muitas mulheres fazem sem pensar nisso”. (LE PREMIER CRI, 2007, grifos nossos) Diante da aproximação do parto, vejo que [ele] se questiona. Se pergunta o que será feito se houver problema, fala bastante com os demais. Geralmente a reação é clara. O verdadeiro perigo não é a natureza e sim os hospitais e todas as suas intervenções tecnológicas. Desde sempre as mulheres tem dado a luz. Elas têm esta força. <u>Sei que posso parir escutando o conhecimento</u> do meu corpo (LE PREMIER CRI, 2007, grifos nossos) O Dr. Yoshimura me pegou quando eu nasci. [...] ele atenderá o parto do meu filho. Ele diz que o parto é como <u>o sol nascente</u>: Não se pode pará-lo, nem acelerá-lo. <u>Eu acredito no que ele diz</u>. Nos explica que a modernidade tem perturbado tudo e que temos que retornar ao modo de vida do Japão antigo. <u>O protocolo hospitalar desumaniza o nascimento. O trata como doença. Mas as mulheres não são máquinas e os bebês não são coisas ou produtos</u>. (LE PREMIER CRI, 2007, grifos nossos)
Orgasmic Birth (2008)	Obstetra/Educadora Perinatal	Formação, informação e novas tecnologias	Nas classes pré-natais uma das coisas de que falamos são os hormônios e seus efeitos no trabalho de parto. É muito importante para as gestantes que elas <u>saibam como se deixar levar pelo fluxo</u> de hormônios. ORGASMIC BIRTH, 2008, grifos nossos) É muito importante para as gestantes saberem que o parto tem <u>um</u>

			<u>aspecto sensual</u> para elas [...] Então as acalmamos para relaxar e isso é o que <u>a cultura nos oferece</u> nos dias de hoje. (ORGASMIC BIRTH, 2008, grifos nossos) Eu nunca havia pensado nisso antes de me inscrever nas aulas de parto, mas posso realmente ver isso agora. <u>É muito espiritual, muito sensual.</u> Uma palavra que alguém usou hoje foi “êxtase”, e eu realmente quero que Tina tenha esta experiência e <u>faremos o que for possível para fazer isso.</u> Eu acredito que seja maravilhoso (ORGASMIC BIRTH, 2008, grifos nossos) Eu realmente sinto que tive <u>um parto em êxtase.</u> Sabe, <u>eu estava realmente apta a transcender este espaço e me transportar para outro espaço positivo.</u> E isto foi incrível, foi transformativo para mim, e eu acho que nós fomos capazes de ir para lá juntos, e foi definitivamente <u>algo espiritual.</u> (ORGASMIC BIRTH, 2008, grifos nossos) [A obstetriz arruma um local na casa com várias caixas e equipamentos] Isso é para o lixo, isso é para a roupa suja. Ok então está funcionando. <u>Tudo isso fica preparado</u> para o caso de você precisar e aí você não precisa. (ORGASMIC BIRTH, 2008, grifos nossos). Parto domiciliar é <u>seguro.</u> Você sabe, nós temos <u>o mesmo equipamento em casa que existe em qualquer hospital ou casa de parto.</u> Estes são os equipamentos que eu mais uso. Aqui temos um fetoscópio, luvas, swabs de cultura, uma caixa de instrumentos, martelo de reflexos, termômetro, diferentes suturas. Eu levo os anestésicos, solução anti-séptica, bolsa de água quente, gaze, agulhas estéreis. Eu tenho uma boa visão para dar pontos, então ninguém precisa me segurar o foco de luz. Esta é nossa balança, e como nós pesamos o bebê. Este é o doppler, clamps plásticos, gel lubrificante. Aqui está minha bolsa de emergência. Assim, para cada parto, nós arrumamos tudo isso e sempre me certifico que esteja funcionando. (ORGASMIC BIRTH, 2008) Eu fiquei realmente surpreso quando vi <u>quanta tecnologia as parteiras traziam</u> para um parto. Você poderia pensar que “oh, as parteiras trazem para o parto um par de toalhas e só isso” [o casal cai na risada]. (ORGASMIC BIRTH, 2008) [A mulher mostra as parteiras o que tem em casa para disponibilizar para seu parto] Ok... Quem sabe <u>cobertores para o bebê e uma touca?</u> <u>Os cobertores estão ali,</u> existem mais de oito deles, muito mais, porque eu sempre quis ter muitos. E nove toalhas, e elas combinam com dois conjuntos de lençóis. <u>Toalhas de rosto aqui</u> e estes são <u>grandes sacos industriais e aqui canudos...</u> Para que servem “os canudos”? [A parteira responde] Para quando você não quiser beber desta maneira. [A mulher responde] Ah, fico feliz, porque <u>estes custam apenas um dólar e meio</u> e existem canudos de cirurgia por aí que eu nunca ouvi falar. (ORGASMIC BIRTH, 2008, grifos nossos).
--	--	--	---

