



**UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E FILOSOFIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ESTUDOS DA SUBJETIVIDADE
DOUTORADO EM PSICOLOGIA**

MONALISA NASCIMENTO DOS SANTOS BARROS

RECONFIGURANDO UM MODO DE VER O PARTO

Niterói
Dezembro, 2015

MONALISA NASCIMENTO DOS SANTOS BARROS

RECONFIGURANDO UM MODO DE VER O PARTO

Tese apresentada ao Programa de
Pós Graduação em Psicologia
do Departamento de Psicologia
da Universidade Federal Fluminense,
como requisito para obtenção do
título de Doutor em Psicologia.

Orientadora: Profa. Dra Cláudia Elizabeth Abbês Baêta Neves

Niterói
Dezembro, 2015

Revisão e Formatação: Vanda Bastos

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Central do Gragoatá

B277 Barros, Monalisa Nascimento dos Santos.

Reconfigurando um modo de ver o parto / Monalisa Nascimento dos Santos Barros. – 2015.

239 f. ; il.

Orientadora: Claudia Elizabeth Baêta Abbês Neves.

Tese (Doutorado) – Universidade Federal Fluminense, Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Departamento de Psicologia, 2015.

Bibliografia: f. 206-222.

1. Psicologia. 2. Uso de medicamento. 3. Cuidado médico. 4. Violência. 5. Obstetrícia. I. Neves, Claudia Elizabeth Baêta Abbês. II. Universidade Federal Fluminense. Instituto de Ciências Humanas e Filosofia. III. Título.

RECONFIGURANDO UM MODO DE VER O PARTO

Monalisa Nascimento dos Santos Barros

Composição da Banca examinadora:

Titulares:

Dra. Cláudia Elizabeth Baêta Abbês Neves (orientadora – UFF)

Dr. Eduardo Passos (UFF)

Dra. Márcia Moraes (UFF)

Dra. Marcele Zveiter (UERJ)

Dr. Marcos Augusto Bastos Dias (Fiocruz)

Suplentes:

Dr. Nilton Milanez (UESB)

Dra. Adriana Mitsuko Eiko (UFF)

A Márcio, meu amor, pelo apoio incondicional em todos os momentos, principalmente nos de incerteza, muito comuns para quem tenta trilhar novos caminhos. Sem você, nenhuma conquista valeria a pena, que continuemos sempre juntos até o infinito e além.

Aos filhos, gestados, paridos e maternados: Leonardo, Júlia, Pedro, Rafael, Livia, Roos e Monninha. Vocês me ensinam a querer sempre abrir novas portas dentro do coração.

As gestantes, mulheres e demais companheiros da Rede de Gestantes, por emprestarem as histórias e as emoções que afetaram esta tese.

Aos meus pais Hermindo (in memoriam) e Margarida que, cada um à sua maneira, me apresentaram à importância da família.

A tia Neusa (in memoriam) que, mesmo sem ter me parido, me ensinou muito sobre maternagem, acolhimento, colo, bom senso e disponibilidade ao outro.

GRAVIDA
Marina Lima

Eu tô grávida
Grávida de um beija-flor
Grávida de terra
De um liquidificador
E vou parir
Um terremoto, uma bomba, uma cor
Uma locomotiva a vapor
Um corredor

Eu tô grávida
Esperando um avião
Cada vez mais grávida
Estou grávida de chão
E vou parir
Sobre a cidade
Quando a noite contrair
E quando o sol dilatar
Dar à luz

Eu tô grávida
De uma nota musical
De um automóvel
De uma árvore de Natal
E vou parir
Uma montanha, um cordão umbilical, um anticoncepcional
Um cartão postal

Eu tô grávida
Esperando um furacão, um fio de cabelo, uma bolha de sabão
E vou parir
Sobre a cidade
Quando a noite contrair
E quando o sol dilatar
Vou dar a luz

AGRADECIMENTOS

A **Claudia Abbês**, o meu carinho e agradecimento pela oportunidade de realizar este trabalho ao lado de alguém que demonstrou ter muita coerência com o que produz na vida em termos de acolhimento; meu respeito e admiração pela sua persistência, por sempre acreditar em mim dizendo: 'Siga em frente, você consegue!', e pela sua forma corporificada de ensinar uma escuta viva, vibrante e ativa.

Ao prof. **Eduardo Passos** que me apresentou a possibilidade do Programa de Pós-graduação da UFF como uma porta aberta para a vida pulsante do conhecimento e pela contribuição enorme a este trabalho com as suas considerações quando da qualificação. E que vive a proposta de transversalização do conhecimento e das práticas no cotidiano da vida.

A profa. **Márcia Moraes** que me apresentou, com toda a sua delicadeza, a Donna Haraway e a Annemarie Mol, tão fundamentais neste trabalho. E que tornou leve muitos dos meus dias com as suas crônicas diárias das suas relações com os animais reveladas na rede social, me levando às risadas.

Aos professores **Marcele Zveiter e Marcos Dias** pela pronta disponibilidade em contribuir com este trabalho.

Ao prof. **Nilton Milanez** pela sua disponibilidade e abertura na leitura e contribuição com este trabalho quando da qualificação. À profa. **Adriana Eiko** pelo companheirismo na construção de lutas por cuidar da profissão construindo o compromisso social da psicologia e ainda aceitar tomar parte da banca de defesa como suplente.

Aos colegas da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia especialmente aos profs. **Maria Esther Ventim Prates, Tânia Rocha, Simone Andrade, Karine Brito Santos** e aos demais companheiros da área de Saúde Coletiva e do curso de medicina por aceitarem a minha ausência e apostarem neste trabalho.

Aos professores e funcionários da UFF, especialmente **Rita**, com a sua presença discreta e constante em nossa trajetória pelo curso de doutorado.

Aos colegas do grupo de estudos: **Márcia, Paulo Armando, Miguel Maia, Andreia, Bruno Gama e Everson**, pelas discussões coletivas, pelas contribuições e sugestões. Às colegas **Eloisa Stelutti e Erica Diniz**, pelas conversas jogadas ao vento! A **Cecília Barros Cairo**, pelas ajudas nas discussões sobre o problema da tese.

Às amigas **Marcele Aguiar, Rafaella Frota, Clarize e Mayana Macedo**, por me convidarem a fazer parte do grupo de cirandeiras que fazem a Roda de Gestantes girar em nossa cidade. E a todas as **gestantes e mães** que contribuíram com este trabalho.

Às colegas de Jazz e do Pilates por me ajudarem a tornar a vida mais leve enquanto dançamos, compartimos, rimos e brincamos, especialmente às Divas do Jazz, **Luiza Nayara, Sheila, Itana, Lisandra, Clea e Sonale**.

As amigas da vida, especialmente **Nilza Alice, Kymme e Mara Porto**, com quem aprendo o amor, o perdão, a solidariedade para acreditar e seguir em frente. À família

*Machado, que me acolheu em Niterói, **Paulinho, Vera, Paulinha e Cassiano**, e a **Maria do Carmo e Ailton** que, desde Itaperuna, sempre torceram pelo trabalho.*

*A **Márcio** que, além de amor, marido e companheiro, foi também revisor constante deste trabalho e fiel apoiador em todos os momentos. Eu te amo!*

*A vida que se renova a cada gestação. As **mulheres** que emprestam seu corpo para o surgimento de um novo ser e que ainda precisam administrar o tempo, o espaço e as condições de assistência para preservarem o direito de serem cuidadas e acolhidas em suas dúvidas, medos e anseios para melhor receber quem está 'porvir'!*

A todas as mulheres!

RESUMO

As diversas lutas, ao longo do tempo, envolvendo a questão feminina tiveram em seu escopo questões ligadas aos usos do corpo e sua objetificação e normatização: desde o controle da fertilidade à política de aborto, desde a violência sexual a outras formas de controle social sobre o corpo feminino. Nesta tese trazemos para esta seara a discussão sobre a medicalização do parto e como esta tem produzido, no campo das práticas assistenciais, uma forma de violência e controle da condição feminina através da secundarização da experiência da mulher e de seu protagonismo na experiência de parir. Pudemos perceber que as práticas de violência e de controle sobre o corpo da mulher na experiência do parto se naturalizam no cotidiano a partir de práticas disciplinares moralizantes, dispositivos de controle e regulamentação que a elas se hibridizam. Na análise das formas de enfrentamento contemporâneas da medicalização do parto pudemos perceber duas lógicas de assistência reivindicadas como ideais, quais sejam: a lógica da escolha – seja em sua versão liberal de ofertas do mercado do parto normal ou natural, seja em sua versão dos direitos humanos e de cidadania presentes em muitos documentos e protocolos das Políticas Públicas de Assistência ao Parto; e a lógica do cuidado, proposta por Mol (2008), que busca articular um novo modo de ver a assistência na qual o cuidado não se define como um produto, mas diz respeito à uma atenção ao processo. Utilizamos a análise discursiva e a narratividade como práticas metodológicas de pesquisa, entendendo as narrativas como uma experiência a ser analisada *na* e *em sua* processualidade. Todos os dados coletados foram tratados como narrativas, independente de estes dados terem vindo de artigos científicos, comentários das mulheres, falas proferidas dentro do exame ultrassonográfico, relatos ocorridos dentro da Roda de Gestantes ou em entrevistas. Fizemos a opção por problematizar as políticas da narratividade acerca da assistência ao parto sob uma perspectiva parcial, assumindo a responsabilidade pelo objeto e pelo conhecimento produzido e localizado, na experimentação de um corpo que organiza significados a partir de aparatos sensíveis. Utilizamos, como referencial teórico, autores do campo da saúde coletiva, os trabalhos de autores do campo da ciência em ação, mais especificamente Donna Haraway e Annemarie Mol, e autores da filosofia da diferença. Este trabalho traz uma marca de defesa pelo parto normal, mas propõe, com Mol (2008), a afirmação de uma lógica do cuidado na assistência ao parto como uma aposta potente para abrir o monopólio dos grupos profissionais sobre a *expertise* e fazer germinar “grafias não óbvias do parto” no terreno da ciência da subjetividade.

Palavras-chave: Psicologia. Medicalização. Lógica do cuidado. Parto, Violência Obstétrica.

ABSTRACT

Since time immemorial, the various struggles concerning women had in scope issues related to body use and its objectification and standardization: from fertility control to abortion policy, as from sexual violence to other forms of social control over the female body. In this thesis, we bring to this subject-matter the discussion about the medicalization of childbirth and how it has produced in the field of care practices, a form of violence and control over the female condition through the undervaluation of women's experience and their role in what giving birth is concerned. We notice that violence and control over the woman's body practices in the delivery experience are naturalized in everyday life through moralizing disciplinary practices, control and regulation devices that they hybridize. In the analysis of contemporary forms of confronting the medicalization of childbirth, we observe two logical assistances claimed as ideal, namely: the logic of choice – either in its liberal version offer of the normal or natural childbirth market, or in its human rights and citizenship offer present in many documents and protocols of Public Assistance Childbirth policies; and the logic of care proposed by Mol (2008), which seeks to articulate a new way of seeing the care not defined as a product, but related to minding the process instead. We use the discourse analysis and narrative as methodological practices research, considering the narratives as an experience to be analyzed in the process itself. All data collected were treated as narratives, regardless of the data coming from scientific articles, women's comments, delivered speeches within the ultrasound examination room, reports occurred within Pregnant women's support group or in interviews. We opted for questioning the narrative of policies about the childbirth care in a partial perspective, taking responsibility for the subject and the knowledge produced and located in the trial of a body that organizes meanings from sensitive devices. We used as theoretical framework, the authors of the collective health field, the works of authors in the field of science in action, more specifically, Donna Haraway and Annemarie Mol, and authors of the philosophy of difference. This work brings a defensive mark by normal delivery, but suggests, with Mol (2008), the affirmation of logic of care in childbirth care as a strong bet to open the monopoly of professional groups on the expertise and germinate "no-obvious-birth spellings" in the field of science of subjectivity.

Keywords: Psychology. Medicalization. Logic of care. Childbirth.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANER	Associação Nacional de Editores de Revistas
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
CRM	Conselho Regional de Medicina
FEBRASGO	Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia
HumanizaSus	Política Nacional de Humanização
ICEA	<i>International Childbirth Education Association</i>
INASC	Instituto Ação Social e Cidadania
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PHPN	Programa de Humanização do Pré-Natal e do Nascimento
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
SIH	Suporte Técnico ao Sistema de Informação Hospitalar
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
CONSTRUÇÃO DO PROBLEMA	14
CAMPO PROBLEMÁTICO	17
1 COM O SANGUE DE QUEM FORAM FEITOS OS MEUS OLHOS?	24
1.1 NARRATIVAS DE UM PERCURSO PRODUTOR DA PESQUISADORA	25
1.2 COMO VER? PERCURSO METODOLÓGICO	29
2 CONTEXTUALIZANDO AS LÓGICAS DE ASSISTÊNCIA NA INSTITUCIONALIZAÇÃO DA ESPECIALIDADE OBSTÉTRICA: A MEDICALIZAÇÃO E OS ARTIGOS CIENTÍFICOS SOBRE O PARTO	37
2.1 MEDICALIZAÇÃO DO PARTO	42
2.2 PARTO PELO MUNDO	48
2.2.1 Como se constrói a demanda por cesárea?	51
2.2.2 As consequências da cesárea sobre o neonato	54
2.2.3 A lógica da “escolha”	56
UM EXEMPLO DA FORMAÇÃO MÉDICA HEGEMÔNICA NA ASSISTÊNCIA AO PARTO NO BRASIL	65
3 O PARTO NO BRASIL: A TERCEIRIZAÇÃO DA EXPERIÊNCIA	68
3.1 O PARTO NO BRASIL E OS DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS	68
3.2 POLÍTICAS PÚBLICAS E HUMANIZAÇÃO DO PARTO NO BRASIL	71
3.3 O QUE VULNERABILIZA A MULHER NA EXPERIÊNCIA DO PARTO	75
3.4 COMO SE PRODUZ A ADEÇÃO DE QUE NORMAL É UM PARTO CIRÚRGICO?	75
3.5 O USO DA ULTRASSONOGRRAFIA COMO DISPOSITIVO PARA MANUTENÇÃO DO ORDENAMENTO ATUAL DA ASSISTÊNCIA AO PARTO	79
3.5.1 A inversão: de protagonista a incubadora	85
3.5.2 Baby Tour e subjetivação dos movimentos	90
3.5.3 Plateia do espetáculo: produção e consumo de percepções	92
3.5.4 A venda de produtos ou indução ao tipo de parto	94
3.5.5 O corpo que aparece: a desincorporação subjetiva	95
3.6 DE FETOS VISÍVEIS AOS DIREITOS DO NASCITURO	98
QUE RAIOS É UM PARTO HUMANIZADO?	104

4 O QUE DIZEM AS MULHERES BRASILEIRAS SOBRE A EXPERIÊNCIA DE PARIR? A MÍDIA, A PRODUÇÃO DE SUBJETIVIDADES SERIALIZADAS E O CUIDADO	107
4.1 O QUE OS DITOS FAZEM VER E DIZER?	108
4.2 O QUE DIZEM AS MULHERES BRASILEIRAS?	110
4.2.1 Relatos de pressão e violência	114
4.2.2 Parto cirúrgico como “escolha” pessoal	118
4.2.3 Luta para conseguir um parto normal	120
4.2.4 Dualismo entre tipos de parto	121
4.2.5 Produção de riscos, vulnerabilidades e medo	129
4.2.6 Dor X Sofrimento	135
4.2.7 Demanda por cuidado	138
4.3 O QUE NESTE PLANO DAS DEMANDAS CONSTITUÍDAS É ABERTURA A DEVIRES, A DESVIOS, À GESTAÇÃO INUSITADA DA VIDA	141
5 O QUE TÊM FEITO AS MULHERES?	145
5.1 POSTAGENS E ACOMPANHAMENTO DA <i>TIMELINE</i> DOS GRUPOS	148
5.2 AS RODAS DE GESTANTES	150
5.2.1 Mulheres sabem parir e bebês sabem nascer...	155
5.2.2 E quando a vida prega peças no viver?	158
5.2.3 De quando encontros fazem a roda girar	161
5.2.4 O que ativou o movimento?	162
5.2.5 Para onde gira a Roda?	169
5.2.6 Parto Real X Parto Ideal?	171
5.2.7 O que tem alcançado a Roda?	177
5.2.8 Os primeiros resultados da Roda	185
5.2.9 Para onde caminha a Roda?	191
COM SABOR DE AMORA – <i>Dado e Nessa e pais de Amora</i>	195
RECONFIGURAÇÕES FINAIS	200
REFERÊNCIAS	206
APÊNDICE A ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	223
ANEXO A TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	224
ANEXO B RODAS DE GESTANTES	226
ANEXO C MAMAÇO 2015	231
ANEXO D FOTOS CEDIDAS POR ALGUNS ENTREVISTADOS	231

INTRODUÇÃO

CONSTRUÇÃO DO PROBLEMA

Em janeiro de 2011, na Universidade de Toronto, no Canadá, o policial Michael Sanguinetti proferiu a seguinte orientação: “As mulheres devem evitar se vestirem como vadias para não serem vitimizadas”. Não sabia ele que sua declaração daria início ao movimento “*Slut Walk*”, importado para o Brasil sob o nome “Marcha das Vadias”. As orientações do policial acabaram reafirmando o discurso de atribuição de parcela de culpa às próprias vítimas, ressaltando que uma agressão sexual viria da conduta, da vestimenta ou, até mesmo, do comportamento social da mulher.

Mais do que ofensa, o enunciado foi interpretado como signo da perversa ótica que envolve, ainda hoje, a condição feminina: o corpo feminino está sujeito ao controle de inúmeras autoridades heteronormativas e, assim, é alvo constante da apropriação masculina por isto, deve ser regulado, coberto o mais amplamente possível, submetido ao recato, e se uma agressão contra este corpo ocorrer foi provocada por sua sexualidade não dominada.

Uma saia curta não é convite para estupro, um corpo bonito não é motivo para cantadas grosseiras. Uma gestação, em sua afirmação da existência de uma vida sexual, não pode ser a oportunidade para o exercício do poder e da violência.

As diversas lutas, ao longo do tempo, envolvendo a questão feminina tiveram em seu escopo questões ligadas aos usos do corpo, do controle da fertilidade à política de violência sexual a outras formas de controle social sobre o corpo feminino, formas de controle que envolvem a maneira de se vestir, as alterações corporais marcadas pelo gênero ou relações de poder que definem os acessos geográficos permitidos às mulheres. Nesta tese, estamos trazendo também para esta seara a discussão de como a medicalização do parto tem sido uma forma de violência e controle da condição feminina. A violência obstétrica é um estupro institucionalizado. Como enfrentá-lo? Como esta violência se produz? Como a temos experimentado?

Ser mulher, em uma sociedade onde as lutas feministas em busca de direitos são constantes, não é trivial. A violência contra a mulher parece se naturalizar no cotidiano a partir de práticas disciplinares moralizantes e de dispositivos de controle e regulamentação que a elas se hibridizam. O corpo feminino, na história ocidental, é tratado como algo passível de objetificação e normatização. Costa, ao analisar a construção família burguesa no Brasil do século XIX, afirma que “historicamente a redução da mulher ao papel de mãe e esposa

representou o compromisso entre o pai e o poder médico, na consolidação do modelo de família burguesa” (COSTA, 2004, p. 252).

Na atualidade, essas práticas de objetificação do corpo feminino se naturalizam nos comerciais de roupas femininas, em campanhas midiáticas de cerveja e até em comerciais automobilísticos onde o modelo do carro mal aparece, mas a forma sensual com que a mulher apresenta o automóvel recebe o foco das câmeras. Mas, e no parto? O parto, sendo visto como a reafirmação do feminino, estaria preservado dessa objetificação e normatização? Pensamos que não! Pois, além de ser associado à imagem cristã de santidade da mãe, como “justificativa moral” de uma vida sexual explícita, o parto se torna um evento médico e objeto das tecnologias de saber-poder que o constituem como tal e secundarizam a experiência da mulher.

Recentemente, a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou uma publicação intitulada *Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus tratos durante o parto em instituições de saúde* afirmando que:

No mundo inteiro, muitas mulheres sofrem abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto nas instituições de saúde. Tal tratamento não apenas viola os direitos das mulheres ao cuidado respeitoso, mas também ameaça o direito à vida, à saúde, à integridade física e à não discriminação. Esta declaração convoca maior ação, diálogo, pesquisa e mobilização sobre este importante tema de saúde pública e direitos humanos. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014).

A violência obstétrica tem sido tema de estudos em muitos países, incluindo o Brasil. Segundo pesquisa da Fundação Perseu Abramo, realizada em 2013, uma em cada quatro mulheres sofre algum tipo de violência no atendimento ao parto. Tramita na Câmara dos Deputados um projeto de lei (PL n° 7633/14), do Deputado Jean Wyllys (PSol-RJ), que pede prioridade à assistência humanizada e traz como definição de violência obstétrica o “abuso de medicalização e patologização dos processos naturais do trabalho de parto, que causem a perda de autonomia e da capacidade das mulheres de decidir livremente sobre seus corpos e sua sexualidade”.

O parto, como evento médico, com intervenção durante todo o processo é uma prática sustentada por um discurso que pressupõe a construção de um conjunto de enunciados que reforçam crenças e valores sustentados na medicalização do parto e no papel central do médico. Tais enunciados orientam a prática dos profissionais que atuam na assistência ao trabalho de parto e ao parto e, muitas vezes, estão presentes, também, no discurso das mulheres (HOTIMSKY et al., 2002; MERIGHI; CARVALHO; SULETRONI, 2007).

Mas, até que ponto as tecnologias médicas estão secundarizando a experiência do corpo da mulher no parir? Como se constrói a autorização da mulher para a alta incidência de intervenções medicalizantes no processo de parir? Que movimentos de resistência podemos ver surgir atualmente em meio a estas violações? Que lógicas de assistência estes movimentos têm construído? Esta pesquisa traz uma problematização das narrativas presentes nos processos de assistência ao parto indagando a naturalização da expropriação da mulher da experiência do parto.

Ao mesmo tempo em que a mulher, a partir do século XX, galgava seu lugar profissional na ocupação do espaço público, outras formas de poder se impunham ao seu corpo – roupas, posturas, funções e movimentos –, que deveriam ser cuidadosamente exercitadas para que não sofresse violência. Neste mesmo processo de conquista de espaços realizados pelos movimentos feministas, vemos emergir a “cultura do estupro”, que responsabiliza e atribui à vítima uma parcela de culpa pela violência sofrida justificada pelo seu modo de se vestir, de se portar socialmente ou afirmar a sua sexualidade.

No momento do parto, esta “cultura” ganha outras línguas e roupagens no que diz respeito à condição feminina. Não é raro ouvir: “na hora de fazer gostou, agora reclama?”. Essas práticas discursivas e não discursivas estão enunciadas na mídia impressa, nas falas de especialistas e usuárias, nos modos sugeridos ou prescritos nos processos de assistência, nos possibilitam entender

a relação de qualquer palavra ou de qualquer enunciado com pressupostos implícitos, ou seja, com atos de fala que se realizam no enunciado, e que podem se realizar apenas nele. As palavras de ordem não remetem, então, somente aos comandos, mas a todos os ataques que estão ligados aos enunciados por uma ‘obrigação social’. Não existe enunciado que não apresente esse vínculo, direta ou indiretamente. Uma pergunta, uma promessa, são palavras de ordem. A linguagem só pode ser definida pelo conjunto das palavras de ordem, pressupostos implícitos ou atos de fala que percorrem uma língua em um dado momento. (DELEUZE; GUATTARI, 1995, p. 16).

Ao assumirmos a posicionalidade feminina na discussão desta temática, buscamos reconfigurar um modo de ver o parto analisando o lugar da mulher construído na assistência em tempos e espaços específicos e relacionados a hierarquias socialmente construídas. Estas análises cotejam os profissionais de saúde em suas relações com as racionalidades científicas, os modos como as práticas discursivas e não discursivas agenciam significados em relação à assistência ao parto e ao parto e quais estratégias de resistência ao exercício deste poder sobre as parturientes têm sido construídas.

Com este entendimento, queremos pensar a experiência do parir, na atualidade, em sua agonística, ou seja, em seus movimentos de fissura nos discursos instituídos em meio aos quais as práticas de cuidado do parto têm se hegemonizado como verdades e quais delas têm permitido a abertura a outras narratividades.

CAMPO PROBLEMÁTICO

Os modos de dizer e os modos de existir emergem em um jogo de forças, em um processo de produção recíproca entre a subjetividade e as práticas discursivas. Neste processo, entrelaçam-se duas modalidades de movimento de forças que apontam para dois planos heterogêneos, porém, indissociáveis do processo de subjetivação: as produções subjetivas homogeneizantes e a invenção de novos modos de funcionamento (TEDESCO, 2006).

Considerando a heterogênesse de vetores-força – políticos, sociais, pré-verbais, pessoais – que se cruzam e se atravessam nos processos de produção de subjetividade das mulheres na experiência de parir, entendemos que:

Falar de subjetividade é falar de uma máquina, de um processo de produção dirigido à geração de modos de existências, ou seja, modos de agir, de sentir, de dizer o mundo. É analisar um processo de produção que tem a si mesmo, o sujeito, como produto. Precisamos entender a subjetividade ao mesmo tempo como processo e produto. (TEDESCO, 2006, p. 358).

A análise do parto medicalizado aponta para modos de existências, modos de agir, de sentir e de dizer o mundo. A assistência no parto medicalizado está associada à ideia de avanços da modernidade, atualizada em uma prática discursiva que a identifica como em sintonia com o desenvolvimento da ciência e da tecnologia e alicerçado na racionalidade científica. É um tipo de assistência altamente intervencionista, medicalizada e centrada na figura do médico. Os médicos que corroboram e preconizam estas práticas são, e continuam sendo, maioria e se afirmam em um discurso hegemônico que predomina nos congressos, na vida cotidiana, na formação e nas práticas médicas de cuidado ao parto. (PEREIRA; MOURA, 2008; NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005; DIAS, 2007; DOMINGUES; SANTOS; LEAL, 2004; TORNQUIST, 2003).

Tradicionalmente a ciência pretende uma unidade discursiva linear, progressiva e acumulativa constituída por uma operação interpretativa dos fatos presentes, que interessa ser qualificada ou sancionada por uma determinada prática discursiva. Contudo sabemos que a ciência é uma produção cultural, um objeto construído. É um conjunto de proposições

articuladas sistematicamente, um tipo específico de discurso que tem a pretensão de verdade segundo Canguilhem (1997) para quem os conceitos não se limitam ao interior de uma única ciência: cada conceito tem sua história, se forma em uma determinada época e vai sendo retificado e reificado ao longo do tempo.

Os artigos científicos vêm revestidos de um estatuto de poder, de conferir autoridade e de legitimar práticas discursivas. Buscamos aqui compreender a força do enunciado científico como um analisador nas relações de poder. A ciência define domínios de validade, de normatividade e de atualidade que vão determinar os caminhos que um domínio do saber percorre para assegurar sua circulação, transferência, aplicações e modificações possíveis.

Os médicos se apresentam como porta-vozes do discurso científico das evidências, com pouca reflexão sobre o seu posicionamento e sobre os efeitos da política de narratividade utilizada na produção de seus artigos científicos e práticas de cuidado. O discurso medicalizado é, ao mesmo tempo, assumido pelas mulheres que são as principais interessadas na assistência ao parto. Segundo Rodrigues, “a medicalização do parto implicou numa profunda interferência no comportamento reprodutivo das populações e na percepção da maternidade” (2008, p. 181).

A produção dessa relação medicalizada da mulher com seu corpo na experiência do parto e suas vicissitudes vai sendo produzida a partir de relações de tutela e promessas de evitação dos riscos, de preservação do prazer sexual (não alargamento do canal vaginal) e da dor. Nessas relações, podemos perceber a subjetivação capitalista em funcionamento através de redes de desqualificação, infantilização e culpabilização (GUATTARI; ROLNIK, 2005) que (des)responsabilizam a mulher e despotencializam, muitas vezes, exercícios de autonomia na experiência do parir.

Os efeitos invisíveis da medicalização e a mercantilização dos discursos científicos de “evitação” e controle dos riscos não se restringem à dependência e à passividade a que são submetidas as parturientes, mas se agregam a outros dispositivos de (des)regulamentação da vida que a inscrevem em práticas de gestão e normalização afins às lógicas de cuidado em oferta no mercado de capital. Para pensarmos estes processos, trabalhamos, também, com o conceito de biopoder, formulado por Foucault (1980) como um tipo de poder que vai se voltar para a gestão da vida em toda a sua extensão, buscando organizá-la, majorá-la, vigiá-la, para que possa ser incluída, de forma controlada, nos aparelhos de produção capitalistas. Trata-se de pensar este funcionamento do poder em suas hibridações/conjugações entre o disciplinamento do corpo pela anátomo-política e a biopolítica das populações. Segundo Foucault:

A norma é o que pode tanto se aplicar a um corpo que se quer disciplinar quanto a uma população que se quer regulamentar. A sociedade de normalização não é, pois, nessas condições, uma espécie de sociedade disciplinar generalizada cujas instituições disciplinares teriam se alastrado e finalmente recoberto todo o espaço – essa não é, acho eu, senão uma primeira interpretação, e insuficiente, da idéia de sociedade de normalização. A sociedade de normalização é uma sociedade em que se cruzam, conforme uma articulação ortogonal, a norma da disciplina e a norma da regulamentação. (1999, p. 302).

Estudar os modos de ver o parto, perceber as diferentes narrativas em disputa na sua configuração, descobrir outras narrativas criadas nos modos de se produzir e ver a assistência ao parto articulando com a lógica do cuidado permitiu reconfigurar um modo de ver o parto no qual as dimensões dos direitos sexuais e reprodutivos lhe são constituintes.

A mídia é uma instância crucial para os processos de subjetivação e pelas suas inflexões éticas, estéticas e políticas participa ativamente dos modos de regulamentação biopolíticos. Em Guattari e Rolnik, vemos que tudo que nos chega pela linguagem: “trata-se de sistemas de conexão direta entre as grandes máquinas produtivas, as grandes máquinas de controle social e as instâncias psíquicas que definem a maneira de perceber o mundo” (2005, p. 35). Os meios de comunicação, como grandes disseminadores dos significados do que se produz na cultura, constituem recursos de produção de verdade, produzindo realidade que, de uma forma privilegiada, dá sentido às coisas e que pode produzir modos de lidar/sentir/ perceber a existência. A forma como a temática do parto e gestação é narrada nos meios de comunicação, especialmente aqueles dirigidos ao público leigo, segue exatamente as funções da subjetividade capitalística descrita por Guattari e Rolnik (2005): a culpabilização, a segregação, a infantilização e a desqualificação da mulher.

Na análise das formas de enfrentamento contemporâneas da medicalização do parto, pudemos perceber duas lógicas de assistência reivindicadas como ideais: **a lógica da escolha** – seja em sua versão liberal de ofertas do mercado do parto normal ou natural, seja em sua versão dos direitos humanos e de cidadania presentes em muitos documentos e protocolos das Políticas Públicas de Assistência ao Parto; e **a lógica do cuidado**, proposta por Annemarie Mol (2008), que busca articular um novo modo de ver a assistência ao parto, na qual o cuidado não se define como um produto mas diz respeito a uma atenção ao processo. Ao questionar as teorias ocidentais de assistência, Mol afirma que:

Tais teorias opõem liberdade com submissão. Eles amarram racionalidade como sendo uma característica humana gloriosa, ou mais ainda, uma conquista da iluminação. Eles presumem que a sociedade, no mundo ocidental, consiste

de indivíduos livres que fazem escolhas racionais tanto no privado, como no mercado e publicamente, no contexto do Estado. Isso pode ser verdadeiro para clientes e para cidadãos ou usuários, mas não para pacientes. Não porque eles sejam guiados por outras regras, mas por que eles são convocados para tomarem conta da assistência e de si mesmos. Desenvolvendo atividades, compartilhando decisões de vários modos, atravessando as fronteiras entre público e privado. A assistência tradicional se ilude com a fantasia do controle que envolve corpos frágeis e máquinas previsíveis. (2008, p. 105, tradução nossa).

Para a autora, na lógica da escolha, os produtos são ofertados e, depois que a mulher tiver feito a sua escolha, não há mais nada a fazer senão implementar o procedimento eleito. Na lógica do cuidado, profissionais e mulheres, mais do que engajados em uma transação, interagem, agem conjuntamente, deslocam a ação para o modo que melhor se adapta às exigências apresentadas pelos desafios, que se encaixam nos hábitos cotidianos e nas possibilidades de vida de cada mulher, singularmente. Não há reificação da tecnologia ou de procedimentos.

Utilizamos o referencial teórico apresentado por Mol (2008) na sua proposta da incorporação da lógica do cuidado como uma aposta diferente para abrir o monopólio dos grupos profissionais sobre a *expertise*. Especificamente, neste trabalho, estaremos articulando a lógica do cuidado na discussão da assistência ao parto em nosso país.

O modo como a assistência ao parto tem se desenvolvido no país tem sido questionado pelas mulheres, por grupos de profissionais ligados ao movimento da humanização do parto, pelo movimento social e, até, pelo Ministério da Saúde. Muitas vezes a forma de enfrentamento à medicalização do parto tem sido acompanhada pela celebração das escolhas individuais como um ideal na assistência em saúde. Um argumento sério para a venda da possibilidade de escolha é o de que as mulheres precisam ser respeitadas e que possuem o direito de fazer escolhas em suas vidas.

O ideal presente na lógica da escolha, como nos fala Mol (2008), promete uma forma superior de modo de viver e traz consigo um modo específico de organizar a ação e a interação, de entender os corpos, as pessoas e a vida cotidiana, de lidar com o conhecimento e com as tecnologias. Remete-nos à discussão acerca da normalização dos processos da vida, entendendo, com Foucault (2005), que a normalização não é inerente à vida, mas produzida socialmente para disciplinar os corpos e fazer a gestão das populações e das pessoas em seus modos de viver e sentir a vida em todos os seus verbos. As normas são produções histórico-políticas que funcionam por meio de diferentes dispositivos tecnoexistenciais como “conjuntos

de práticas discursivas e não discursivas que agem, à margem da lei, contra ou a favor delas, mas de qualquer modo empregando a tecnologia de sujeição própria” (COSTA, 2004, p. 50).

Não tomamos, nesse estudo, o mito do caráter de verdade do conhecimento científico nem a ideia de que a ciência constituiria um bem humano universal: o que esteve em questão foi a fronteira borrada e presente entre fato e mito em relação ao parto e à possibilidade de reconfigurar novas formas de vê-lo. Trata-se da construção de uma discussão acerca das narrativas produzidas pelos diferentes atores sobre a assistência ao parto como um saber localizado. Mesmo considerando que as prescrições “oficiais” constituem elementos importantes para a prática assistencial, problematizamos esta visão com a intenção de tirar o foco da ideia da ciência como portadora do discurso oficial e de ampliá-la com a noção de redes de saberes, fazeres e poderes, que se manifestam em conversações/narrativas e ações tecidas e compartilhadas nos cotidianos das mulheres, enredando diferentes contextos vividos pelos sujeitos envolvidos.

Assumir a responsabilidade pelas relações sociais da ciência e da tecnologia significa recusar uma metafísica anti-ciência, uma demonologia da tecnologia e, assim, abraçar a habilidosa tarefa de reconstruir as fronteiras da vida cotidiana, em conexão parcial com os outros, em comunicação com todas as partes. Não se trata apenas da ideia de que a ciência e a tecnologia são possíveis meios de grande satisfação humana, bem como uma matriz de complexas dominações (HARAWAY, 2009, p. 99).

Para problematizar as lógicas presentes na assistência ao parto, buscamos nos aproximar das redes que envolvem os profissionais de saúde através dos artigos científicos, produtores de narrativas agenciadoras de práticas, buscando entender quais são os principais sentidos partilhados nestas redes tecidas com outros tantos cotidianos em que vivem as gestantes (como os exames ultrassonográficos, as reações frente à mídia e a formação de grupalidade nas comunidades de discussões acerca do parto surgidas nas redes sociais).

Este estudo sobre os modos de ver o parto não tem como proposta marcar posição contra a cesárea nem contra o uso da tecnologia nem mesmo preconizar um suposto retorno ao natural. Até porque partimos do entendimento de que as fronteiras entre o humano e a máquina estão borradas há tempos. Isto é claramente visível na assistência ao parto, com seus recursos de tecnologia de imagem, de anestésias e técnicas diversas aplicadas ao parto, incluindo a cesárea. “Não se trata de demonizar as descobertas científicas e a produção de novas tecnologias, pois estas são muito bem vindas quando possibilitam potencializar processos que favorecem a fluência da vida” (NEVES, 2012, p. 3).

Problematizamos, aqui, como a tecnologia tem sido utilizada na assistência ao parto: nem toda tecnologia serve aos mesmos fins e nem todos os fins são igualmente úteis para todos (MOL, 2008). Contrariamos a lógica simplificada de que a ciência produz respostas para todas as perguntas. De acordo com Mol (2008), as tecnologias não obedecem aos meios e raramente se submetem aos fins. A tecnologia utilizada para melhorar um determinado parâmetro produz um excesso de efeitos inesperados. Na assistência em saúde, o uso da tecnologia e sua aplicação dependem da lógica de assistência aplicada no processo de cuidar.