O Renascimento do Parto (2013)	Mulheres, Obstetra, Obstetrix, Antropóloga.	Formação, informação e novas tecnologias.	Eu fui <u>atrás de informação</u>, pra procurar saber [...] uma maneira que eu poderia fazer pra que <u>minha filha nascesse bem</u>, e eu achei. (O RENASCIMENTO DO PARTO, 2013, grifos nossos). Fiz muita <u>pesquisa, internet</u>, conversando com amigas. (O RENASCIMENTO DO PARTO, 2013, grifos nossos). Estudos mostram que o trabalho de parto promovem descargas hormonais no bebê que dão <u>mensagens pro bebê falando pra ele: É hora de nascer! Prepare os seus sistemas.</u> (O RENASCIMENTO DO PARTO, 2013, grifos nossos). A gente tem que <u>dar informação de qualidade pras mulheres</u>, em linguagem simples, em cartilhas simples, pra que ela chegue no hospital e diga assim: não me corte, não me corte porque sei o que estou perdendo. (O RENASCIMENTO DO PARTO, 2013, grifos nossos). Tudo que se fala está vinculado <u>às pesquisas</u> mais modernas realizadas sobre o nascimento e o parto. (O RENASCIMENTO DO PARTO, 2013, grifos nossos). Desde sempre que se valoriza o amor, dizendo: O amor é importante! Quando vemos o que se passa no mundo. Se pode dizer que a promoção do amor não há sido muito eficaz. Por quê? Talvez porque não temos feito esta pergunta básica: Como se desenvolve a capacidade de amar? Se fizermos a pergunta desta maneira vamos perceber a importância do que acontece no nascimento. Se tivermos uma visão geral de todos os estudos publicados vamos notar que os investigadores examinam <u>uma condição patológica ou o desvio de personalidade</u>, por exemplo, palavras chaves como: <u>Criminalidade, autismo, suicídio, comportamento auto-destrutivo, drogadição, anorexia</u> tudo tem a ver com a capacidade de amar ou de amar o próximo, e os investigadores sempre concluem que o que acontece no nascimento é importante. (O RENASCIMENTO DO PARTO, 2013, grifos nossos). Imediatamente após o nascimento, há um curto período de tempo <u>que nunca ocorrerá novamente e é crucial para o vínculo entre a mãe e o bebê.</u> (O RENASCIMENTO DO PARTO, 2013, grifos nossos). Só que a criança que teve oportunidade de <u>nascer de parto humanizado ela tem benefícios.</u> (O RENASCIMENTO DO PARTO, 2013, grifos nossos). Depois que eu consegui ter minha filha por parto normal foi que eu percebi que eu não tenho nenhum defeito, que <u>eu faço parte da natureza perfeita</u>. A minha filha que não é bebê grande porque eu sou uma mulher pequena e até nisso a natureza é perfeita. (O RENASCIMENTO DO PARTO, 2013, grifos nossos). A gente não consegue ter o parto de nossas mães, minha mãe teve três partos normais [...] e a gente fica assim, o que está acontecendo com o nosso corpo? Que a gente não tá conseguindo fazer mais o que deveria ser normal, <u>que os outros mamíferos, os outros animais fazem.</u> (O RENASCIMENTO DO PARTO, 2013, grifos nossos).
--	---	---	--

			Os nossos corpos não foram feitos pra isso? (O RENASCIMENTO DO PARTO, 2013). O parto é um processo involuntário. Existem situações que podem inibir este processo involuntário. E a ciência moderna é capaz de identificar tais situações. Por milhares de anos, <u>o nascimento vem sendo socializado</u>. Existe um condicionamento cultural dominante de que a mulher não tem o poder de dar à luz por si própria. Ela não consegue dar à luz sem alguma interferência cultural. É claro que não é da noite para o dia que vamos entender estas lições que são inacreditavelmente simples. Cuidado com a linguagem, com a luz, estar segura sem se sentir observada. (O RENASCIMENTO DO PARTO, 2013, grifos nossos). A gente se formou acreditando que o corpo da mulher é defeituoso. Que a mulher ela precisa de muita intervenção para poder parir, <u>que a nossa intervenção sempre será necessária</u>. (O RENASCIMENTO DO PARTO, 2013, grifos nossos). <u>Um estudo holandês publicado em 2009 com mais de 500 mil partos mostra a segurança do parto domiciliar</u> em termos de desfechos perinatais muito semelhantes ao de populações de risco atendida em hospital com um número de intervenções bem menor. (O RENASCIMENTO DO PARTO, 2013, grifos nossos). A gente vai equipada com um conjunto de materiais pro atendimento do parto, tanto pra situação normal do parto, luva, gaze, coisas que a gente vai precisar pra assistência, até pra situações mais complexas, então se eu precisar dar uma sutura eu tenho fio de sutura, eu posso dar uma anestesia local, eu posso usar algum medicamento pra hemorragia, eu tenho a disposição oxigênio pra se o bebê precisar de ressuscitação neonatal, <u>uma mala de coisas pra ajudar a mulher nessa assistência</u>. (O RENASCIMENTO DO PARTO, 2013, grifos nossos). <u>O outro tipo de humanismo é o humanismo profundo. Quando você realmente honra a profunda fisiologia do parto. A mulher está em pé, bebendo, comendo e se movimentando. A mulher não vai ao hospital se não estiver em trabalho de parto, e, se ela for muito cedo, o médico ou a enfermeira a mandam de volta pra casa. Você apóia a mãe, dá a ela bolas suíças, banquetas, escadas e cordas para ela se mover e puxar. Ajuda muito quando você puxa uma corda ou se move na escada. A bola ajuda a movimentar a pelve pra frente e pra trás. Ajuda muito a andar bastante, entrar na água - é maravilhoso - e ter a liberdade de se movimentar e dos efeitos da gravidade. As doulas são as intervenções mais humanizadas no nascimento. Uma mulher apoiando outra mulher.</u> (O RENASCIMENTO DO PARTO, 2013, grifos nossos).
Le Premier Cri (2007)	Mulher Obstetriz	Liberdade e não intervenção	Gaby <u>escolheu</u> dar a luz no mar. Eu lhe fiz descobrir esta pequena praia no Caribe. É um lugar ideal para um parto natural, <u>discreto e íntimo</u>. Ela se encanta. <u>Ela decide</u> que terá seu filho aqui [...] Só interviremos se for <u>necessário</u>. É nosso privilégio <u>deixar</u> que Gaby, viva plenamente o processo da maternidade. Só estamos aqui para admirar o milagre da vida. (LE PREMIER CRI, 2007, grifos nossos)

			Hoje passaremos a ser três. Chamamos-lhe Lilicoy “fruta da paixão” em hawaiano. <u>Nascerá em casa</u> rodeado de nossos amigos, sem ajuda médica ou de uma parteira. Isso se chama o nascimento livre [...] Devo admitir <u>que assumi</u> a comunidade minha aventura. Acho bom que Michael queira conversar com mulheres que pensam como eu. Todos juntos lutamos por <u>um mundo mais justo</u>, como aqui diante do Congresso de Maine. Hoje em dia, <u>assumir o controle do nascimento do meu filho</u>, é ir à mesma direção. A <u>reivindicação de uma mulher livre</u>. [...] Reuni Michael, Laurent, Kate e os demais pela última vez. Eu quero lhes repetir que me sinto confiante e que <u>saberei o que fazer</u>, aconteça o que acontecer. É claro que há um risco. A morte <u>faz parte do processo de nascimento</u>. Penso isso, não sei como explicar. Se acontecesse isso e houvesse uma complicação muito grave <u>eu assumirei completamente todas as consequências</u>. Quero que saibam que a vida é assim. E que não devem em nenhum caso <u>sentir-se responsáveis</u>. Eu vejo as coisas assim. Que funciona nesta forma. (LE PREMIER CRI, 2007, grifos nossos) <u>Não posso ir</u> ao hospital, seria um desastre. Os médicos sempre fazem cesárea, para pedir <u>mais dinheiro</u>. Nós temos [dinheiro] <u>contado para poder comer</u> por isso vim ver <u>a parteira da região</u>. <u>Elas não cobram muito</u>. (LE PREMIER CRI, 2007, grifos nossos) É normal sentir tanta dor? <u>Ninguém me diz nada</u>. Devo encontrar forças para me levantar e ir até um refúgio. <u>As mulheres não podem parir nas tendas</u> porque aqui dormimos junto com os homens. <u>É a tradição</u>, devo ter meu bebê nas areias do deserto. [...] Estamos <u>muito sós</u> no meio do deserto. Deus decidiu levar meu filho, tenho que aceitar. (LE PREMIER CRI, 2007, grifos nossos) Na sua clínica o doutor Yushimura construiu uma <u>casa tradicional</u>. Ali se vive como <u>há 200 anos</u>. Somos <u>tão ativos como naquela época</u>. Comemos com saúde e <u>parimos sem intervenção médica como nossos ancestrais</u>. Tudo é feito para que fiquemos bem, serenas, tranquilas. Com as outras mães vivemos em <u>harmonia</u>. [...] Utano verá o nascimento do seu irmãozinho. Ainda que tenha três anos penso que se lembrará para sempre. (LE PREMIER CRI, 2007, grifos nossos)
Orgasmic Birth (2008)	Obstetra/ Midwife/ educadora perinatal/ Mulher	Liberdade e não intervenção	Mulheres grávidas, particularmente aquelas em trabalho de parto, são muito emotivas e muito intuitivas, e vão assimilar tudo que ocorre no local. <u>Nós sabemos disso através dos animais</u>. <u>Se você quer que um animal tenha seu filhote adequadamente</u>, não o envolva com luzes brilhantes e um milhão de pessoas; <u>deixe-o em paz</u>. Se os profissionais que cuidam do parto, <u>criassem um local seguro para você vivenciar tudo que fosse possível</u>, e a encorajassem a fazer isso, você relaxaria, seu corpo se abriria e tudo seria completamente <u>diferente</u>. (ORGASMIC BIRTH, 2008, grifos nossos) Quando o parto foi movido do quarto das pessoas para os hospitais. Bem, eles tinham que fingir que aquele evento não tinha nada a ver com sexo. Se você escutar uma mulher em trabalho de parto, que está <u>sendo cuidada adequadamente e que foi bem preparada</u> para o parto, ela <u>parece</u> estar tendo uma ótima relação sexual. (ORGASMIC BIRTH, 2008, grifos nossos).