Nesta tese, problematizamos a lógica da escolha como uma ilusão de libertação da paciente frente à passividade e às práticas de poder-saber institucionalizadas na medicalização da assistência ao parto, buscando indagar: Que lógicas se atualizam nas práticas médicas com relação ao parto? Que estratégias estão presentes nas narrativas das mulheres e médicos acerca da experiência do parto? Quais enunciados que perturbam/rompem/possibilitam outras discursividades escapam das narrativas hegemônicas? O que está sendo reivindicado pelo movimento pela humanização do parto? Qual é a potência e quais os riscos que correm os movimentos de humanização do parto a depender da lógica escolhida para o enfrentamento da medicalização do parto?

Estas questões foram a força-motriz desta pesquisa¹. No contato com o material pesquisado e com o campo de análise e intervenção, elas foram ratificadas, modificadas e refeitas. Com elas, buscamos abrir algumas trilhas, penetramos em alguns espaços de tensão, desfizemos certezas instituídas em nós e espreitamos movimentos outros. Não temos a intenção de respondê-las, mas de, nelas e com elas, interrogar que redes de articulações estabelecem entre si os diversos atores sociais na assistência ao parto, que enunciados se diagramatizam por estas articulações, que formas de subjetivação daí emergem e que lógicas de assistência clamam.

Partindo da implicação da pesquisadora com este campo, construímos, no primeiro capítulo desta tese, uma discussão metodológica do trato com as narrativas. Assim, o corpo da pesquisadora e sua história fazem parte do instrumento de pesquisa, já que esta é uma pesquisa corporificada.

No segundo capítulo, desenvolvemos os conceitos base desta tese: a história da obstetrícia, o conceito de medicalização da vida, a racionalidade científica, o conceito de humanização do parto, buscando indagar as redes de saber-poder que sustentam a política de

¹ Esta pesquisa, “Reconfigurando um modo de ver o parto”, foi submetida à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal Fluminense, em 19 de setembro de 2014, pelo Programa de Pós Graduação em Psicologia da UFF e aprovada sob nº CAAE: 45483514.6.0000.5243.

narratividade presente nos artigos científicos sobre o parto, seus efeitos/produções nas lógicas assistenciais vigentes e alternativas à assistência autoritária e médico-centrada do parto.

No terceiro capítulo, nos detivemos no parto no Brasil e na discussão da terceirização da experiência de parir. Como as mulheres foram se distanciando da experiência? Fizemos uma vinculação entre a assistência ao parto ofertada no Brasil e os direitos humanos e reprodutivos, analisamos as políticas públicas de humanização do nascimento desenvolvidas no país e problematizamos a construção da vulnerabilidade da mulher e a adesão ao discurso de que “normal é o parto cirúrgico”. No percurso, elegemos o exame de ultrassonografia obstétrica como paradigmático da medicalização da assistência descorporificada, cindida entre o descrito e a experiência, e de como este exame tem produzido efeitos na manutenção do ordenamento atual da assistência ao parto.

No quarto capítulo, a partir de comentários acerca de algumas matérias sobre assistência ao parto previamente selecionadas, publicadas em revistas de circulação nacional, buscamos o que dizem as mulheres brasileiras sobre a experiência de parir. Estudar os discursos das mulheres é localizar que enunciados e relações estão presentes e o que o próprio discurso põe em funcionamento.

No quinto capítulo, fizemos um mergulho no que têm feito as mulheres que participam de espaços de ativismo, particularmente em Vitória da Conquista-Bahia, seja em Rodas de Gestantes seja em espaços virtuais e em suas próprias vidas. Como são construídos estes espaços de comunalidade e grupalidade? Como funcionam estes espaços e o que dizem seus fundadores? Que efeitos produzem e para onde caminham?

CAPÍTULO I

COM O SANGUE DE QUEM FORAM FEITOS OS MEUS OLHOS?

Produzir conhecimentos requer instrumentos de visão e estes instrumentos permitirão meios de acesso a produções de desestabilização e surgimento de novas perspectivas. Entendendo que uma ótica é uma política de posicionamentos, este trabalho tratará de produzir um saber localizado e marcado por quem vê.

Quero uma escrita feminista do corpo que enfatize metaforicamente a visão outra vez, porque precisamos resgatar este sentido para encontrar nosso caminho através de todos os truques e poderes visualizadores das ciências e tecnologias modernas que transformaram debates sobre a objetividade. Precisamos aprender em nossos corpos, dotados das cores e da visão estereoscópica dos primatas, como vincular o objetivo aos nossos instrumentos teóricos e políticos de modo a nomear onde estamos, nas dimensões do espaço mental e físico que mal sabemos como nomear. Assim, de modo não muito perverso, a objetividade revela-se como algo que diz respeito á corporificação específica e particular e não, definitivamente, como algo a respeito da falsa visão que promete transcendência de todos os limites e responsabilidades (HARAWAY, 1995a, p. 21).

Haraway, ao reivindicar uma escrita feminista do corpo em meio ao campo de produção de saberes, afirma um modo de conhecer situado, localizado e datado historicamente cuja emergência se dá em meio a jogos políticos. Neste entendimento, os saberes são sempre parciais e corporificados e dizem respeito a uma corporificação específica e particular que pode ser resumida na seguinte frase da autora: “A moral é simples: apenas a perspectiva parcial promete a visão objetiva”. A visão nunca é passiva, pois “[...] todos os olhos, incluindo os nossos olhos orgânicos, são sistemas de percepção ativos, construindo traduções e modos específicos de ver, isto é, modos de vida” (1995a, p. 21; 22).

Alerta-nos, ainda, que os olhos podem significar uma “habilidade perversa – [...] vinculada ao militarismo, ao capitalismo, ao colonialismo e à supremacia masculina – de distanciar o sujeito cognoscente de todos e de tudo no interesse do poder desmesurado”. Os instrumentos de visualização produziram a descorporificação, a cisão entre o descrito e a experiência. Para combater a descorporificação, ela propõe a corporificação feminista, a consciência de ser um corpo que organiza significados a partir de aparatos sensíveis. (HARAWAY, 1995a, p. 29).

A narrativa de vida que se segue diz e faz ver dos percursos da pesquisadora e informam/afirmam o caráter parcial do conhecimento produzido, uma objetividade local. Acessar através desta pesquisa um percurso que vinha sendo vivido, dia-após-dia, sem que se percebesse as ligações existentes entre todas essas ocorrências e o tema ora estudado foi uma experiência de deslocamentos e (re)invenção da própria pesquisadora. Como diz Haraway: “o auto-conhecimento exige uma tecnologia semiótica-material, relacionando significados e corpos” (1995b, p. 25).

1.1 NARRATIVAS DE UM PERCURSO PRODUTOR DA PESQUISADORA

Iniciei o curso de psicologia no ano de 1982. Aos 17 anos, cursando o primeiro semestre, fiquei grávida. Foi a primeira de três gestações que vivenciei durante a graduação. As duas primeiras resultaram em partos prematuros e perdi os bebês. A terceira me exigiu um repouso absoluto de seis meses, quando contei com a solidariedade dos colegas e pude fazer algumas disciplinas em casa, no quarto. A partir daí meu interesse sobre a saúde sexual e reprodutiva se estabeleceu.

Após a graduação, trabalhei em um centro de pesquisa em saúde reprodutiva por oito anos, como psicóloga e gestora. Desliguei-me do Centro para fazer um mestrado na Universidade de Exeter, Inglaterra, cuja dissertação versou sobre a influência masculina nas decisões sexuais e reprodutivas na Bahia.

Ao retornar da Inglaterra passei em um concurso para a Secretaria Municipal de Saúde de Vitória da Conquista. Fui trabalhar no Centro de Referência em DST/Aids, onde a própria especificidade das formas de transmissão do HIV colaborava para que as temáticas da sexualidade e da reprodução estivessem presentes todo o tempo. Discussões sobre os direitos reprodutivos das portadoras do HIV e o acompanhamento psicológico das gestantes portadoras faziam parte do serviço a ser prestado pela psicologia.

Após cinco anos, fui transferida para o serviço de psicologia do Hospital Materno-Infantil Esaú Matos, hospital referência em alta complexidade na assistência materno infantil para a região norte de Minas Gerais e Sudoeste da Bahia. Fiquei responsável pela assistência psicológica na obstetrícia e na UTI Neonatal. Desenvolvi protocolos de atendimento psicológico e constitui uma equipe de estagiárias para o trabalho. Dentre os nossos desafios, estavam, entre outros, a implantação do Projeto Mãe Canguru, a humanização do atendimento, a assistência psicológica aos pais e bebês da UTI Neonatal, a condução dos grupos de gestantes, o contato com as gestantes e com os profissionais de saúde envolvidos na assistência ao parto

eram constantes e diários. Minha carga horária na maternidade era de 30 horas semanais. As relações de poder, a hierarquia rígida, a falta de entendimento sobre o que faz um psicólogo em uma instituição hospitalar, principalmente por parte dos demais profissionais de saúde, eram bastante presentes na lida cotidiana. Todos estes fatores contribuíram para que eu pudesse construir uma intervenção livre de modelos anteriores, mas Tateando os espaços possíveis de inserção da psicologia.

Era comum, depois de algum tempo, ser chamada na sala de pré-parto para auxiliar alguma gestante referida como “complicada”. Um dia uma gestante adolescente de 15 anos gritava sem parar e se recusava a abrir as pernas, já na sala de parto. A obstetra, já sem paciência com a parturiente, solicitou que me chamassem para ver o que poderia ser feito. A garota estava assustada com o ambiente, com o modo com que estava sendo tratada e, sobretudo, com medo, pois nunca alguém havia conversado com ela sobre o processo de parir. A intervenção “psicológica” foi desenvolvida ali, na sala de parto, baseada na construção de um diálogo respeitoso, que buscou identificar os medos, os desejos de informação, acolher suas reivindicações como cidadã dona de seu corpo, ao invés de baseada em conceitos ou protocolos atrelados a qualquer teoria. Ela pediu que ficássemos ao seu lado durante todo o parto. E, assim, inauguramos outro tipo de intervenção entre psicologia e parturiente que voltou a se repetir várias vezes em situações diversas.

Em uma outra ocasião uma mulher pedia para não ser levada para a sala de parto. Desta vez, um médico pediu que chamassem alguém do serviço de psicologia. Conversamos, ele dizia que a parturiente não estava “colaborando” e, após a conversa, ele chegou à conclusão de que o parto estava evoluindo tão rápido e bem que poderia mantê-la no pré-parto e fazer o parto ali mesmo naquela cama. Mantivemos-nos ao lado da mulher, que estava mais calma e satisfeita em ter um pedido seu aceito em meio a tantas regras e autoridades.

A forma como as mulheres chegavam à maternidade, sem qualquer informação sobre o que iriam vivenciar, provocou em mim a necessidade de constituir um grupo de trabalho com as gestantes que visava, entre outras coisas, prepará-las para o momento do parto. Várias situações foram se apresentando como violações de direitos. Como exemplos, podemos citar: a forma como as mulheres eram recebidas na portaria, o tempo de espera para um atendimento, a fila de atendimento por ordem de chegada e não por classificação de risco, a internação solitária sem acompanhantes, a dieta zero em que mesmo água era negada independentemente do calor que estivesse fazendo, o tratamento das auxiliares de enfermagem, os comentários jocosos aos gritos de dor, a administração rotineira da ocitocina para acelerar as contrações, as manobras de Kristeller (empurrões sobre a barriga para acelerar a saída do bebê feita pelos

auxiliares de enfermagem que praticamente se sentam sobre a barriga), a ausência de analgesia, a episiotomia em 100% dos casos quando a Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza 15%, e tantas outras situações. Diante destas situações, eu buscava explicações científicas para estes procedimentos e não encontrava respostas nos livros ou nos protocolos do Ministério da Saúde.

Em 2005, participei, pelo Ministério da Saúde, de um curso intitulado Seminário sobre Atenção Obstétrica e Neonatal Humanizada Baseada em Evidências Científicas, que tinha como objetivo contribuir para a redução da mortalidade materna e neonatal através do fortalecimento da capacidade técnica dos profissionais que trabalhavam nas principais maternidades da Bahia. O curso visava à implementação de estratégias para a melhoria da qualidade e humanização da atenção obstétrica e neonatal. O grupo, do hospital, que participou do curso era composto por um ginecologista, um enfermeiro-obstetra, uma pediatra, eu, como psicóloga, e a diretora médica do hospital.

A maioria dos procedimentos que eu questionava se encontrava de acordo com a classificação do Guia Prático de Assistência ao Parto Normal produzido pela OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1996), entre os claramente prejudiciais e que deveriam ser eliminados das condutas médicas. Esse guia dividia as condutas médicas em quatro grupos: as claramente úteis e que deveriam ser encorajadas; as claramente prejudiciais e que deveriam ser eliminadas; as frequentemente utilizadas de forma inapropriada; e as frequentemente utilizadas de forma inadequada (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1996). As condutas, assim classificadas, serviram de base para os protocolos do Ministério da Saúde para a assistência ao parto.

As minhas perguntas cresceram ainda mais: por que a mortalidade materna é tão grande no país? Por que as mulheres gritam e pedem pela cesárea no Brasil? Como essas coisas se processam em outros países? Quais são os usos contemporâneos do corpo que justificam tanta alienação da mulher quanto ao seu próprio corpo? Por que tem sido cada vez mais indispensável ter uma Unidade de Tratamento Intensivo para recém-nascidos? Por que tantos recém-nascidos apresentam problemas respiratórios? Por que, mesmo com as evidências científicas apresentando o parto normal e as condutas preconizadas pelo movimento de humanização ao parto como melhores do que as condutas intervencionistas, os profissionais de saúde envolvidos na assistência resistem em adotá-las? Por que tanta violência consentida no momento da assistência ao parto? Por que as mulheres se submetem a isto e não questionam? Por que parecem ser mais cúmplices de seus médicos do que donas de seus corpos?

Chegamos do curso cheios de vontade de mudar o mundo e encontramos, naquele momento, um diretor médico que acolheu as novas ideias. Recebemos da Receita Federal, como doação ao hospital, uma tonelada de brinquedos apreendidos. Montamos uma feira, na porta do hospital, para vender os brinquedos e arrecadarmos o dinheiro para a reforma do pré-parto e parto, transformando o espaço em um PPP (pré-parto, parto e pós-parto). A mulher se internaria em um ambiente apropriado para aguardar o parto, parir e ficar em companhia do acompanhante eleito por ela. O diretor chegou a desenhar uma cama articulada que pudesse ser verticalizada (para partos verticais) e que tivesse como crescer perneiras para facilitar qualquer manobra que pudesse ser necessária ao parto, no caso de alguma complicação. Tudo corria muito bem até que os entraves da instituição começaram a surgir. Os pediatras exigiam equipamentos complexos e completos para cada leito, a enfermagem encontrou diversas dificuldades para realizar a assistência com mulheres em espaços distintos, a nutrição questionava a ausência de controle da alimentação... Em pouco tempo, o diretor foi trocado e eu fui transferida para outra unidade de saúde.

Vivi o processo de gestar em diferentes momentos da minha vida. Depois das três gestações vividas no período de graduação, tive mais dois filhos, uma filha, aos 30 anos, e um filho quase aos 40 anos. Tive a oportunidade de vivenciar quatro partos normais, dois deles partos verticais, e uma cesárea. O assunto de gestar e de parir sempre esteve presente na vida desta pesquisadora: na adolescência, na vida adulta e na maturidade. Nos últimos 30 anos a temática da saúde sexual e reprodutiva esteve presente de diferentes maneiras, na vida pessoal e na vida profissional.

No campo pessoal, sempre me senti “indo contra a maré”. Espantava-me a pergunta de quando seria o parto seguida da indagação “você não marcou a data?” Sempre insisti de que o bebê é quem deve dar o sinal de quando está pronto. Não me submetia aos discursos contrários ao parto normal e, conseqüentemente, afirmava um discurso muito diferente da maioria. Intrigava-me, também, a crescente substituição/secundarização do exame clínico pela ultrassom. Gostava de ver o bebê na tela, mas sempre achei que haviam outras condutas que poderiam me dar mais informações sobre a gestação que não fossem somente as mediadas pela imagem. Sempre fui às consultas com muita expectativa e saía com muita frustração para esperar o mês seguinte. Aos poucos, fui percebendo que estas sensações não eram somente pessoais: muitas mulheres se sentiam assim. Podíamos constatar isto no hospital, nos círculos de amigas, entre as mães dos coleguinhas dos filhos, ou seja, na vida.

Há dez anos fui aprovada em um concurso público para professora do curso de medicina da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, ficando responsável pelo conteúdo

de psicologia e de saúde pública. Neste momento, pensei que participar da formação de futuros médicos e/ou profissionais de saúde poderia ser mais efetivo, para tornar a assistência à saúde melhor qualificada, do que intervir no trabalho direto com os profissionais de saúde que atuam na assistência ao parto. Por outro lado pude testemunhar, na prática docente com alunos de medicina, como as práticas são passadas de professor para aluno durante a graduação em um currículo oculto, aquele que não está formalmente descrito nas ementas das disciplinas, mas que subsiste na prática através da transmissão oral. Esta transmissão é bastante poderosa!

Ao localizar-nos dentro do objeto de pesquisa, trazemos para o campo a análise, as implicações com a temática da assistência ao parto e a problematização de algumas instituições que a atravessam (medicina, mulher, saúde, cuidado, ciência) e também nos constituem. Saberes localizados requerem que a mulher, o médico e todos os demais envolvidos na assistência ao parto sejam vistos como atores e agentes não como uma tela, um terreno, ou como recurso e nunca subordinados ao pesquisador que encerra sua pesquisa apenas na sua agência e em sua autoridade de conhecimento objetivo.

A experiência de narrar os percursos que forjaram a pesquisadora nos possibilitou entrever o que se forma/afirma como rastros em meio aos percursos, uma corporificação específica e singular não necessariamente individual. Em meio aos contornos, que foram se desenhando na pesquisa como capítulos, buscamos nos afastar do relato pessoal, do totalitarismo de uma verdade universal sobre o parir e do relativismo em relação aos modos de experimentar o parto. Em alguns momentos, conseguimos, em outros... talvez. O posicionamento crítico produz a objetividade e é a base do conhecimento organizado, pois diz respeito à produção de vacúolos no aparente, no instituído e resiste e perturba a vontade de fechamento e simplificação.

1.2 COMO VER? PERCURSO METODOLÓGICO

Neste estudo, fomos guiados pela teoria feminista de Donna Haraway (1995a) que chama o cientista à responsabilidade por seu objeto e pelo conhecimento produzido: ou seja, não se pode fazer ciência objetiva sem posicionamento. A objetividade referida pela autora afirma a importância prática de localizar o conhecimento produzido, de assumir uma posição responsável pelo objeto construído.

Nesta direção, ambos, as práticas de pesquisa e os recursos metodológicos, implicam uma perspectiva de ciência na qual a produção é complexa, multivetorial, descontínua, desestabilizadora, diferente de uma atividade de constatação. E, por isto, se

colocam as questões: operamos, no trabalho com os conceitos, a partir de que racionalidade científica? que ciência passamos a conceber com nossos movimentos de pesquisa? como desenvolver uma política de registro/escrita em pesquisas que se afirmam em movimento? como compreender os saberes envolvidos na assistência ao parto nesta malha produtiva, viva e mutável?

Elegemos a narratividade como prática de pesquisa por reconhecer e dar visibilidade ao processo de produção de conhecimento como uma experiência a ser analisada na e em sua processualidade. Ou seja, as narrativas tecem e são tecidas em meio aos caminhos do pesquisador, naquilo que movimenta os processos de leitura; de escrita; a construção da experiência de campo; a composição de vínculos e parcerias; os registros e diálogos com os diferentes atores envolvidos. Todos os dados coletados foram tratados como narrativas, independentemente de estes dados terem vindo de artigos científicos, comentários das mulheres, falas proferidas dentro do exame ultrassonográfico, relatos ocorridos dentro da Roda de Gestantes ou de entrevistas. Como afirmam Passos e Barros:

No trabalho da pesquisa e da clínica é sempre, de alguma forma, de narrativas que tratamos. Os dados coletados a partir de diferentes técnicas (entrevistas, pesquisa bibliográfica, observação participante) indicam maneiras de narrar seja dos participantes ou sujeitos da pesquisa, seja do pesquisador ele mesmo, que apresenta os dados, sua análise e suas conclusões segundo certa posição narrativa. (2009, p. 150).

Utilizamos a narrativa como um diagrama-motor do pensamento processual, um diagrama instável e fluido que, constantemente, mistura matérias e funções, produzindo perturbações, mutações, desvios nos quais podemos perceber, em meio aos modos de subjetivação hegemônicos, as práticas de resistência. Conforme Ferraço e Carvalho:

Todo diagrama é intersocial e em devir. Ele nunca age para representar um mundo preexistente, ele produz um novo tipo de realidade, um novo modelo de verdade. Não é sujeito da história nem a supera. Faz a história desfazendo as realidades e as significações anteriores, formando um número equivalente de pontos de emergência ou de criatividade, de conjunções inesperadas, de improváveis continúos (FERRAÇO; CARVALHO, 2012, p. 8).

O valor da narratividade está na vinculação que tem com a obra realizada, ou seja, a narrativa tem como fonte a experiência já feita não no sentido pessoal. Ao contrário, a experiência de narrar no sentido benjaminiano nos conecta com um conhecimento acumulado de gerações que nos constitui como parte de nossa história e, ao mesmo tempo, com índices de

abertura ao devir, ao que já estamos deixando de ser. A experiência não como o que vem a nós, mas como gesto de corpo inteiro que se transmite pelo produto da obra, como memória involuntária. Assim, a participação nessa história é veículo de algo que nos excede, ato de transmitir que implica esquecer-se de si mesmo. Uma experiência “que forma-se menos com dados isolados e rigorosamente fixados na memória, do que com dados acumulados, e com frequência inconscientes, que afluem à memória” (BENJAMIN, 1996, p. 103).

Narrar tem a potência para organizar em torno de si uma pluralidade de pensamentos concorrendo para a constituição do projeto coletivo. Benjamin (1996) ressalta que aquele que se propõe a narrar o faz sem uma distinção entre grandes e pequenos fatos e lembranças, isto é, tudo aquilo que é colocado na trama narrativa, de alguma forma, merece ser considerado, levando-se em consideração a positividade dos diversos elementos discursivos que habita o cotidiano da assistência ao parto e que se expressa como política de narratividade, pois, por meio das experiências que povoam a paisagem da assistência, podem-se constituir círculos ampliados e diálogos em torno de temáticas que nos passam em suas múltiplas e diversas dimensões. Afirma, ainda, Benjamin que metade da arte de narrar está no fato de que, na narrativa, se evita explicações. O leitor, neste caso, estaria livre para interpretar a história como quisesse, expandindo a amplitude do que foi narrado.

Cada prática social tem um significado e é constituída na forma de sequências discursivas que articulam elementos linguísticos e extralinguísticos. A realidade objetiva é construída dentro de uma trama discursiva.

As formações discursivas se produzem em um campo discursivo, ou seja, elas estão sempre em relação com determinados campos de saber. Por exemplo: o discurso médico compreende um conjunto de enunciados apoiados em um determinado sistema de formação discursiva. A formação discursiva é uma matriz de sentidos e os falantes nesta se reconhecem, porque ali lhe parecem óbvias, naturais (FOUCAULT, 1986). As “coisas ditas”, portanto, são radicalmente amarradas às dinâmicas de poder e saber de seu tempo. Exercer uma prática discursiva significa falar segundo determinadas regras, expor as relações que se dão dentro de um discurso. Queríamos saber como determinados enunciados aparecem e como se distribuem no interior de certo conjunto, sabendo que a unidade não é dada pelo objeto (FOUCAULT, 1986).

Há uma polícia discursiva, de acordo com Foucault (2004), que filtra os discursos, apagando alguns, jogando luz sobre outros, controlando quem fala e o que fala. Esta política fixa limites de fala estabelecendo critérios para as mesmas, qualificando algumas, desautorizando outras, conservando alguns discursos em arquivos e banindo outros,

distribuindo alguns discursos e impedindo a circulação de outros. Ou seja, os regimes de dizibilidade e de visibilidade definem fronteiras de discursos em disciplinas específicas, produzem a veneração de determinados discursos, recortando-os e recompondo-os sob novas roupagens.

As “coisas ditas”, portanto, são radicalmente amarradas às dinâmicas de poder e saber de seu tempo. Exercer uma prática discursiva significa falar segundo determinadas regras, expor as relações que se dão dentro de um discurso. Estudar os artigos científicos sobre o parto, analisar os discursos das mulheres possibilitou localizar que enunciados e relações estão presentes e o que o próprio discurso põe em funcionamento em suas atualizações nos dispositivos e tecnologias assistenciais. Buscamos identificar as relações históricas de práticas concretas que estão vivas nos discursos das mulheres. Extraímos alguns enunciados e os colocamos em relação com outros, para indagar: Por que isto é dito aqui deste modo, nesta situação e não em outro tempo e lugar, de modo diferente? Queríamos saber como determinados enunciados aparecem e como se distribuem no interior de certo conjunto, sabendo que a unidade não é dada pelo objeto (FOUCAULT, 1986).

Ao analisarmos um discurso, não estamos diante da manifestação de uma mulher em particular: ela é, ao mesmo tempo, falante e falada porque, através dela, outros ditos se dizem. Falar sobre o mundo significa participar do mundo, o que requer uma relação de responsabilidade com ele. Implica indagar os tais regimes de visibilidade e dizibilidade dessas conexões.

Sendo o conhecimento sempre marcado pelo poder, oferecer ou assumir explicações ou soluções para o mundo se torna uma questão de posicionamento político, o que implica uma relação de conexão, e não de divisão entre sujeito e objeto do saber. Para explicar essas conexões, dificilmente assumidas, mas sempre existentes nas relações de saber-poder (SILVA, 2009, p. 14).

Há um vínculo direto entre a produção de conhecimento e posição/ posicionamento, se compreendemos que a ideia de um conhecimento é adquirida pelo corpo. De acordo com Haraway, os corpos são mapas de poder. O corpo mediado pela tecnologia é um ciborgue e sendo um ciborgue, “não tem qualquer fascínio por uma totalidade orgânica” [...] não é parte de qualquer narrativa que faça apelo a um estado original. O ciborgue é resolutamente “comprometido com a parcialidade, a ironia e a perversidade. Ele é opositor, utópico e nada inocente”! (2009, p. 38; 39).

Estamos fazendo a opção por problematizar as políticas da narratividade acerca da assistência ao parto, sob uma perspectiva parcial de Haraway (1995b), assumindo a responsabilidade pelo objeto e pelo conhecimento produzido e localizado, na experimentação de um corpo que organiza significados a partir de aparatos sensíveis. Interessou-nos conhecer as políticas de narratividade que se atualizam nos discursos dos cientistas da saúde como narradores (BENJAMIN, 1994) e protagonistas das “artes do dizer” (CERTEAU, 1994), procurando valorizar a voz daquelas que são costumeiramente desautorizadas, as gestantes, tecendo, deste modo, outro sentido de público e de coletivo. Para tal, a pesquisadora passou a fazer parte do grupo da Roda de Gestantes por um ano.

A objetividade feminista abre espaço para surpresas e ironias no coração de toda produção de conhecimento; não estamos no comando do mundo. Nós apenas vivemos aqui e tentamos estabelecer conversas não inocentes através de nossas próteses, incluindo aí nossas tecnologias de visualização (HARAWAY, 1995a, p. 38).

Haraway, ao falar que a objetividade feminista depende de saberes parciais, localizados e críticos, busca se afastar do que, nos dois extremos, confina e oblitera o pensamento: o relativismo e a totalização. No relativismo, se alega uma igualdade em toda parte: é como estar em lugar nenhum, pulverizando, ainda que remetendo a uma unidade totalizadora circunstancial a responsabilidade e a avaliação crítica. Na totalização, há uma generalização prepotente e arrogante, distante, desencarnada dos modos de viver.

Nestas duas extremidades, que funcionam como contrafaces de uma mesma moeda, o que temos é a produção de uma visão transcendente do mundo e suas relações, produtora de uma objetivação, desencarnada e deslocalizada, que afirma o estado de coisas como um mundo qualquer que não presta contas do que engendra. Ambos negam a corporificação e, pela perspectiva parcial, ambos tornam impossível ver bem. Tradicionalmente, sabemos, este tipo de objetividade esteve a serviço da dominação dos corpos e dos enunciados. Ver nesta direção da tradição vira sinônimo de reconhecer, validar e revelar, expurgando do real seus movimentos invisíveis de criação.

O que buscamos, aqui, foi analisar as práticas de assistência ao parto em sua descontinuidade histórica – mergulhadas em relações de poder, produzidas discursivamente e ao mesmo tempo produtoras de discursos, saberes e corpo. Ao fixarmos um enunciado, procedemos à individualização de uma formação discursiva que é sempre multivetorializada.

Ver e conhecer são processos distintos, porém indissociáveis! Dizem respeito a redes de conexão corporificadas que, em política, são chamadas de solidariedade e, na

epistemologia, de conversas compartilhadas (HARAWAY, 2009). Redes em diálogo nas quais aquele que vê o mundo explicita as posições de onde vê, entendendo que estas vão servir para se avaliar os limites de determinado discurso. Produzir conhecimento nesta perspectiva diz de um diálogo entre um sujeito e um objeto vistos de uma certa localização e utilizando certos aparatos de visualização cujas fronteiras não são delimitadas pelo olhar deste sujeito com quem dialoga.

A produção de pontos de vista decorre do processo de interpretação crítica que envolve decodificação, transdecodificação, tradução e crítica contínua entre intérpretes e decodificadores. Assim, todos os objetos serão considerados agente/ator.

O mundo encontrado nos projetos de conhecimento é uma entidade ativa. Na medida em que uma explicação científica tenha sido capaz de se relacionar com esta dimensão do mundo como objeto de conhecimento, um conhecimento fiel pode ser imaginado e pode nos solicitar. Mas nenhuma doutrina específica de representação ou decodificação ou descoberta é garantia de nada. A abordagem que estou recomendando não é uma versão do 'realismo', que demonstrou ser uma maneira bem pobre de se relacionar com a agência ativa do mundo. (HARAWAY, 1995a, p. 37).

Um modo de falar do parto foi construído, um conjunto de formulações bem datadas e localizadas foi produzido e comparecem nas falas e comentários das mulheres frente às matérias sobre gestação e parto e nas rodas de gestante. Para compreendermos melhor, construímos unidades de análises, o que não significa uma operação de simplificação e limpeza dos enunciados desorganizados. Ao contrário, é uma multiplicação desta realidade, é o lugar da multiplicação dos discursos e da multiplicação dos sujeitos (FISCHER, 2001). Ao construirmos unidades de análises do discurso, pudemos nos encontrar com a polifonia, várias vozes falando num mesmo discurso, seja porque os destinatários estão ali presentes seja porque aquele discurso está referido a muitos outros.

O discurso é constitutivo de realidade e produz, como o poder, inúmeros saberes. Tratamos os discursos como práticas que formam, sistematicamente, os objetos de que falam. Não buscamos o dado na fala da mulher, mas a sua dispersão. Quando ela fala, fala de algum lugar o qual não permanece idêntico. Às vezes fala de um lugar, ora de outro e nestes lugares há o interdito, lutas, modos de existir dentro dos quais ela se situa, deixando-se ser falada e, ao mesmo tempo, afirmando, de algum modo, sua "integridade". Diversas posições e modos de subjetividade podem ser lidos como efeitos de um campo enunciativo.

Sendo ciborgues e dependentes da mediação tecnológica, como podemos ver os processos de apropriação destas em suas diferentes linhas na assistência ao parto? O corpo de

um ciborgue não é inocente; ele não nasceu em um Paraíso, ele não busca uma identidade unitária, não produzindo nem mesmo dualismos antagônicos sem fim (ou até que o mundo tenha fim).

A tecnologia faz parte do mundo contemporâneo, media nossas relações em todos os aspectos. Praticamente todas as pessoas precisam, em maior ou menor grau, da mediação da tecnologia em suas vidas. Seja com o uso de próteses (óculos, aparelho nos dentes...) seja na forma de comunicação (celular, tabletes, redes sociais, internet, e-mails...), seja na vida social (carros, metrô, aviões, automação do lar, compras na web, marcação de consultas via computador...).

O que interessa aqui não são os meros dispositivos tecnológicos, mas toda uma ‘matriz sócio técnica’ da qual fazem parte, que as máquinas ajudam a criar e que não cessa jamais de produzi-las. Existem agenciamentos coletivos, usos e apropriações das tecnologias por parte dos sujeitos, que, por sua vez, também vivenciam seus efeitos em seus próprios corpos e subjetividades (SIBILIA, 2002, p. 11).

Haraway nega a possibilidade de uma objetividade imparcial como produtora de qualquer tipo de saber e faz uma crítica da cultura científica. Seu propósito é:

[...] não apenas desconstruir a possibilidade de uma natureza representada e imaginada como recurso para a cultura ou o sexo como recurso para gênero, mas, também construir teorias da corporificação articuladas, diferenciadas, responsáveis, localizadas e consequentes, construindo ‘lugares’ para aqueles corpos sem lugar nas teorias (SILVA, 2009, p. 25).

Tomando os escritos de Haraway, entendemos os ciborgues como irreverentes, sem possibilidade de um retorno ao original e sem desejo de recompô-lo. Sem pretender qualquer holismo, anseiam por conexão. Portanto, este trabalho traz uma marca de defesa pelo parto normal e propõe uma leitura da forma como o corpo tem sido produzido na contemporaneidade e de como tem sido ofertada a assistência ao parto.

O que estamos assumindo, a partir de Donna Haraway, é que toda produção de conhecimento é uma prática política; estamos assumindo uma perspectiva parcial como único fundamento para uma ciência objetiva. Para que a compreensão do caráter parcial do conhecimento produzido se dê, é preciso informar de que lugar se fala do ponto de vista da experiência. Experiência, não restrita ao vivido, mas como algo que transforma quem conhece e o objeto a ser conhecido.

Quando visualizamos a íntima relação entre o discursivo e o não discursivo, o que se abre como possibilidade de análise é o acompanhamento dos modos como as práticas se inscrevem no interior das formações discursivas e seus desvios. Quais são as condições de existência do discurso, enunciado ou conjunto de enunciados sobre o parto? Tratando-o no jogo de relações em que estamos todos imersos. Somos todos efeitos dos discursos e estes efeitos, produzidos no interior de inúmeras e bem concretas relações institucionais, sociais e econômicas, não existem senão nos corpos e em seus movimentos e desvios inventivos.

Buscamos a produção de um conhecimento parcial, localizado e marcado que permite inventar, que possibilita a abertura às linhas invisíveis que provocam outras formas de narrar, de pensar e até, talvez, de apontar caminhos para desnaturalizar a assistência ao parto.

Uma pesquisa se constrói na afirmação de tensões e agonísticas, ela é efeito de operações que confrontam o processo da produção de conhecimento, foco, não no que se deseja confirmar, mas nos “obstáculos” e nas “descontinuidades” da produção. Em um cenário aberto, nos colocamos a construir práticas de pesquisa e recursos metodológicos como potencialidade em germinar “grafias não óbvias do parto” no terreno da ciência da subjetividade.

CAPÍTULO 2

CONTEXTUALIZANDO AS LÓGICAS DE ASSISTÊNCIA NA INSTITUCIONALIZAÇÃO DA ESPECIALIDADE OBSTÉTRICA: A MEDICALIZAÇÃO E OS ARTIGOS CIENTÍFICOS SOBRE O PARTO

a racionalidade é o que programa e orienta o conjunto da conduta humana. Há uma lógica tanto nas instituições quanto na conduta dos indivíduos e nas relações políticas. Há uma racionalidade mesmo nas formas as mais violentas. O mais perigoso, na violência, é a sua racionalidade. É claro que a violência é, nela mesma, terrível. Mas a violência encontra sua ancoragem mais profunda e extrai sua permanência na forma de racionalidade que utilizamos. Pretendeu-se que, se vivêssemos em um mundo de razão, poderíamos nos livrar da violência. Isso é inteiramente falso. Entre a violência e a racionalidade não há incompatibilidade (FOUCAULT, 2003, p. 298).

A obstetrícia emerge no século XIX como a consolidação de um saber científico e como aprimoramento de uma tecnologia que resolveria problemas relativos à mortalidade materna e infantil, por meio do controle das infecções, das intervenções cirúrgicas e da medicalização dos partos (VIEIRA, 2002; HOTIMSKY, 2007; DIAS, 2007; MARTINS, 2000). Os resultados foram expressivos: houve redução da mortalidade materna, o controle das infecções pós-parto, a interrupção de processos infecciosos e o desenvolvimento de uma tecnologia de assistência.

Historicamente, o parto era uma prática feminina, ocorrida entre mulheres da confiança da gestante (parteiras tradicionais) e vivenciada dentro do espaço doméstico.

Para se consolidar como um ramo do campo da medicina reconhecido tanto pela categoria médica quanto pela sociedade, a obstetrícia buscou se afastar das parteiras tradicionais desqualificando seus saberes. Para tanto contextualizou sua ação na racionalidade científica da época, produziu ideias sobre o corpo, a sexualidade, a saúde e a doença como objetos de sua responsabilidade (ROHDEN, 2001; VIEIRA, 2002; DIAS, 2007; MARTINS, 2000) e se associou às práticas de saber/poder médicas que produziram o hospital como território exclusivo e privilegiado do discurso médico.