			Quando fazemos amor nós produzimos, literalmente, ocitocina, o hormônio do amor. Os níveis mais altos deste hormônio que uma mulher <u>jamaís terá</u> ocorrem nos momentos imediatamente após ela ter dado à luz. Quando fazemos amor nós produzimos o opiáceo natural beta endorfina, o hormônio do prazer. Ele também é produzido na profundidade do cérebro de uma mulher em trabalho de parto. Níveis de endorfina aumentam durante o trabalho de parto e a colocam em <u>um estado alterado de consciência</u>. E este é <u>um local de êxtase</u>. Então, repentinamente, outro hormônio aparece: o hormônio competidor da ocitocina. A adrenalina vem à tona para produzir este ímpeto de empurrar e a mulheres assim o farão se forem <u>liberadas</u> para tal. Se elas se sentirem livres, <u>elas se erguerão, se apoiarão para frente, abrirão suas bocas, vão rugir e gritar</u>. (ORGASMIC BIRTH, 2008, grifos nossos). Eu penso que é como um sacrifício que a mãe pode oferecer. “Eu vou passar por esta dor por você, para que você possa nascer da maneira <u>que deve ser</u>”. (ORGASMIC BIRTH, 2008, grifos nossos). Nós <u>fomos feitas</u> para ter bebês, não transfira seu corpo para a medicina. (ORGASMIC BIRTH, 2008, grifos nossos). [A parteira pergunta] Do que você tem medo? [A mulher responde] Dor. Algo vai se quebrar aqui. [A parteira diz] Nada vai se quebrar. Seu <u>corpo foi feito para trazer um bebê através dele</u>. [A mulher começa a chorar e a parteira diz] Pode chorar. (ORGASMIC BIRTH, 2008, grifos nossos).
Freedom for Birth (2012)	Doula/ Médico Obstetra/ Mulher/ Advogada	Liberdade e não intervenção	<u>No parto, o medo nos paralisa, fazendo pensar que uma emergência acontecerá a qualquer momento</u>. E, influenciadas <u>pela mídia, pelas nossas imagens, pelas representações equivocadas</u>, nós na verdade não compreendemos o parto. Ele foi tirado de nós. (FREEDOM FOR BIRTH, 2012, grifos nossos). A obstetrícia é <u>uma indústria</u> e há interesse em manter as coisas assim. (FREEDOM FOR BIRTH, 2012, grifos nossos). Fazer as mulheres continuarem com <u>medo é lucrativo</u>. (FREEDOM FOR BIRTH, 2012, grifos nossos). <u>Pode haver repercussões sociais</u> se não acertarmos a questão do nascimento. (FREEDOM FOR BIRTH, 2012, grifos nossos). O parto natural virou uma espécie em extinção e nós temos que salvá-lo. <u>Temos que salvá-lo em nome da saúde física, emocional e mental do futuro, o bem-estar da nossa cultura depende disso</u>. (FREEDOM FOR BIRTH, 2012, grifos nossos). É errado quando as mulheres são coagidas. <u>É errado quando elas recebem informações equivocadas e tomam decisões que no momento lhe parecem as corretas baseadas no medo e nessas informações erradas</u>. (FREEDOM FOR BIRTH, 2012, grifos nossos). Eu penso que a solução <u>é educar as mulheres sobre as verdades</u> ligadas ao parto. (FREEDOM FOR BIRTH, 2012, grifos nossos). Até pouco tempo eu costumava dizer que nós estávamos numa

			encruzilhada. Hoje eu arrisco <u>afirmar que hoje chegamos ao fundo do abismo</u>. (FREEDOM FOR BIRTH, 2012, grifos nossos). [Ela, Anna Ternovsky, retoma a fala na conferência] <u>Nós acusamos o Estado húngaro de violar 2 artigos da Convenção Europeia dos Direitos Humanos. Um que fala do direito à privacidade e o outro que trata da regulamentação das discriminações</u>. A decisão saiu em um ano, e ficou concluído que tinha havido violação nos dois casos. Eu venci. E não só eu, mas todas as mulheres que quiserem exercer tais direitos. E ela disse que há em Strasburgo, mas precisa ser uma mulher que esteja grávida. Naquela época eu estava esperando meu segundo bebê. E nós demos risada. Mas dias depois um advogado me procurou e me questionou para saber se era o que eu queria mesmo e se estava satisfeita com isso. (FREEDOM FOR BIRTH, 2012, grifos nossos). Bem, nós conhecemos a Anna, que <u>queria parir em casa mas não se sentia livre para fazer esta escolha por causa das sanções às parteiras e da falta de regulamentação</u>. Ela se sentiu pressionada a ter <u>um parto hospitalar</u> contra a sua vontade. E ela queria muito ter a chance de fazer a escolha que fizera para o primeiro filho. Por isso, ela estava disposta a apoiar qualquer tentativa de achar <u>uma medida legal que lhe garantisse um direito que ela acreditava ser seu e o Tribunal europeu de Direitos Humanos confirmou isso</u>. [- Confirmou o quê?] O direito de escolher como e onde ela quer ter o seu parto e escolher as circunstâncias desse parto. e no meu entender essa é uma decisão importante, não só para Anna, obviamente, mas para todas as mulheres sob a Convenção Européia porque não se trata apenas de parto ou parto domiciliar, que também são importantes, mas de ser capaz, e ser reconhecida como capaz, de fazer escolhas próprias. <u>Tem a ver com os Direitos Reprodutivos e a discussão sobre a escolha</u>. E é por isso que essa foi uma decisão muito importante. (FREEDOM FOR BIRTH, 2012, grifos nossos). São <u>os médicos, e não eu ou as parteiras, que tomam a decisão final</u>, aos 8 meses, se estou apta ou não a ter um <u>parto domiciliar</u>. Certamente isso viola meus direitos de mãe. Eu não me sinto respeitada nos meus direitos de mãe e parturiente. E eu penso que a <u>discriminação vai continuar enquanto nossos direitos não estiverem expressos numa legislação regulamentando o parto domiciliar</u>. (FREEDOM FOR BIRTH, 2012, grifos nossos). O desfecho de Ternovsky X Hungria é radical, e tem potencial de gerar mudanças radicais. <u>Ele impõe obrigações legais claras a todos os países membros da UE que são signatários da Convenção Européia de Direitos Humanos</u>. Juntos eles somam 800 milhões de cidadãos. E qualquer parturiente sob a jurisdição da UE, poderá virar-se para seu país e dizer: “A minha <u>autoridade de escolher as circunstâncias do parto têm que ser respeitadas sob o precedente de Ternovsky X Hungria</u>”. (FREEDOM FOR BIRTH, 2012, grifos nossos). Ternovsky X Hungria foi um caso levado ao Tribunal Europeu de Direitos Humanos. Ou seja, ele afeta legalmente todos os países membros do Conselho da Europa o que obviamente inclui a União Europeia toda. A forma como cada um incorpora a Convenção de
--	--	--	---