Em pouco tempo, a obstetrícia legitimou suas práticas e configurou a assistência ao parto como uma área eminentemente médica. A assistência ao parto, ao se tornar um campo médico, se vincula às lógicas biológicas e positivistas que imperam na medicina. Foucault, em *Nascimento da clínica* (2004), chama a atenção para o fato de que as verdades produzidas durante séculos pelo discurso dito científico não passam de mais uma forma de conceber e

produzir realidades. Assim a ciência, quando erigida como a forma legítima e única de produção de conhecimento, torna-se um espaço de produção de saberes legitimadores de práticas de poder que, durante muito tempo, produziu seus objetos e verdades sobre os mesmos.

A institucionalização do saber obstétrico sobre o parir naturalizou a construção de “parâmetros de normalidade voltados para a formação da identidade feminina, limitando as mulheres à função de boa reprodutora e educadora de filhos” (VIEIRA, 2002, p. 71). No Brasil esta redução da mulher ao papel de mãe e esposa, que se produziu no século XIX, representou o compromisso entre o pai e o poder médico na consolidação do modelo de família burguesa (COSTA, 2004).

Saber, verdade e poder estão diretamente interligados neste modo de produção de conhecimento. As práticas médicas, fundamentadas neste modo de conhecer, passam a sobrecodificar os sintomas da paciente segundo saberes dito “neutros e calcados em evidências”. O saber médico é visto como “verdade” tanto para construir problemas públicos de saúde como para encontrar a solução para os mesmos.

Chazan, analisando a história da obstetrícia nos Estados Unidos, afirma: “configura-se um novo desenvolvimento conceitual acerca do parto: não é normal nem anormal, nem eficiente nem não-eficiente; os partos devem ser assistidos e monitorados por olhos treinados para detectarem patologias” (2005, p. 99). Seguindo em suas análises, a autora sinaliza uma peculiar correspondência entre a estruturação da obstetrícia como especialidade e a função social da mulher: “à estruturação da obstetrícia como especialidade corresponde uma construção social fragmentada da mulher, de sua vida e de seu corpo” (2005, p. 100).

Para estas práticas de “olhos treinados” a principal função da mulher é a reprodução. Ainda que portadora de um corpo potente para tal, este é pensado como dotado de um tênue equilíbrio físico e emocional agravado durante o curso da gestação, parto e puerpério e que requer tutela e proteção. Assim, na produção destes discursos, “o olhar médico estreita-se, o ‘caso obstétrico’ é destacado da experiência e o ‘material obstétrico’ é confinado ao útero e à pelve” (ARNEY, 1982, p. 59).

O médico obstetra alcançou o tão desejado reconhecimento. Sua especialidade foi institucionalizada, a parteira tradicional foi desautorizada socialmente e o médico passou a ter um papel social mais amplo. É ele quem “faz o parto”, decide o dia do nascimento do bebê, intervém, muitas vezes, mesmo sem o consentimento ou explicação à paciente do que está se passando (HOTIMSKY, 2007).

O médico representa aquele que está em condições de definir as necessidades do doente, o diagnóstico, as receitas do médico, os exames e tratamentos que

o paciente deve fazer, tudo isso condiciona a cura do doente, mas também estrutura a sua percepção e experiência da doença (DIAS, 2007, p. 115).

Foucault analisou a medicina como uma prática discursiva condicionada às relações de saber-poder e destaca, já em *Nascimento da clínica*, a inauguração de um discurso direcionado à patologia que desconsidera o padecimento do doente e é absolutamente consonante com a objetividade e cientificidade da época. Ao buscar a objetividade o foco passa a ser o sintoma com a expulsão da dimensão subjetiva para que se delinieie a configuração do quadro clínico. É minimizada a relação direta entre o médico e o paciente e o distanciamento passa a ser a condição de possibilidade de intervenção já que “o paciente é apenas um fato exterior em relação àquilo de que sofre: a leitura médica só deve tomá-lo em consideração para colocá-lo entre parênteses” (2004, p. 7).

A configuração do status do médico como profissional habilitado à tomada da palavra dá substância à prática discursiva. Também o hospital e o laboratório, são lugares institucionais, onde estas práticas são legitimadas, pois desempenham este papel de “lugar de um discurso” e, deste modo, autorizam uma determinada prática. Para Foucault (2003), o poder médico é aceito porque produz positivamente, resolve problemas médicos, possui certa eficácia curativa, permite prolongar a vida, mesmo que signifique tolerar a interferência desta rede de saber-poder que redistribui os corpos, reorganiza o espaço, introduz reformas na vida cotidiana (normas claras nas intervenções higienistas). Nesta perspectiva, o médico assume um papel ativo como aquele que, secundarizando a experiência da mulher sobre seu corpo, conduz e controla o trabalho de parto, sua duração, seu tipo, valorizando assim, seu desfecho: “se mãe e bebê estão bem, então foi tudo bem”.

Neste campo de enunciações se afirma a assimetria das relações estabelecidas entre médico e paciente e, em um mesmo movimento, se reafirma as diferenças de gênero e, sobretudo, de poder. (BARBOSA, 2006; VIEIRA, 2002; DIAS, 2007). De um lado, temos um médico que é porta-voz de um discurso e de uma prática que tutelam a reprodução, de outro lado, uma mulher cada vez mais dependente destes discursos/práticas como garantia de um desenvolvimento saudável de seu conceito, portanto, inapta para a gestação e o parto sem a assistência e a monitorização “dos olhos treinados”.

Na prática, o que experimentamos é: o alto número de cesarianas por razões sociais, as discrepâncias entre as taxas de cesárea no setor público e no setor privado, o uso exagerado

de intervenções cirúrgicas (como a episiotomia², por exemplo) de rotina. Estes comportamentos são tão corriqueiros que, não raro, se aprendem na graduação.

No processo de assistência à saúde, Merhy (2002) divide o processo de trabalho no que diz respeito ao cuidado pelo manejo de núcleos tecnológicos distintos: um composto por Trabalho Morto, que seria o uso instrumental, as intervenções, os equipamentos e os exames ou tecnologia dura; e outro, o Trabalho Vivo em ato, que significa a produção da saúde com base nas tecnologias leves, relacionais e a produção do cuidado de forma integralizada: do Trabalho Vivo depende a escolha do Trabalho Morto. Merhy afirma que o trabalho em saúde é centrado no trabalho vivo em ato e é resultado das tecnologias relacionais, o que implica certa imprevisibilidade, e não pode ser capturado pela lógica do trabalho morto, pelos equipamentos e pelo saber tecnológico estruturado.

Entende-se como tecnologia leve as tecnologias das relações do tipo de produção de vínculo, autonomização, acolhimento e gestão como uma forma de potencializar os processos de trabalho. Os processos de intervenção em ato e a escolha do modo de fazer esta produção vão além do saber tecnológico estruturado ou do uso dos instrumentos e equipamentos e comportam um grau de liberdade significativo, mas dependem, também, das tecnologias de relação produzidas nos diferentes encontros com o território com paisagens psicossociais por entre as subjetividades.

De acordo com Merhy:

quando um trabalhador de saúde se encontra com um usuário no interior de um processo de trabalho, em particular, clinicamente dirigido para a produção dos atos de cuidar, estabelece-se entre eles um espaço intercessor que sempre existirá nos seus encontros, mas não só nos seus encontros, e em ato. [...] E, além de reconhecer a existência desse processo singular, é fundamental, na análise dos processos de trabalho, descobrir o tipo de interseção que se constitui e os distintos motivos que operam no seu interior. (2002, p. 57).

Para Merhy (2002), a combinação ótima de oferta de assistência à saúde estaria no equilíbrio entre a capacidade de produzir procedimentos e a capacidade de produzir o cuidado. Fazendo uma leitura da assistência ao parto pela teoria de Merhy, podemos sugerir que, quando o médico como um agente produtor se encontra com uma parturiente, esta se torna, em parte, objeto da ação daquele produtor, sem que deixe de ser um agente que, em ato, põe suas intencionalidades, conhecimentos e representações expressos como modos de viver, lidar com

² A episiotomia consiste em uma incisão feita na área muscular situada entre a vagina e o ânus (períneo) com o objetivo de alargar o canal vaginal para ajudar a expulsar o bebê durante o parto.

o corpo e elaborar necessidades de saúde para o momento do trabalho. Há uma relação dinâmica em que os processos de trabalho são atravessados por muitas lógicas que se apresentam para o processo em ato como necessidades e que disputam entre si como forças instituintes. Assim, o ato clínico em saúde é um espaço aberto à exploração de potências nele inscritas onde os princípios ético-políticos se materializam e, através dele, podemos identificar com que modo de vida o profissional se corresponsabiliza e em meio a que processos de produção de autonomia, de produção de saúde afirma suas intervenções.

O médico não é o algoz. Também ele não tem experiência em manejo de partos normais sem intervenções restritas às tecnologias duras. Não faz parte da sua formação médica a vivência de uma assistência ao parto na qual se acolhe a experiência da mulher ou que foque na capacidade do corpo feminino de desenvolver o parto sem intervenções desnecessárias. O estudo e a consideração do processo fisiológico do parto com baixa necessidade de intervenção da prática médica é percebida como a negação da tecnologia, uma ameaça ao lugar do médico frente ao processo de assistência ao parto. O que se aprende, como currículo oculto, é que está sob seus ombros o sucesso do desfecho daquele parto; mais fácil, portanto, optar e conduzir do modo mais seguro para ele: da forma como lhe foi ensinado, cheio de intervenções!

Além disso, a formação está vinculada à transmissão de conhecimentos e informações, permeada por um viés comportamentalista-cognitivo que despreza os saberes e experiências dos sujeitos e com uma noção de saúde em que o objetivo é o de regular, normalizar o des-regulado através de prescrições de comportamento a ser modulado, evitando os “comportamentos inadequados” (HECKERT, 2007). Este tipo de formação reforça a manutenção de uma prática em saúde em que as prescrições são divergentes do cotidiano das pessoas e acabam sendo

imposições (muitas vezes sutil) de saberes a um outro, supostamente visto como sujeito passível de tutela. De um lado, um emissor (conhecimento técnico-científico); do outro, um receptor (sujeito passivo destituído de saber) que deveria conscientizar-se e/ou apropriar-se de um saber competente (HECKERT, 2007, p. 201).

A formação médica prima pelo domínio da tecnologia dura, pelo desenvolvimento das habilidades para a efetivação dos procedimentos prescritos nos protocolos. Assim, as tecnologias relacionais ou tecnologias leves são minimizadas durante o aprendizado médico. O médico seria o representante do saber técnico científico e a mulher, um sujeito tutelado, passivo, destituído de saber.

Supervaloriza-se o domínio das técnicas de intervenção duras, tais como aprender a fazer uma episiotomia, uma sutura, a fazer a leitura do cardiotocógrafo, a dosagem de prescrição da ocitocina para acelerar as contrações... Em todas estas habilidades a serem desenvolvidas há uma formação discursiva que privilegia o médico como protagonista da cena, como controlador dos eventos a serem desenvolvidos no processo de parir. Grande parte dos professores foi formada assim e eles não ensinam diferente.

Na atualidade, no âmbito das práticas de formação médica, é grandemente priorizado, na aprendizagem dos procedimentos cirúrgicos, o manejo ativo do parto. Neste contexto, o trabalho de parto é descrito como um processo difícil e perigoso, longe do processo natural e fisiológico proposto pela assistência humanizada (HOTIMSKY; SCHRAIBER, 2008). Procedimentos como: acelerar os partos da noite “para limpar a área”, acordos informais entre plantonistas, que revezam os dias deixando o plantão com um número menor de profissionais do que o previsto na escala, transferência de responsabilidades maiores do que a competência dos estagiários permite, uso do “fórcipe de alívio do obstetra” são termos e práticas comuns dentro do universo das maternidades brasileiras. (HOTIMSKY, 2007; DIAS, 2008).

Há, portanto, uma naturalização e legitimização social do discurso biomédico cujo efeito nos processos de parir tem sido, muitas vezes, uma invisibilização e secundarização da escuta e/ou da experiência da mulher na relação com seu corpo e suas transformações. Acolher a mulher, provê-la com orientações ou medidas de conforto e de diminuição do sofrimento ou dor, verificar o grau de suporte social, conhecer a história da gestação e suas implicações na vida da mulher não fazem parte do rol de atribuições da equipe médica (HOTIMSKY, 2007).

2.1 MEDICALIZAÇÃO DO PARTO

A preocupação com o tema da medicalização e patologização nas práticas de saúde, no cenário internacional, pode ser percebida na promoção do I Congresso Mundial sobre a Mercantilização das Doenças, em abril de 2006, na Austrália. Este congresso contou com a participação de 150 delegados de diversos países e resultou em um documento de apoio ao uso apropriado de tratamentos preventivos e terapêuticos, expressando preocupação com muitas intervenções desnecessárias, procedimentos não validados cientificamente, efeitos colaterais minimizados e desperdícios de recursos que vêm ocorrendo mundialmente. (MOYNIHAN; DORAN; HENRY, 2008).

Uma declaração publicada com destaque no Jornal do Conselho Federal de Medicina, de março/abril 2004, acerca da criação das Casas de Parto, assinada por Pedro Pablo

Chacel, dá um exemplo claro da visão fragmentada, mecanicista e patologizante do processo de parir:

O trabalho de parto é um processo em que um objeto de flexibilidades desiguais (feto) atravessa um canal curvo e acotovelado (canal de parto), impulsionado por um motor (contração uterina). A qualquer momento pode surgir uma obstrução, causada pelo objeto, pelo trajeto ou pelo motor (CHACEL, 2004, p. 10).

As consequências invisíveis da medicalização ou da mercantilização das doenças não são apenas a dependência e a passividade a que estão submetidos os usuários, mas se agregam a outros dispositivos de (des)regulamentação da vida que a inscrevem em práticas de gestão e normalização afins às lógicas de assistência em oferta no mercado do capital.

Ivan Illich, na década de 1970, abordava o processo de medicalização a partir da noção de “imperialismo médico”, termo usado para se referir ao processo de monitoramento e supervisão de todos os aspectos da vida. Ele ressalta a ameaça à saúde provocada pela medicina moderna, principalmente pela perda da autonomia das pessoas e de sua capacidade de lidar com os processos da vida, incluindo o sofrimento, e ao se tornarem dependentes do saber de especialistas para cuidar de sua saúde. Para Illich (1975), a indústria da saúde é o paradigma da iatrogenia. O caráter intervencionista das práticas da medicina seriam produtoras de iatrogenia. A iatrogenia refere um estado de doença, efeitos adversos ou complicações causadas por/ou resultantes da prática médica. Desta forma, ele expõe o paradoxo do sistema médico: criado para proteger a saúde ele acaba por produzir doença.

Na esteira desta discussão esboçada inicialmente por Illich, a temática da medicalização foi ampliada e retrabalhada por Michel Foucault (1989, p. 79-99) “a partir dos estudos de Canguilhem sobre a ‘medicina do não-patológico’, a psiquiatrização dos anormais (1974-1975), os estudos sobre biopoder (1974) e a biopolítica (1978) nos anos oitenta do século passado” (CALLERI; NEVES, 2014, p. 107).

A biopolítica é um conceito construído por Foucault (2008) para pensar a emergência de um novo diagrama do poder que emerge no século XIX e funciona tomando posse da vida, desde o orgânico ao biológico. Uma tecnologia que, fazendo uso do poder-saber como agente de transformação da vida humana a inscreve no registro da política: a vida como elemento privilegiado no domínio de cálculos explícitos. Ele a denomina de biopolítica e mostra que ela se exerce tomando a população como alvo de regulamentação e de cuidado.

A biopolítica visa à otimização da qualidade biológica das populações e está vinculada ao fortalecimento do Estado, da burguesia, bem como à formação de um dispositivo

médico-jurídico visando à medicalização e normalização da sociedade. Esta otimização se dá através da objetivação da vida das populações inscrita em normas modulatórias de conduta a partir de levantamentos estatísticos sobre nascimentos, mortes, número de filhos, escolaridade, trabalho, hábitos e sexualidade. Trata-se, aqui, de um exercício de poder (biopoder) que não se faz de fora dos processos, mas em meio a eles, no qual o que se converte em objeto de pesquisa é “o corpo espécie”.

Hábitos de vida, costumes, usos do corpo, da sexualidade e desejos até então excluídos do âmbito de interesses das práticas da medicina, se tornam matérias de controle e alvo das corporações médicas a partir dos séculos XVIII/XIX.

Com a biopolítica a riqueza se fundaria na ‘qualidade de vida’ de sua população. Por qualidade de vida da população é preciso entender aqui que essa seja saudável, por um lado, e bem educada, pelo outro, de forma que a medicalização do espaço social teve como contrapartida a universalização do ensino. Portanto, a medicina e a pedagogia passaram a ocupar posições fundamentais na aurora da modernidade (BIRMAN, 2007, p. 18).

Conrad, em consonância com os estudos de Illich, afirma que, ao colocarmos problemas da vida cotidiana sob tutela médica através da construção de mecanismos e enunciados sustentados pelas diferentes racionalidades científicas, estamos efetivando o processo de medicalização da vida: “a medicalização consiste na definição de um problema em termos médicos, usando a linguagem médica para descrevê-lo, adotando um sistema médico para compreendê-lo ou usando uma intervenção médica para tratá-lo” (2007, p. 211).

Estratégias bastante engenhosas são criadas pelos discursos e práticas médicas para converter relações sociais em objetos e patologizar a rotina diária, classificando a vida em termos de função e disfunção (CUNHA, 2008). Sendo assim, o papel da monitorização, da vigília, do registro minucioso do indivíduo e do ambiente assim como da oferta de tecnologias de normalização estão devidamente justificados. É o conhecimento científico produzindo domínio e patologização do que é o funcionamento do corpo em seus haveres com a natureza que o constitui. Como diz Foucault, “as relações de poder se enraízam no conjunto da rede social!” (1995, p. 13).

A medicalização do parto é consonante a este processo e está cada vez mais presente nas abordagens médicas. A medicalização alimenta uma imagem hegemônica de solução para problemas de quase todas as esferas da vida. Seus produtos prometem realizar todos os sonhos do homem contemporâneo. Promete dominar a natureza, sedar qualquer dor, superar as limitações físicas. Neste mesmo processo, promove uma secundarização da experiência

subjetiva singular na relação com suas dores, sofrimento, angústias e males, produzindo, assim, uma separação entre o indivíduo e seu sofrimento (CUNHA, 2008).

Que outras promessas, temores e desejos estão, nesse processo, se produzindo?

Não é raro que os médicos justifiquem a episiotomia, por exemplo, como sendo para manter a vagina “apertada”, conjugando ao procedimento uma sutura que contemple “o ponto do marido”³ e uma promessa de vida sexual pós-parto vaginal preservada. (HOTIMSKY, 2007).

O que faz a mulher, muitas vezes, aceitar o lugar reservado a ela no cenário da assistência ao parto? Tesser afirma que:

[a] medicalização transforma culturalmente as populações com um declínio da capacidade de enfrentamento autônomo da maior parte dos adoecimentos e das dores cotidianas. Isso desemboca num consumo abusivo e contraprodutivo dos serviços biomédicos, gerando dependência excessiva e alienação (TESSER, 2009, p. 61).

Tornar uma função normal e inferir que há algo errado com ela; alimentar um sofrimento que necessariamente não existe; definir uma larga proporção da população como possível sofredora de uma “doença”; conseguir assessores de mídia certos; modelar as questões de uma maneira muito particular; usar estatísticas de forma seletiva para exagerar os benefícios do tratamento; usar o ponto final errado; promover o uso da tecnologia como algo livre de riscos; tomar um sintoma comum que poderia significar algo trivial e fazê-lo soar como se fosse de uma doença grave são táticas de mercantilização das doenças (entendidas como ampliação dos limites da doença). Estes procedimentos foram descritos por Payer⁴ em um trabalho intitulado *Disease mongers: how doctors, drugs companies, and insurers are making you fill sick*, que foi utilizado por Cunha (2008) em sua dissertação de Mestrado.

A medicalização do processo de parir não se restringe à oferta do parto cirúrgico. A medicalização da assistência ao parto está presente tanto no parto normal quanto na cesárea. Nos partos normais, há uma série de intervenções que são usos inadequados da tecnologia dura ou de procedimentos, tais como episiotomia, uso de drogas, como ocitocina para induzir ou acelerar o parto, amniotomia (ruptura manual das membranas mesmo sem que a mulher esteja em trabalho de parto), manobras manuais para dilatação do colo do útero, manobra de Kristeller

³ Ponto do marido: ponto de sutura a mais no processo de costura da episiotomia, corte no períneo. É utilizado para “fechar” um pouco mais a abertura da vagina, produzindo uma impressão de que a mulher voltou a ser virgem ou que seu introito vaginal ficou mais apertado.

⁴ PAYER, L. **Disease mongers**: how doctors, drugs companies, and insurers are making you fill sick. New York: John Willey & Sons, 1992.

(pressão no fundo do útero para forçar a passagem do bebê pelo canal vaginal), tecnologias estas que se usadas como rotina possuem alto potencial iatrogênico. Entretanto o registro sistemático destes procedimentos não é verificado nos prontuários hospitalares: “até hoje os dados sobre episiotomia sequer estão no DATASUS”, diz Diniz (2009, p. 315), segundo quem, no Brasil, vivemos o pior dos dois mundos: o problema da falta e o problema do excesso. Falta de conhecimento do processo fisiológico do parto e de tecnologia relacional que produz a violência obstétrica quando realizam partos normais e excesso de intervenções da tecnologia dura ou de procedimentos que levam a partos cirúrgicos.

A OMS publicou, em 2015, uma *Declaração sobre Taxas de Cesáreas* em que afirma a cesárea, quando necessária, como uma importante tecnologia para garantir a saúde de mulheres e bebês em casos específicos e que taxas acima de 10%, ao nível populacional, não estão associadas com redução de mortalidade materna e neonatal. Além disto, a cesárea pode causar complicações significativas e, às vezes, permanentes assim como sequelas ou morte, especialmente em locais sem infraestrutura e/ou capacidade de realizar cirurgias de forma segura e de tratar complicações pós-operatórias (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015).

O avanço tecnológico é uma oportunidade, uma abertura para novos modos de lidar e preservar a vida. Não trabalhamos com a ideia de que um parto natural seja um parto sem uso de tecnologias, mas entendemos que as tecnologias duras devam ser utilizadas, sempre que necessárias, após discussões dos riscos e benefícios e após consentimento. O aprimoramento das técnicas cirúrgicas e o uso de antibióticos contribuíram para tornar a cesariana um método relativamente prático e seguro, principalmente quando comparado à forma como a técnica foi introduzida na prática médica: como um procedimento muito arriscado e utilizado apenas para salvar vidas e em último caso. Este aprimoramento da técnica levou à disseminação do caráter aparentemente inócuo de sua prática, sobretudo por meio da mídia, com supervalorização da tecnologia. Como fala Diniz, “há uma superestimação dos benefícios da tecnologia, e a subestimação, ou mesmo invisibilidade (cegueira), quanto aos efeitos adversos das intervenções” (2009, p. 320).

O que queremos, também, sinalizar nesta pesquisa é o fato de que o excesso de uso de intervenções no processo do parto desqualifica a competência fisiológica do evento e introduz uma prática de intervenção de conserto. Nesta lógica, o profissional da medicina tem que estar presente para corrigir o processo, intervir ativamente no parto. E a ineficiência de uma intervenção leva a outra, produzindo um efeito cascata sobre as consequentes iatrogenias.

Ao modelo tradicional de concerto e intervenção em cascata no processo de parir, foram acrescentados o modelo de acomodação, facilitação e capacitação. A medicina deixa de “curar o comportamento anormal”, passando a procurar “facilitar a adaptação e o manejo” (ARNEY, 1982, p. 90). Assim, “tudo deve ser registrado e tornado visível ao novo modelo: nesse sentido, o médico realiza a principal tarefa da nova ordem de controle social – o monitoramento”. Como efeito, “o médico assume uma responsabilidade como negociador, facilitador e árbitro...” (CHAZAN, 2005, p. 104; 105).

Schraiber afirma:

Os mediadores das relações cindem a própria relação, opondo o plano do indivíduo ao plano da interação, quer na produção, quer no consumo dos serviços médicos. Uma reificação da tecnologia como um bem em si e uma subversão do sentido interativo das relações humanas – postas hoje como um face a face entre ‘solitários’, e não como ‘encontros’ – revelaram a perda de relação de cumplicidade e cooperação antes vigente. Instaura-se uma crise emblemática do momento, cujo sentido é a perda da confiança em todas as esferas relacionais: uma crise de confiança é a principal questão da medicina tecnológica, seja entre o médico e seu paciente, o médico e seus colegas e outros profissionais no trabalho e o médico e seu saber. (2008, p. 206).

As práticas de medicalização produzem uma demanda por um certo valor de saúde qual seja: “aquela saúde que se demanda e acontece como investimento do desejo de um tipo de vida separada de suas capacidades de criar as próprias condições do existir” (FUGANTI, 2007, p. 129). Foucault nos alerta para a forma sedutora de funcionamento do poder, muito mais efetiva do que a forma repressora, fazendo com que sejamos levados a investir a nossa vida, o nosso desejo em valores que representem “aparentemente” um bem maior, “sendo compartilhado tão naturalmente pelo senso comum que tomamos como o mais óbvio a fazer” (FUGANTI, 2007, p. 130).

A produção de uma prescrição médica, muitas vezes, está alicerçada/sustentada na autoridade e respeito ao profissional e passa a possuir um valor normativo que se aproxima das orientações religiosas e míticas do passado. Em geral, um diagnóstico médico é pouco questionado e as mulheres possuem baixa assertividade na busca de outras opiniões. A experiência da mulher é descartada em prol da validação da experiência dos especialistas. Este poder é reconhecido e validado pelas mulheres e a relação é fortemente recíproca. Há uma “delegação de poder de tutela sobre a vida, que ‘em nome do cuidado’ e ‘em nome da produção de saúde’ acabam por desqualificar ou desconsiderar modos autônomos de soluções para expressões do ser denominando-as de doenças ou desequilíbrios” (CALERI; NEVES, 2014, p. 123). Logo, toda a experiência subjetiva da gestante frente à vivência da gestação e parto está

mediada pela assistência médica e tecnológica que é quem passa a ter o poder de revelar se as coisas estão indo bem e como deve ser a assistência durante a gestação e o parto.

Na seara da assistência ao parto foi-se produzindo uma estranha enunciação: o parto normal e moderno é o parto cirúrgico e o parto fisiológico é o primitivo e anormal.

Que ignorâncias, medos e anestesia são produzidos na medicalização do parto? O que produz a necessidade de ampliação da vigilância, do monitoramento e a transferência para o médico do poder sobre a gestação e parto? O que uma visada dos artigos científicos sobre as taxas de cesáreas no mundo pode nos dizer? Que enunciados se fazem presentes nos artigos científicos?

2.2 PARTO PELO MUNDO

Um saber faz ver e dizer, em uma prática narrativa, sobre os modos de objetivação, de subjetivação e enunciação em meio aos quais se configuram em uma época determinados objetos, posicionamentos e regras anônimas de circulação e distribuição de discursos e sujeitos. É neste campo de enunciações que os conceitos aparecem, se definem, se aplicam e se transformam produzindo políticas de narratividade específicas e sustentando as práticas em meio às diversas lógicas de assistência.

O estudo do cenário das cesáreas no mundo como paradigma da medicalização tem sua justificativa pelo alto número de publicações sobre o tema e pelo crescimento universal nos últimos vinte anos, com diferenças regionais importantes quanto às razões, dimensão, acessibilidade, culturas, questões de infraestrutura e de aceitação social. Neste estudo fizemos um recorte de artigos que falam sobre indicações de cesáreas em alguns países. A Tabela 1 expõe as taxas de cesáreas recentes de 15 países, que variam de 12,5%, na Nigéria, em 2008; e 30,5%, nos Estados Unidos, em 2008. A taxa brasileira se encontra entre as mais altas: 52,8%, em 2010.

Tabela 1 – Taxas de cesáreas em alguns países

No	Ano da medida	País	Taxa %	Autores	Ano de publicação
1	2008	Nigéria	12,5	Ochejele et al.	2009
2	2006	Noruega	14,5	Kringeland, Dalveit e Moller	2010
3	2009	Finlândia	15,0	Hemminki, Klemetti e Gissler	2009
4	2006	China	17,0	Klemetti et al.	2010
5	2006	Canadá	26,3	Chalmers et al.	2010
6	2006	Alemanha	27,0	Hornemann et al.	2008
7	2005	Suíça	29,0	Irion et al.	2005
8	2008	EUA	30,5	Zhang et al.	2010
9	2006	Áustria	30,8	Sullivan e Laws	2010
10	2007	Taiwan	35,0	Chu, Tai, Hsu, Yeh e Chien	2010
11	2008	Polônia	36,3	Krasomski et al	2010
12	2008	Turquia	36,7	ÇagataiSeçkiner e Tezcan	2010
13	2009	Itália	38,2	Malvasi et al.	2009
14	2000	Coréia do Sul	40,0	Lee, Khang, Lee	2004
15	2010	Brasil	52,8	Brasil, Ministério da Saúde	2012

Fonte: Elaboração própria

Necessidades de intervenções cirúrgicas são produzidas, naturalizadas e orquestradas a partir da capacidade de patologização de uma situação, das condições técnicas disponíveis e por meio das práticas de medicalização sistemáticas que as sustentam. A produção destas necessidades e sua naturalização fazem ver e dizer de um exercício de poder que, em um mesmo movimento, as produz como “salvaguarda dos riscos” e faz crescer a institucionalização da insegurança, da violência, do descaso, da patologia.

Os resultados dos trabalhos científicos acerca das taxas de cesáreas nos diversos países apontam para discrepâncias enormes entre as taxas encontradas. As diferenças regionais ocorrem dentro de um mesmo país, por exemplo: uma mulher porto-riquenha tem cinco vezes mais chance de ter uma cesárea se ela escolher parir em Porto Rico do que se ela for para qualquer outra parte dos Estados Unidos: a diferença, por si só, não permite que fatores de risco justifiquem a diferença (FARR, 2007). Diferenças como essa são encontradas em outras partes do mundo. Na Itália a taxa geral de cesáreas estava em 38,2%, mas, em Puglia, região sudoeste da Itália, a taxa chega a 47,7%, de acordo com Malvasi et al. (2009).

No Brasil, além de as taxas de cesárea variarem enormemente entre os serviços públicos (46%) e os serviços privados (97,8%) (MANDARINO et al., 2009), ainda há variações regionais. Em São Luiz, capital de um estado nordestino, a taxa de cesárea era de 33,7%,

enquanto em Ribeirão Preto, cidade do interior de um estado da região sudoeste, a taxa chega a ser de 50,8%, uma diferença de cerca de 50% entre as taxas (RIBEIRO, 2007). A diferença entre as taxas de cesárea nos serviços públicos e nos serviços privados são marcantes também na Turquia. O trabalho de Çaçatai Seçkiner e Tezcan (2010) informa uma taxa de cesárea de 36,7% para o país que, quando controladas quanto ao tipo de serviço, mudam para 36,2%, no serviço público e 56,7%, no serviço privado. Algo parecido se verifica no México (PUENTE-ROSAS, 2004): 53%, no serviço privado, e 38,2%, nas instituições da seguridade social. Estas diferenças revelam como as necessidades diferem a partir da condição de captura da indústria da saúde com relação à medicalização da vida existente em cada lugar.

As altas taxas de parto cirúrgico no Brasil chamam a atenção. Nos estudos de Bonfante et al. (2009), existem relatos de, em determinadas maternidades privadas de Tubarão (SC), 100% dos partos terem sido cesáreas. Outros estudos afirmam o caráter eletivo das indicações e a grande disparidade entre as taxas de cesárea entre o setor público e privado. No estudo realizado por Mandarino et al. (2009), detectou-se que, mesmo dentro do setor público, a ocorrência do parto cirúrgico é maior entre as pacientes brancas (30,7% entre brancas e 18,7% entre negras) e de maior renda (29,2% entre as que recebem mais de três salários mínimos/mês e 17,3% entre as que recebem menos que um salário mínimo/mês).

Hoje, o fenômeno de expansão das cesarianas no mundo inteiro preocupa os estudiosos da saúde pública. Entender como este fenômeno tem se espalhado com suas peculiaridades e singularidades é reconhecer as modulações construídas em cada parte para se estabelecer como uma verdade em toda parte.

De acordo com Caponi:

o sujeito político foi identificado com o domínio das necessidades vitais, o corpo deixa de ser de alguém para ser transformado em um elemento na mecânica geral dos seres vivos que serve de suporte aos processos biológicos de nascimento, mortalidade, saúde, epidemias. O corpo individual importa só na medida em que ilustra os processos que podem acontecer em nível populacional; que podem indicar o modo de agir, de adoecer e de responder aos estímulos do conjunto da população. (2004, p. 449).

Recentemente, foi criado o termo *unnecesareans* que descreve as cesarianas desnecessárias as quais correspondem a cerca de 25% dos nascimentos de baixo risco nos países ocidentais, segundo Cohain (2009) que conclui que a cesariana não é um procedimento de baixo risco e que as iniciativas que buscaram reverter o crescimento nas taxas de cesárea não estão conseguindo êxito.

Em pesquisa na base de dados EMBASE, realizada utilizando o descritor *Cesarean Section*, foram encontrados artigos de trinta diferentes países sobre as escolhas pela cesárea. A partir da leitura dos primeiros textos, ficou evidente a diversidade de argumentos presentes na “escolha” das mulheres e nas indicações dos médicos para o procedimento. A pesquisa foi repetida utilizando como descritor *cesarean section* acrescido do nome de cada um dos países que apareceram na primeira pesquisa, como forma de verificar o tema cultural característico da pesquisa de cada país e mais de 5.348 artigos foram encontrados. Foram selecionados apenas artigos que tratavam do aumento das taxas de cesáreas e com resumos disponíveis na internet. Foi dada preferência a artigos publicados entre os anos de 2005 e 2010, com a exceção de clássicos ou artigos sentinela, que foram incluídos, independente do ano de publicação, resultando em 165 artigos selecionados.

A escolha, definição e priorização de alguns dados sobre outros não são neutras e objetivas como costuma ser descrito na literatura acadêmico-científica. O foco foi a ascensão da cesárea como forma de parto que se encontra em crescimento em todos os países pesquisados em quatro distintas perspectivas. Ao todo, foram selecionados artigos de trinta países que discutiam as razões da escolha por um parto cirúrgico. Sob a perspectiva da mulher, foram selecionados 57 artigos de 18 países, 45 artigos de 21 países apresentam a perspectiva do gestor, 41 artigos de 25 países apresentam a perspectiva do médico acerca da cesárea e 22 artigos de 10 países apresentam a perspectiva das consequências da cesárea sobre o neonato.

Ao analisarmos, os artigos foram organizados pelos temas a seguir: Como se constrói a demanda por cesárea? As consequências da cesárea sob o neonato; e A lógica da “escolha”.

2.2.1 Como se constrói a demanda por cesárea?

Apesar de artigos relatarem opiniões de médicos que ressaltam a importância de uma indicação médica “precisa” para a cesariana (CHING, 2006; KARLSTRÖM, 2009), um levantamento acerca do tema das cesarianas eletivas revela uma preocupação crescente com indicações as mais variadas e com o aumento da demanda materna para o procedimento, o que demonstra a importância do tema para a saúde pública. As narrativas presentes nos artigos científicos colocam em cheque a existência de “indicações médicas precisas”.

O rol de razões para a indicação do procedimento cresce tão rápido quanto o fenômeno do aumento das taxas de cesáreas ao redor do mundo. As diferenças de perspectivas e ênfases revelam muito das características socioculturais de cada lugar, além de expor as

políticas de saúde que são ofertadas à mulher. Dentre os estudos que tomam a perspectiva do médico para a justificativa para o procedimento se encontram relatos bastante diversos, por exemplo: miopia e abortos anteriores são indicações importantes para cesárea, na Rússia (DANISHEVSKI, 2008), e problemas oftalmológicos são as causas não obstétricas mais comuns para indicação de cesárea na Polônia (KRASOMSKI, 2010).

Na Suécia, onde o parto cesáreo não é uma opção disponível para as mulheres, isto não tem impedido que as crescentes taxas de cesarianas sejam atribuídas à preferência das mulheres (KARLSTRÖM, 2009). Uma razão não obstétrica que aparece em vários estudos da Suécia (RYDING; STEPHANSSON; NIEMINEN, 2009; BIRGITTA; KLAAS; SIW, 2010), Finlândia (SAISTO; HALMESMÄKI, 2003) e Noruega (HALVORSEN, 2008) é o Medo Severo do Parto, tratado em diversos estudos científicos como um dilema negligenciado e como uma síndrome cujos sintomas são: pesadelos, queixas físicas e dificuldades em se concentrar no trabalho ou nas atividades domésticas. É comum, o “medo severo do parto” liderar os pedidos de cesarianas na Finlândia e na Suécia e ele é, também, responsável por um considerável número de cesáreas de emergência nestes países. As enfermeiras suecas identificam o Medo Severo do Parto como um tipo específico de fobia que deve ter um manejo adequado (BIRGITTA; KLAAS; SIW, 2010). Por outro lado, um estudo desenvolvido na Inglaterra buscou identificar se o medo do parto poderia prever a ocorrência de cesáreas naquele país, com base nos resultados descritos por estudos suecos e utilizando instrumentos suecos para medir o medo severo do parto e nível de ansiedade: os resultados não encontraram associação entre o tipo de parto e o medo do parto na amostra inglesa (JOHNSON, 2002).

A desigualdade social não justifica o número de cesarianas somente no Brasil; as chances de uma mulher ter um parto cesáreo são maiores quanto maiores forem a escolaridade, a situação socioeconômica, a idade, o número de consultas pré-natais e o local de residência, como demonstram estudos do Brasil (MANDARINO et al., 2009), Turquia (ÇAĞATAI SEÇKINER; TEZCAN, 2010), China (KLEMETTI, 2010), Tailândia (LIAMPUTTONG, 2005), Itália (MANCUSO, 2008) e Estados Unidos (PRIDJIAN et al., 2005).

Explorando a dimensão social da percepção acerca da cesariana, um estudo objetivou analisar o papel da cultura e a existência de normas mais amplas de aceitação da cesariana na comunidade australiana onde 71,4% das mulheres concordam que a cesariana é uma forma mais conveniente e fácil de dar a luz (GAMBLE; CREEDY, 2001).

Em Taiwan, estudos evidenciam a influência da cultura tradicional chinesa na escolha do momento mais auspicioso para o nascimento, através da construção dos mapas astrais, tendo sido este um dos maiores motivos para a cesariana a pedido neste país (LO, 2003;

CHEN, 2008). No Brasil, há também, uma associação entre a cesárea e a oportunidade de uma esterilização definitiva realizada no momento do parto (HOTIMSKY, 2002; BARBOSA, 2003).

Em um estudo Norueguês, foi encontrada uma associação entre o nascimento da gestante e o seu parto, demonstrando uma predisposição familiar (TOLLÅNES et al., 2008). O estudo afirma que uma mulher nascida de parto cesáreo possui 55% a mais de chance de ter seu primeiro filho de parto cesáreo. A influência da irmã mais velha seria de 45% e não haveria associação entre a forma de nascer do pai da criança ou do irmão da gestante.

Por outro lado, alguns estudos buscam razões psicológicas, culpabilizando a mulher, para a justificativa da demanda materna pela cesárea. Na Noruega, o estudo de Halvorsen (2008) conclui que as mulheres que solicitam uma cesariana possuem mais problemas psicológicos e psiquiátricos. Na Nigéria, o trabalho de Loto (2010) encontrou associação entre a demanda materna pela cesárea com baixa autoestima e maior probabilidade de um pobre suporte social por parte da família. Por outro lado, estudos demonstram que, maior contato com o obstetra pode influenciar a decisão por cesariana (FREITAS; SAKAE; JACOMINO, 2008; HOTIMSKY, 2002).

Pesquisas com médicos com relação à escolha do tipo de parto para o nascimento de seus próprios filhos demonstram diferenças entre os países, apesar de as mais altas taxas na opção por cesarianas serem entre profissionais de saúde do que entre o público em geral. Na Turquia, 45,3% dos profissionais de saúde e 20,3% do público em geral se submeteram a uma cesariana sem indicações médicas (KOKEN, 2007). Na Rússia (DANISHEVSKI, 2008) e no Canadá (FARRELL; BASKETT; FARRELL, 2005), os obstetras homens têm maior preferência pela cesárea como tipo de parto para seus filhos do que as mulheres. Em estudos da Itália (MONARI, 2008), da Holanda (KWEET et al., 2004) e do Brasil (FERRARI; LIMA, 2010), nenhuma diferença entre obstetras homens ou obstetras mulheres foi observada, enquanto que, na Noruega (FUGLENES, 2010) e na Grã Bretanha (CHING, 2006), as obstetras mulheres são mais propensas a fazerem uma cesariana.

Há uma indissociabilidade entre formar e intervir que se “engendra como fôrmulas de ação” produzindo ecos a serem repetidos indefinidamente. Assim, médicos que se graduaram a partir de uma perspectiva de formação baseada na compreensão do sujeito passivo, sem competência para o cuidado de si, reproduzem em suas práticas a fragmentação de saberes, assumem, muitas vezes, um caráter modelar e moralizador e fazem usos de parâmetros desconectados do cotidiano, dos saberes e de suas próprias experiências (HECKERT, 2007), o que acaba sendo repetido em suas próprias experiências pessoais.

2.2.2 As consequências da cesárea sob o neonato

A descrição dos dados estatísticos e epidemiológicos aponta a Mortalidade Neonatal como um evento de relação direta com a qualidade de vida da sociedade. No Brasil, através de registros oficiais do Ministério da Saúde (MS) – INASC, SIM e SIH, podemos identificar as principais causas de óbitos neonatais, sendo as Afecções Perinatais as responsáveis por 55% dos casos – Infecções Neonatais, Asfixia Perinatal, Baixo Peso ao nascer, Afecções Respiratórias e Prematuridade (MIURA; FAILLACE; FIORI, 1997; LANSKY; FRANÇA; LEAL, 2002), seguidas pelas Malformações Congênitas, em 14%; Doenças Infecto-parasitárias, em 8%; Doenças Respiratórias, em 7%; e outras, 16% (BRASIL, 2005b). Ainda segundo o MS, a Mortalidade Neonatal está vinculada a causas preveníveis, relacionadas ao acesso e utilização dos serviços de saúde além da qualidade da assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido (BRASIL, 2005b), e, quem sabe, a causas evitáveis (HARTZ et al., 1996), necessitando ainda de mais estudos específicos para tal argumentação.

Diante da complexidade e das inter-relações entre as causas citadas, ainda não houve uma avaliação específica que pudesse relacionar, de forma direta, o momento e o tipo de nascimento com a Mortalidade Neonatal. Encontramos, sim, inúmeros estudos nacionais e mundiais que relacionam o tipo de parto com morbidades neonatais, taxas de internamento em unidades de terapia intensiva neonatal, caracterização de idade gestacional e adesão ao aleitamento materno, entre outras. Assim, é inevitável não relacionar de forma indireta o momento certo, o momento em que o trabalho de parto é deflagrado naturalmente e o tipo de parto com a Mortalidade Neonatal. O alto índice de cesáreas eletivas ou agendadas conforme a conveniência de obstetras, hospitais e pais está relacionado, indiretamente, com a Mortalidade Neonatal. Talvez a baixa vinculação faça parte da estratégia de invisibilizar qualquer efeito negativo das cesáreas, ao passo em que há a supervalorização de seus benefícios.

Em 2010, na Argentina, Cernadas e colaboradores evidenciaram que nascimentos de bebês a termo por parto cesariana de gestações de baixo risco foram associados ao alto risco de morbidade neonatal, admissão em UTI Neonatal e redução nas taxas de amamentação. Houve aumento no risco de admissão em UTI Neonatal de recém-nascidos de parto cesáreo também na Áustria (PABINGER; SALZER, 2010), e nos EUA (WILLIAMS, 2008). Williams (2008) chama a atenção para as altas taxas de morbidade respiratória em recém-nascidos de parto cesárea.

Quanto à idade gestacional, estudos em neonatologia evidenciam em todo o mundo um aumento considerável no nascimento de bebês pré-termos tardios – entre 34 e 37 semanas de gestação –, e os fatores de risco, inerentes a sua idade, para dificuldades adaptativas após o nascimento, precoces e tardias, para morbimortalidade. 70% das cesáreas eletivas, nos Estados Unidos, ocorrem antes das 39 semanas (HANKINS; CLARK; MUNN, 2006).

Por estarem em idade gestacional, o que já favorece boa adaptação respiratória logo ao nascer, bebês pré-termo tardios, no dia-a-dia das rotinas neonatais das maternidades, são, na maioria das vezes, abordados como bebês a termo, recebendo alta precoce, o que favorece reinternações por hipoglicemias (4 vezes mais risco que bebês a termo), icterícia (6 vezes mais risco) e desmame precoce (10 vezes mais risco). Quando pesquisada a relação entre o tipo de parto e a idade gestacional ao nascer, encontramos um estudo de Meloni e colaboradores (2010), na Itália, que conclui que cesáreas eletivas resultaram em aumento significativo de bebês pré-termo tardio. De forma mais alarmante, na China, um quinto das admissões nas unidades de cuidados neonatais foram de bebês pré-termo tardios, dos quais 68,8% nasceram de parto cesáreo (MA, 2009). No Brasil dois estudos epidemiológicos dos fatores de risco para o nascimento de bebês pré-termos e com baixo peso já sugeriam que a causa do aumento nas taxas de nascimento de bebês pré-termo e de baixo peso ao nascer seria o parto cesáreo, consequência das indicações excessivas de cesarianas eletivas (BETTIOL, 2000; SILVA et al., 2001).

Até bem pouco tempo, os obstetras e pediatras acreditavam que bebês nascidos entre 37 e 38 semanas já teriam a maturidade necessária para viver bem fora do útero e os consideravam nascidos a termo. Um estudo da Fiocruz (2014), *Nascer no Brasil*, atribui a epidemia de nascimentos com 37 ou 38 semanas, em parte, às cesáreas eletivas, feitas antes do trabalho de parto e, portanto, sem evidência de serem imprescindíveis. O estudo alerta para a dificuldade em se precisar a idade gestacional que pode conter uma margem de erro de até duas semanas. Ou seja, uma cesárea agendada para 37 semanas pode estar sendo feita em uma gestação de 35 semanas.

O estudo de Barros (2012) comparando dados sobre gestação, o parto e a saúde, constatou que os bebês que nascem com 37 semanas de gestação correm um risco duas vezes maior de morrer no primeiro ano de vida do que os nascidos com 39 semanas. Estes dados dificilmente chegam até as gestantes. No processo de minimizar os danos, há, simultaneamente, a visão do profissional médico do parto normal como mais arriscado para o bebê e para a mãe, associado a danos sexuais irreversíveis (DINIZ, 2009).

2.2.3 A lógica da “escolha”?

As explicações médicas para o aumento das taxas de cesáreas repousam, grande parte das vezes, na justificativa do desejo e solicitação das mulheres, como mostram trabalhos dos Estados Unidos (COLEMAN; SCHULKIN; LAWRENCE, 2009; WAX et al., 2005), da Grã Bretanha (FARINE, 2010), da Tailândia (CHANTHASENANONT, 2007), da Austrália (ROBSON, 2009) e do Brasil (FAÚNDES et al., 2004), entre outros. Dos médicos americanos do Maine, 84,5% aceitam proceder ou tendem a fazer uma cesariana a pedido (WAX et al., 2005) enquanto 71% dos médicos brasileiros aceitam, prontamente, a solicitação por uma cesárea (FERRARI; LIMA, 2010).

Estudos indicam o aumento da cesárea a pedido, com os percentuais atribuídos a esta parcela das cesáreas eletivas variando entre 20%, nos Estados Unidos (COLEMAN; SCHULKIN; LAWRENCE, 2009), 17,5%, em Taiwan (CHU et al., 2010), 13,5%, no Canadá (CHALMERS et al., 2010), 6,1%, na Nigéria (AZIKEN; OMO-AGHOJA; OKONOFUA, 2007). Alguns artigos contestam o crescimento da demanda pela cesariana, na Coreia do Sul, com taxas de cesárea ao redor de 40%, onde mais de 95% das mulheres pesquisadas diziam preferir o parto normal (LEE; KHANG; LEE, 2004). Algo parecido se verifica em Bangladesh, apesar de 98% das mulheres pesquisadas referirem preferir o parto normal, apenas 48% delas tiveram um parto vaginal (BEGUM et al., 2009). No Brasil, em um serviço privado, embora 70% das mulheres não demonstrassem preferência inicial pela cesárea, 90% dentre elas tiveram seu parto deste modo (DIAS, 2008). Neste estudo, os autores concluem que, apesar do desejo inicial das mulheres, a interação com o serviço de saúde resultou em cesárea como o tipo de parto mais realizado.

Nestas narrativas que se contradizem, percebe-se que algo ocorre entre o pedido inicial da mulher pelo parto normal e o resultado final. O que se passa neste hiato entre a manifestação do pedido pelo parto normal no início da gestação e o parto? O que incide sobre a produção subjetiva que produz a modificação da demanda ou a aceitação de outro desfecho?

Mas, os médicos dizem escutar o pedido das mulheres e escutam o pedido por cesariana. As mulheres afirmam que pediam outra coisa. Mesmo iniciando com desejos contrários, as mulheres acatam, aceitam o desfecho final em uma cesárea. Salta aos olhos que, no final, não há qualquer questionamento. O que fica evidente no desencontro entre o desejo referido pelas mulheres e o que escutam os médicos é que o que não entra em relação neste processo de escuta é o outro!

Heckert vai chamar de “escuta surda” aquelas práticas que ouvem sem escutar. Uma escuta reduzida ao ato protocolar, uma técnica de coleta de evidências baseada nos preceitos científicistas de neutralidade, que trata seus procedimentos de forma naturalizada e “que produz como efeito a tutela e a culpabilização dos sujeitos, uma vez que fala por, fala de, em nome de, no lugar de falar com o outro” (HECKERT, 2007, p. 206).

O médico afirma escutar o pedido por cesárea, procede à prescrição por um parto cirúrgico e, neste lugar de especialista/detentor de um saber técnico e neutro, após analisar e “compreender” as necessidades das mulheres cabe a ele indicar os caminhos da assistência, reservando à mulher o lugar de objeto da sua ação. Foucault afirma que o exercício do poder é um modo de ação de alguns sobre outros:

Ele opera sobre o campo de possibilidades aonde se vem inscrever o comportamento dos sujeitos atuantes: ele incita, ele contorna, ele facilita ou torna mais difícil, ele alarga ou limita, ele torna mais ou menos provável; no limite ele constrange ou impede completamente; mas ele é sempre uma maneira de agir sobre um ou sobre sujeitos atuantes, enquanto eles agem ou são susceptíveis de agir. Uma ação sobre ações. (1995, p. 11).

Sob a perspectiva da demanda materna pela cesariana, alguns estudos discutem o direito à autonomia feminina em poder escolher o procedimento que será executado em seu corpo, como no artigo americano (LEEMAN; PLANTE, 2006) ou no inglês (CHING, 2006). Estudos da Tailândia (LIAMPUTTONG, 2005), da Austrália (MCGRATH; RAY-BARRUEL, 2009) e do Brasil (MCCALLUM, 2005) apresentam a preferência da mulher pela cesárea como uma tentativa de maior controle sobre a experiência de parir, de poder escolher aonde e quando ocorrer o parto, como demonstração de *status* social elevado e, muitas vezes, decorrente de uma busca ativa pelo profissional que concordará com a indicação. Esta alternativa não está disponível para qualquer mulher.

No Canadá, o trabalho de Munro, Kornelsen e Hutto (2009) conclui que, embora o número de mulheres que requeiram a cesárea ainda seja pequeno, a influência persuasiva sobre a paciente de histórias positivas de cesáreas e histórias negativas de partos normais deve ser considerada. Eles alertam para o impacto da influência social sob a decisão da escolha das mulheres sobre o modo de parto.

O trabalho dos americanos Leeman e Plante (2006) problematiza o aumento da pressão pela cesariana na ausência de indicações médicas o que, na verdade, em vez de aumentar as possibilidades de escolha resultou em uma diminuição das opções de parto e,

segundo os autores, requer ações que preservem o parto normal como uma opção tanto quanto a cesárea.

A motivação mais frequente para a escolha do parto tipo cesárea, na Itália, foi a segurança do bebê (MANCUSO et al., 2006), ou seja, a construção do risco e das ameaças continuam sendo utilizados como virtualidades que provocam “decisões” por emergência.

Uma cesariana eletiva não perturba a agenda do consultório, demanda um número menor de horas para assistência ao parto, evita chamadas em fins de semanas e à noite e o domínio e controle ficam centrados no médico e na sua conveniência. “Não há dúvidas que, mesmo desnecessária ou mesmo que contenha maior risco para a mãe ou para o neonato, uma cesariana eletiva tem muito menos risco para o médico” (MARTINS-COSTA, 2002).

No Brasil, ter acesso à cesariana equivale, no imaginário social, a ter poder de consumo da tecnologia, ter poder socioeconômico. Há mais processos judiciais e éticos por não se ter feito uma cesárea antes do que por se ter realizado uma cesárea eletiva (FARINE, 2010; MARTINS-COSTA, 2002). A medicalização e a judicialização⁵ da vida andam muito juntas.

Os profissionais de saúde, as gestantes, suas famílias e a sociedade brasileira em geral estão expostos à cultura cristã e seus dogmas. “Parirás com dor” é um vaticínio repetido em muitos momentos da assistência ao parto normal, de formas diversas e ameaçadoras, ao tempo em que a cesariana é apresentada como a alternativa para parir sem dor. Esta falácia é construída, entre outras coisas, também pela ausência da oferta de analgesia no parto natural. Mesmo assim 90% das mulheres afirmam preferir o parto normal (FAÚNDES et al., 2004), provocando um desacordo com a narrativa dos médicos quanto ao que a mulher quer, pois, 81 a 85% dos médicos acham que a mulher prefere a cesárea. Que práticas discursivas e não discursivas afirmam esta dissonância entre a preferência da mulher pela cesárea e os interesses pessoais dos obstetras?

McCallum (2005) responde que um amplo espectro de fatores convergem para sustentar esta prática e que nenhum grupo, em particular, é responsável pelo uso excessivo de cesarianas como forma de parto. Toda produção subjetiva é um processo de produção viva e mutante que ocorre em um plano de relações de força e relações de poder presentes no campo. Há uma relação recíproca entre a produção de subjetividades e as práticas discursivas e não discursivas, pois “se o ser humano é apanhado nas relações de produção e nas relações de

⁵ Judicialização significa que algumas questões da vida cotidiana estão sendo decididas por órgãos do Poder Judiciário, envolvendo uma transferência de poder para juízes e tribunais, com alterações significativas na linguagem, na argumentação e no modo de participação da sociedade. É a crença na lei como resolução de todo conflito – de uma briga pessoal à superação da desigualdade social – em praticamente todos os âmbitos da vida.

sentido, ele é igualmente apanhado nas relações de poder de uma grande complexidade” (FOUCAULT, 1995, p. 2).

Além do fato de entenderem a cesariana como “pedido das mulheres”, os médicos apoiam a indicação fazendo uso de justificativas tais como a de proteger a função sexual, através da prevenção às desordens no assoalho pélvico. O artigo de Murad-Regadas (2009) estudou a associação entre anormalidades no assoalho pélvico e traumas obstétricos por meio de um estudo retrospectivo com 255 mulheres com queixas de constipação e nenhuma relação foi identificada entre a distribuição de desordens do assoalho pélvico e o tipo de parto. Mas o argumento de que os órgãos genitais femininos estarão preservados é bastante apelativo em uma sociedade em que a imagem corporal e a sexualidade atuam tão fortemente na produção do imaginário e na produção hegemônica de uma “subjetividade do brasileiro”. Isto tem sido bastante eficaz na associação entre o parto cesárea e a alta qualidade de assistência ao parto, uma ideia sexista e que corrobora para o distanciamento entre direitos reprodutivos e direitos sexuais.

Na lógica da “escolha”, tal como trabalhada pela literatura científica, a epidemiologia reuniria pesquisas acerca da efetividade e eficácia dos tratamentos, apresentando os melhores meios para alcançar um fim previamente escolhido. Mas, quando as pesquisas, entendidas como ferramentas que aumentariam o conhecimento sobre os meios disponíveis pela medicina, apresentam as tecnologias intervencionistas como mais efetivas e eficientes, haveria espaço para escolha?

A compreensão de assistência que estamos articulando neste trabalho é a da lógica do cuidado, conforme proposta por Mol (2008), na qual a assistência é uma interação em que a ação vai e volta em um processo contínuo. É o compartilhamento de responsabilidades entre a equipe, a mulher e a sua rede social. A equipe que acompanha uma mulher na gestação e no processo de parto se integra à rede de apoio social já existente na vida daquela mulher e passa a construir o caminho a partir tanto das especificidades das situações quanto das singularidades da mulher que se apresentam no percurso. Cuidado é a disponibilidade para explorar as diversas possibilidades e caminhos possíveis de conforto e saúde, em cada situação. Exige conhecimento, experiência, mas, ainda mais sensibilidade, persistência e sintonia com a experiência.

Cuidado não diz respeito a uma questão de implementar um conhecimento ou uma tecnologia abstratamente, prévia ao processo, mas de ir experimentando com eles seus usos e adequações no percurso da assistência àquela mulher em específico. Usar tecnologias exige que a equipe ajuste a sintonia às variáveis que se apresentam em cada situação e sintonizar as

variáveis significa descobrir o que é melhor a ser feito em cada momento e descobrir juntos, mulher, equipe e rede social autorizada por ela, o melhor caminho a ser tomado.

A autonomia estimulada na lógica do cuidado, proposta por Mol, não se produz a despeito das modificações e das sobreposições dos pontos de incidência do poder em sua atuação de forma massificante no “corpo-espécie”, engendrando modulações que fazem funcionar diversos mecanismos que intentam gerir o viver. Na lógica do cuidado, a mulher é convocada a ser ativa. Entretanto, mesmo a mulher que busca uma assistência humanizada para o seu parto, que é ativa na busca da equipe, que estuda o assunto, que prepara seu corpo, que decide pelo hospital, a despeito de todas estas atividades, ela não controla o mundo. O mundo não lhe é obediente. É preciso apreender esta experiência da produção de autonomia em seu entre, num plano limiar, daquilo que desvia e afirma a experiência do vivido.

Nos enfrentamentos e movimentos de resistências em prol do protagonismo feminino, podemos perceber que há, logo, a reivindicação pelo “direito de ser ouvida” e “pelo direito de escolher”, conformando, muitas vezes, a reivindicação por uma assistência baseada na lógica da escolha identificada como autonomia da mulher. Segundo Mol (2008), na lógica da escolha há uma ilusão de que as mulheres se tornariam mais ativas já que seriam convocadas a escolher e conhecer o que escolhem. Ao fazerem suas escolhas, as mulheres se tornariam donas de suas vidas, emancipadas, livres do patriarcado. Na lógica da escolha, a mulher é quem tomaria as decisões e se responsabilizaria por elas, carregando sob seus ombros as consequências e vicissitudes do processo do parto.

Mol (2008) nos fala de duas versões para a lógica da escolha: a versão do mercado e a versão cidadã. Na lógica do mercado, as pessoas são interpeladas como consumidoras que podem escolher o produto que elas querem. As mulheres são clientes e a assistência é trocada pelo dinheiro e deve seguir a demanda da cliente. A escolha é pelo fim: no caso de uma gestação, a escolha é pelo tipo de parto que advirá da assistência. Na lógica da escolha versão cidadã, a mulher se transforma de cliente em usuária do serviço e as relações entre as pessoas se dão intermediadas por leis, portarias e contratos que preconizam direitos e deveres aos quais as partes envolvidas devem respeitar. Os contratos, nesta versão, visariam dirimir a autoridade médica incentivando a emancipação das mulheres, como modo de celebrar a autonomia como participação, ainda que contratual, no processo. Aqui, também, a escolha se dá previamente, pelo produto final: contratação do modo de assistência e procedimentos a serem recebidos.

Não acreditamos que a “opção de escolha” tal como preconizada nas duas versões seja uma proposta que faça avançar o protagonismo feminino durante a assistência ao parto e tentaremos articular este posicionamento ao longo do trabalho.

A lógica do cuidado em que aqui apostamos afirma a assistência como interativa, como um processo aberto que vai sendo moldado e remodelado a depender dos acontecimentos e dos desafios experimentados no seu decorrer. Assim, a lógica do cuidado está mais em sintonia com as dificuldades e desafios do processo do que com o desfecho de um parto normal ou cirúrgico. Na lógica do cuidado, a fragilidade é tomada como parte da vida. Manejar o cuidado é estar preocupado com problemas específicos, de mulheres específicas, em condições específicas. Nesta lógica, as práticas assistenciais de cuidado se envolvem com a transmissão de ideias, questionam, tentam tranquilizar, constroem o caminho junto, se solidarizam e não desistem. A qualidade do cuidado não se mede apenas pelo resultado, mas pelo caminho trilhado, pelo esforço persistente em buscar conforto e suporte nas diversas situações apresentadas no processo de parir. Na lógica do cuidado identificar um tipo de parto a ser alcançado não é condição para a assistência, mas parte da assistência na qual a atenção e a especificação são buscadas e a negligência evitada. Não se opõe à tecnologia, mas a inclui. Não é um produto que troque de mãos, mas uma questão de várias mãos trabalhando juntas por uma experiência de potência de vida (MOL, 2008).

Mol (2008) alerta que o uso da palavra lógica não significa que todas as práticas sejam coerentes e que tudo dentro delas esteja definido. A lógica a que nos referimos está incorporada em discursos, materialidades e práticas articuladas que se atualizam em um modo histórico e socialmente localizado. O campo social como locus de materialização das práticas discursivas e não discursivas, em sua permeabilidade aos discursos presentes nos artigos científicos, nos possibilita olhar a assistência ao parto a partir do pressuposto da conexão nas quais se ancoram os campos científicos e outros campos sociais. Foi possível perceber neste estudo, pelos textos científicos, e, como veremos mais adiante, na mídia, a supremacia da proposta da lógica da escolha “travestida” de proposta emancipatória da condição de passividade da mulher frente à medicalização do parto.

Neste levantamento dos artigos científicos acerca da cesárea, em diversos países, procuramos pensá-los como narrativas, como modos de fazer ver e dizer de práticas específicas no parto cirúrgico. Estas, em sua positividade, atualizam técnicas e formas de conhecimento e saberes formalizando realidades e mundo. Este levantamento macropolítico nos possibilitou perceber e indagar a heterogeneidade das racionalidades normativas sobre a cesárea, presentes em suas contradições, hiatos e diferenças. Para tanto, entendemos como necessários alguns cuidados, quais sejam, escapar dos relativismos culturais, de uma leitura que classificasse ou ordenasse os artigos através da comparação de metodologias, amostras e/ou técnicas empregadas. Buscou-se analisar a produção de práticas e saberes que se estabelecem a partir

das conclusões destes trabalhos científicos como assertivas que comunicam signos para a fabricação de sentidos e reciprocidades, oferecendo conteúdos e técnicas que interferem na produção das formas que terão as práticas de assistência ao parto.

Os resultados dos artigos científicos da área produzem conclusões, muitas vezes, conflitantes e divergentes, o que coloca em cheque o discurso das evidências científicas tão amplamente difundido como verdade sobre os motivos que qualificam o uso prevalente da cesariana. Pudemos, também, perceber hiatos entre estas conclusões, no que diz respeito aos mecanismos que regulam estas práticas e dos lugares que ocupam os direitos sexuais e reprodutivos na seara da assistência ao parto.

Algumas das formas de modificar radicalmente a natureza do próprio evento de parir é vincular o tipo de parto como um procedimento cirúrgico fácil, a data de nascimento do bebê à configuração dos astros ou a uma certa transmissão genética ou ontogenética de como a própria mulher nasceu. É, também, fazer parecer que o parto cirúrgico preserva intacta uma parte do corpo responsável pela sexualidade ou apresentar o procedimento como ausência de dor ou sofrimento.

Estudar as cesáreas reflete o modelo assistencial ofertado no país, mas buscamos, também, discutir o cenário mundial da cesariana como efeito de processos de composições e associações as quais envolvem todos os elementos presentes – médico, parturiente, bebê, rede social, recursos tecnológicos disponíveis – e que lhes conferem formas modulares e diversas.

Nos últimos anos, houve uma mudança na forma de ofertar os serviços de saúde e de promover a relação médico-paciente, mas esta mudança foi apenas uma modulação na forma de exercício de poder. No passado, era comum uma relação paternalista onde o médico era detentor do poder de indicação e escolha de um procedimento, independente da participação do usuário no processo de escolha. Com o aumento nos níveis de escolaridade da população e baseados no desenvolvimento da ética e da bioética, houve um deslocamento do lugar de poder com o apoio cada vez maior à “autonomia” do sujeito sobre seu corpo. Esta autonomia entendida como possibilidade de escolher entre opções dadas se tornou sinônimo de “escolha individual” e esta passa a ser valorizada como um grande ideal na assistência em saúde, como um avanço libertador do tipo de assistência que produzia subserviência. Ao invés do médico dizer o que é melhor para o curso do parto, as mulheres passariam a ter este direito.

Mas de que autonomia estamos falando, se a nossa decisão “autônoma” está *a priori* formatada pelas informações preconcebidas de profissionais, pela ausência de informações acerca do processo de parir, pela crescente produção de insegurança na capacidade física de conduzir o processo, na transferência absoluta de responsabilidade para os profissionais de

saúde e nas promessas milagrosas de rapidez, preservação do órgão sexual e da remissão de dores? Que autonomia pode existir se o preço por uma escolha diferente da “recomendada” é o risco de ser responsabilizada por qualquer problema e até pela morte de seu próprio filho? O exercício de autonomia se encontra também em luta com enunciados e signos que pautam as crenças cotidianas em um viés liberal no qual a autonomia é afirmada como a capacidade de se desenvolver plenamente suas vocações e potencialidades individuais. As mulheres, ao aceitarem esta autonomia, estão assinando por toda a responsabilidade do desfecho?

Dentro da lógica da escolha, o conhecimento científico é tomado como uma coleção de fatos que, gradualmente, aumentam a certeza e a segurança. Os profissionais precisariam ter acesso a estas verdades e também serem estimulados a produzir mais verdades. Todas as verdades científicas estariam, por esta lógica, enquadradas em um repertório racionalista e em uma perspectiva de que a ciência seria neutra. Os valores seriam colocados livremente pelas mulheres que, ao fazerem uma contabilidade entre os prós e os contra, realizariam as suas escolhas (MOL, 2008).

Na lógica da escolha, toda a fluidez está localizada no momento em que a escolha é feita, mas uma boa escolha depende, necessariamente, do equilíbrio entre vantagens e desvantagens, como uma contabilidade. É como se a tomada de decisão ocorresse através de um cálculo matemático entre prós e contras. Mesmo nesta lógica a “autonomia” para a decisão é circunscrita: uma mulher não pode escolher contra a existência dela ou do bebê. Há um quadro em que as opções estão disponíveis e que, portanto, emolduram o leque da emancipação. Que tipo de informações estará disponível? Que tipo de tecnologia não seria uma questão de escolha para uma opção individual da mulher? Que questões de pesquisas foram valorizadas? E por que estas e não outras?

Alimentando esta crença, há narrativas que coexistem para organizar a “escolha livre” em termo de seguro/inseguro; ordem/desordem; vida/morte; todos com significados ontológicos e que produzem e laminam uma identidade materna na mulher como boa/má (BRYANT, 2007). A obrigação (neo)liberal de manejar o risco e alcançar o sucesso para ambos, mãe e bebê, significa que a mulher está obrigada a escolher o que é colocado como a opção mais óbvia e sensível: cesarianas planejadas e seguras.

O biopoder não se dá por imposição, mas é um controle pela adesão das mulheres em nome da saúde, pela venda de valores, de modo a fomentar uma servidão voluntária. As pessoas assumem essas divisões como verdades, em seus modos de existência em que o desejo por uma atenção à saúde de “qualidade” tem como signos de valor equivalente a capacidade de consumir tecnologias. Algumas farão a “adesão voluntária” pela compra da cesárea e na defesa

de seu direito de “escolha”, denunciando uma lógica de assistência pela escolha, seja na versão do mercado seja na versão cidadã!

Por isso, concordamos aqui com Mol (2008), quando afirma que a lógica da escolha é um tipo de assistência que abandona a mulher, não lhe oferecendo suporte ou apoio. Uma vez ocorrida a escolha, resta a implementação do fim escolhido e toda a responsabilidade pelas consequências recairá sob seus ombros. Mesmo na sua implementação mais democrática na qual o profissional esteja habilitado a manejar uma grande quantidade de informação, com bastante experiência na assistência ao parto, hábil para agir com competência na direção escolhida pela mulher, ainda assim a ênfase é na escolha por um fim.

Este funcionamento se afirma e produz uma lógica de assistência em que o tempo é linear: fatos (neutros) – escolha (valorativa) – ação (técnica). As mulheres passam a gerenciar a assistência que desejam e, aos médicos, restaria a sua implementação. Desta forma, não é à toa que parte dos médicos acaba por oferecer uma grande oposição ao movimento das mulheres pela humanização do nascimento. Na lógica da escolha, haveria uma transferência de poder do médico que decide para a mulher que escolhe, em uma relação linear.

Talvez este convite permeado pela responsabilização individual seja tão difícil que muitas mulheres preferem que os médicos façam as escolhas por elas. “O que o senhor acha doutor?” “O que o senhor faria se fosse seu filho?”. Neste tipo de assistência, desconsidera-se, também, o desequilíbrio constituinte das relações de poder das relações hierárquicas e excludentes dos especialismos técnico-científicos. No espaço existente nas relações entre médico e paciente, ocorrem trocas que não são bem claras e, apesar de inúmeros médicos informarem o crescimento das cesáreas sob pedido, entendemos ser urgente discutir o modo como a assistência é ofertada, e como as mulheres compreendem esta assistência.

O modo como a mulher irá avaliar seu parto como tendo sido dentro da normalidade ou fisiológico dependerá de inúmeros agenciamentos ocorridos durante a assistência, do seu modo de ser e estar no mundo, dos processos de subjetivação ocorridos, do poder da informação recebida em suas relações com o poder-saber médico científico apresentado pelo obstetra, do modo como ela se relaciona com figuras de poder... Além disto, o contexto social e histórico de cada lugar, o acesso a diferentes tipos de assistência e aos recursos tecnológicos produzem diferentes processos de subjetivação. No próximo capítulo, vamos nos deter na assistência ao parto ofertada no Brasil e suas vicissitudes.

UM EXEMPLO DA FORMAÇÃO MÉDICA HEGEMÔNICA NA ASSISTÊNCIA AO PARTO NO BRASIL

Depoimento publicado na Rede Social do Facebook: A Violência Obstétrica invisível, contada por uma aluna de medicina interna.

Primípara, 16 anos, chega à maternidade, com dinâmica +, contrações ritmadas e 7 cm de dilatação. Não se queixava de dores fortes, apenas desconforto e certo cansaço. Deambulamos pelos corredores, do lado de fora da sala do pré-parto, das 23h até 0h.

Tudo corria bem, eu fazia, quando ela solicitava, massagens em sua região lombar.

Quando, de repente, a médica plantonista apareceu no local, para atender outra paciente (ali não há pré-parto individual), e, ignorando o meu relato que a paciente estava evoluindo super bem – prescreveu ocitocina diretamente no soro, sem uso de bomba de infusão, a correr, sem preciso controle do número de gota – apesar de a paciente e a mãe dela haverem dito que não queriam.

“A obstetra aqui sou eu!”.

Bom, a paciente começou a sentir contrações dolorosas, ficando impossibilitada de deambular.

A obstetra mandou ela se deitar na cama, para novo toque, dizendo “Ah, você está fazendo é fiasco!” e rompeu a bolsa da parturiente com o amniótomo. Líquido claro. BCF’s lindos, que eu captava com o sonar a cada 10 min., preocupada com tanta ocitocina. E argumentando com a obstetra, porque a paciente queria tirar “o sorinho”:

“Dra, ela estava com contrações efetivas, ritmadas...”.

“Ah, mas agora é 0h30 min... vamos acabar com isso já!”.

“Mas... Dra, não vejo necessidade, ela estava deambulando...”.

e repete a pérola:

“Quem é a obstetra aqui? É tu?”.

Bom, lá pelas 2h da manhã, a paciente estava completa, ainda que a apresentação estivesse alta.

E a “Dra”... tasca outro soro com ocitocina na moça... sobre protestos da paciente, da mãe (acompanhante) e meus...

(leve uma super bronca porque deixei a paciente beber ÁGUA).

Bom, quando a apresentação “desceu” e estava quase coroando, a doutora, com gestos rudes, fez a paciente levantar-se do leito e me pediu para levá-la para a sala de parto, cerca de 10m dali.

Disse para eu me paramentar, porque seria eu que daria assistência àquele parto. Minha colega estagiária, também interna, fazia os BCF=140bpm, enquanto posicionávamos a PCTE em litotomia.

Bom, a cabeça vinha descendo lentamente, mas descia... BCFs bons, excelentes. Mas a obstetra, impaciente, gritou para minha colega realizar manobra de Kristeller, mas como ela se negou e eu disse para ela que nós não realizávamos aquilo, ela brigou conosco, xingou todo mundo e mandou a enfermeira subir na escadinha e fazer. A enfermeira quase montou na paciente, que berrava pela dor para pararem, que doía muito e não conseguia respirar.

“Cala a boca!”, disse a obstetra.

E subiu na paciente também,

e eu dizendo que não tinha necessidade, que estava descendo

Um pandemônio.

A obstetra se enfureceu, me tirou de campo e fez episiotomia.

Minha colega fez novo BCF=136 bpm.

Não contente, pediu para a enfermeira trazer o fórcepe. Qdo ela colocou, a paciente berrou de dor. E a episiotomia, já enorme e feita contra a vontade da paciente, aumentou ainda mais!

Bom, enfim, ela puxou a criança à fórcepe, desnecessariamente ao meu ver, porque a apresentação descia, ainda que lentamente... BCFs bons nenhum sinal de SFA, até o dorso do bebê estava à esquerda, como manda o figurino.

E olhou para mim, ao final e disse: “você que ficou aí parada, sutura aqui a episio!”.

Levei mais de 1 hora para suturar

A minha colega e eu anotamos TUDO no prontuário. O expulsivo durou cerca de 30 min.

A “doutora” não gostou do nosso registro e “passou a limpo o prontuário”, fazendo nova folha de registro! E foi dormir.

Ah, ainda recebi bronca por “ter deixado a familiar entrar”. Qdo retruquei que era lei federal, ela disse “mas eles não sabem!”.