			Direitos à legislação local pode variar ligeiramente, mas em termos gerais um cidadão de qualquer um desses países <u>será capaz de encontrar um advogado e entrar com um processo por qualquer violação sob o precedente do caso Ternovsky.</u> (FREEDOM FOR BIRTH, 2012, grifos nossos). E a maneira de reivindicar esses direitos é se você estiver envolvida numa <u>ação legal</u>, se estiver dando a luz na sua casa e a polícia bater na sua porta, algo que pode acontecer às mulheres, você pode dizer aos policiais: <u>“Lamento mas estão violando meus direitos segundo a Convenção Europeia de Direitos Humanos.”</u> Possivelmente eles vão chamar o superior, e o superior vai chamar <u>um advogado</u>, e se tudo der certo, ele vai dizer: <u>“É verdade, vocês podem agir assim.”</u> Basicamente, qualquer problema de ordem legal que você tiver <u>com seu Estado trará uma oportunidade de evocar a Convenção Europeia de Direitos Humanos.</u> (FREEDOM FOR BIRTH, 2012, grifos nossos)
O Renascimento do Parto (2013)	Médica Obstetra/ Enfermeira Obstetra/ Antropóloga Médica	Liberdade e não intervenção	Cada mulher vai se sentir segura melhor num ambiente. E muitas vezes onde ela vai se sentir mais segura é o hospital. <u>Então a gente sabe que o parto em casa é talvez pra uma pequena parcela da população.</u> A nossa cabeça funciona muito ligada a segurança ainda ao modelo hospitalar. (O RENASCIMENTO DO PARTO, 2013, grifos nossos). O sonho que a gente tem é que a gente possa compreender isso, e compreender principalmente, no cenário brasileiro, <u>a gente tem espaço pra todo mundo</u>, o que a gente não tem mais espaço é <u>pro parto absolutamente medicalizado</u> que não olha para a singularidade dessa mulher e trata tudo por protocolos, como se os protocolos dessem conta de situações tão peculiares e tão delicadas e tão individuais como é no parto e nascimento. (O RENASCIMENTO DO PARTO, 2013, grifos nossos). Uma criança quando nasce é um cimento fresco, todas as sensações, tudo que ela vivencia é amplificado, então <u>se ela vivencia o nascimento no aconchego da casa</u>, do colo, dos seus pais, pele-a-pele, a mensagem que ela tem é que vale a pena nascer, esse mundo, é um mundo que acolhe, que é <u>caloroso</u>. Se ela nasce, é separada de seu pai e sua mãe, é um começo marcado pela necessidade de sobrevivência muito dura pra essa criança. (O RENASCIMENTO DO PARTO, 2013, grifos nossos). Hoje a maioria dos partos e nascimentos acontecem nos hospitais e nós sabemos que para <u>um parto de risco habitual o ambiente hospitalar não é o ambiente propício para que uma mulher possa estar com sua competência própria, possa estar, com suas capacidades neste momento.</u> (O RENASCIMENTO DO PARTO, 2013, grifos nossos). <u>Humanismo é prestar atenção nas necessidades do indivíduo com respeito e dignidade durante o nascimento do bebê. Respeitando e honrando suas escolhas e garantindo que ela tenha escolhas que ela entenda as suas opções.</u> (O RENASCIMENTO DO PARTO, 2013, grifos nossos).

			O sistema de saúde brasileiro é <u>ineficaz</u>, inclusive os postos de saúde não conseguem prestar a assistência que deveriam prestar [...] como que um médico vai conseguir manter um consultório aberto com <u>uma consulta de R\$30,00?</u> (O RENASCIMENTO DO PARTO, 2013, grifos nossos) Existe alguns planos de saúde que chegam a pagar até R\$180,00 pro médico fazer um parto. <u>R\$180,00?</u> É uma responsabilidade muito grande, você tem que ter uma disponibilidade desde que a paciente entra no nono mês, de dia, de noite, de madrugada, é a única especialidade que você tem duas vidas na sua mão o tempo inteiro e <u>um hospital que não te dá nenhum tipo de suporte, de estrutura física</u>, chega um ponto que você cansa. Então muito médicos começam a fazer parto normal, começa na luta, e aquilo vai se perdendo ao longo do tempo, se você não estiver muito firme nas suas convicções, vai gerando uma insatisfação, aí você diz: <u>agora eu não quero mais</u>. (O RENASCIMENTO DO PARTO, 2013, grifos nossos). Em 2011, 80% das mães da Nova Zelândia escolheram ter <u>parteiras profissionais</u> como suas “guias de cuidado na maternidade”. Ela cuida de todo o pré-natal e pós-parto. A maioria das mães na Nova Zelândia também <u>tem doulas</u>. Então, se for um parto domiciliar, a doula e a parteira vão até a residência. <u>Há lindas casinhas de parto em todo o país realmente adoráveis. E também há pequenos hospitais comunitário em todo o país</u>. Doces construções vitorianas com almofadas grandes e sofás e quartos muito agradáveis e bonitos com banheiras grandes e jardins externos em que a mulher passeia no trabalho de parto. E os obstetras ficam com os devidos casos de alto risco. O melhor papel do obstetra é o de “herói do hospital”. (O RENASCIMENTO DO PARTO, 2013, grifos nossos) No sistema holandês, <u>as parteiras profissionais sempre tiveram o papel principal. Existem escolas de formação profissional desde o século 17. Em 2011, 20% dos partos na Holanda foram domiciliares. A Holanda possui uma taxa de cesariana de apenas 15%. Então, é de fato um modelo exemplar.</u> (O RENASCIMENTO DO PARTO, 2013, grifos nossos) Agora você pensa do lado do hospital, o que você prefere? Um paciente, como uma gestante que vai ter parto normal e não vai gastar nada pra aquele hospital, vai usar basicamente a hotelaria do hospital, <u>porque no parto natural vai usar, compressa, gaze, mais nada</u>. Então pro hospital é mais interessante receber aquele paciente agendado bonitinho que ele consegue contar quantos vai ter naquele dia, o centro cirúrgico movimenta de maneira muito mais tranquila e ordenada, quando uma gestante chega e acabou com a festa né? São 12 horas naquela sala que não vai ser utilizada <u>porque tá sendo utilizada por uma gestante quer parir</u>. (O RENASCIMENTO DO PARTO, 2013, grifos nossos) A ideia não é uma mãe sobreviver ao nascimento e o bebê sobreviver ao parto, a ideia é qualidade, é a delicadeza, em cada parto, em cada aspecto, em cada momento deste trabalho de parto, no parto e nascimento, das primeiras horas de vida desse bebê, a gente <u>não quer sobrevivente, a gente quer pessoas bem recebidas, bem respeitadas</u>. (O RENASCIMENTO DO PARTO, 2013, grifos nossos)
--	--	--	---