Esse foi o caso mais criminoso e horrível que eu assisti, o parto mais violento.

A minha paciente, chorou e a mãe dela disse: “É assim mesmo, filha”. Eu disse que não era, que não precisava ser assim horrível, enquanto suturava aquela episio horrível, profunda, enorme, ia até quase a nádega da moça.

Quando solicitei à enfermagem gelo perineal, para reduzir o edema, elas disseram “Só se a Dra. prescrever!”.

Me humilhei na frente da obstetra, para conseguir que fosse colocada a compressa de gelo, no fim, consegui, mas ela deu a entender que “É bom ela ver que pôr filho no mundo não é brincadeira!”.

E daí eu entendi que ela fez tudo isso porque a moça tinha apenas 16 anos!

Me doeu mais ver que as pessoas não tem consciência de que isso é violência, mesmo a minha colega e eu falando.

A mãe dela disse, no fim “Olha, Dras... eu não vou denunciar a médica porque a gente precisa dos médicos!! A gente nunca que deve fazer uma coisa dessas com quem cuida da gente!”.

Foi de partir coração, ouvir isso. A minha colega e eu choramos de raiva, de frustração, de tudo, no quarto dos internos, depois!

CAPÍTULO 3

O PARTO NO BRASIL: A TERCEIRIZAÇÃO DA EXPERIÊNCIA

3.1 O PARTO NO BRASIL E OS DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS

Estudos demonstram o quão violento é o arranjo institucional brasileiro de assistência ao parto (D'OLIVEIRA; DINIZ; SCHRAIBER, 2002; GOMES; NATIONS; LUZ, 2008). Essas formas de violência são recorrentes e deliberadas, representando uma séria violação dos direitos humanos e estão relacionadas a uma baixa qualidade e efetividade dos serviços de saúde. Não raro, como falamos anteriormente, estas práticas são aprendidas durante a formação e reforçadas e legitimadas pelos serviços de saúde (D'OLIVEIRA; DINIZ; SCHRAIBER, 2002; MCCALLUM, 2005).

Chama a atenção, em todos os artigos estudados, a grande dissociação entre os direitos reprodutivos e os direitos sexuais. Entre os artigos, não foi encontrado algum onde fosse clara a discussão da assistência ao parto sob a perspectiva de gênero, sequer na defesa dos direitos reprodutivos vinculados aos direitos sexuais. É verdade que os direitos reprodutivos e sexuais são muito recentes no âmbito do direito internacional. Eles aparecem mais claramente em documentos da Organização Mundial da Saúde (OMS) da década de 1990, mais especificamente em 1994, na Conferência sobre População e Desenvolvimento do Cairo, quando ficou definido que as políticas populacionais deveriam ser orientadas pelos direitos humanos e se conseguiu definir os direitos reprodutivos. E, em 1995, na IV Conferência Mundial da Mulher, em Pequim, quando se conseguiu avançar na formulação dos direitos sexuais como parte dos direitos humanos.

Os direitos reprodutivos se referem ao direito de decidir, livre e responsavelmente, sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos bem como a ter acesso a informação e aos meios para a tomada de decisão. Já os direitos sexuais dizem respeito ao direito de exercer a sexualidade e a reprodução livre de discriminação, coerção ou violência. Vivemos em uma sociedade ocidental calcada em princípios da moral cristã que não contribui para a incorporação dos direitos reprodutivos e sexuais em sua integralidade. Até os dias atuais os direitos reprodutivos e sexuais sequer possuem consistência normativa ou juridicamente vinculante, ou seja, não geram obrigação legal para que os Estados os efetivem na oferta de serviços de saúde sexual e reprodutiva completos e de qualidade.

Se buscarmos na Bíblia, livro sagrado das religiões cristãs, é fácil ver esta dissociação. Maria, que deu à luz a Jesus, é considerada virgem e sem pecados. Ou seja, há uma desvinculação da maternidade com a sexualidade, corroborando para a produção subjetiva de uma mãe associada com uma santa. Quanto a Eva, a primeira mulher, está associada ao exercício sexual como algo proibido e relacionado ao pecado original, razão pela qual todos os humanos pagam por esse pecado, tendo sido, portanto, expulsos do paraíso. É muito fácil ver como esses processos de subjetivação acerca do papel feminino se reproduzem dentro da assistência ao parto, pela violência obstétrica, pela violação de direitos em qualquer classe, seja pelo excesso de intervenções nos partos normais seja pela primazia do parto cirúrgico. Em ambos a mulher fica subsumida, submetida e silenciada.

Para a Igreja Católica Romana há um único padrão de família, a nuclear, formada por um homem e uma mulher e sua prole. A sexualidade só deve ser exercida para a reprodução e, mesmo assim, dentro do casamento. Qualquer tipo de contracepção é sempre mau e o aborto provocado, até para salvar a vida da mulher, é sempre imoral. A vida sexual das pessoas não é um fim em si, senão um instrumento de procriação. E por fim, as mulheres não são ordenadas ao sacerdócio, e permanecem excluídas de todas as funções de tomada de decisões (MATTAR, 2008, p. 70).

Muitas regras de regulação e disciplina que sujeitam a sexualidade e a reprodução são encobertas por um discurso que naturaliza a reprodução e a sexualidade. Tanto em Pequim quanto no Cairo, os movimentos feministas enfrentaram os grupos religiosos fundamentalistas e os grupos governamentais conservadores que tentavam impor uma agenda pró-natalista opondo-se a qualquer termo que pudesse sugerir aceitação do aborto e do prazer sexual ou qualquer forma de família ou união fora da forma heterossexual (MATTAR, 2008).

A gestação é atividade humana exclusiva das mulheres. Difícil, portanto, desvincular toda essa forma de assistência das diferenças de gênero. Esta discussão nos leva a trazer a dimensão de gênero para o cerne da questão. Há mulheres invisibilizadas, desqualificadas socialmente, negadas e silenciadas na sua experiência de gestar, parir.

“O pequeno valor social atribuído ao sujeito mulher e a naturalização da sexualidade e da reprodução biológica” seriam os motivos da falta de priorização da saúde sexual e reprodutiva das mulheres nos planos e políticas de saúde de diferentes governos dizem Villela, Barbosa e Diniz (2008, p. ??). Para as autoras, isto justificaria a consistência da relação entre os precários indicadores de saúde sexual e reprodutiva e a desigualdade de gênero em nível global.

A assistência ao parto está mediada pelas relações de poder pautadas por uma “prática social sexista, gentrificada, classista e homofóbica; portanto, trata-se de um modelo excludente e discriminatório”, afirmam Mattar e Diniz (2012, p. 114) em estudo que aponta para a existência, no Brasil, de uma certa “hierarquia reprodutiva”, indicando a existência de tipos de exercício de maternidade mais socialmente aceitáveis e tipos menos aceitáveis. Se a maternidade ocorre dentro de um padrão prescrito socialmente (mulher branca, em relacionamento marital heterossexual, com recursos financeiros providos por um homem e recursos culturais suficientes para criar “bem” seus filhos), esta maternidade seria recompensada com amparo social, suporte institucional e benefícios materiais, o que inclui acesso à anestesia, assistência mais humanizada, poder de escolha do médico obstetra, hotelaria de hospital com conforto e regalias, tratamento respeitoso e educado. Concluem as autoras que:

[...] quanto maior o número de aspectos ‘negativos’ presentes na mulher (ou casal) ao exercitar a maternidade e/ou a reprodução e cuidado com os filhos, mais próxima da base da pirâmide hierárquica estará e, ainda, maior dificuldade encontrará no exercício de seus direitos humanos (2012, p. 114).

Para as autoras, aspectos negativos são determinados por raça, idade e parceria sexual que, a depender de quais sejam, determinariam a legitimidade social destas maternidades e, portanto, de suas vivências. Na base da pirâmide hierárquica da reprodução, estariam mulheres não brancas, que pertencem a uma classe econômica baixa, jovens ou bem mais velhas, homossexuais ou solteiras, que viveriam a maternidade com menor aceitação e em piores condições. O suporte social à maternidade, de forma indistinta, poderia representar o desenvolvimento de uma lógica de cuidados em todos os âmbitos da oferta de serviços na comunidade com a promoção do exercício dos direitos humanos.

Béhague, Victora e Barros (2002), em seu estudo, relatam que o medo da baixa qualidade da assistência ao parto normal no sistema público brasileiro pode estar por trás do desejo pela cesárea entre as mulheres de classes baixa e média. Hotimsky (2002) desenvolveu um estudo para identificar as expectativas das gestantes acerca do parto e encontrou uma associação entre a cesariana e o desejo pela esterilização e, embora estivesse presente o medo do parto, as mulheres demonstraram mais medo de como os profissionais de saúde iriam reagir a suas queixas.

Há a produção de uma associação perversa entre a cesárea e o acesso a uma assistência de nível superior em termos de qualidade, fazendo crer que conseguir uma cesariana equivaleria alcançar uma assistência mais qualificada (BÉHAGUE, 2002). O parto normal está

cada vez mais associado às mulheres de classe econômica baixa e à assistência pública, por sua vez, associada a uma assistência de má qualidade. Uma violência invisível, perversa!

No Brasil, há uma distinção, que se estabeleceu como natural entre os brasileiros, reforçadora da desigualdade social, qual seja: a referência à existência de cidadãos de primeira e de segunda classe. Entendendo cidadãos de primeira classe aqueles que merecem toda a tecnologia disponível e podem pagar por ela e, de segunda categoria, aqueles para quem a tecnologia só está disponível em situações extremas. Sendo assim, ter acesso à cesárea é só para quem pode pagar ou se estiver correndo risco eminente de morte. Como vimos anteriormente, no Brasil, ter acesso à cesariana equivaleria a ter poder de consumo da tecnologia, a ter poder socioeconômico.

O modo como a assistência ao parto nos setores privados do país foi organizada, com a oferta da cesárea de rotina, substitui a imprevisibilidade do parto por um planejamento taylorista de grande eficiência e lucratividade (DINIZ, 2009). A data é previamente marcada, em geral, em torno de 38 semanas. A definição da data é feita no consultório, consultando as vagas no hospital escolhido. O agendamento facilita a organização hospitalar, a organização da agenda do médico (que não raro já tem determinados seus turnos de cirurgia) possibilitando agregar em um mesmo turno diversas cesarianas, retira a ansiedade dos pais que, previamente, podem organizar a licença-paternidade, avisar aos familiares, divulgar nas redes sociais o dia e horário da chegada do bebê... E se tudo estiver sendo feito com o aconselhamento do especialista, então, não há o que temer. Ele sabe o que faz! O médico, afinal, é o especialista no assunto, faz centenas de partos e sabe mais do que o casal!

A discussão acerca do protagonismo feminino na cena do parto precisa ser transversal, difere de um país para outro não se limitando a um país em particular. No Brasil a discussão do protagonismo feminino no processo de parir tem estado em pauta nas Políticas Públicas de Saúde, desde a década de 80.

3.2 POLÍTICAS PÚBLICAS E HUMANIZAÇÃO DO PARTO NO BRASIL

A primeira proposta oficial de humanização do atendimento à mulher no Brasil foi o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, de 1983. Na última década, o Ministério da Saúde implantou diversos projetos: Maternidade Segura, Programa de Humanização do Pré-Natal e do Nascimento (PHPN), Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) e, em 2004, a Política Nacional de Humanização – HumanizaSus. (BRASIL, 1996, 2000, 2004).

É interessante notar que, apesar dos programas e políticas citados, a Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) mantém, ainda hoje, em 2015, dentre suas publicações, um Projeto denominado Diretrizes de Assistência ao Trabalho de Parto, datado de 2001, no qual há a recomendação do manejo ativo do parto bem como prescrição de enema, dieta zero, amniotomia de rotina, posição vertical, uso da ocitocina de rotina e outras recomendações claramente contrárias às orientações da Organização Mundial de Saúde.⁶

Em janeiro de 2015, o Ministério da Saúde e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que regula os planos de saúde privados no país, publicaram a Resolução Normativa nº 368, que entrou em vigor no dia 7 de julho de 2015, que tem como objetivo reduzir o número de partos cirúrgicos considerados desnecessários (BRASIL, 2015a). Esta Resolução, que começou a valer no mês de julho de 2015, exige que os médicos justifiquem, de maneira mais rigorosa e detalhada, os motivos que levaram à escolha da cirurgia para o nascimento da criança. Na prática, os planos de saúde terão que: disponibilizar acesso à informação das beneficiárias, aos percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais, preencher o partograma – documento gráfico onde são feitos os registros do desenvolvimento do trabalho de parto, das condições maternas e fetais, que somente pode ser preenchido uma vez iniciado o trabalho de parto e será condição para a cobrança do procedimento – e preencher o cartão da gestante, que é um instrumento de registro das consultas de pré-natal que contém os principais dados de acompanhamento da gestação.

Entretanto, portarias como por exemplo, a que prevê o direito ao acompanhante no momento do trabalho de parto e no parto (BRASIL, 2000b), são publicadas, e são ignoradas, sob a justificativa da falta de condições materiais para a sua implantação. Os protocolos de assistência preconizados não são utilizados, o comportamento dos profissionais de saúde obedece apenas à decisão pessoal do próprio profissional ou, quando muito, do gestor direto. Em 2005, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005c) promoveu alguns seminários nacionais acerca da assistência baseada em evidências científicas obstétricas e neonatais, que teve alcance limitado. Os custos de toda essa problemática têm sido elevados tanto para as mulheres quanto para seus filhos, para não falar nos cofres públicos.

Três condições distintas se complementam no entendimento do cenário atual da assistência ao parto no país: 1) as políticas públicas implantadas no país não têm se mostrado eficazes em modificar a qualidade da assistência prestada à mulher (SANTOS NETO et al., 2008); 2) estudos demonstram a insatisfação das mulheres e graves consequências na

⁶ Disponível em: <www.febrasgo.org.br>.

morbimortalidade materna e infantil decorrente do tipo padrão de assistência ao parto que ocorre no dia-a-dia das maternidades brasileiras; 3) o tipo de lógica privilegiado ainda está centrado na lógica da escolha, que simplifica a relação entre meios e fins e que não deixa de ser parte de um projeto normativo: deve ser posta em prática a concessão de que as mulheres tenham a possibilidade de escolher uma coisa boa: o parto normal.

A tecnologia de assistência ao parto humanizado, proposta pela OMS, em 1985, é um modelo de atenção que vê a mulher como protagonista de suas ações, que é sensível à participação familiar no processo e que considera outros valores que não só o saber médico. Entretanto, a luta pela saúde tem uma interface com a qualidade da assistência e depende diretamente de princípios como a integralidade e a equidade. Barbosa chama a atenção que a assistência à saúde das mulheres é

um campo que ilustra exemplarmente o quanto programas, documentos e declarações não são suficientes para mudar substancialmente os modelos assistenciais, as práticas em saúde e, em última instância, o próprio cenário de saúde da população (2006, p. 327).

Portanto, a preconização de uma assistência humanizada via documentos, cartilhas, leis não é garantia de modificação na micropolítica do trabalho em saúde; não é garantia da troca de práticas centradas em procedimentos por outros ordenados a partir das relações cuidadoras. Não é garantia de não fragmentação das práticas ligadas a diferentes programas de humanização da saúde nem do entendimento total da humanização proposta pela Política Nacional de Humanização do SUS.

Por outro lado, para Chazan (2005), a abordagem do “homem-máquina” pela qual o parto e a gravidez estavam confinados ao espaço do corpo e sujeitos ao olhar localizador do médico, foi sendo substituído pela metáfora ecológica na qual o corpo é um sistema aberto de comunicação. A autora critica os esquemas “humanizados” e individualizados que apontam para o reforço do movimento de subjetivação do indivíduo e considera que a noção do “parto humanizado” é:

herdeira de dois movimentos sociais relevantes surgidos no pós-guerra, particularmente acentuados nos Estados Unidos a partir da década de 60: o dos direitos civis, que questionava e incidia, entre outros aspectos, na relação de poder médico-paciente e que passava a reivindicar esse poder para a mulher, e o movimento da contracultura, que tinha como principal bandeira o retorno à natureza (CHAZAN, 2005, p. 102).

O conceito de Humanização assumido neste trabalho é mais amplo. “Diz respeito à transformação dos modelos de atenção e de gestão nos serviços de saúde, indicando a necessária construção de novas relações entre usuários e trabalhadores e destes entre si” como está descrito no verbete Humanização, de autoria de Benevides e Passos (2006) e publicado no site do HumanizaSus. Sendo assim, a Humanização da qual tratamos indica a inseparabilidade entre a potência de autonomia constituinte do humano e sua conexão com o plano coletivo. É a afirmação da transversalidade como aposta no aumento do grau de democracia institucional através da cogestão na produção de saúde e da corresponsabilidade no cuidado.

De acordo com Benevides e Passos (2006), entendemos que a efetuação da “humanização” como política de saúde se faz pela experimentação conectiva/afetiva entre os diferentes sujeitos, entre os diferentes processos de trabalho constituindo outros modos de atender, outros modos de gerir a atenção. Implica considerar os vários atores sujeitos do processo de produção da realidade, sejam eles profissionais, mulheres, mídia, comunidades das redes sociais, sem a hierarquia do eixo vertical ou a da comunicação por estames do eixo horizontal, mas produzindo uma comunicação multivetorializada. Nesta aposta as práticas de humanização afirmam a vida em seu movimento de produção de normas e não a sujeição às mesmas, através da produção de outros modos de vida, de novas práticas de saúde e de outros modos de cuidar. (BENEVIDES; PASSOS, 2005a). “A humanização como política transversal supõe necessariamente ultrapassar as fronteiras, muitas vezes rígidas, dos diferentes núcleos de saber/poder que se ocupam da produção da saúde”, afirmam Goulart e Chiari (2010, p. 267) e significa apostar em uma lógica do cuidado, como nos propõe Mol (2008).

O que seria uma experiência de normalidade ou de parto fisiológico? O *International Childbirth Education Association* (ICEA), uma organização profissional que apoia educadores e profissionais de saúde que acreditam em alternativas de assistência ao recém-nascido e a maternidade centrada na família, divulgou, em 2014, um documento de posicionamento frente ao parto fisiológico. No documento o ICEA (2014) reconhece o parto como um momento único de um processo de sinergia entre a mãe e o feto caracterizado por um trabalho de parto espontâneo e progressivo, resultando num parto vaginal de criança e placenta, com baixa perda de sangue, que facilite uma transição ótima do neonato através do contato pele-a-pele, mantendo a díade mãe-bebê juntos no pós-parto e apoiando o início precoce da amamentação.

O *Lamaze International* (2009) cita seis práticas de assistência ao parto que podem promover o parto fisiológico: Evitar a indução medicamentosa desnecessária no trabalho de parto, permitir a liberdade de movimentos para a mulher em trabalho de parto, prover suporte

emocional contínuo a mulher em trabalho de parto, evitar intervenções e restrições de rotina, encorajar a força espontânea em posições não supinas (posição do corpo vertical) e a manutenção de mães e bebês juntos após o parto sem restrições para a amamentação.

3.3 O QUE VULNERABILIZA A MULHER NA EXPERIÊNCIA DO PARTO

No momento da parturição qualquer ameaça de risco ao bebê legitima as intervenções sobre o corpo da mulher e são rapidamente autorizadas pela mesma, seu companheiro e sua família. Dias afirma:

Conforme pôde ser constatado nesta pesquisa, o saber médico dominante lança mão exaustivamente, do **'fator risco'** a fim de justificar a **'medicalização do atacado'** do processo de nascimento e desacreditar qualquer alternativa que vá de encontro à cirurgificação do parto. (2007, p. 221, grifos da autora).

O discurso do risco é o elemento estruturante básico da biossociabilidade e representa o “parâmetro existencial fundamental da vida na tardo-modernidade, estruturando o modo pelo qual experts e leigos organizam seus mundos sociais” (CASTEL, 1991, p. 57). Entretanto o risco, como qualquer conhecimento, traduz valores em disputa. Não é um “fenômeno estático e objetivo, mas constantemente construído e negociado como parte de uma rede de interações sociais e de construção de sentidos” (CARVALHO, 2004, p. 673).

O discurso do risco é entendido diferentemente em cada contexto social, contudo o uso deste equivalente se mantém através de dispositivos e estratégias investidos de valores distintos em cada configuração histórica, sempre em “núpcias” com os modos de exercício de poder no capitalismo contemporâneo. A forma como os discursos e práticas se dão em torno do risco laminam os processos de produção da subjetividade e da vida social.

Reconhecemos a contribuição do conceito de risco para a eficácia das ações em saúde, mas isso não nos afasta da possibilidade de analisarmos suas ambiguidades. Se os critérios de escolha, definição e prioridades fossem tão objetivos como prometem ser não haveria uma divergência tão grande nas indicações para a cesárea.

Qual mulher irá enfrentar o “risco” apresentado pelo médico ao seu bebê e sustentar seu desejo por um parto normal? Quem irá discutir com um médico cujo saber está estabelecido quanto aos riscos apresentados? Afinal de contas, ele é o especialista, ele sabe do que está falando! O discurso do risco acaba gestando o medo e frente a este as decisões são aceleradas.

O discurso do risco é um dos mais poderosos dispositivos na construção de uma decisão acerca do desfecho de uma gestação, principalmente para a opção pelo parto cirúrgico.

Sabemos que parto cirúrgico é essencial nos casos em que há risco de doença grave ou de morte para a mãe e/ou para o bebê. Contudo, há toda uma produção subjetiva, decorrente das verdades científicas produzidas, que asseveram a associação entre parto normal e dor, e parto cirúrgico ao uso moderno da tecnologia.

Percebemos, nos artigos estudados, a mitificação da medicina como se ela fosse capaz de evitar a morte, a dor e boa parte das doenças, na qual o corpo tende a ser visto e tratado como se fosse objeto e mercadoria, totalmente disponível às metamorfoses sonhadas por cada um. O parto cirúrgico é apresentado como alternativa para os riscos maximizados de um parto normal, como um procedimento inócuo, sem dor, com alto controle por seus resultados, sem esforço por parte da mulher, sem interferências em sua função sexual, ou seja, só como solução. Para Sant'Anna os imperativos de cuidado com o corpo se direcionam a “aumentar os prazos de validade de suas várias partes, dilatá-los em direções diversas, para, a seguir, reconfigurá-los; mesmo que para isso seja preciso modificar radicalmente a natureza de cada elemento vivo, criando novas vias para a evolução” (apud RAGO; ORLANDI; VEIGA-NETO, 2002, p. 102). A grande adesão ao parto cirúrgico aparece como efeito do discurso do risco e da gestão do medo, modificando completamente o modo de ver o parto.

3.4 COMO SE PRODUZ A ADESÃO DE QUE NORMAL É UM PARTO CIRÚRGICO?

Como se produz a crença e adesão a essa discursividade, que se quer hegemônica, na qual “o normal é consumir a cesárea”? e/ou “o normal é evitar o risco”?

O conceito de subjetividade nos ajuda a pensar, junto com o advento das biotecnologias, o que possibilitou, no contemporâneo, a consolidação de uma lógica assistencial marcada pela intervenção medicalizante do processo de parir. Entendemos a subjetividade como um processo de produção incessante no qual comparecem e participam múltiplos componentes, não sendo “passível de totalização ou de centralização no indivíduo” (GUATTARI; ROLNIK, 2005, p. 31). Esta produção acontece em meio aos encontros que experimentamos com práticas sociais, tecnológicas, humanas, pré-pessoais, pré-verbais. Práticas, estas, produtoras de corpos e efeitos de serialização e/ou invenção nos modos de viver.

A subjetividade como algo mutante e vivo, muitas vezes, quando capturada e transformada em referências a serem reproduzidas pela coletividade, determinam uma direção

e fixam a força subjetiva produtiva. Deleuze (1992), na esteira de Foucault, ao falar dos processos de subjetivação contemporâneos em sua relação com as estratégias de controle e regulamentação da vida (táticas de normalização afins a biopolítica tal como pensada por Foucault) aponta que o controle hoje se dá primordialmente em espaços abertos e não em instituições fechadas (sociedade disciplinar).

Essa produção de subjetividades, da qual o sujeito é um efeito provisório, mantém-se em aberto uma vez que cada um, ao mesmo tempo em que acolhe os componentes de subjetivação em circulação, também os emite, fazendo dessas trocas uma construção coletiva viva (MANSANO, 2009, p. 111).

As instituições, a linguagem, a tecnologia, a ciência, a mídia, o trabalho, o capital, a informação participam do processo de subjetivação, com uma característica comum de estarem sempre sendo reinventados e disponíveis para circulação na vida social.

O biopoder expressa o controle mais abrangente a que uma pessoa se submete, pois é o controle não mais sobre este ou aquele aspecto da vida, mas sobre a vida na sua totalidade, do nascimento à morte. A grande característica do biopoder é a produção de subjetividades, priorizando normalizações, normas voláteis e homogeneizantes que produzem a objetivação dos corpos e da experiência vital com um ponto comum: o caráter de consumo de ideias, de valores e de produtos. A naturalização entre o pedido de cesárea e sua aceitação são resultados da biossocialização. “A noção de biossociabilidade visa descrever e analisar as novas formas de sociabilidade surgidas na interação do capital com as biotecnologias e a medicina” (ORTEGA, 2008, p. 30).

Sant’Anna (2005, p. 98), num artigo sobre as transformações do corpo, controle de si e uso dos prazeres, descreve novas configurações de dominação capitalista em relação ao corpo e a vida, mostrando que estas são capazes de “modificar sensivelmente as relações do ser humano com o seu corpo e com a sociedade”. Ela descreve oito ações sobre os corpos provenientes da ordem tecnocientífica:

(1) Requer que o corpo seja considerado o lugar privilegiado da subjetividade de cada um, (2) produz uma liberação quase absoluta dos seres vivos em relação à fisiologia humana. (3) resulta numa aposta na transformação de todas as práticas em experiências de busca de prazeres ilimitados, (4) prega que tudo pode e deve funcionar como um remédio, (5) prega a medicalização e a prevenção absolutas por meio da aceleração da colonização dos corpos, (6) produz o aprofundamento da tendência de transformar todas as partes do corpo em imagem de marca e num marketing privilegiado do eu, (7) há uma inflação da publicidade e, por fim, (8)

revelar ao olhar apenas as redes constituídas por poderes, até tornar opaca e mesmo invisível as verdadeiras redes que nos conectam as potências do mundo.

No caso da assistência ao parto poderíamos descrever a assistência comumente ofertada dentro desta nova configuração de dominação capitalista em relação ao corpo e a vida da seguinte maneira: A gestação é o momento privilegiado no qual a individualidade da decisão é reforçada via o direito de escolha, que recai no direito de escolha por um parto cirúrgico, à distância dos aspectos fisiológicos. Paralelo a isso há a promessa de uma intervenção sem dor e com controle de hora, local e dia que condiz com a supremacia da tecnologia e do controle, inclusive para a diminuição da ansiedade e melhor administração do tempo. Neste mesmo processo podemos perceber que há uma supervalorização de exames de imagens, fragmentando o corpo em partes, e sustentando uma espetacularização da gestação. Nesta espetacularização, muitas vezes, relega-se a um segundo plano a relação processual da mulher com seu corpo e com a experiência de parir. Esta relação se torna invisível, a ponto de muitas mulheres duvidarem da sua capacidade e até chegarem a constituir grupos de defesa do direito à escolha da cesárea.

Ou seja, nos últimos tempos modificamos sensivelmente a forma como as mulheres se relacionam com seu corpo, com a maternidade e com o processo de parturição. Estas modificações, em seus efeitos nos modos de produção subjetiva, naturalizam a adesão à máxima: normal é um parto cirúrgico.

Falar de processos de produção de subjetividade nos convoca a olhar as relações e as redes de conexões que os constituem. Ao considerarmos a subjetividade como processo de produção é preciso experimentar o plano onde este processo ocorre, as relações de saber e poder que compõem este plano e quais relações de força estão presentes.

Entendemos que diversas estratégias se comenam na produção de um corpo assujeitado e conformado ao tipo de assistência médica ofertada, mas o exame ultrassonográfico consegue conjugar o seu grande apelo pelo suposto “encontro” com o feto com uma sutil inversão de lugar da mãe com o feto. O exame ultrassonográfico não é o único dispositivo utilizado para a medicalização da assistência ao parto, ele apenas é um, entre outros!

Neste capítulo, vamos tomar, em particular, o exame ultrassonográfico obstétrico por considerá-lo como paradigmático de uma assistência medicalizada à gestação e parto e, também, por ser este uma tecnologia dura, muito utilizada como estratégia potente e efetiva de intervenção tecnocientífica.

A ultrassonografia é o exame complementar mais utilizado no pré-natal pela obstetrícia, apesar de não existir demonstração de que este procedimento seja efetivo para

reduzir a morbidade e a mortalidade perinatal ou materna (BRICKER; NEILSON; DOWSWELL, 2007; JONSSON; BANTA; SCHERSTEN, 2001). De acordo com Ortega e Zorzanelli, o extremo uso das técnicas de visualização na medicina vai além de sua eficácia diagnóstica e terapêutica, elas mediam a percepção que construímos sobre o nosso corpo. “A visualização é o meio por excelência de objetivação dos conhecimentos na tradição biomédica ocidental” (2010, p. 27).

O exame de ultrassonografia durante a gestação não faz parte da rotina de pré-natal recomendada pela OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002) ou pelo Ministério da Saúde. Entretanto, o estudo de Gonçalves et al. (2009) sobre a avaliação da cobertura do exame das mamas e da citologia oncótica cervical entre os exames de pré-natal, comparando-se com o número de ultrassonografias obstétricas realizadas observou clara priorização da ecografia obstétrica em detrimento do exame físico das gestantes. O autor ressalta que as gestantes muitas vezes pressionam os profissionais de saúde para solicitarem a realização do exame ultrassonográfico por acreditarem ser este um importante instrumento avaliador da saúde fetal, além de proporcionar a possibilidade de saber o sexo da criança. O que produz esta busca cada vez maior por exame ultrassonográfico na gestação?

3.5 O USO DA ULTRASSONOGRAFIA COMO DISPOSITIVO PARA MANUTENÇÃO DO ORDENAMENTO ATUAL DA ASSISTÊNCIA AO PARTO

Há duas formas de aprender o mundo como matéria: como desenho de uma forma ou como campo de forças. Conhecer o mundo como forma convoca a percepção e conhecer o mundo como campo de forças convoca a sensação, à afecção. “Se a percepção do outro traz sua existência formal a subjetividade, existência que se traduz em representações visuais, auditivas, etc., a sensação/afecção traz para a subjetividade a presença viva do outro, presença passível de expressão, mas não de representação” (ROLNIK, 2003, p. 4).

A autora evidencia o paradoxo existente entre esses dois tipos de apreensão do mundo. Enquanto que no reconhecimento do mundo como campo de forças os blocos de sensações pulsam na subjetividade-corpo quando afetado por novos universos, no reconhecimento do mundo como forma, a subjetividade se reconhece e se orienta no espaço de sua atualidade empírica através das representações. Como o conhecimento do mundo como campo de forças exige uma vivência das sensações e do que lhe afeta, um contato estreito com

a experiência subjetiva, essa forma de apreender o mundo vem sendo desacreditada e desestimulada.

Resta o incentivo contemporâneo à forma de conhecimento do mundo como forma, restrita ao mapa da forma vigente com suas figuras, imagens e representações, a cultura somática. Nos exames ultrassonográficos parece haver uma clara experiência de apreensão do mundo pela forma, pela representação do bebê em imagens.

Qual seria então o lugar do ultrassom no pré-natal: um exame importante para o acompanhamento do desenvolvimento da gestação ou mais um instrumento de visualização que antecipa a existência do feto como membro da família? Ou seria a venda desta tecnologia como um instrumento que contribui para a inversão do lugar da mulher como protagonista da gestação para expectadora do espetáculo do surgimento do bebê nas esferas sociais? O crescimento no uso das técnicas de visualização, particularmente da ultrassonografia, não seria um elemento preponderante para a positivação da vigilância e da intervenção médica na gravidez e parto?

A ultrassonografia, a amniocentese ou a biópsia de vilocorion são exames que visam à detecção de anomalias anatômicas, cromossômicas e genéticas em fase precoce da gestação. A ocorrência desses exames teria mais sentido quando o aborto é uma opção disponível para a gestante e, com o diagnóstico, se oferecesse a gestante a opção de interromper ou prosseguir com a gestação de um feto não viável ou com poucas chances de vida pós-natal. Como no Brasil o aborto não é legalizado, a ambiguidade entre o possível resultado de má formação e a impossibilidade legal do aborto, provocaria, ao menos, duas possibilidades de indagação: há uma institucionalização da opção do aborto para as gestantes pertencentes às classes sociais que podem pagar pelo procedimento ilegal com condições de salubridade aceitáveis? A ultrassonografia cumpre o papel de monitoramento e vigilância de que no controle da gestação e parto?

Para a redação desse tópico foram feitas observações de exames ultrassonográficos obstétricos em dois serviços, um privado e um público da cidade de Vitória da Conquista, Bahia, com o objetivo de analisar os discursos presentes durante os exames. Foram feitos registros das falas ocorridas no espaço dos exames observados e estes registros foram trabalhados como narrativas. Estivemos atentas a que expressões, orientações, sentimentos, indagações, fossem registrados.

Foram acompanhados 23 exames, sendo 5 na clínica privada e 18 no serviço público. Os registros foram realizados a partir das narrativas proferidas dentro do espaço do exame de ultrassonografia obstétrica. Foram observados exames ocorridos entre novembro de 2014 a março de 2015, ressaltando que o nome da clínica, do médico e da gestante foram

resguardados. Fazer as observações num serviço público e num privado nos permitiu verificar a existência de diferenças na função do exame, diferenças na positivação da vigilância e da intervenção médica na gravidez e parto, a depender da situação social da parturiente.

Os casos de não aceitação da observação, por parte do profissional médico, foram imediatamente compreendidos e acatados, apesar de não deixarem de provocar um estranhamento. Encontramos resistências em médicos de ambos os serviços. A solicitação era de observação do exame nos quais a gestante teria previamente autorizado à presença da pesquisadora. Por que os médicos se incomodaram com essa presença, mesmo quando já autorizada pela gestante? Do que tinham medo? O que ameaçava a presença da pesquisadora no espaço do exame? O processo de aceitação da observação foi bastante peculiar e como o processo de trabalho de cada serviço é tão diferente consideramos importante a descrição de cada um.

A clínica privada será identificada como A. O contato com a clínica foi feito diretamente com o médico que é proprietário da mesma. Ele me encaminhou para a esposa que também é a administradora da clínica. Foi apresentado um requerimento de participação como observante nos exames ultrassonográficos realizados na clínica, um resumo do projeto de pesquisa e o Termo de Consentimento Livre Esclarecido, que foi utilizado no contato prévio com as mulheres gestantes. A administradora já foi avisando que por conhecer os médicos já me adiantaria que poucos permitiriam a realização do trabalho. Com a escala de médicos em mãos ela foi descrevendo características pessoais de cada médico e o modo como se relacionam em situações deste tipo. Ao final de um rol de 8 ou 10 médicos que trabalham na casa, apenas 2 ou talvez 3 consentiriam com a pesquisa. Foi solicitado um tempo para consulta direta aos médicos e combinamos que eu retornaria para saber do resultado.

Como previsto apenas os três médicos citados por ela permitiram que eu abordasse as gestantes e pudesse estar presente aos exames. Combinamos o período de realização das observações e nos dias combinados, nos fizemos presente.

Nessa clínica, as ultrassonografias são marcadas na recepção – para designação do dia e do médico que realizará o exame - o horário é definido por ordem de chegada. A clínica é bem arrumada, tem vários espaços para espera. Há vários recepcionistas e várias atendentes, uma para cada médico. Existem diversas salas de exames. Comumente a atendente chama a paciente, leva a uma sala pequena, orienta sobre a roupa o uso do roupão da clínica e sobre a posição na mesa. A(o) médica(o) entra na sala quando a paciente já está na mesa de exames. Não há muito tempo para apresentações ou para questionamentos quanto ao porquê da

solicitação. No caso de ser cliente antiga da clínica estará, na ficha eletrônica da mesma, os resultados de exames anteriores servindo de parâmetro para o novo exame.

A sala é muito pequena, em geral tem a assistente, que vai digitando o exame, a(o) médica(o), a paciente, seu(sua) acompanhante ou acompanhantes. A atendente que a chamou apenas leva a usuária até a sala, a seguir já está localizando a próxima paciente. O exame na clínica privada demora em torno de 15 minutos. Durante todo o exame as informações são passadas à paciente e as diversas partes do bebê vão sendo mostradas no monitor que fica em frente à paciente reproduzindo a imagem do aparelho de ultrassom. Ao mesmo tempo informações para o preenchimento do laudo são passadas à assistente sem que seja identificado claramente a quem está sendo dirigida a mensagem/ informação. Ao terminar o exame, a atendente volta a ser protagonista na cena, orientando a mãe a vestir-se e a esperar na sala de espera pelo resultado. Enquanto isso a(o) médica(o) verifica o exame na tela, solicita alterações à assistente que digitou, autoriza a impressão do laudo, assina e sai da sala já se dirigindo a outra sala onde outra paciente já se encontra esperando pelo exame. O(a) médico(a) se despede da paciente antes da entrada dela no banheiro para troca de roupa.

As pacientes atendidas, em sua maioria, fazem pré-natal em clínicas privadas e realizam em média 6 ultrassons por gestação. Há aquelas em que o ultrassom é um exame mensal durante a gestação e chegando ao final se torna semanal. Os acompanhantes e pacientes participam ativamente do exame, perguntam, interagem e comentam. Tais comportamentos são vistos como normais e todas as perguntas são respondidas, inclusive com acréscimo de informações. São marcados em torno de 20 exames por turno de trabalho.

O serviço público visitado situa-se dentro de um hospital maternoinfantil de alta complexidade da cidade de Vitória da Conquista, Bahia, e aqui será referenciado como B. O processo para conseguir acesso aos exames foi muito mais complexo. Foi exigido que fizéssemos um requerimento a ser submetido ao Núcleo de Educação da Secretaria Municipal de Saúde acrescido de vários documentos. Foram realizadas algumas reuniões do Núcleo até que o parecer fosse emitido, demorando alguns meses. Depois do parecer da Secretaria, tivemos que fazer todo o procedimento de novo junto ao Hospital e sua comissão de Ética interna. Depois de submetido a Comissão de ética, o coordenador da comissão nos entregou uma carta de apresentação a ser entregue diretamente no Setor de Imagens do Hospital. Vale ressaltar que o hospital em questão foi o mesmo que trabalhei por muito tempo como psicóloga da obstetria e da UTI Neonatal, onde conhecia muitos dos funcionários e médicos.

Ao dirigir-me ao Setor de Imagem busquei a escala dos médicos e expliquei os objetivos da pesquisa, e todo o trâmite referente a aprovação do Comitê de Ética do Hospital e

da Prefeitura autorizando o trabalho, à recepcionista que trabalha no serviço. Foi uma surpresa descobrir que não seria assim tão simples. No primeiro dia, o médico, mesmo sendo conhecido, reagiu com estranheza e não permitiu que eu participasse dos exames. Alegou que não tinha sido avisado com antecedência e que eu deveria retornar na semana seguinte. Ao retornar, soube que de todos os médicos que atuam no setor de imagens apenas um estaria disponível para a realização da pesquisa. Tentei argumentar que apenas observaria e que entraria apenas nos exames cujas mulheres tivessem consentido previamente. Mesmo assim, todos os exames observados no serviço público foram realizados por um mesmo médico.

No serviço público as ultrassonografias são marcadas pela central de regulação do município que já direciona o serviço, com dia e turno de atendimento. Não tem horário marcado. A recepção é espaçosa com uma quantidade grande de cadeiras. Só existe uma sala de exame de ultrassonografia. A sala é relativamente grande, em média 12 metros quadrados, possui o aparelho de ultrassom, uma cadeira para a(o) médica(o), uma mesa com um computador, impressora e uma cadeira para a assistente, a maca e em frente um biombo divide a sala ao meio. Do outro lado do biombo estão duas cadeiras, a porta do banheiro e a porta de entrada.

A atendente chama a paciente enquanto uma já está sendo examinada. A nova paciente entra no banheiro para tirar a roupa e colocar o roupão, enquanto a que está na sala está sendo examinada. Ao sair do banheiro o exame já está terminando e uma deita enquanto a outra vai se vestir. O lençol é trocado a cada duas ou três pacientes. A não ser que haja algum sangramento. Às vezes o lençol é apenas trocado de lado. O exame transcorre tão rapidamente que a ida ao banheiro para trocar de roupa é o tempo de se deitar na maca enquanto a outra está se trocando e o médico verifica o laudo, imprime e assina. Às vezes são marcados até 70 exames por turno de 4 horas. Pelos exames que acompanhei a duração média foi de 4 a 5 minutos.

3.5.1 A inversão: de protagonista a incubadora

O que primeiro chamou a atenção foi como a gestante é colocada e fica no lugar de expectadora! Ao mesmo tempo a visão da imagem produz um efeito tão intenso que acaba por dispersar uma leitura das experiências vividas e suas respectivas sensações. O lugar da mulher é de fato modificado. Na clínica privada ela é chamada a entrar na sala antes do médico e se prepara para ser examinada, ou seja, para que o feto possa ser apresentado na tela. No serviço público, o feto tem ainda mais status, já que as informações são passadas para a gestante após serem passadas para o médico residente e para a assistente que digita o laudo. Só ao final há informações a serem dadas à gestante.

Os exemplos serão identificados pelo local onde foi feito o exame, com a letra A para a clínica privada e a letra B para o serviço público, seguido do número do exame observado, o primeiro nome da paciente, a data da observação e a quantidade de semanas da gestação. Quando descrever um diálogo, utilizarei M para a fala do médico, G para a gestante e P para o parceiro ou acompanhante.

B1. TATIANE – 28 SEMANAS – 19/12/2012

Ela entra na sala, enquanto outra paciente ainda está sendo examinada. O médico pergunta se está indo tudo bem no pré-natal. A paciente anterior se levanta e ela deita. Começa imediatamente a descrever o exame e o bebê. A mulher fica calada, o marido está assistindo. Nenhum dos dois pergunta nada.

O médico está acompanhado de outra médica com quem comenta sobre os parâmetros quase em um cochicho, mostra coisas para ela. Segue passando os parâmetros para a auxiliar que digita o laudo. Pergunta se a paciente já sabe o sexo do bebê. Ela diz que sim. Ele fala: É macho, com certeza! Neste momento mostra as partes do corpo do bebê, diz que está tudo bem e informa o peso do bebê. O casal não fala nada. O exame termina.

Este exame é paradigmático da situação de invisibilidade dos pais, não só da mãe. Apenas as descrições do feto interessavam e, interessavam primeiro a medica assistente e depois à assistente que digita o laudo para o médico, em terceiro plano estão a mãe e seu parceiro. Entretanto, a invisibilidade do corpo da gestante está assumida por todos. Retomamos aqui a dimensão de exercício de poder e de dominação social que a dimensão visual da comunicação viabiliza e facilita. A mulher como protagonista da gestação está subsumida, destituída de poder, está no lugar da contemplação mais do que no de viver.

Abaixo um registro da fala de outra gestante:

A5 – POLYANE – 20S

P. Quero que a gestação seja perfeita, que está sendo formado direitinho.

O parceiro está preocupado se o corpo da mulher está produzindo um bebê perfeito, saudável. Ela de fato é produtora do protagonista, coadjuvante da cena e do processo. O corpo dela, as transformações nele e sua percepção e sensações não encontram lugar. Estão subjulgados à imagem, à opinião do médico e a mulher não está ali. O silenciamento incomoda à observadora, é um tipo de prática de poder. Há uma invisibilidade inquietante que não é questionada. O médico tem ali toda a delegação de poder de tutela sobre a vida e sobre a determinação de qual vida deve ser valorada.

A maneira de fazer entrar em cena uma mulher enquanto outra se levanta já traz um emblema da produção em série, do cuidado a ser consumido e não legado. Parece uma produção

seriada de uma indústria qualquer. É um espaço incômodo de testemunhar, uma alienação do próprio corpo, uma incubadora viva, silenciada, trocada pela próxima.

A redoma de silenciamento presente no exame contrasta com a expectativa anterior ao exame. Conversando com as gestantes antes do exame era clara a ansiedade e excitação pelo exame. Muitas descreveram inúmeras dúvidas que tinham e que gostariam de ver contempladas nos diálogos com o médico. Entretanto ao entrarem para o exame o comportamento mudou. Pouco se manifestavam, estavam passivas durante o exame com pouco momento de interação e diálogo. Na maioria das vezes as mulheres se limitaram a ouvir as descrições dadas pelo médico.

Como somente duas ultrassonografias estão prescritas pelo protocolo do SUS para o pré-natal, uma no primeiro e outra no terceiro trimestre de gestação, as mulheres são acometidas de uma grande espera para aguardar o momento do exame. Tanto assim que muitas pagam para poderem ter outras oportunidades de exames em clínicas particulares, mesmo incorrendo em grandes dispêndios financeiros. O exame acaba por não satisfazer ao tão esperado encontro da gestante com o seu feto. Fica no plano da forma, do conhecimento do bebê como forma, restrita ao mapa da forma da imagens e representações, da cultura somática. Não produz encontro, não produz conexão, escapa ao plano da experiência.

O fascínio pela imagem também está presente na disposição de monitores extras para que o exame possa ser acompanhado por todos da sala. Além do monitor do aparelho existem, nos dois casos, monitores em frente à maca e às costas do médico, presos no alto da parede para que qualquer um, de qualquer ponto da sala, possa acompanhar as imagens. Mais uma vez, o corpo que está sendo examinado e manipulado não é o protagonista. O que vale é a imagem do feto.

Uma conversa durante o exame é ilustradora disso:

A4. SILVIA, 33S. – 23/01/2013

G. Espero ouvir que está tudo bem! Toda vez que venho aqui choro de emoção. Eu preciso ver para crer, é bom ver os movimentos... Dr. C. é um médico que mostra o desenvolvimento dos órgãos, 2 mãos, 2 pés, ele explica muito. Ele vai além das minhas expectativas. Já fiz sete ultrassonografias, uma por mês!

Outro exemplo do fascínio pela imagem:

A3. ALCIONE, G2 PARA 1.

G. Esse é o terceiro ultrassom que eu faço este mês, fiz dia 6, dia 16 e voltei hoje (26/11). Quero saber o sexo. [...] Se pudesse ficava olhando né? Ficava olhando em casa, né? Tinha até um aparelho desses em casa, né? Igual a Xuxa e Ivete! Olha o coração!

...

G. Meu marido fica falando que fico fazendo ultrassom todo dia! Mas eu falei com dr. C e ele me disse que se eu tivesse um aparelho em casa eu poderia ver todo dia!

Nesse caso a promessa do espetáculo é maior do que uma demanda médica, por ser um exame particular não necessita de solicitação médica para a sua execução, pode ser por demanda espontânea da gestante, mesmo que tenha que pagar por isso. A busca por esse “alívio”, que a dissonância entre a percepção e a sensação provoca, motiva novos encontros com a forma de apreensão do mundo pela imagem, no caso, novas ultrassonografias, também como tentativas de, via ultrassom, se apropriar deste ser que foi objetificado como independente dela. Mas vê-se que não basta. Sete, três num mês... A ocorrência do exame não aplaca a angústia produzida pelo conhecimento do mundo restrito a forma.

A experiência está no campo da percepção e não no campo da sensação (ROLNIK, 2003). O tão aguardado encontro fica no âmbito da representação e neste âmbito nenhum número de ultrassons será suficiente. Este modo de experimentar a gestação produz um investimento de vida separada de suas capacidades de criar as próprias condições de existir, pois fica submetida à realidade forjada pela representação visual, organizadas a partir de informações padronizadas que mediam a percepção do corpo e objetificam a relação entre gestante e feto, gestante e médico. Este tipo de apreensão do mundo restrito a forma não favorece a abertura a outros sentidos ou de reconhecimento das sensações ativadas nos encontros.

Chazan diz que o médico ultrassonografista obstétrico ocupa uma posição mista de educador e entretenedor, onde “simultaneamente ele é roteirista, cameraman, montador, narrador e diretor do show” (2007, p. 159). Há uma exaltação dos aspectos sensorio-motores, típica da indústria do entretenimento, como por exemplo, o cinema hollywoodiano. A função de espetáculo está incorporada ao serviço, pois a presença do acompanhante não só é prevista, como esperada. A atendente quando chama a gestante, nos dois serviços, pergunta se está acompanhada. Não é comum a acolhida de forma tão simpática quando o acompanhante se apresenta em outros tipos de exames ou procedimentos médicos. Por exemplo, há a Portaria n° 2.418, de 2 de dezembro de 2005, do Ministério da Saúde que preconiza a presença do acompanhante, da escolha da gestante, no momento do parto para prestar apoio físico e emocional. Esta portaria é frequentemente descumprida pela falta de entendimento dos profissionais de saúde e gestores da necessidade de viabilizar a presença de tais acompanhantes neste momento. Não há reconhecimento da necessidade de conexão e da experiência vivida neste momento.

Um exemplo, característico de que o espetáculo e o registro dele são mais importantes do que as informações que o exame possa trazer, é o registro do exame descrito a seguir:

B15. ALINE – 10s - 20/12/2012

Aline já está na maca quando uma amiga entra como acompanhante com uma câmara de celular na mão. Ela diz: Oh, é mesmo! O médico pergunta: Aline, não é? Ela assente. Ele continua: Bem no comecinho da gravidez. A amiga responde pela gestante: É! O médico fica um pouco em silêncio e começa a ditar os parâmetros a serem digitados. A amiga faz fotos. Ele fala: pronto, está tudo bem! E ela se levanta, não faz qualquer questionamento, pega o resultado e sai conferindo as fotos na câmara digital.

O espetáculo precisa ser registrado e, nele, o ator principal é o feto. Através da imagem ou da reprodução dela. Mas, quem dirige a cena e detém a tecnologia também merece um lugar de destaque, afinal além de dirigir, faz a edição e o roteiro. O marketing diretor produz também a personalização da oferta de novos serviços.

Em um atendimento, a valorização do médico que fez a primeira ultrassom é destacada:

B12. GERMÂNIA – 33s

G. *O Sr. quem fez a minha primeira ultrassom!* (exclama como se tivesse sido um momento muito especial)

M. *Fui eu quem fiz?*

Ou quando não há uma correspondência positiva da imagem quanto à expectativa da gestante, ela faz críticas, como no caso abaixo descrito:

A5. POLYANE - 20s

G. *Ai, Ai, tomara que esteja com as pernas abertas! Se fosse por mim, faria uma ultrassom a cada 15 dias. Mês passado, fiz 2 vezes, para ver se estava perfeito, como ainda eu não sinto, então ver me dá segurança! O último ultrassom daqui, eu não gostei, não. A médica era muito confusa e a imagem estava horrível!*

A avaliação é toda quanto à qualidade da imagem e às informações obtidas pela gestante, nenhuma relação aparente com a eficácia das medidas ou dos parâmetros solicitados pelo médico que acompanha a gestação e que, teoricamente, justifica a solicitação do exame. O bebê é a celebridade com a garantia de seus poucos minutos de fama, mesmo que restrita ao ambiente doméstico. A sensação de insegurança diz de uma desconexão entre a experiência subjetiva (corpo-afecção) e a imagem como possibilitadora de reconhecimento perceptivo do mundo formal. O que produziria esta sensação de insegurança ao não visualizar a existência do

feto pelo monitor? Não poderíamos pensar nesta narrativa a produção de uma desconexão com a experiência subjetiva que leva a busca de mais ultrassonografias nas quais a imagem permite a experiência da percepção do mundo formal? É como se a imagem oferecesse um substituto à sensação!

A desvinculação da experiência subjetiva de estar grávida, do sentir-se grávida, da sensação da presença viva do outro é substituída e ou desvalorizada, muitas vezes, por uma percepção, por uma imagem objetiva e formal da existência do feto em seu corpo. O que gera o desejo por mais consumo de exames de ultrassom.

Para Illich, a prática de procedimentos rotineiros de diagnóstico precoce “reforça a convicção das pessoas de que são máquinas cuja durabilidade depende da frequência das visitas à oficina de manutenção, e elas são obrigadas a pagar para que a instituição médica possa fazer seus estudos de mercado e desenvolver sua atividade comercial” (1975, p. 50). Na lógica do escolha, o consumo da prevenção não leva somente ao abandono a que o mercado submete o consumidor, mas leva a associação entre consumidores produzindo conjuntos de pessoas com as mesmas demandas, já que os consumidores podem se ajudar mutuamente e eles podem comprar os exames e a atenção que eles puderem pagar. Mas isto tem início, meio e fim.

A idéia de que se a gestante conseguir comprar mais exames ela conseguirá suprir o abandono de que fala Illich ou a sensação de insegurança de que fala Rolnik é facilmente desconstruída quando logo após o exame atual ressurgem a demanda para o próximo exame. A secundarização da experiência da mulher e a inversão de protagonista a coadjuvante de que falamos neste capítulo modifica o lugar da gestante, transferindo todo o protagonismo para o feto ou para o médico como diretor da cena. O apelo pelo consumo abusivo dos exames facilita sua mercantilização, esvai a capacidade de enfrentamento frente à medicalização e resulta na dependência e na alienação. De acordo com Illich:

a medicalização da sociedade tem o poder de produzir o desejo por terapias, ao passo em que o consumidor de cuidados da medicina torna-se impotente para curar-se ou curar seus semelhantes. Ele próprio deve solicitar o consumo da medicina para poder continuar se fazendo explorado (1975, p. 7).

Num círculo sem fim!

3.5.2 Baby Tour e subjetivação dos movimentos

Há um roteiro na execução dos exames que inclui um passeio pelo corpo do feto com as imagens sendo descritas por partes do corpo. Em todos os exames observados ocorreu essa descrição. Durante a descrição é comum ver o médico utilizando palavras no diminutivo, adjetivando alguns movimentos ou atribuindo qualidades estéticas ao feto. “Reforçando a hipótese de que a ultrassonografia obstétrica não apenas antecipa a existência social do feto em termos da rede de relações sociais, como constrói a ‘realidade’ do próprio conceito para os futuros pais” (CHAZAN, 2005, p. 265). Essa forma de tratamento provoca na observadora uma certa irritação, mas o combinado era de não interferir nos exames, apenas observar. Fiz inclusive um registro no caderno de campo acerca dos diminutivos e da forma infantilizada de falar dos envolvidos, partindo do próprio médico. O corpo-forma “aceitou”, mas o corpo afetado registrou no caderno, com irritação, os diminutivos.

Vejam os registros abaixo:

A1. VIVIANE, 12S 3D.

M. *Do bumbum até a **cabecinha** mede 7,4 cm.*

G. *Já é um cidadão, já pode pagas as contas, já pode trabalhar!*

M. ***Coraçãozinho**, ó? Coluna. Tá vendo? por aqui é melhor. 145 batimentos. Do bumbum até a **cabecinha** está com 8,3cm. Fêmur... Já é feto, não é mais embrião. Já aparece o estômago cheio de líquido, isso é bom. Significa que o bebê está engolindo. Tem um pouquinho mais de tempo do que vcs estão pensando. É a sua primeira ultrassom? Só falta aqui a gente ver a **cabecinha**, a **coluna**, a **mãozinha**, o **bracinho**...*

Aqui, o diminutivo promove certa identificação do médico com o feto apresentado como um bebê ou melhor descrito pela gestante: como um cidadão! Ela pode até não existir no cenário, mas o futuro bebê ganha status e cidadania.

No exame descrito abaixo, a qualificação dos movimentos como uma cambalhota ou dizer que os bebês adoram pegar no saco desde a gestação, configuram socialmente o conceito como um bebê.

A2. VALDIR, 17S

M. *Craniana 6,4. Dopi 5,2. Aqui a **barriguinha**. O estomago. **O bebê engole líquido, faz xixi, torna a engolir**. Abdominal 14,2 Por aqui está dando 19s3d. Olha o rostinho, a **mãozinha** na cabeça. **Tá quase dando uma cambalhota**. As perninhas. Olha lá o **pintinho** bem nítido. O bebê pegando no saco, **eles adoram pegar aí desde a barriga**. O **pezinho**, cinco*

dedos. Não sei por que mas os dedos são bem importantes para vcs! Só vou calcular o peso. Aqui está dando mais tempo, por aqui está dando 19s 3d. Quem é a sua médica?

G. Dra. L.

M. *Olha a mão na cabeça, ó? Olha o nariz, olhos, boca... As pernas para cima, tá vendo ó?*

G. *Oh, meu Deus!...* (visivelmente emocionada).

Outro exemplo de subjetivação dos movimentos fetais está presente na qualificação, por parte da mãe, de que ao colocar a mão na boca, significa que o feto está com fome. Ela fala isso em voz alta, mas o médico não contesta aceitando essa forma de qualificação da imagem. Podemos inferir que há uma política de subjetivação alocada num modelo identitário e representacional, que busca uma homogeneização de sentidos. Todos os movimentos do feto adquirem status qualificados de subjetivação, de antecipação da existência.

B12. GERMÂNIA – 33s

M. *Vc quer perguntar alguma coisa?*

G. *Aqui, vai ser bem cabeludinho, né?*

M. *Vc está vendo, né?*

G. *É uma moça?*

M. *É uma menininha, mulher!*

G. *Maria Clara!*

M. *Veja o rostinho, os olhos, a boca, está **chupando a mão!***

G. ***Tá com fome! Ô, gente! Tá com fome!***

E já se levanta. Sai feliz!

A situação de espetáculo está presente, inclusive no humor com que são descritas algumas imagens. O médico participa ativamente da construção do show. Vejam o registro abaixo:

B7. ALESSANDRA – 29s – 20/12/2012

G. *É homem, Dr.?*

M. *Te falo agora. É, com certeza! **Pode comprar a camisa do flamengo para ele.***

G. ***O pai é vascaíno.***

M. ***Pelo ultrassom, ele torce pelo flamengo. É homem mesmo!***

A subjetivação e psicologização dos fetos têm sido tão comuns que mesmo o médico que faz a ultrassom é tomado por esse modo de subjetivação da gestação e do feto. Após um turno de acompanhamento de seu trabalho o médico vira-se para mim e pergunta: “Posso lhe fazer uma pergunta pessoal?”. Respondo: “Diga!”. Ele então continua: “Vc acha que a

minha filha sabe que eu desejei que ela fosse um homem?”. Eu perguntei: “Por que?”. Ele: “Minha mulher está grávida e quando eu fui fazer a ultrassom e não vi o pênis... Nunca procurei tanto por um pênis!... Fico pensando nisso e me perguntando se ela sentirá que eu a rejeitei, no início. Agora, não!”. Pergunto: “Ela tem que idade?”. Ele: “Vai nascer daqui a três meses!”.

3.5.3 Plateia do espetáculo: produção e consumo de percepções

Para todo espetáculo há uma plateia. No caso dos exames de ultrassonografias obstétricas as plateias se formam com a presença dos acompanhantes na cena do exame, mas, também, com a produção de vídeos e fotografias das imagens do monitor, assim como registros de fotos do momento do exame, muitas vezes com o médico fazendo parte das cenas e das poses. Dos 21 exames observados, houve uma variedade grande de acompanhantes: avós, pais, filhos, amigas! Todos os laudos vão acompanhados de fotos e fotos artisticamente produzidas, em geral do sexo, do rosto ou de alguma imagem mais significativa surgida no exame: o feto fazendo movimentos com as mãos, interpretadas como tchau, sugando o dedo, um perfil que mostre bem um nariz, uma mão aberta mostrando ter cinco dedos...

Nas observações realizadas, foi comum as gestantes chegarem com um CD, ou com uma câmera. Mas, o mais inusitado foram as postagens no facebook ou no twitter em tempo real!

A2. VALDIR, 19S

M. *Certeza! A cabecinha... Já está de cabeça para baixo. Dorso para a direita. Placenta posterior, homogênea grau zero. Aqui o coraçãozinho, ó? Frequência cardíaca de 132 batimentos. Ai a cabecinha, ó? Biparietal, 4,5,*

P. *Já posteí no Face.*

M. *Vc é rápida, heim?*

P. *Já mandei a mensagem.*

P. *Perfeito, né? Todos os dedos, eu já contei!*

M. *Não sei por que, mas os dedos são bem importantes para vcs! Vou fazer uma foto do pintinho para vc ter certeza!*

Três matérias encontradas na *Revista Crescer* corroboram para a formação desse tipo de utilização da imagem: “Hospitais lançam serviço de transmissão de imagens via internet da hora do parto”; “5 dicas para fotografar o parto – Confira o que é bacana registrar na hora que seu filho nascer (e até antes disso)”; e “Mãe transmite o nascimento do filho pelo twitter

para contar para os amigos o nascimento do bebê, americana usou a rede social que mais cresce em número de usuários na Web”.

Todas as três matérias foram seguidas de diversos comentários elogiosos ou buscando maiores informações para que pudessem ter o mesmo tipo de divulgação. Mais recentemente, tem estado na moda contratar um fotógrafo que visita a criança desde o seu nascimento, em intervalos de tempo combinados previamente (quinzenalmente ou mensalmente) até completar um ano, quando entrega aos pais um *book* completo do primeiro ano de vida. Em geral, a contratação é feita durante a gestação.

Pouco a pouco o processo de assistência ao pré-natal vai se dirigindo a um posicionamento passivo e dependente da mulher que resultará em uma desapropriação do seu próprio corpo e na desconfiança acerca da possibilidade de gestar e de ela própria conduzir o seu parto. Com este cenário, a “escolha” pela cesárea acaba sendo naturalizada e esperada. A medicalização do processo de assistência leva a esta “escolha”, como resultante do mesmo.

As afecções são estados do corpo, são devires em sua potência de agenciamento, ligação, composição com algo que vem de fora. O corpo das afecções é composto de um grande número de partes que entre si mantêm relações de repouso e movimento. Nestas relações de repouso e movimento é que ele pode afetar e ser afetado por outros corpos de diferentes maneiras. Alegria e tristeza são afecções de base que, respectivamente, num pólo, aumentam nossa potência de agir e, noutro pólo, diminuem nossa potência de agir ou nos separam dela. Estas últimas são necessárias ao exercício do poder porque estas se afirmam despertando em nós paixões tristes que nos produzem paralisias e extraem nossa potência de agir (FUGANTI, 2009, p. 673).

A extração da potência do agir é muito comum no discurso das mulheres que consideram que a possibilidade de parir normal seja um ato de extrema coragem ou de loucura. Para as mulheres que se declaram favoráveis à cesárea para fugir da dor, o parto normal se apresenta para elas como superior à sua capacidade de enfrentamento. Mas este resultado é construído desde a assistência pré-natal e, ao que parece, os exames de ultrassonografias acabam sendo parte do mecanismo que produz silenciamento e afastamento da experiência no corpo, produzindo constrangimentos na potência de agir. Claro que este não é o único efeito nem o propósito do exame. Por ser um exame extremamente sedutor, com todo espetáculo produzido, em uma sociedade extremamente visual e midiática e sendo altamente demandada pelas mulheres, parceiros e família, acaba sendo um dispositivo bastante sutil na promoção desta inversão no protagonismo da mulher frente à gestação.

3.5.4 A venda de produtos ou indução ao tipo de parto

Com a produção do feto como indivíduo que consome, a venda de outros produtos é apenas uma consequência. Tudo promovido por uma sedução constante, mantida pelo prazer em ver, em antecipar a existência do futuro bebê.

A3. ALCIONE,

G. Aqui faz aquela colorida?

M. Vc está falando da 3D, sim, faz! Tem que ter um pedido específico para fazer essa. Fale com o seu médico!

A ultrassonografia passou a ser um produto de consumo dentro da gestação. Como a satisfação é momentânea e não produz processo, não produz conexões, outros exames ou tipos de exames vão sendo buscados até o final da gestação. Este se constitui como mais um campo fértil para a emergência de novos produtos a serem consumidos.

Na assistência ao parto, os serviços privados tratam seus usuários como consumidores: ali eles são clientes. Os clientes são frequentemente divididos em públicos-alvo, o que torna possível combinar produtos para os potenciais compradores e divulgar isto adequadamente. Vendem-se ultrassonografias simples, colorida, 3D, anestesia, quarto ou ambulatório, assistência com o mesmo médico do pré-natal, cesarianas, fotografias ou filmagens no parto... Para o mercado, o que interessa é a criação de demandas de consumo, produzidas, muitas vezes, a partir de argumentos envoltos em racionalidades ditas científicas e/ou através da sedução, da venda do gozo, da felicidade, de uma saúde integral, sem riscos.

O papel do consumidor assume cada vez mais relevância até ao ponto de o consumidor ser, ele próprio, um produto à venda. Os serviços de assistência ao parto oferecem cada vez mais produtos que “facilitam” a vida da mãe: ultrassonografias em 3D, doppler colorido, ultrassom morfológica, fotógrafos e cineastas do próprio hospital, diversos tipos de anestésias que podem ser combinadas antes, serviços de doulas, salões de beleza dentro de hospitais... Em contrapartida, a virulência dos dispositivos de exclusão socioeconômica está aumentando e poucas mulheres possuem condições econômicas para acessar e ou consumir todos os serviços disponíveis. Contudo, indagamos: o que querem e produzem como valor estas ofertas de acesso/consumo? é para acessar? que campos de necessidades se produzem? Esta é a lógica da escolha na versão do mercado. Mas, o que vira mercadoria junto com os bens materiais é a própria experiência vivida!

No campo da saúde pública, há diferenças, mas também se configura como outra forma de privilegiar a escolha. Mas como nem sempre as pessoas farão escolhas adequadas e

saudáveis, entra em vigor o trabalho dos profissionais de saúde que devem orientar para que as escolhas sigam as orientações dos estudos epidemiológicos. O que acontece é que o que é bom para a população, nem sempre é igualmente bom para seus membros individualmente. Na lógica do cuidado, é crucial a diferenciação e a especificação para que se garanta o respeito às singularidades presentes em cada caso.

3.5.5 O corpo que aparece: a desincorporação subjetiva

Como vimos anteriormente, chama a atenção o silêncio dos acompanhantes e das gestantes durante o exame. Para a observadora, é reservada uma cadeira junto à porta e sinto que não há qualquer expectativa de que eu fale ou pergunte alguma coisa. Aliás, há a expectativa de que eu fique muda! É interessante que eu tenha atendido a esta expectativa. Eu fiquei muda! A dinâmica desenvolvida no atendimento, como uma linha de montagem, as falas do médico dirigidas, principalmente, para a secretária que digitava o exame, as informações sucintas dirigidas à mulher, o impacto do silêncio das mulheres frente ao desenvolvimento do exame... tudo junto produziu na pesquisadora o mesmo silenciamento!

Ao analisar os registros, foi possível verificar: a fragmentação e descorporificação da gestação em que o produto (feto) é o protagonista; o consumo de novas ultrassons é incentivado e a determinação do sexo é mais valorizada do que qualquer outro dado; as atividades do feto são subjetivadas; a produção e o consumo de imagens são incentivados e o espetáculo é o motor do exame. Nas raras ocasiões em que o exame identifica uma anormalidade é que a cena se modifica e de espaço de espetáculo se transforma em um espaço médico.

As mulheres adoram os exames ultrassonográficos e passam dias à espera deste “encontro” com o bebê. Apesar de o feto estar dentro dela, a mediação da tecnologia na produção da imagem parece transformar esse momento em “mais” real do que as sensações diárias desenvolvidas entre a gestante e o feto. Apesar da ansiedade e motivação para com o exame, foi possível, também, perceber que o exame não basta, que, ao findar aquele exame, já há o interesse pelo próximo exame/encontro e que o modo como estes exames são realizados, com baixo grau de troca entre gestante e médico, não aplaca a insegurança frente à própria gestação e ao parto.

A retirada da mulher da cena, o protagonismo do feto alçado à condição de cidadão, o papel do médico como diretor da cena e portador do discurso oficial da saúde seriam respostas

mais plausíveis para o aumento da ansiedade traduzida na necessidade cada vez maior de captura destas imagens e da realização cada vez mais constante dos exames.

Illich vai chamar a demanda incessante por exames médicos de etiquetagem iatrogênica das diferentes idades da vida humana que se torna parte integrante da cultura quando “o leigo aceita como coisa ‘natural’ e banal o fato de que as pessoas têm necessidades de cuidados médicos de rotina simplesmente porque estão em gestação, são recém-nascidas, crianças, estão no climatério, ou porque estão velhas” (1975, p. 43). A naturalização desta demanda torna cada vez mais difícil a contestação ou problematização acerca da lógica do consumo na saúde. O silenciamento da mulher no exame revela uma condição advinda da medicalização. “É o ritual da medicina, celebrado por um mago preventivo, que priva os homens da posse do presente” (ILLICH, 1975, p. 56).

“É importante enfatizar que a visualização é o *par excellence* de objetivação na tradição biomédica ocidental” (ORTEGA, 2008, p. 102). O papel da visualização na construção social e cultural da maternidade se tornou parte da vida moderna e as imagens médicas lentamente foram assumindo uma relação autoevidente com o feto, como se antecipassem a existência daquele novo membro da família.

Na sociedade capitalista, o poder espetacular está disseminado por toda a vida social na qual há, simultaneamente produção e consumo de mercadorias e de imagens, constituindo-se na forma difusa deste poder. O espetáculo atua a favor do capitalismo, ao transformar processos de vida em valor de troca e fonte de consumo. Quanto mais a pessoa contempla, menos vive; quanto mais busca reconhecer-se nas imagens dominantes da necessidade, menos compreende sua existência e seus investimentos desejantes. Podemos perceber, no caso do uso crescente dos exames ultrassonográficos, que o fascínio pela imagem e tudo que ela traz em seu entorno de espetacularização contribui para a manutenção de uma relação desigual e hierárquica entre gestantes e profissionais de saúde, ao mesmo tempo em que vende a promessa da construção de um vínculo maior entre gestante e feto.

Nos protocolos brasileiros de assistência à gestação, o exame ultrassonográfico

permite a avaliação do número de embriões ou fetos, do posicionamento do feto e da placenta no útero, dos batimentos cardíacos fetais, de medidas anatômicas que permitam fazer uma estimativa da idade gestacional e do peso fetal, identificando problemas no crescimento e, eventualmente, determinando a época adequada para a intervenção cesariana. [...] Conforme assinala Taylor (1998), o valor estritamente médico do ultra-som é duplo: pode ser utilizado sozinho como método diagnóstico no pré-natal, e em conjunto com outras técnicas e testes para a tomada de decisões acerca do manejo da gravidez (CHAZAN, 2005, p. 152-153).

Mas a autora destaca, ainda, os benefícios psicológicos para a gestante dos exames de ultrassonografia. Para Anthony Reading (1982), um dos efeitos psicológicos imediatos da ultrassom é a acentuação da consciência da existência do feto, o que ajudaria na formação do vínculo mãe–bebê e mãe–médico, facilitando, inclusive, que a mãe adote os comportamentos recomendados pelos médicos, tais como parar de fumar ou beber, mais facilmente.

Ainda para Chazan:

[...] a teoria dos ‘benefícios psicológicos’ vincula-se de modo estreito à disciplinarização e à medicalização dos comportamentos das gestantes, exercendo um papel potencialmente normativo sobre elas no mesmo processo em que é reforçada a subjetivação da gravidez e da gestante (2005, p. 154).

A política de subjetivação hegemônica não é a que favorece a processualidade da vida, pois, esta depende da força de invenção que decompõe mundos e compõe outros, garantindo a vida em sua continuidade e expansão. Diferente disto, favorece a dissociação de sensações, havendo uma separação do corpo e de suas afecções, do que ele pode como multiplicidade/variação.

Ao esvaziar a experiência de gestação das sensações e vinculá-la apenas à percepção da forma não se estaria produzindo inseguranças? Não seria este o momento em que a figura do médico recebe todo um investimento reificado de grande salvador? Não se quer retirar, aqui, o valor das percepções e sensações advindas do exame. Elas são desejadas, buscadas e, inclusive, pagas pelas mulheres para obtê-las. Talvez tenha sido o que restou à mulher na construção desta assistência tão monitorada e medicalizada. Mas não podemos deixar de ressaltar como este acompanhamento pré-natal mediado pela imagem tem contribuído para reforçar o papel do médico como central nas decisões e definir uma biopolítica normalizadora dos usos dos corpos.

Além disso, é reforçador de outra invisibilidade. A invisibilidade da mãe em oposição à grande visibilidade da mulher. Não faltam produções acerca da visibilidade do corpo feminino como objeto de consumo e reificação de um modelo ideal de mulher: a magra. Na gestação, ocorre o inverso. Não há como negar que o corpo idealizado da mulher sofrerá modificações. Cada vez mais estas modificações devem ocorrer de forma imperceptível. Há uma ênfase no cuidado com a nutrição, com vistas a ganhar menos peso e um incentivo ao retorno à forma anterior cada vez mais rápido. Talvez o enaltecimento da presença do feto sirva, também, a uma maior invisibilidade do corpo grávido. Mulheres visíveis, mães invisíveis!

3.6 DE FETOS VISÍVEIS AOS DIREITOS DO NASCITURO

A individuação produzida ao antecipar a existência social do feto através da visualização bem antes do nascimento, destaca-o da gestação. Em poucos momentos, durante a observação dos exames, houve interesse por parte dos profissionais em fazer perguntas sobre a gestante ou como esta estava experienciando a gestação. O bebê era sempre o protagonista das atenções, o que produz um deslocamento em que qualquer esforço requerido à gestante será sempre bem acatado, desde que seja em benefício do bebê. “O feto singularizado e medicalizado é tornado público e pode ser inserido socialmente como indivíduo” (CHAZAN, 2005, p. 300-301).

A antecipação social da existência do bebê ganha força e se expande em outros campos, por exemplo, no campo jurídico. No Brasil já há diversos projetos de lei que garantem os direitos do nascituro e, entre vários, destaca-se o Estatuto do Nascituro que reconhece o direito à vida desde o momento da concepção.

O Estatuto elenca todos os direitos inerentes à criança por nascer, já afirmados pelo direito internacional, tornando integral a proteção ao nascituro, sobretudo no que se refere aos direitos de personalidade. Ao estado ou a particulares é vedado causar dano ao nascituro em razão de ato cometido por qualquer de seus genitores. Isto inverte a hierarquia mãe-feto, além de atribuir autonomia e posicionar o feto como mais importante, como pessoa e sujeito de direitos antes mesmo de nascer, ficando a mulher como acessório, como coadjuvante nesta produção onde o feto é o centro, mas as decisões são tomadas pelo médico detentor da tecnologia e do poder de intervenção e pela justiça.