			É como se você fosse fazer a coisa <u>artesanalmente</u>, você não pega sua mulher e joga, entra naquele esquema de produção em série de parto. (O RENASCIMENTO DO PARTO, 2013, grifos nossos). Tudo que acontece no mundo capitalista, acontece por <u>demanda do consumidor</u>. Ter um parto bacana vai ter que acontecer também por demanda das mulheres. (O RENASCIMENTO DO PARTO, 2013, grifos nossos) Eu botei na minha cabeça, minha próxima gestação ele vai nascer da maneira mais natural possível, isso não vai se repetir, e eu fui atrás de informação e achei <u>um médico maravilhoso, uma doula maravilhosa [...] e o parto foi maravilhoso, foi em casa [...] não vivi outro sentimento ou situação parecida na minha vida.</u> (O RENASCIMENTO DO PARTO, 2013, grifos nossos)
Le Premier Cri (2007)	Mulher	Violência e desrespeito	Me chamo Elizabeth, sou siberiana. Lá fora faz 50 graus abaixo de zero, mas isso não me assusta. Vivo perto do polo norte. Me levaram de helicóptero ao hospital de Katanga. Eu tinha contrações seguidas. <u>Já não temos o direito de parir como nossas avós.</u> Aqui eu estou <u>só</u>. Meu marido ficou com os cachorros e renas no gelo. Somos dolgans. Os últimos nômade do grande norte. <u>A médica decidiu me fazer uma cesárea.</u> Disse que meu bebê é muito grande para sair. Isso <u>me preocupa</u> muito. (LE PREMIER CRI, 2007, grifos nossos)
Orgasmic Birth (2008)	Obstetra/ Médico/ Midwife	Violência e desrespeito	Mulheres e médicos acreditam, por certo, que quanto mais intervenções, mais seguro se torna o parto e não existe dúvida de que as intervenções salvaram vidas. Mas é aqui que está o problema: <u>nas mulheres normais</u> que estão parindo, <u>mulheres saudáveis</u>, menos de <u>10%</u> delas terá algum problema. Assim, quando você aplica o protocolo das <u>10%</u> que não poderão ter partos normais <u>para as 90%</u> que poderiam ter partos sem intervenção você está impedindo e atrapalhando o processo normal de parto <u>para pessoas saudáveis</u>. (ORGASMIC BIRTH, 2008, grifos nossos) Minha esposa estava em trabalho de parto por mais de 10 horas e não estava progredindo de nenhuma maneira. <u>Aí os médicos decidiram fazer uma cesariana</u> neste ponto. (ORGASMIC BIRTH, 2008, grifos nossos) Em 1985 a Organização Mundial de Saúde saiu para coletar dados do mundo inteiro. Olhou para <u>as evidências científicas de</u> <u>determinou</u> que as cesarianas deveriam se manter entre dez e quinze por cento de todos os nascimentos. Aí ela comparou com o número das mulheres que morrem no período que envolve o parto. Se este número for superior a quinze por cento, o número de mulheres que morrem aumenta. Os Estados Unidos <u>tem um índice de 29,5%, o dobro do que é determinado pela OMS</u> como ótimo. Isto só pode significar que <u>muitas mulheres morrem todos os anos neste país por causa de cesarianas desnecessárias</u>, e que não precisariam morrer no período que cerca o nascimento. E esta é a verdadeira e dura realidade. (ORGASMIC BIRTH, 2008, grifos nossos) Mulheres escolhem os profissionais que vão cuidá-la, e querem confiar neles, e existem muitos profissionais maravilhosos:

			Enfermeiras, médicos, parteiras e hospitais. Eles oferecem cuidados às mulheres e bebês porque realmente se importam com eles. O que acontece com frequência é que as práticas e políticas institucionais, <u>passam por cima do que sabemos ser seguro e bom</u> para as mães e seus filhos. (ORGASMIC BIRTH, 2008, grifos nossos). O médico disse “melhor vir aqui e induzir”. Eu <u>não entendo</u> estas palavras. O que for melhor para o bebê, nós faremos. (ORGASMIC BIRTH, 2008, grifos nossos). Eu falei ao meu médico que eu tenho fé nas enfermeiras e confio nos médicos e <u>eu não fui à escola</u> médica. (ORGASMIC BIRTH, 2008, grifos nossos).
Freedom for Birth (2012)	Advogadas e Mulher	Desrespeito e violência	O caso mais perturbador para mim, que aconteceu nos últimos anos. Foi o de uma mulher identificada como V.M que foi a um hospital de N. Jersey em 2008 ter o primeiro filho. ela <u>recebeu o formulário para assinar que autorizaria o hospital a fazer qualquer intervenção que desejasse</u>. Ela autorizou algumas, e outras <u>preferiu não autorizar</u> naquele momento. E basicamente disse à pessoa que voltasse em caso de alguma necessidade médica. E uma das tais <u>intervenções era uma cesariana</u>. Para encurtar a história: O hospital a denunciou à Autoridade de Proteção ao Menor por negligência ao filho antes de <u>ele nascer</u>. Esse caso foi uma certa confusão já que nós conseguimos o parecer de um tribunal intermediário afirmando <u>que a recusa de uma cesariana, que no final nem acabou sendo necessária no caso, não poderia embasar a acusação de negligência</u>. Infelizmente, pelo modo como a Proteção ao Menor funciona nos EUA, a coisa se tornou um alvo móvel. Depois que o sistema teve acesso à vida dessa mulher, todos os aspectos dela entraram em julgamento daquele momento em diante. <u>E ela acabou perdendo a custódia da criança</u>. Nunca chegou a levar o filho para casa. Nunca foi uma mãe para aquela criança. <u>Eu considero um absurdo total que um tribunal considere essa mulher inadequada como mãe</u> de uma criança de quem ela nunca pôde cuidar. E tudo porque <u>o hospital não entendeu que ela, como qualquer pessoa, tinha o direito de recusar um procedimento cirúrgico</u>. Mesmo que fosse para salvar sua vida. (FREEDOM FOR BIRTH, 2012, grifos nossos) Ate reconhecer que o tratamento à parturiente era questão de Direitos Humanos era algo radical. A questão nunca fora tratada num Tribunal de Direitos Humanos antes desse caso de 2010. E o que foi dito no julgamento do caso foi radical e profundo, mais do que eles mesmo têm noção. Afirmaram que a mulher tem o Direito Humano de escolher as circunstâncias nas quais dar à luz o seu bebê. <u>E que o estado estará violando esse Direito Humano se tiver um sistema que não estabeleça às claras se é legal ou não realizar um parto fora do hospital. E também se perseguir as parteiras por assistirem parturientes fora dos hospitais</u>. Quando me deparei com esse caso, foi um choque. Eu nunca lera a respeito em lugar algum. Ele não saiu na imprensa, e eu sou uma pessoa que lê muito sobre parto e direitos reprodutivos. Por que não vira nada sobre esse caso? Depois quando refleti sobre o parecer do tribunal, me dei conta das implicações delas nos sistemas de parto do mundo todo. Se a parturiente tem o direito humano de escolher as circunstâncias do seu parto, isso significa que a mulher é detentora das decisões sobre o nascimento. (FREEDOM

			FOR BIRTH, 2012, grifos nossos). Há um ano e meio, eu <u>fui submetida a uma cesárea contra a minha vontade porque o médico teve medo de tentar o parto pélvico vaginal do primeiro gêmeo</u>. Eu tentei ficar em casa com a parteira. Mas <u>fui denunciada por maus tratos à criança</u>. E, assim, não me restou alternativa senão ir para <u>o hospital</u>. Se eu não fosse voluntariamente, havia policiais e uma ambulância a postos para me obrigar. No dia seguinte depois do parto, a pediatra fez nova ameaça de denuncia às organizações pelo bem-estar do menor porque eu não consenti que ministrassem vitamina K. E então depois dessas ameaças, nós deixamos que dessem vitamina K. Dois meses depois do parto soubemos que a parteira <u>fora denunciada pela Superintendência de Saúde Pública da Holanda</u>. A parteira que me apoio foi denunciada lá pela parteira do centro de atendimento local. Esse inquérito já está encerrado. E agora ela será submetida ao Conselho de Medicina <u>por ter assistido num parto de gêmeos, o que não é comum na Holanda e nem permitido</u>. [É ilegal ter parto vaginal de gêmeos na Holanda?] Não, não, não. Não creio que seja ilegal parir gêmeos em casa. <u>Mas você será acusada de maus tratos às crianças. Se eles descobrirem. E a parteira que atender será alvo de acusações</u>. (FREEDOM FOR BIRTH, 2012, grifos nossos). Eu procurei o Tribunal Europeu de Direitos Humanos para esclarecer a questão do parto domiciliar porque quando engravidei do meu segundo filho, Agi já estava na prisão. [Ela começa a falar na conferência] Isso foi há 3 anos, e na ocasião ficou muito claro para mim que <u>as leis na Hungria estavam me proibindo de me utilizar dos conhecimentos de uma parteira que existiam e deveriam estar disponíveis para mim</u>. A profissão de parteira não era reconhecida legalmente no país, embora a minha parteira, Agnes Geréb, já vivesse lutando havia 20 anos para obter as permissões legais necessárias à atividade. (FREEDOM FOR BIRTH, 2012, grifos nossos). [-Como você se sente?] Eu estou orgulhosa por ter conseguido <u>dar à luz em casa</u>. Mas sinto orgulho também de Agnes Geréb e <u>principalmente dos meus advogados</u>. Se trabalharmos juntos, eu acho que <u>o mundo pode mudar</u>. Esse foi só o começo. Teremos que nos esforçar muito. Eu acho que é tempo de nos fazermos ouvir (FREEDOM FOR BIRTH, 2012, grifos nossos).
O Renascimento do Parto	Obstetras, obstetrizas, antropóloga e mulheres	Desrespeito e violência	Nós atingimos no Brasil quase 50% das mulheres tendo seus filhos através de uma grande cirurgia abdominal, pior, determinados segmentos da população brasileira como a <u>classe média</u> tem por volta de 85 a 90% de chance de ter filho através de uma cesariana, <u>isso é fundamentalmente uma tragédia</u> (O RENASCIMENTO DO PARTO, 2013, grifos nossos). Isso hoje é uma epidemia, que chamamos de uma epidemia oculta que está acontecendo <u>em classes sociais mais elevadas</u> onde está virando quase normal a forma de nascer ser por cesariana. E uma cesariana com aquela acomodação nas agendas e nos horários trazendo com isso crianças prematuras ao mundo que precisam muitas vezes ir para uma unidade de cuidados intensivos com toda uma repercussão de prematuridade, de não estarem completas para