Neste ano (2015), completa 8 anos o trâmite, no legislativo brasileiro, do Estatuto do Nascituro. O projeto causa polêmica, ao instituir direitos civis e penais a embriões, dentro ou fora da barriga da mãe, uma vez que considera como ser humano células fecundadas por processo natural ou *in vitro*, mesmo antes da transferência pra o útero da mulher. O projeto de lei em si é uma aberração, lotado de contradições, a começar pelo fato de outorgar a um ser que nem mesmo pode ser considerado pessoa (pelo simples fato de não ter nascido) a liberdade de reclamar direitos jurídicos e proteção do Estado.

Assegurar ao nascituro a “absoluta prioridade” no direito à vida significa retirar da gestante o direito de abrir mão da gravidez, mesmo quando esta a submeta a risco de morte, afinal, a prioridade à vida seria do feto e não da mãe. O Estatuto do Nascituro vai na contramão de toda a discussão que tem sido feita até hoje, em nosso país, acerca da necessidade de se

ampliar o direito ao aborto. O aborto no Brasil é uma questão de saúde pública. Estima-se em mais de um milhão o número de abortos clandestinos realizados todos os anos, dos quais 200 mil resultam em internação hospitalar.

O tema aborto é complexo e permeado de conflitos: admitir a maternidade como uma opção e não uma obrigação é ainda imenso tabu e o controle social da função reprodutiva das mulheres é um dos pontos centrais de disputa em nossa sociedade. Neste contexto, grupos conservadores, sob o aparente interesse da proteção à vida, combatem qualquer medida que favoreça a escolha da mulher sobre sua reprodução, opondo-se, inclusive, a direitos já conquistados.

Ser contra o Estatuto do Nascituro não é ser *contra a vida*. É observar que o que está em jogo na discussão do tema aborto é a vida de um ser humano constituído e sujeito de direitos, a mulher. Nascituros não são pessoas, são vidas em potencial, e o direito à proteção jurídica da vida desde a concepção não existe em nosso ordenamento jurídico constitucional, nem nos tratados internacionais que o Brasil ratificou. Então, pode-se dizer que “nascituro” é criação para dar personalidade jurídica às convicções morais de homens que desejam controlar a reprodução das mulheres pela lei penal (LAPA, 2013, p. 2).

Nas últimas eleições para o executivo no país, em 2014, houve um crescimento da bancada evangélica no Congresso Nacional e, no momento, o presidente do Congresso é um deputado evangélico que já se pronunciou francamente contra o aborto e a favor do Estatuto do Nascituro. O que nos interessa chamar a atenção é para o modo como a secundarização da experiência da mulher na gestação é exercida não apenas pelo consumo das tecnologias duras, tais como os exames ultrassonográficos, mas também se ancora em práticas patriarcais presentes no legislativo e no judiciário brasileiros. Práticas de violação de direitos e de invisibilização da mulher! Práticas de violência de gênero!

O problema do exercício da obstetrícia tal como se apresenta, nos dias de hoje, particularmente no Brasil, é a forma de exercer, sem controle, o poder sobre os corpos femininos, a sua vida e a sua morte. Há uma sobreposição dos interesses pessoais e financeiros dos médicos sobre os interesses na promoção da saúde das mulheres e seus bebês. As práticas hegemônicas de assistência ao parto têm funcionado em uma lógica de intervenção que não inclui as experiências singulares, as diferenças.

Na sociedade atual na qual controlar os eventos da natureza é o papel esperado dos cientistas, o parto como evento natural disto não escapa. Nesta produção, o médico tem assumido este papel e a mulher aceita ter alguém que decida por ela como estratégia de impor

certo controle ao imponderável. Um modo de tentar deter o avanço da ansiedade e da insegurança resultante do tipo de assistência que recebeu durante o pré-natal pode ser transferir a responsabilidade sobre seu corpo a outrem.

“A cultura somática produz indivíduos desconfiados e melindrosos, inseguros de si e insensíveis ao outro e ao mundo. Sem a confiança em si mesmo e nos outros não pode haver ação, somente indivíduos reativos, adaptados, obedientes e submissos” (ORTEGA, 2008, p. 49). Para que estratégia melhor que esta para conformar corpos e vontades?

As tecnologias de visualização podem produzir a desincorporação subjetiva e a virtualização e objetivação da corporeidade. De acordo com Ortega (2008), as tecnologias de visualização são tentativas de transformar o estranho em familiar, de tornar previsível, disponível, acessível uma dimensão da corporeidade que é, por natureza, recessiva e ausente, que se recusa e recua da apreensão direta. É uma tentativa de fugir da ansiedade básica de algo que não posso controlar, que escapa à minha apreensão e, no entanto, me habita. É uma forma de escapar do encontro com novos blocos de sensações que, esvaziados de vitalidade, perdem a potência.

A cultura somática é uma cultura de visibilidade total e esta cultura é o efeito do capitalismo em sua composição com a tecnociência.

A realidade torna-se uma imagem, e as imagens, realidade. Dessa forma, quanto mais o indivíduo contempla, menos vive. Quanto mais o indivíduo se reconhece nas imagens dominantes de necessidade, menos compreende sua própria existência, seu próprio desejo e vontade. Quanto mais aceita as imagens como verdade, menos sentido concede à sua existência real (ESEQUIEL, 2006, p. 141).

De acordo com Debord (1997), o espetáculo não é um conjunto de imagens, mas uma relação social entre pessoas mediada pela imagem, uma espetacularização da existência. Conforme argumenta, no livro *Sociedade do espetáculo*, publicado, pela primeira vez, em 1967, a produção de imagens, a valorização da dimensão visual da comunicação como instrumento de exercício do poder, de dominação social existe em todas as sociedades onde há classes sociais, isto é, onde a desigualdade social está presente graças à divisão social do trabalho, principalmente, a divisão entre trabalho manual e trabalho intelectual.

As observações realizadas não permitiram identificar qualquer rede de cuidado, a não ser o cuidado do médico com a médica assistente, com relação ao seu aprendizado. Em nenhum momento, foi verificada alguma indicação de interação com outros elementos de cuidado presentes no contexto: por exemplo, alguma pergunta acerca do serviço que a mulher

tem utilizado para acompanhar a gestação. O exame era realizado como desconectado da equipe, a não ser pelo fato de haver uma emissão de resultado.

O exame ultrassonográfico funcionaria como mecanismo coadjuvante na manutenção de todo um ordenamento atual na assistência ao parto. Aliado importante na manutenção da assistência medicalizada e centrada no médico. O desejado e esperado encontro entre gestante e feto subjetivado, promete coisas que não cumpre, movimentando a demanda por outros e outros exames, servindo mais na produção de um corpo que não importa, um corpo sem fala. Mais uma violência de gênero sutil, bem aceita, mas com claros resultados sobre a inversão simbólica quanto ao lugar da mulher na cena do parto. Reforça, mais uma vez, a dicotomia entre maternidade e feminilidade, pois, ao passo que os corpos femininos desfilam sensualidade e erotismo nas publicidades e revistas brasileiras, em uma extensa exposição da mulher, o corpo grávido e escondido pela superexposição do bebê é silenciado e invisibilizado durante o pré-natal.

Não queremos aqui demonizar ou mesmo contraindicar o uso da tecnologia da ultrassonografia, mas alertar que o seu uso tem sido um dispositivo, entre outros, utilizado para a inversão do protagonismo da mulher para o feto frente à sua gestação. Reconhecemos o grande apelo que este exame produz dentro do imaginário feminino e familiar em torno do “encontro” com o futuro bebê. Talvez o que se coloque como desafio seja que modos de operar poderiam ser desenvolvidos que permitissem a potencialização deste exame como experiência vívida?

Na assistência ao parto ofertada no Brasil, há uma luta pelo privilégio do saber médico sustentada por uma cultura do risco, por ameaças e pelo não compartilhamento de responsabilidades. É uma forma de dominação; é, também, um campo de práticas de violências cometidas para assegurar um poder e uma submissão subjetiva que produz uma gestação resultando em uma cesárea sem questionamentos ou queixas, mesmo quando esta assistência vem encoberta pelo ideal da escolha. Foi a mulher quem escolheu!

O cuidado seria, prioritariamente, “fazer com que a vida se torne potente, forte, criativa, inventiva, ativa, que goze realmente, produza o gozo alegre como consumo de intensidades livres sem as quais não haveria transmutação do desejo nem saúde em ato?” (FUGANTI, 2009, p. 670). Ao contrário disto, descrevemos um tipo de assistência que produz o silenciamento da mulher, a subjetivação do feto, que reforça diferenças de gênero e dispara novos desejos de consumo, incita à subjulgação fazendo subsumir a fala da mulher, a sua segurança enquanto quem gesta e pare uma criança, viola direitos sexuais e reprodutivos. Estas práticas de poder produtoras de dependência, reforçadoras de normalização, medicalização e mercantilização da experiência da gestação, com a promoção de uma inversão onde a mulher

deixa de ser protagonista, autora, produtora para ser paciente de um médico e incubadora de um futuro cidadão, tudo isto reforça a iatrogenia social e estrutural, como diz Illich, e reassegura as diferenças de gênero.

Considerando o sistema público de saúde brasileiro, onde há maiores taxas de partos normais e onde o tipo de assistência ofertado está baseado em altas taxas de intervenções médicas com baixa qualidade de humanização no serviço, podemos inferir que, para algumas mulheres, o investimento em conseguir o parto cirúrgico pode representar uma solução prática para que a gestante possa ter acesso a anestesia, a tecnologias mais avançadas e a um tipo de assistência menos “violenta”. A anestesia, por exemplo, em boa parte dos hospitais públicos, só está disponível para os casos de partos cirúrgicos.

As políticas públicas implantadas no país não têm se mostrado eficazes em modificar a qualidade da assistência prestada ao parto (SANTOS NETO et al., 2008). A mobilização social ainda não foi forte o suficiente para modificar o comportamento e as práticas médicas no país ficando, muitas vezes, estas mudanças circunscritas a alguns serviços.

Tateando entre os modos de ver o parto, abordaremos, a seguir, alguns discursos de mulheres frente à produção impressa da mídia acerca do parto e sua assistência. Nosso objetivo é conhecer um pouco o que dizem as mulheres brasileiras submetidas ao tipo de assistência ofertada. Problematizamos as narrativas das mulheres e a adesão aos discursos instruídos sobre o parto e como esta adesão produz a captura do desejo por um certo tipo de lógica binarizante pautada seja na ótica assistencial intervencionista e medicalizante do parto seja na ótica assistencial da escolha (mercado/cívica) como liberdade de escolha.

Os partos continuarão a existir, normais ou cirúrgicos; o que interessa, neste trabalho, é como têm sido vivenciados pelas mulheres.

QUE RAIOS É UM PARTO HUMANIZADO?

Depoimento publicado na rede social do Facebook

Amanda Mayumi 😊 se sentindo determinada

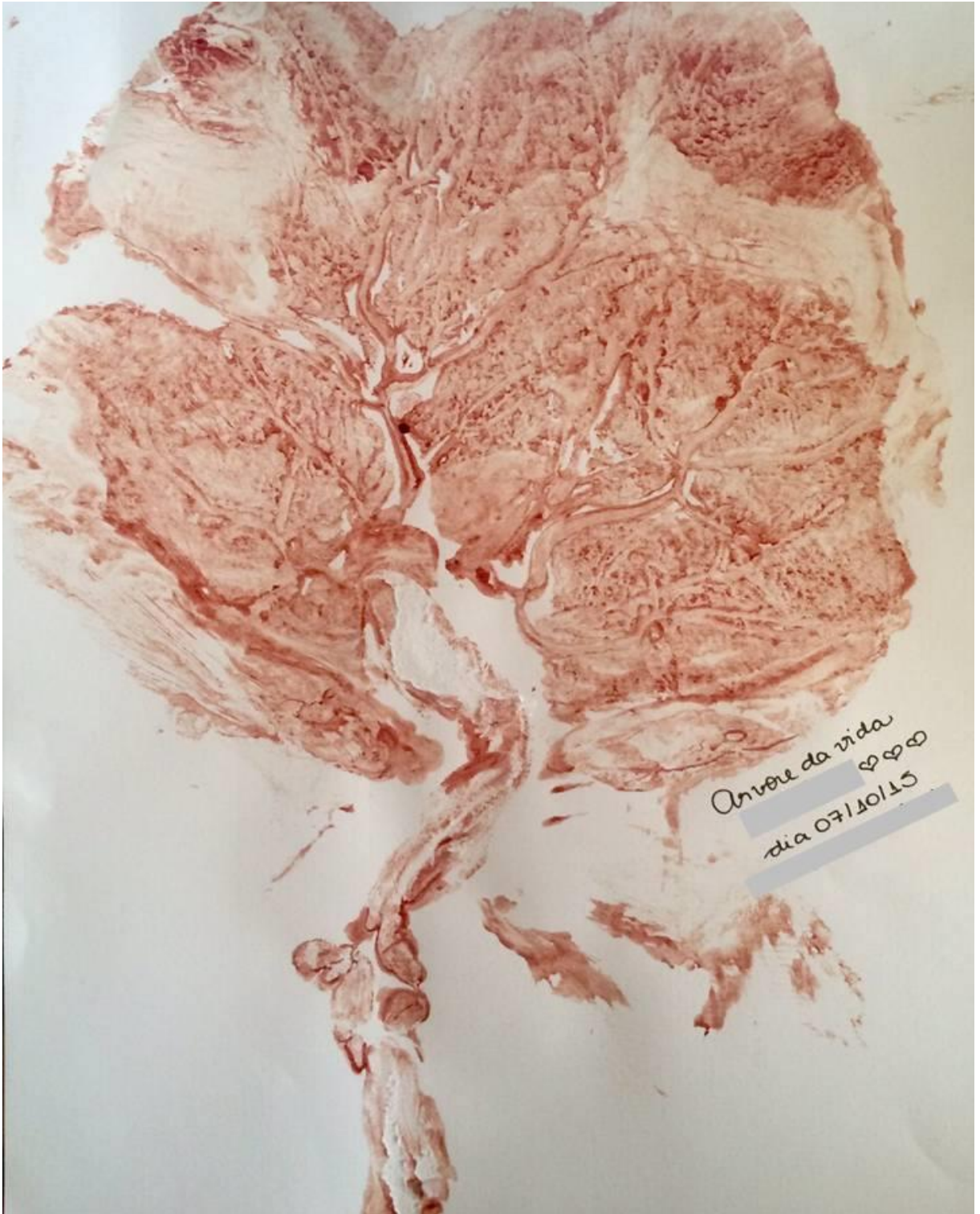
7 de outubro às 20:02

Ontem eu chorei. Chorei porque presenciei a violência obstétrica como nunca antes. E porque fui feita sua cúmplice. Ela chegou com dor. Eu a recebi na admissão no período da manhã. "Dor de chorar". Ela foi internada com 6 centímetros de dilatação. E dor "de chorar". Durante a tarde eu estava no Centro Obstétrico. Eu não a havia reconhecido até ela me chamar para me lembrar de sua dor. Me disse que a médica havia prometido um remédio e eu fui conferir. Ao chegar na bancada da enfermagem encontro uma profissional preparando um soro para ela. Não era analgesia, era ocitocina. Ela chorou. Muito mais do que eu. A esse ponto eu nem imaginava que iria chorar por ela. Ela chorou várias vezes. Dois toques. 9 centímetros. "Agora para de gritar e faz força pro teu bebê nascer". Ela não conseguia lidar com aquela dor. Na gestação anterior, um trabalho de parto prolongado que "evoluiu" para cesárea. Ela pedia para ser cortada de novo, de tanta dor. "Não vai dar, vai para a mesa de parto". Mais gritos. "Fecha a boca para fazer a força certa". Eu não era mais estudante de medicina nesse momento. Era doula. Tentava consolar aquela mulher cercada por médicos e outros profissionais. O pai ficou fora da sala. Não estava "preparado psicologicamente" segundo o chefe. Eu não acompanhava mais o andamento do parto. Só conseguia olhar para ela. Tentava falar com ela. Ela não queria mais falar. A violência já havia sido demais. Contração. Grito. O médico, que estava do outro lado da paciente, posiciona o antebraço sobre sua barriga e eu já sei o que vai acontecer. Ele começa a pressionar, fazendo a manobra de Kristeller (banida pela OMS, Ministério da Saúde e Conselhos Regionais e reconhecida como violência obstétrica pelo Ministério Público). Respirei. Mais gritos. "Prepara o kit de episio". Nesse momento, ele abre a mão bem na minha frente, e essa imagem ainda não saiu da minha cabeça. Eu já havia entendido, mas não queria. "Segura aqui minha mão", ele disse para mim. Segurei. Durou uns 20 segundos. Gritos. Ele soltou a minha mão e tudo o que consegui fazer foi sair dali. O mais rápido que podia. As lágrimas já começavam a rolar. Não consegui voltar. Depois soube que além da episiotomia, foi utilizado fórceps. Ela não quis dizer o nome do bebê. Ela não quis dizer mais nada.

Hoje eu chorei. Chorei porque vi a humanização na obstetrícia tomando forma real. E porque fui feita sua cúmplice. Era sua primeira gestação. Ela acordou com dor. Não sei com quantos

centímetros ela chegou, eu não estava lá. Mas logo já estava com 8. Quando me pediram para escutar os batimentos do bebê ela já estava com 9 centímetros e fazia um bom tempo que estava debaixo de chuveiro. Entrei no banheiro e vi uma cena inédita. Ela não estava no banquinho, relaxando embaixo d'água. Estava em quatro apoios, aproveitando cada contração. "To sentindo aqui embaixo". Encontrei os batimentos bem baixos mesmo. Estava quase na hora. Ela pedia para ver no espelho. "O que eu devia estar vendo?". "Espera a próxima contração que você vai ver", eu disse. Dito e feito, na próxima contração já estávamos vendo os cabelinhos. A música instrumental ficava mais baixa naquele cômodo, mas era audível. Ouvi até alguém comentar que gostava de uma das músicas quando começou. Mais duas contrações e a cabeça já estava lá. Mais duas e eu tinha o bebê inteiro nas minhas mãos. Ali mesmo. Debaixo do chuveiro, em quatro apoios, ela pariu. Eu, de joelhos, já estava meio molhada também. Coloquei o bebê em seus braços e em poucos instantes eles estavam trocando olhares. O cordão ainda pulsava, portanto permaneceu intocado. A avó cortou o cordão. Fomos para a cama aguardar a placenta descer. Enquanto isso, mãe e bebê aproveitavam o contato pele-a-pele. Pele com pele mesmo, sem roupa entre os dois, permitindo o importantíssimo primeiro contato. A placenta desceu sem qualquer problemas. Lacerações? Uma parauretral de primeiro grau e mais ou menos um centímetro. Sem necessidade de pontos. Ela levou a placenta para casa, mas antes disso fizemos a Árvore da Vida, essa aí na foto.

Ontem eu não sabia o que fazer, estava sem chão e sem esperanças. Hoje, recuperei minhas forças e minha vontade de lutar. Acredito que TODA MULHER merece atendimento humanizado, seja em parto natural, domiciliar, hospitalar ou cesariana. Porque diferente do que me ensinaram na faculdade, não acho que parto humanizado e parto seguro sejam coisas dissociadas. Inclusive, sentiria vergonha (e não orgulho) de dizer que faço parto seguro, não humanizado. Porque isso é admitir o que todo mundo já sabe: que o atendimento dado a muitas parturientes é desumano. E é por isso que não deixarei de lutar. Porque, citando um amado amigo meu, "Não se trata de humanizar as pessoas. Essas já são humanas. Se trata de humanizar as relações."



CAPÍTULO 4

O QUE DIZEM AS MULHERES BRASILEIRAS

SOBRE A EXPERIÊNCIA DE PARIR?

A MÍDIA, A PRODUÇÃO DE SUBJETIVIDADES SERIALIZADAS E O CUIDADO

A mídia é um dos locus de materialização de práticas discursivas medicalizantes sobre o parto. As revistas femininas são, hoje, uma importante fonte de divulgação de informações sobre gestação e parto. Estas revistas, sob a aura de matérias meramente informativas e abertas à diversidade do público consumidor, (re)produzem modos de subjetivação e objetivação homogeneizantes que se querem hegemônicos no que diz respeito ao processo de parir e suas vicissitudes. Não é incomum percebermos nas matérias publicadas sobre a experiência do parto uma associação entre pobreza e falta de acesso à tecnologia e entre nível socioeconômico alto e acesso à tecnologia implicando, no primeiro caso, em parto normal violento e, no segundo caso, em cesariana eletiva.

Como isto se dá na mídia?

A imprensa se apresenta para os usuários como um “conselho de quem entende” e tem como guia a racionalidade técnica esclarecida e o direito de escolha. A crença na existência da concorrência e na liberdade de escolha são componentes essenciais na ordem capitalista e, no mercado de consumo da gestação e parto, não é diferente. Na lógica de consumo dos serviços obstétricos, a tão propalada “escolha individual do usuário” se faz entre possibilidades já dadas, “isto ou aquilo”, portanto, a escolha é uma ilusão e, grande parte das vezes, é pré-fabricada, produzida e controlada. O biopoder é, hoje, claramente exercido pela mídia, incluindo a propaganda e o marketing, de forma a tornar socialmente desejável, por uma questão de inserção ou de status, consumir tal ou qual tecnologia com a promessa de gozo no consumo.

Cafferata et al. (2009) lideraram uma pesquisa que avaliou a veracidade e o equilíbrio das informações sobre parto, seja ele normal ou cirúrgico, veiculadas, nos últimos 20 anos, em 15 revistas femininas brasileiras. A maioria das 225 matérias analisadas enfatizava os potenciais benefícios da cesárea e 67% dos artigos não mencionavam qualquer risco. Muitas matérias descreviam experiências positivas de atrizes com a cesárea, o que nos possibilita pensar a associação destas experiências como suporte de enunciados articulados a estratégias de poder que se voltam para o corpo da mulher e multiplicam técnicas e procedimentos disciplinares devidamente validados pela suposição do atingível padrão de vida e beleza das atrizes.

O estudo de Rocha (2006), “Cesárea na mídia impressa: o dito e o não dito”, referente às indicações explícitas e implícitas em matérias sobre a cesárea publicadas em uma revista brasileira de grande circulação, concluiu que a maioria das matérias apresenta a cesárea como a única solução para grande parte dos problemas relacionados ao parto e ao nascimento. As vantagens da cesárea podem ser claramente inferidas nas matérias estudadas nas quais há o entendimento da indicação do uso de tecnologias como modo padrão, o reforço do poder do profissional médico sobre o desfecho da gravidez e da condição da mulher que, enquanto paciente, deve se submeter ao poder do conhecimento profissional deixando explícito, em alguns momentos, que a cesárea é o procedimento de menor risco para a mulher. Além da omissão de esclarecimentos sobre as possíveis complicações da cesárea para a mulher e o filho, há a produção de uma preocupação estética com o corpo na escolha do procedimento.

“Prevalece a tendência, na grande imprensa, de simplificar os discursos, através da escolha da mesma gama de fontes e de um processo de espetacularização da notícia, que no seu limite, tende a criar ou recriar a realidade dos fatos” (MARQUES, 2006, p. 58). Contudo, é importante sinalizar que o fato de algumas instâncias serem vistas didaticamente como “suportes” de enunciados, elas não podem ser entendidas de modo linear e simplista: porque a mulher deve ser bela e jovem, criam-se academias ou especialidades médicas e, através destas, o projeto se realizaria. O discurso ele mesmo está em constante transformação por “exercitar-se” nesses espaços todos e tais lugares, por sua vez, não são sempre os mesmos, desde que os sujeitos e as instituições se reconhecem neste discurso.

4.1 O QUE OS DITOS FAZEM VER E DIZER?

Foucault (1986; 1995), em seus estudos sobre o discurso, explicita a íntima relação entre discurso e poder bem como as várias e complexas formas de investigar as “coisas ditas”. Para ele, toda formação discursiva diz respeito a:

[...] um feixe complexo de relações que funcionam como regra: ele prescreve o que deve ser correlacionado em uma prática discursiva, para que esta se refira a tal ou qual objeto, para que empregue tal ou qual enunciação, para que utilize tal conceito, para que organize tal ou qual estratégia. Definir em sua individualidade singular um sistema de formação é, assim, caracterizar um discurso ou um grupo de enunciados pela regularidade de uma prática. (FOUCAULT, 1986, p. 82).

Este modo de entender o discurso implica apreendê-lo como prática datada, como um feixe de relações nas quais há a inexistência de estruturas permanentes, responsáveis pela constituição da realidade (DREYFUS; RABINOW, 1984). Esta apreensão nos desloca da busca por uma verdade escondida por “trás” do dito, dos significantes, das explicações unívocas e simplistas e nos convoca a analisar as enunciações e as relações como práticas que o próprio discurso põe em funcionamento: relações históricas, políticas, econômicas, instituições, disciplinas, práticas muito concretas vivificadas e estilizadas nos discursos.

[...] gostaria de mostrar que o discurso não é uma estreita superfície de contato, ou de confronto, entre uma realidade e uma língua, o intrincamento entre um léxico e uma experiência; gostaria de mostrar, por meio de exemplos precisos, que, analisando os próprios discursos, vemos se desfazerem os laços aparentemente tão fortes entre as palavras e as coisas, e destacar-se um conjunto de regras, próprias da prática discursiva. [...] não mais tratar os discursos como conjunto de signos (elementos significantes que remetem a conteúdos ou a representações), mas como práticas que formam sistematicamente os objetos de que falam. Certamente os discursos são feitos de signos; mas o que fazem é mais que utilizar esses signos para designar coisas. É esse mais que os torna irredutíveis à língua e ao ato da fala. É esse ‘mais’ que é preciso fazer aparecer e que é preciso descrever. (FOUCAULT, 1986, p. 56).

Trata-se, então, de trabalhar o discurso fazendo-o aparecer em sua complexidade, mostrando seu duplo condicionamento entre as práticas discursivas (ditos) e as práticas não discursivas (instituições, processos sociais e econômicos). As práticas discursivas são centradas no uso de signos e dizem respeito a qualquer atividade envolvida com a expressão, “constante nas leis, nos códigos, nos enunciados estabelecidos pelas convenções institucionalizadas ou informais, presentes em qualquer esfera do cotidiano” (TEDESCO, 2007, p. 359). As práticas não discursivas compreendem o regime e os processos de apropriação do discurso.

Importa, portanto, debruçarmo-nos sobre essas práticas – discursivas e não discursivas – para compreender a rede diferenciada de poderes e saberes que nos produzem não só em relação às suas condições de emergência como às funções por eles exercidas no interior de práticas não discursivas. Pois, “[...] não há enunciado que não suponha outros; não há nenhum que não tenha, em torno de si, um campo de coexistências” (FOUCAULT, 1986, p. 114).

A imprensa oficial, em seus exercícios de poder e dominação, veicula e produz saberes sobre o corpo que se tornam poder sobre o corpo. Pois, “não há biopoder – ou poder sobre a vida – que não seja também o poder de um tipo de vida sobre outro, pois o poder nada

é fora de seu exercício sobre a vida, exercido também por intermédio de vidas” (FUGANTI, 2007, p. 131).

Os sites e revistas se apresentam como agentes que organizam e reúnem “todas” as informações relevantes acerca do assunto, além de venderem a ideia de possibilitarem que consumidores organizados possam ajudar uns aos outros. Esta enunciação traz consigo a fala de diversas instituições e sujeitos como veículo de divulgação e circulação dos discursos considerados “verdadeiros” em nossa sociedade, porém, também se impõe como criadora de um discurso próprio, por meio de variações, recriações, transformações, analogias e adaptações de enunciados distintos, em direção a um novo discurso com características próprias. Proliferam revistas sobre maternidade, sites sobre maternidade ativa, blogs de mulheres e mães contando suas experiências e se colocando à disposição para interagirem entre si. A sugestão é a de que transformadas em clientes as mulheres se tornariam mais ativas do que passivas. Tais práticas, nesta relação necessária entre o discursivo e o não discursivo, certamente não existiriam sem as revistas, sem a televisão, sem a publicidade – também não existiriam sem as academias de ginástica, a indústria da moda – e estão relacionadas às lutas das mulheres em torno de uma série de conquistas: descriminalização do aborto, exercício de funções públicas e políticas.

4.2 O QUE DIZEM AS MULHERES BRASILEIRAS?

Buscamos, então, apreender, na fala das mulheres sobre o parto, o jogo de relações entre o discursivo e o não discursivo conformando políticas de narrativa diversas que fazem aparecer os objetos (medicalização do parto; a cesárea como mercadoria de consumo; a lógica da escolha) como objetos de poder e saber sobre o parto e na sustentação/ produção de lógicas assistenciais.

Para este capítulo de discussão, foram pesquisadas algumas revistas brasileiras, conforme o que veiculavam dos seus conteúdos na internet, e as respostas das mulheres a quem eram dirigidas as matérias. Interessou-nos a fala das mulheres ao comentarem as matérias ou ao responderem às perguntas. Foram acessados os números publicados entre os anos de 2010 a 2012 de quatro revistas produzidas para atender a diversos segmentos de consumidores. As revistas pesquisadas foram:

1. *Revista Época* – revista de notícias semanal de cunho jornalístico e uma das maiores revistas semanais, publicada no Brasil pela Editora Globo. De acordo com a Associação Nacional de Editores de Revistas (ANER), tem circulação média estimada em, aproximadamente, 420 mil exemplares. Foi lançada em 25 de maio de 1998. Seu estilo é

baseado na revista alemã *Focus*, que valoriza o padrão de imagem e gráfico na apresentação das reportagens.

2. *Revista Caras* – uma publicação semanal da “imprensa rosa” brasileira, forma de denominação comum entre editores para designar uma publicação voltada a cobrir o cotidiano das pessoas, celebridades ou gente comum, bem como à especialização da profissão jornalística em hábitos de comportamento dirigidos ao público feminino. Foi inicialmente editada no Brasil pela Editora Abril, em 1995.

3. *Revista Marie Claire* – revista de periodicidade mensal que, no Brasil, é publicada pela Editora Globo desde abril de 1991. É direcionada para mulheres adultas, enfoca assuntos sobre moda, comportamento e atualidades sob o slogan *Chique é ser inteligente* e adota uma linha editorial que expõe, primordialmente, temas polêmicos sobre comportamento e denúncias de violação dos direitos humanos.

4. *Revista Crescer* – de periodicidade mensal, é direcionada a mulheres e homens com filhos. Trata sobre cuidados da saúde e educação dos filhos desde a gravidez e, também, de assuntos sobre corpo, beleza, relacionamento afetivo, a profissão e a casa. A Editora Globo a apresenta assim: “Informação e inspiração para mães e pais. A Crescer fala com a mulher que ama seus filhos... Para ajudá-la a equilibrar o tempo – e as emoções –, vamos atrás de histórias inspiradoras e dos especialistas com as informações mais quentes e relevantes”.

A forma como os temas da gestação, parto e nascimento aparecem em cada uma delas é bastante diferente, mas igualmente importantes para verificarmos o tipo de informação que se propõem a veicular como enunciados de verdades que se querem universais.

Na *Revista Caras*, o tema do parto só aparece nas matérias quando é para comunicar o nascimento do filho de alguma celebridade. O foco é a novidade, a composição familiar ou a apresentação do bebê à sociedade. Há uma ênfase na rápida recuperação física da mãe, na forma do parto, no peso do bebê ao nascer, na alta hospitalar, nas lembranças distribuídas e nas visitas recebidas.

Na *Revista Época*, as matérias que envolveram gestação, parto ou nascimento estavam restritas a denúncias de situações de violações éticas, de falta de infraestrutura do SUS ou sobre movimentos sociais que se manifestaram frente a situações de recuo referentes a conquistas já efetivadas, como foi o caso da proibição, pelo Conselho Regional de Medicina (CRM) do Rio de Janeiro, de o médico prover assistência ao parto domiciliar. Na seção Sociedade, as informações contidas equivalem às informações encontradas na *Revista Caras*, mas em número bem menor.

Na *Revista Marie Claire* houve poucas matérias sobre parto. Quando encontradas, eram para descrever algum ritual excêntrico em alguma parte do mundo ou para dar dicas de beleza e de retorno à boa forma. Entretanto, em 2012, houve um fórum: “Essa pergunta vai para as mães: você se sentiu pressionada, pelo médico ou pelas amigas, a fazer algum tipo específico de parto?”. Como o tema diz respeito ao nosso objeto de estudo, buscamos as respostas disponíveis na internet. Temos 15 depoimentos *online* que serão objeto de análise.

Na *Revista Crescer*, os temas estão voltados para uma “educação perinatal”. Nesta, foram encontradas e selecionadas 18 matérias acerca do parto, publicadas entre março de 2010 a junho de 2012, contendo 68 comentários postados entre março de 2010 a junho de 2012. As matérias selecionadas foram:

1. “Entrei em trabalho de parto!”
2. “Conselho Federal de Medicina autoriza obstetras a cobrarem pelo acompanhamento de trabalho de parto”
3. “Mudança na atenção ao parto vai diminuir cesáreas, diz Ministério da Saúde”
4. “Documentário *O Renascimento do Parto* fala sobre informação, hormônios do amor e opções de parto”
5. “Espere seu bebê querer nascer”
6. “O emocional pode impedir o parto normal?”
7. “Celebridades se unem em ação para prevenção de parto prematuro”
8. “Cesárea: o que leva as mulheres a esse tipo de parto”
9. “Bebês que nascem de cesárea têm 58% mais chances de serem obesos”
10. “Anestesia Personalizada”
11. “13 coisas sobre cesárea que ninguém contou para você”
12. “Estudo mostra que a desnutrição e mortalidade infantil diminuíram e o número de cesáreas aumentou no Brasil”
13. “Pai na sala de parto”
14. “Novos tratamentos e cuidados para a grávida e o recém-nascido”
15. “Novo equipamento mede a elasticidade do períneo e traz mais segurança no parto normal”
16. “Sete sinais para o parto”
17. “15 respostas – para o que toda grávida sempre quis saber – sobre o parto”
18. “O risco de agendar um parto cesárea sem necessidade”.

Por meio da análise das narrativas encontradas nos comentários publicados pelas mulheres como resposta às matérias da *Revista Crescer* e ao Fórum produzido pela *Revista*

Marie Claire, publicados entre 2010 e 2012, pudemos dialogar diretamente com a produção enunciativa de modos de ser e ver presentes naqueles discursos. Entendendo, com Foucault, os discursos como práticas que formam sistematicamente os objetos de que falam, diferente de um mero entrecruzamento de coisas e palavras.

Para isso, decidimos focar nos comentários das leitoras e menos no conteúdo das publicações. Utilizamos os comentários conforme foram publicados na internet, tendo em vista que a sua publicação na rede já os torna públicos. Manteremos os nomes, data, local e possíveis erros de digitação para respeitar a forma como foram publicados. Entretanto dividimos os comentários de acordo com o conteúdo verificado. Os negritos são de inteira responsabilidade da pesquisadora, utilizados para ressaltar aspectos do discurso que foi analisado.

Antes de analisarmos os comentários, vamos nos deter na pergunta do Fórum. **“Essa pergunta vai para as mães: você se sentiu pressionada, pelo médico ou pelas amigas, a fazer algum tipo específico de parto?”**. Ao trazer no título questionamentos acerca da existência ou não de alguma pressão para algum tipo de parto, a enquete já enuncia que o padrão ideal seria o da “liberdade de escolha”; promove a compreensão de que a escolha da gestante, de forma individualizada, deveria ser respeitada; cria uma ideia de saída do que ela qualifica como pressão pela “liberdade” de escolha; e corrobora com a ilusão da escolha pessoal, da supremacia da individualidade como diferencial para a oferta apresentada para o consumo. Está embutido um conceito reducionista de que o cuidado em saúde é um processo individual de proteção do corpo independente das condições sociais, históricas, culturais, econômicas. De acordo com Heckert: “o cuidado como ato solitário e individual, torna-se mais um meio de culpabilização dos indivíduos, de responsabilização individual do que ocorre em suas vidas” (2007, p. 202). Desconsidera, assim, a possibilidade de uma construção negociada coletivamente e reforça a suposta autonomia individual.

Na análise dos 83 comentários postados no fórum da *Revista Marie Claire* e nas matérias da *Revista Crescer*, destacamos a produção de algumas práticas expressas nas narrativas sob o signo de posições políticas e as organizamos em sete grupos, quais sejam: 1) relatos de pressão e violência; 2) o parto cirúrgico como “escolha” pessoal; 3) a luta para se conseguir um parto normal; 4) o dualismo entre parto normal e parto cesárea; 5) a discussão entre dor e sofrimento; 6) a discussão acerca dos riscos e vulnerabilidades; e 7) as demandas por cuidado.

4.2.1 Relatos de pressão e violência

- ANA CLAUDIA OLIVEIRA – SC | CANELINHA | 03/07/2012 14:10

Medo de Perder a minhas princesas

*Eu engravidei com 14 anos, e fiquei tão apavorada que pensei em tirar meu bebê, estava tão apavorada que tive uma gravidez de risco, o que me deixou com mais medo foi quando descobri que estava grávida de gêmeas, **o médico disse que eu podia acabar falecendo ou perdendo os minhas princesas, na hora do parto, eu não conseguia ficar calma, nunca tive o apoio dos meus pais e nem do pai das minhas filhas, mas deu tudo certo, tive elas em parto normal.***

- MICHELLE RIBEIRO – | RJ | RIO DE JANEIRO | 25/06/2012 14:51

Duvidaram da minha capacidade de parir.