			nascer, de não ter sido a hora delas nascerem. [Aparecem imagens de uma UTI neonatal e depois a imagem do rosto de um recém-nascido morto] (O RENASCIMENTO DO PARTO, 2013, grifos nossos). Se você só oferece pra ela um parto ruim, cheio de intervenção, violento, deitada, de perna aberta ou uma cesariana marcada ela não tem opção, ela não tem escolha. <u>Agora se ela puder escolher tudo no parto dela, no nascimento do filho dela, aí você tem um leque enorme de opções né? E se ela estiver consciente dessas escolhas, independente do que ela escolher, ela vai ter um bom parto.</u> (O RENASCIMENTO DO PARTO, 2013, grifos nossos) Os hospitais públicos apresentam taxas de cesariana entre 40% e 60%. E os hospitais privados apresentam taxas de 70 a 90% ou mais. Esse é um tipo de violência obstétrica contra a mulher, isso é um crime. Não há justificativa genuína, científica ou médica para <u>uma taxa de cesarianas acima dos 20%.</u> É simplesmente inaceitável em qualquer contexto baseado em evidências. (O RENASCIMENTO DO PARTO, 2013, grifos nossos). Eu tenho vontade de chorar até hoje. Não acho certo o que eu passei, <u>acho que muitas mães passaram,</u> acho que a gente <u>tinha que passar por um momento muito bonito,</u> muito diferente. raiva, eu tenho mágoa, eu tenho medo de como vai ser minha próxima gestação.(O RENASCIMENTO DO PARTO, 2013, grifos nossos) A história podia <u>ser muito mais bonita,</u> podia ser muito mais rico para mim, como mulher, como mãe. É frustrante, muito frustrante. (O RENASCIMENTO DO PARTO, 2013, grifos nossos). No fim das coisas <u>achei muito bonito, tudo muito bonito,</u> eu acho que o parto natural é uma grande poesia, é muito poético quando você realmente deixa o instinto e seu corpo trabalhar em prol daquilo. (O RENASCIMENTO DO PARTO, 2013, grifos nossos) Foram 12 horas de trabalho de parto, foi <u>uma experiência maravilhosa,</u> já me senti assim pronto: posso ir embora deste mundo porque eu já passei... [take de um sol nascendo] (O RENASCIMENTO DO PARTO, 2013, grifos nossos) Esta coisa social de que a mulher não vai parir, que a mulher moderna não sabe parir <u>mais, isso não é verdade, nós mulheres sabemos parir e nós mulheres gostamos de parir.</u> [aparecem cenas de mulheres sorrindo nos partos e trabalho de parto com uma música bem animada] (O RENASCIMENTO DO PARTO, 2013, grifos nossos) A gente tem pesquisa sobre isso. Os trabalhos de Potter em colaboração com o professor Faúndes mostraram que <u>apenas 20% das mulheres no início da gestação preferiam a cesariana.</u> (O RENASCIMENTO DO PARTO, 2013, grifos nossos).
--	--	--	--

Anexo 4 – Termo de Consentimento Informado

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Prezada Marina Maria,

Eu, Aline de Andrade-Ramos Cavalcanti, pesquisadora da Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal de Pernambuco estou analisando filmes documentários de autores ativistas pela humanização do parto. Tal análise pretende compreender o discurso de humanização do parto no contexto de avanço do neoliberalismo e capitalismo de mercado. Para tanto localizamos a emergência do discurso de liberdade e não intervenção no parto na história para compreender a função que os filmes ocupam na produção do discurso de uma nova alternativa de assistência ao parto e nascimento.

Neste sentido, eu preciso de alguns elementos de contexto da produção de filmes que permitam compreender o lugar do discurso feminino nos filmes e se você permitir gostaria de publicar o seu cartaz personalizado de divulgação do filme O Renascimento do Parto, documentário de Érica de Paula e Eduardo Chauvet, pois será uma ilustração de alto valor para a compreensão da mídia e luta ativista. O seu consentimento é voluntário.

Se você aceitar fazer parte desta pesquisa, asseguro que a você que não há nenhum risco envolvido, como também nenhuma despesa. Fica a você assegurado o direito de retirar o consentimento a qualquer momento, bem como ter acesso irrestrito aos resultados finais deste trabalho, o que significa que terá uma cópia deste trabalho para você.

Aline de Andrade Ramos Cavalcanti

RG 5332654/ CPF 03160985407

Consentimento para divulgação de imagem na publicação no trabalho:

☒ SIM, consinto () NÃO consinto

Marina Teixeira

Assinatura da participante

Aline de Andrade Ramos Cavalcanti

Assinatura pesquisadora

Recife, 04 de agosto de 2014.