*Durante a gravidez todo mundo duvidava que eu conseguiria um parto normal. Minha mãe havia passado por 3 cesáreas, a maioria das pessoas que conhecia tinham feito cesáreas marcadas... mas eu enfiei na cabeça que meu parto seria normal... cheguei a cogitar **o parto natural, sem anestesia na água (o que meu médico, a quem eu amo, classificou como palhaçada)**, mas tinha muito medo da dor e essa ideia foi reduzida ao parto normal com anestesia... mas ainda assim ouvi muitas críticas do tipo "**você é muito magra, não vai ter passagem**" ou "**você, parto normal? nas cólicas menstruais você faz um escarcéu de dor! Não vai aguentar a primeira contração**". Meu parto foi normal induzido... passei 44hs sentindo contrações fortes mas irregulares, sem estouro de bolsa e sem perceber a perda do tampão... quando meu médico me internou ele fez o exame e percebeu que eu ainda estava com 1cm de dilatação, mas sem tampão e com o colo do útero muito esvaecido... nesse momento ele me perguntou "**o que VOCÊ prefere, tentar o parto normal até o fim ou fazer uma cesárea?**"... era quase meia-noite de um domingo... e ele **ME DEU OPÇÃO**... eu escolhi o que quis a gravidez inteira, parto normal até o fim... ele disse q ia me levar pro centro cirúrgico e pedir pro anestesista induzir. Meu filho nasceu às 2h15min... não chegou a ser o parto natural dos meus sonhos iniciais, mas foi um parto rápido, indolor e bem mais natural do que cortar 9 camadas do meu corpo... No dia seguinte ao meu parto meu obstetra me contou que mentiu pro anestesista dizendo q eu tinha 5cm de dilatação senão o anestesista não induziria!*

- ANA CAROLINA – | PE | RECIFE | 04/07/2012 22:24

Duas cesáreas por pressão

Na primeira, era uma jovem de 23 anos, facilmente enredada pela médica, que ainda forjou uma urgência para receber mais. Na segunda, já esclarecida, enredada por outra

médica falsamente a favor do parto normal que sumiu no dia do parto e me empurrou pra emergência. Ainda ouvi na sala de parto, ao pedir para ser desamarrada e amamentar assim que nascesse: "você viu muita novela".

- ERICA – | SP | SÃO PAULO | 25/06/2012 06:14

Na hora H cesárea

*Sim, eu sempre deixei claro que preferia parto natural. Meu medico sempre ouvia e dizia: **Na hora certa a gente conversa. O tempo foi passando e na ultima consulta ele me disse para marcarmos a data do parto.** Eu disse que queria fazer parto natural e ele pediu para que eu me internasse no dia seguinte as 7 da manha. Eles iriam dar a medicação para começarem as contrações. Mas se o bebe nascesse antes das 15 hs ele não poderia fazer meu parto pois aquele dia a agenda estava cheia. Fiquei com medo de fazer meu parto com um medico desconhecido e concordei em fazer a cesárea no horário disponível do medico.*

- RENATA PRAÇA FANTASIA – | SP | SANTOS | 12/07/2012 16:41

Parto cesárea por comodidade da medica

*Minha medica **marcou cesarea por comodidade dela.** Percebi durante o parto. Agora na segunda gravidez vou tentar o parto natural.*

Muitos relatos são permeados de situações descritas ou vivenciadas como pressão, coação, violência ou ameaça que não necessariamente se fazem via uma violência explícita, mas, muitas vezes, sob a aura de “cuidado e prevenção de riscos”, o que mobiliza, nos contornos da subjetividade, a produção de uma composição singular de forças, um certo mapa de sensações. De acordo com Rolnik (1999, p. 206), “todo ambiente sócio-cultural é constituído por conjunto dinâmico de universos. Tais universos afetam as subjetividades, traduzindo-se como sensações que mobilizam um investimento de desejo em diferentes graus de intensidade”.

O depoimento de Ana Claudia descreve uma vivência de desestabilização intensificada pelo medo de morrer ou de perder as filhas. Uma gestação aos 14 anos, de gêmeas e com uma ameaça de morte para si ou para as filhas, sem apoio dos pais pode produzir uma desestabilização que irá exigir a criação de estratégias para se defender do desconforto provocado por ela. Qual o sentido de uma afirmação como esta sobre a possibilidade de morte da gestante ou dos fetos? A serviço de quem está esta informação? Aparece para reforçar a ideia de que a preocupação da “intervenção médica” fez “dar tudo certo”?

O momento do parto é um momento de grande tensão física e emocional no qual lidamos com as nossas fragilidades e as expomos frente ao porvir, o que requer a produção de uma rede de acolhimento e cuidado. Os profissionais de saúde, muitas vezes focados em seus instrumentos de intervenção (tecnologias duras e leve-duras), desconhecem ou utilizam esta

fragilidade constituinte do processo de parir como estratégia de exercício de poder sobre a gestante.

O depoimento de Michele pode nos levar a supor diversos dispositivos que levaram à construção de uma imagem de mulher forte e determinada que, apesar das pressões, consegue manter a sua determinação. Esta imagem de mulher forte pode ter permitido uma persistência maior no seu desejo de ter um parto normal, a despeito dos demais à sua volta. Mas este efeito é singular e raro e se, no caso de MICHELE, reforçou a sua decisão pelo parto normal, outras mulheres poderiam sucumbir às “explicações e prognósticos” do especialista, em seus saberes técnico-científicos legitimados, ao aludir à “falta de condições” físicas para prosseguir tentando um parto normal, e se submeterem à cesárea.

A desqualificação da capacidade da mulher de poder parir está presente nos comentários acerca do tamanho ou da capacidade de suportar a dor e, principalmente, no comentário do médico frente às possibilidades de parir sem anestesia ou na água (que poderia ser visto como um parto fisiológico) como sendo uma palhaçada. Apesar de uma afirmação que desqualificava o seu pedido, ela ainda se refere ao médico usando a expressão “que eu amo”. As relações afetivas que são desenvolvidas na relação médico-paciente, ainda com a assimetria dos lugares ocupados por cada parte, dificultam o enfrentamento que se faz necessário quando se quer fazer valer um pedido por um parto normal.

Nos comentários anteriores, Ana Carolina e Érica trazem estratégias de manejo frente ao pedido das gestantes para realizar um parto normal. Há um campo de batalha e disputas no qual a mulher que solicita um parto normal é colocada como estando em oposição à norma, o parto cesárea. Práticas de poder e resistências se enfrentam com táticas mutáveis e múltiplas, em um campo de relações de forças em luta. Gama, ao discorrer acerca das táticas, às vezes explícitas, que formam dispositivos de conjunto na direção de um objetivo afirma:

[...] não há poder que se exerça sem uma série de objetivos. Todavia, isto não quer dizer que eles sejam resultado da escolha ou da decisão de sujeitos que se conservariam “fora” do poder, mas de fato, tratam-se de táticas muitas vezes bem explícitas no nível limitado em que se inscrevem que, encadeando-se entre si, invocando-se e se propagando, encontrando em outra parte apoio e condição, esboçam finalmente dispositivos de conjunto. (GAMA, 2010, p. 45).

Na situação de assistência ao parto, não há um poder localizado: há todo um ambiente propício e um conjunto de fatores e estratégias que permitem que o exercício de poder ocorra. Por ser um exercício de poder fluido e modulado, as estratégias estão sempre mudando

e produzindo outras normas que facilitem seu exercício, tais como: o medo do risco, o desejo de ter o parto com o médico que a assistiu durante a gestação, a agenda do médico e o tempo do trabalho do parto, o tipo de assistência na emergência...

Neste campo de batalha, a mulher é convocada a administrar, além da gestação e dos anseios frente ao parto, as relações com um médico super empoderado socialmente e, que na dissimetria de relações, exige uma alteridade nem sempre experimentada pelas mulheres para construírem o enfrentamento. Sucumbir à vontade do médico tem sido uma coisa muito comum.

A alusão de que, possivelmente, ANA CAROLINA tenha “visto muito novela” desqualifica o discurso da mulher que estava reivindicando amamentar o seu filho recém-nascido. Empurrar a conversa sobre o tipo de parto para o final da gestação também infantiliza e assujeita a mulher aos tempos decididos pelos médicos como adequados, seja para falar sobre o tipo de parto seja sobre “amamentar” o recém-nascido. Outra estratégia sorrateira de poder/saber muito utilizada nas práticas médicas é fazer-se a favor do parto natural, no processo de acompanhamento da gravidez, e quando já está praticamente na hora do parto, modificar o discurso desempoderando a mulher e explicitando a força e poder do discurso médico.

Algumas vezes encontramos depoimentos, tais como o de RENATA, em que há a percepção da tática empregada pela médica para a realização do procedimento que se mostra hegemônico na prática obstétrica atual, a cesárea, e que só é percebido pela mulher depois do parto. A agenda de partos cirúrgicos organizada de acordo com a conveniência das práticas de consultório e demais atividades da vida transforma o parto em acontecimento previsível com o controle efetivo sobre o corpo das mulheres sob supervisão e “cuidado” médico.

Importante ressaltar que, muitas vezes, há uma aliança gestante-obstetra na qual os discursos de ambos não diferem. Aliás, ambos estão submetidos às mesmas táticas sutis de produção de poder e disciplina em exercício na sociedade onde vivem. Além disto, comprar esta briga, muitas vezes, significa transferir a responsabilidade do desfecho para a própria mulher e desresponsabilizar o profissional. Dificilmente, uma gestante banca este risco e o que se produz por meio de estratégias sutis (produção do medo/ameaça de abandono/explicações científicas e termos médicos) é o convite para uma nova modalidade resultante da lógica da escolha: “Vai se responsabilizar pelo risco de algo dar errado ou vai acatar o que indico como mais apropriado?”.

Em todos os comentários agrupados neste bloco, a lógica da assistência é a das práticas de exercício do poder patriarcal travestido de escolha. Não se localiza, em nenhum dos comentários, alguma construção de vínculo com a equipe de saúde no sentido de se construir

uma corresponsabilização pelo processo. Ou se acata a recomendação médica ou se assume as consequências da escolha. A lógica da escolha, como já discutimos no Capítulo 2, sugere que estas sejam confinadas a momentos determinados, momentos privilegiados. A lógica do cuidado, em contraste, sugere que a escolha seja um processo contínuo de sintonia com as mais viscosas variáveis da vida: a assistência segue sendo avaliada a cada momento e a escolha faz parte do processo de assistência, até para que se mantenha em sintonia a experiência de parir com os fatos que vão surgindo.

4.2.2 Parto cirúrgico como “escolha” pessoal

BARBARA – | RJ | RIO DE JANEIRO | 22/06/2012 13:18

... Nunca me senti pressionada a nada. Tem gente que só pq o médico sugeriu uma cesárea acha que é pressão. Médico tb tem direito a dar opinião, poxa. Eu fiz cesária pq queria e olha que meu medico queria que fosse por vias normais.

- ANA LÚCIA BERNARDES JUSTINO – | RS | PORTO ALEGRE | 11/07/2012 07:44

Cesárea

Tive minha filha aos 24 anos, e sempre fui ansiosa, sempre tive medo do parto normal, e decidi por fazer cesariana, a minha médica sempre me apoiou e foi tudo ótimo, inclusive a recuperação. Mas muitas pessoas me criticaram pela minha escolha durante a gravidez, dizendo que este tipo de parto seria uma agressão para o bebê. Cheguei a me sentir culpada antes da minha filha nascer. Hoje, eu acredito que o melhor tipo de parto é aquele que é o mais seguro, tanto para mãe quanto para o bebê.

- ROSE – | SP | CAMPINAS | 21/06/2012 22:43

Não me senti pressionada

Eu não tive dilatação suficiente para ter parto normal. Após 12 horas decorridas do estouro da bolsa, a médica optou pela cesárea. Não sei o que é dor de parto, não sofri nada, tomei anestesia peridural. Minhas cesáreas (submeti-me a outra, 2 anos depois) foram maravilhosas, feitas por uma profissional muito competente. O incômodo é só na primeira semana, devido ao corte e aos pontos. Após a retirada destes, vida absolutamente normal. Sou fã de cesárea, não tenho nada contra.

- ARIANE – | PR | LONDRINA | 12/07/2012 09:38

Cesariana hj em dia é tudo. Tive cesariana por opção minha e não me arrependo nem um pouco minha recuperação foi fantastica

- MELISSA MACHADO – | RJ | RIO DE JANEIRO | 28/06/2012 21:40

Medo do parto

Passsei por muita ansiedade na minha gravidez, tive muito medo e decidi pela cesárea com data marcada para adiantar meu parto! Estava tão desesperada pra ver a minha filha que não consegui esperar!

- MARCIA APARECIDA – | MG | BELO HORIZONTE | 22/06/2012 16:30

não fui pressionada.

Quando tive a minha primeira filha tive pressão alta, por isso o motivo da indicação da cesárea.

Nos depoimentos anteriores, temos uma série de mulheres que narram ter escolhido o parto cirúrgico. As mulheres vivem em sociedade, são membros de diferentes coletivos: família, colegas, amigos. O pensamento hegemônico de que o normal é um parto cirúrgico faz parte da maioria destes coletivos. Fazer um enfrentamento com as pessoas que lhe são caras nem sempre é fácil ou desejado. As mulheres, ao clamarem por sua individualidade, sua autenticidade e condições de escolha e autodeterminação, rejeitam o que escapa à lógica do que as constitui? Nem sempre.

A transferência da responsabilidade pelo parto aos médicos como algo desejado, o anestesiamento da experiência de parir para a rápida obtenção do “produto”, o bebê, e o desconhecimento dos efeitos da antecipação do parto para o bebê, acreditando na noção de parto cirúrgico como o mais seguro, podem ser índices e efeitos de táticas sutis de subjetivação em funcionamento nas quais nos tornamos, ao mesmo tempo, objetos e sujeitos das tecnologias de poder que nos constituem. Este processo é singular e delicado, com multiplas possibilidades de desfechos, contudo, pensamos que todas elas clamam por respeito e acolhimento.

4.2.3 Luta para conseguir um parto normal

- ANDRESSA – | MG | BELO HORIZONTE | 08/07/2012 20:42

Sempre tive muito claro que queria partos normais. Procurei médicos que me apoiassem. Tive partos normais hospitalares com anestesia, sem episiotomia ou outras intervenções. Foram experiências ótimas.

- LU – | SP | LINS | 26/06/2012 17:22

O normal é parto normal

*Quando engravidei, há 14 anos, comecei a ler tudo sobre parto e descobri que em muitos lugares no Brasil temos a indústria da cesárea, ou seja, muitos médicos pensam no dinheiro na hora de fazer o parto e como na cesárea eles ganham mais... então muitas vezes eles não incentivam ou encorajam as gestantes a optar pelo normal. Na minha família nunca alguém havia feito parto normal e muito menos minhas amigas, **meu médico também não me incentivou**, mas eu fui até o fim e fiz e só posso dizer que foi maravilhoso e a recuperação excelente.*

- VANEIDE – | PR | CRUZMALTINA | 09/07/2012 16:19

Parto Normal

*Tive a minha primeira filha com 26 anos. **Sempre quis parto normal, o meu médico também era a favor do parto normal.** Estava muito ansiosa, mas ele sempre procurou me acalmar. Fiz o parto em um hospital particular em Curitiba, mas achei o ambiente horrível, varias mulheres na mesma sala gritando, quase desisti do parto normal, o que me fez ir ate o fim foi o meu medico, que sempre esteve ao meu lado dando força. Minha segunda filha nasceu na Alemanha, país aonde a cesárea é realizada em últimos casos. Tinha muito medo, pois não dominava bem o idioma. Mas me surpreendi, pois os futuros pais podem visitar a maternidade antes. Mas o que me dava medo é que o pre-natal faz se com o ginecologista, mas o parto e feito por uma parteira, e isto me assustava. Porém como estava a decidida a ter mais um parto normal, fiz antes sessões de acupuntura, para reduzir a dor. E a parteira era um amor, e a sala de parto era linda, nem parecia hospital.*

É comum encontrar comentários como os acima descritos nos quais a resistência ao parto cirúrgico leva a uma verdadeira disputa e busca por profissionais que “aceitem” fazer um parto normal. Buscar um parto normal humanizado exige um posicionamento mais incisivo da mulher, pois ela vai precisar fazer movimentos desde a definição do médico, passando pela alteridade na relação gestante—obstetra, o conhecimento do processo, pesquisas na internet ou em livros, rede de suporte social... Um acontecimento que seria natural, parte da vida, passa a requerer, em nossa sociedade intervencionista e medicalizada, um trabalho de preparo, práticas de autoproteção (por meio de pesquisas/saberes sobre o tema) e redes de suporte para enfrentar a “responsabilidade” de afirmar a experiência de parir por meio do parto normal. Uma batalha!

Ainda que entendamos que a mulher precisa estar ativa no processo de gestar e parir, seria importante que ela pudesse contar com uma assistência que se somasse a ela na construção deste caminho. Além das práticas de assujeitamento, ela se vê às voltas com práticas de resistência ao poder disciplinar e de controle e “esbarra” na potência da vida para ultrapassar as normatizações através da invenção de processos de singularização. Afinal, qualquer reação

ou resistência contra uma relação de poder se dá, sempre, a partir de dentro das redes de poder, em um embate de forças: onde há poder, há resistência, de maneira que todo e qualquer lugar social pode ser palco da resistência a partir de estratégias distintas.

Nessa batalha, em meio às relações e práticas de poder e controle, sempre haverá formas de escape e de resistência.

4.2.4 Dualismo entre tipos de parto

ANDRÉIA – SÃO PAULO/SP | 10/11/2011 12:32

Meu parto foi normal, HUMANIZADO, foi um momento lindo! Fui muito respeitada, bem tratada, consegui ter meu filho de parto normal e me recuperei muito bem e rápido!

VANESSA VERDI – CURITIBA/PR | 09/11/2011 10:27

Tive meu filho há 2 anos de parto natural no quarto do hospital, sem anestesia ou qualquer corte. Foi o momento mais feliz de minha vida. Estar participando ativamente do seu parto é um presente de Deus. Poder pegar seu bb nos braços, olhá-lo nos olhos e abençoar a sua chegada é fantástico, um sentimento sem explicação. Estou grávida de 5 meses e esse parto será em casa. Se vc tiver esse oportunidade, não perca. Viva o hormônio do amor.

TACIANA NETO LEME – BRASÍLIA/DF | 09/11/2011 04:17

*Luiza nasceu há um mês de parto normal. Dores? Sim, eu senti, mas o trabalho de parto foi muito mais do que isso. É difícil transformar em palavras essa experiência maravilhosa. Passar pelo trabalho de parto foi um **rito de passagem** que me deu segurança e definitivamente me transformou em mãe. Sem cortes, agulhas, anestésias, sem rasgos e muito disposta para os cuidados do meu bebê.*

ANA CLAUDIA LUIZ – Adamantina/SP | 14/05/2012 04:11

Amanhã completo 41 semanas e nada de sentir algum desses "sintomas". Estou angustiada e triste com a possibilidade de ter que realizar uma cesárea, sempre esperei por um parto normal. Mas continuo na expectativa de pegar meu pequeno nos braços.

ELAINE FERNANDES – CAMPINAS/SP | 25/04/2012 10:20

minha primeira filha foi cesárea...e a segunda filha veio de parto natural,a experiência é incrível e não há dúvidas q tanto para a mãe como para o bebe que o parto normal é mais seguro e saudável.

PAMELA CAMPOS – SÃO PAULO/SP | 17/04/2012 01:01

*Nasceu através de uma cesárea, que inclusive, foi super bem feita não tive nenhuma complicação e minha recuperação foi ótima e super rápida! Acho u absurdo o tom de imposição e que a mãe **Que não o faz, não sabe o que Eh um parto!!** Apoio a humanização, inclusive em partos cesáreas, que em muitos casos realmente não acontece! Mas essa atitude que muitas vezes **soa agressiva** tem que parar! Tenho 2 filhos,*

PAMELA CAMPOS – SÃO PAULO/SP | 17/04/2012 01:04

*Momento lindo e mágico e Anna Laura, 6 meses, tinha marcado cesárea, mas minha bolsa rompeu antes, amei, tive contrações, amei tbm, me submeter a uma cesárea, **não sou menos mãe por isso**, tal como muitas mães que fazem parto em casa, daria minha vida por ambos!!*

mas nada que invalide meu esforço e a magia do momento! Apoio a humanização, inclusive em partos cesáreas, mas esse tom de superioridade De quem adere Ao PD, tem que acabar, afinal, mae Eh mae independente do parto!

DANIELA CACHOEIRA – SANTA CRUZ CABRÁLIA/BA | 14/11/2011 02:57

*tenho um bb de 3 meses e fiz cesariana, foi um parto e recuperação maravilhosos, **não me senti incapaz de nada**, muito pelo contrario pude cuidar e amamentar o meu bb logo nas primeiras hrs de vida. tenho um filho de 7 anos e foi um trauma na minha vida o parto normal, alem da dor os pontos me deixaram mal por mais de mês. Apoio a cesariana!*

LARISSA – CAMPO GRANDE/MS | 18/11/2011 07:19

*Tbm tô cansada de ver o quanto falam mal da cesariana. Eu e meus três irmãos nascemos de cesariana, e nunca tivemos qualquer complicação, mt menos somos obesos, somos bem magrinhos. Na minha família todas as mulheres nunca conseguiram parto normal, falta de dilatação... e nenhum primo é obeso, nenhuma mãe teve problemas com a cirurgia. **O fato de no Brasil termos mts cesarianas é porque temos ótimos cirurgiões.***

LUZIA – JOÃO PESSOA/PB | 14/11/2011 02:16

***Discordo quando se fala que a mulher não deve escolher o tipo de parto em função de sua condição emocional.** Cada caso é um caso e, principalmente hoje em dia, com as pessoas cada vez mais conscientes da importância do emocional para a saúde, acho um absurdo não se considerar uma questão tão significativa e que pode trazer muitos prejuízos.*

Tem crescido, nos últimos tempos, o número de mulheres que reivindicam um protagonismo maior e uma participação mais ativa no parto. Muitos grupos têm se formado na luta pela implantação de modelos de assistência humanizada nos serviços materno-infantis pelo país. Tem sido frequente, também, a institucionalização de grupos na internet tais como

ReHuNa, Parto do Princípio, Grupo Maternidade Ativa, Parto no Brasil, entre outros, que defendem um maior protagonismo da mulher no momento do parto. É comum encontrar, no movimento pela humanização do parto, um apelo para o “retorno ao natural”, como vivência de conexão com algo primitivo, instintivo, que dispensaria qualquer tipo de intervenção da tecnologia dura. Alguns grupos tentam resgatar uma imagem romântica deste momento sobrepondo-se à imagem de filme de terror institucionalizada.

Ainda que não comunguemos deste apelo, são muito interessantes os relatos dos partos como momentos de conexão real com as forças do desejo. É importante sinalizar a relevância do movimento pelo parto humanizado no que diz respeito a trazer de volta para a cena do parto os afetos, a rede de suporte social, a participação ativa do pai e um novo modo de se pensar a assistência. A força e potência deste movimento implica no convite a todos os envolvidos para uma (re)conexão à experiência vivida, à fruição da vida.

Neste trabalho, apostamos em uma noção do parto como um evento fisiológico que só ocasionalmente demandaria o uso das tecnologias duras para contribuir no processo de cuidado e salvar vidas. Entendemos que a tecnologia faz parte da vida humana atual e que seria inútil tentarmos algo que negasse completamente a mediação tecnológica. Nossa experiência contemporânea é mediada pela tecnologia (celular/óculos/lentes de contato/internet...) e, isto, não significa termos subsumido, substituído e/ou anestesiado nos encontros nosso desejo de conexão com o vívido da experiência. Não desistimos da complicada tarefa de realizar conexões parciais, reais, pois, resistir à intensificação mundial da dominação através de uma mudança de perspectiva poderá nos capacitar a lutar por outros significados e outras formas de poder e prazer em sociedades tecnologicamente mediadas. Mas qual seria esta nova perspectiva na relação com a experiência do parto? A produção deste dualismo oposicionista entre os dois tipos de parto serve a que?

Podemos observar que, tanto na lógica assistencial vigente, medicalizada e intervencionista, quanto na lógica da “escolha da mulher”, que emerge na esteira da propagação do movimento pela humanização do parto, há uma ênfase muito grande no desfecho e/ou preparação do parto (seu produto) e não no processo de parir.

Na lógica assistencial vigente, o que se persegue é um desfecho rápido, permeado por aparatos tecnológicos, com baixo grau de vínculo e de participação da mulher, subsunção e/ou baixa inclusão da experiência da mulher sobre seu corpo no qual o sucesso do processo é medido por: “mãe e bebê vivos”. Na lógica da escolha, a ênfase está no direito da escolha da mulher sobre como será o fim da sua gestação, parto, normal ou cirúrgico. Na escolha, se tem a ilusão de assumir o controle. Tal como uma transação que troca de mãos, no lugar do médico

controlador estaria a mulher e o sucesso do processo seria medido pelo **antes** – preparo para o parto com todas as tecnologias daí decorrentes (yoga, grupos, massagens...) – e o **fim – ter realizado parto normal**.

Entretanto, a imprevisibilidade é parte do cuidado. A ação não pode ser definida *a priori* da experiência. A ênfase no fim desqualifica os meios, define, antecipadamente, um tipo de intervenção, elege uma tecnologia de forma independente do processo. Em um trabalho de parto, muitas emoções, dores, amores, ressentimentos, conflitos, medos surgem que, em meio ao desenrolar do processo de parir, devem ser acolhidos, manejados e vivenciados na mesma medida em que as intervenções vão sendo ofertadas e utilizadas, em um processo aberto e contínuo. As práticas de cuidado são tão resilientes quanto adaptáveis e identificar o tipo de parto a ser alcançado não é uma condição para a assistência, mas, parte da assistência (MOL, 2008).

Se, até agora, vínhamos apresentando o parto cesárea como a prática homogênea de exercício de controle sobre o corpo da mulher, em um subconjunto de comentários deste bloco, encontramos, também, o registro de mulheres descontentes com o controle exercido por alguns defensores do parto normal sobre quem faz uma cesárea. Práticas discursivas que (des)qualificam o parto por cesárea como uma prática de submissão e “incompetência”, de ser “menos mãe”, como escreve uma das mulheres em seu comentário.

Segundo Gama, para Foucault, os dispositivos disciplinares fazem a demarcação:

entre o normal e o anormal tendo como base, primeiramente, a colocação de um modelo considerado ótimo que é construído em função de certo resultado, e, logo após, consiste em procurar tornar as pessoas, os gestos, os atos, conformes esse modelo, sendo a definição de normal ou anormal pautada precisamente na capacidade ou não de se conformar a essa norma. (GAMA, 2006, p. 58).

No comentário de LUZIA, ela reivindica o direito de escolher a cesariana, o direito de consumir o tipo de parto associado à tecnologia e que é ofertado para quem possa pagar e que somente está disponível no SUS para as parturientes consideradas com indicação após avaliação médica. LUZIA reivindica a possibilidade de escolha, mas não está se referindo a uma escolha que produza novos modos de existência ou que interpele as modalidades de atendimento ofertadas. Será que o que Luzia PENSA estar escolhendo já não chega até ela de forma controlada? Ela reivindica poder consumir o tipo de parto que quiser ou aquele que os dispositivos atuais a levam a considerar mais desejável? Não há confronto com o modelo ideal de parto cirúrgico proposto.

Dessa forma, podemos pensar que as próprias alternativas existentes levam a considerar a escolha uma imposição, talvez porque elas já venham polarizadas ou porque a noção de risco já foi assumida de forma a justificar a intervenção médica disseminando o medo ou, ainda, porque as mulheres já se descolaram tanto da experiência que nem podem imaginar vivenciá-la no processo de parir. Para Maciel Junior: “os possíveis que serão escolhidos são sempre determinados culturalmente, resultando de um conjunto de práticas cuja interação integrará, nos meios sociais, funções políticas que ordenam, normatizam e produzem comportamentos e subjetividades” (2005, p. 53).

Vemos, também, que, a esses dispositivos disciplinares que visam definir “o normal” de um processo, se agenciam dispositivos de controle e regulamentação que operam com a normalização em uma outra ótica, qual seja: desmembrar diferentes normalidades efetuando, como disse Foucault (2008), o jogo das normalidades diferenciais.

A produção do alargamento da curva do que se coloca como “normal” neste campo de disputas amplia sua ação e integra mais elementos, configurando outros pareamentos de opostos na experiência de parir: parto normal = ser mãe de verdade X parto cesárea = submissão e/ou “ser menos mãe”; mulher forte = parto normal X mulher submetida = parto cesárea. Os efeitos destes dispositivos de poder sobre os modos de subjetivação da experiência da mulher são visíveis e muitas vezes assumidos como desqualificação e culpabilização individual.

Muitas mulheres que não conseguem o desfecho preconizado por um parto humanizado desenvolvem sentimentos de menos valia ou de frustração por não terem conseguido o parto idealizado. Alguns discursos holistas sobre o parto prometem um retorno ao primitivo e um encontro com a integralidade original do ser a partir da vivência de um parto normal e reforçam estes sentimentos. Outras mulheres reagem com irritação, por serem apontadas como “menos” mãe. As que fazem parto normal afirmam uma superioridade em relação a quem não conseguiu. Como outra face da mesma moeda, muitas mulheres assumem que o modelo ótimo é a cesárea, sinônimo de parto sem dor, parto moderno, parto que utiliza a tecnologia mais moderna. Na lógica desta “falsa” disputa produzida por óticas assistenciais reforçadas pelo fetiche de um novo “produto” – “a escolha”, seja das práticas médicas seja da mulher –, afirma-se uma disputa do que seria normal: um parto natural ou um parto cirúrgico e perde-se de vista a questão da qualidade da conexão existente entre a gestação e a experiência do vívido no parir.

Importante ressaltar o quanto de coragem também precisa ter uma mulher que decide por uma cesariana. Não é simples chegar a um hospital sem sentir nada e se entregar, muitas vezes sem um acompanhante, a uma equipe médica, ser levada para um ambiente

inóspito, com diversas pessoas se movimentando e assumindo suas posições rigidamente estabelecidas dentro das relações hierárquicas que se delineiam na assistência em saúde e, particularmente, na cena do parto. Dentro do espaço cirúrgico, em geral, as pessoas conversam, ao redor da parturiente, sobre jogos do dia, política ou mesmo coisas do cotidiano ou qualquer outro assunto que raramente converge para aquela gestação ou para o nascimento que está por acontecer. Não há lugar para a verbalização do medo ou da ansiedade nem ninguém que a escute. Todos os procedimentos estão sendo preparados para anestesiá-la, cortá-la, costurá-la em nome do que ela acredita ser o melhor para o seu bebê.

Muitas vezes, essa mulher levou boa parte da gestação idealizando um parto normal e, no final, por uma indicação médica coerente ou não, está frente a frente com um parto cirúrgico, há apenas algumas horas de ele acontecer. É preciso ser “forte” para alterar toda uma expectativa e se submeter a uma cirurgia. Após uma cirurgia de grande porte, a pessoa precisa, normalmente, de um tempo para a recuperação, para o descanso, mas, depois de uma cesárea, vêm todos os trabalhos com o bebê, amamentação, troca de fraldas, visitas... e, em geral, essas mães não fogem à luta! Lidam com a recuperação, ao mesmo tempo em que têm que lidar com as mudanças do seu dia-a-dia no cuidado com um recém-nascido. Ou seja, um parto cirúrgico eletivo e resultado de escolhas também tem suas exigências emocionais e físicas, também exige da mulher coragem, força e superação. O parto cirúrgico não pode ser demonizado enquanto tecnologia. Tampouco quem realiza o parto ou quem se submete a ele. O que problematizamos aqui é a forma como o parto cirúrgico tem sido ofertado e como tem sido utilizado.

Mesmo aquelas mulheres que, desde o princípio da gestação, dizem querer seu parto cirúrgico, precisam ser acolhidas dentro do contexto de desenvolvimento de suas relações com os aparatos de saúde, das condições de suporte social existentes em sua vida e por parte do parceiro e da família, da forma como tem sido assistida a sua gestação... A via de parto não pode ser determinante para a qualidade da maternagem ou do *quantum* de amor uma criança receberá, tampouco para uma avaliação negativa da vivência do parto.

Na lógica do cuidado, aqui proposta, as mulheres não são julgadas moralmente por suas escolhas antecipadas, até porque, como a assistência é um processo, há muito caminho a ser percorrido e as experiências deste caminho é que vão indicar os meios que levarão ao fim. Portanto, as escolhas são feitas em meio ao percurso e não antes. A ênfase no fim anula a importância dos meios e a análise do processo se dá apenas considerando o tipo de desfecho. Esvazia-se a experiência, a conexão; produz-se um único modelo desejado e exclui-se tudo que esteja fora deste padrão. Talvez o enfoque do movimento pela humanização precise encontrar uma sintonia mais fina. O que está em jogo é a qualidade da conexão existente entre a gestação

e a experiência do vivido. Se a cisão entre as “divas parideiras”, como muitas mulheres que conseguem o parto humanizado se autointitulam, e as “outras” ou as “menos mães”, como são intituladas as mulheres que escolhem o parto cirúrgico, se aprofundar o movimento tende a se fechar em torno de si mesmo e perder sua potência de ampliação e problematização.

A cultura, de acordo com Judite Butler (2010), em todas as formas de discurso – do jurídico ao científico e dos meios de comunicação – ajuda na produção do “abjeto” como um tipo de diferenciação na qual se confina o excluído. O excluído é produzido no discurso: seu lugar é o silêncio que, em termos sociais muito concretos, se realiza na injustiça de não poder existir. Esta diferenciação precisa ser analisada e desmontada.

Pelo que já temos percorrido acerca da produção de táticas de exercício de poder, acreditamos que, muitas vezes, o que se apresenta como possibilidade de escolha é o consumo de escolhas predeterminadas. Para Maciel Junior:

O campo das escolhas se revela inteiramente controlado pelos mecanismos de poder que se exercem sobre nossa subjetividade e também sobre nossa própria condição vivente. Esse poder que se exerce sobre a vida, tendo em vista o desenvolvimento de tecnologias de controle e dominação do ser vivente. (2005, p. 52).

Somos escolhidos na experiência, ou seja, na imanência do acontecimento e não antes da experiência. Neste sentido, há escolha, mas não individual/independente. A lógica do cuidado assume que os indivíduos possuem autonomia, mas esta autonomia está sintonizada com as histórias de vida, com as pessoas com quem elas se relacionam, com as práticas sociais e políticas que a constituem. Ninguém age sozinho. O cuidado não começa com indivíduos, mas com coletivos. Não há a promessa de liberdade proposta pela escolha, mas a construção de uma assistência em que não haja confrontações entre argumentos, mas troca de experiências, relações horizontalizadas.

Annemarie Mol (2008), ao discutir a escolha, destaca dois tipos de lógica, como discutimos no Capítulo 2: uma lógica de escolha individual, fartamente celebrada como ideal e vinculada à noção de mercado ou de cidadania e, por outro lado, uma lógica do cuidado. Se a assistência pode ser escolhida, adquirida, comprada, deverá seguir a demanda do usuário ao invés de estar dirigida para o cuidado como ato de estar em relação com algo ou alguém priorizando a construção de vínculo.

A sugestão do mercado é que, como um consumidor, você é mais ativo do que passivo. Tudo depende do que você quiser e escolher. O consumidor controla a demanda. O cliente é quem decide, mas ele é deixado sozinho: o mercado alerta para as opções, mas a

escolha deve ser dele! E precisamos ter cuidado para não sermos reféns de quem nos demanda, por exemplo, o usuário. É neste vazio de ser deixada sozinha na escolha do desfecho de uma gestação que ela vivencia como expectadora e em que o parto normal é apresentado como opção associada à dor e aos riscos para o feto, que a mulher é convocada a fazer a sua “escolha”. Talvez seja aí que a “escolha” prévia pela cesárea aconteça, como uma saída para a ausência de suporte social, do aumento da insegurança, da desvinculação com a experiência vivida e suas afecções.

Em contraste, a lógica do cuidado é interativa, um processo construído e reconstruído em sintonia com as singularidades das situações. Na lógica do cuidado, importa proporcionar um meio criador de novos modos de estar no mundo, não importa o que as pessoas querem ou sabem individualmente (MOL, 2008).

Cuidado é um processo que não tem fronteiras rígidas, é sem fim. Não é uma questão de tamanho, o que não significa que o processo de cuidado é maior, mais abrangente, que os dispositivos e as actividades que fazem parte do mesmo. Em vez disso, é uma questão de tempo. Para a lógica do cuidado, isto não é um produto (pequeno ou grande), que muda de mãos, mas é responsabilidade de várias mãos trabalhando em conjunto (com o tempo) em direção a um resultado. Cuidado não é uma operação na qual alguma coisa é trocada (um produto por um preço), mas uma interação em que a ação vai e volta (em um processo contínuo) (MOL, 2008, p. 21).

O processo de cuidado envolve uma equipe (de profissionais, máquinas, corpos, pacientes e outros) e as tarefas são divididas entre os membros desta equipe, constantemente e de diversas maneiras. O que se considera bom ou ruim não é claro ou fixo, está em relação de imanência com o plano dos encontros e das singularidades das situações. No plano de imanência, o processo é de coprodução e acoplamento e é em meio à experiência que afirmamos e ativamos as potências para agir ou nos separar delas, a partir das afecções que nos acometem na heterogeneidade dos encontros com outros corpos.

Então, qual poderia ser o modo de oferta desse cuidado? Provavelmente, um modo que contemplasse a possibilidade de um saber construído coletivamente, com participação de todos os envolvidos – gestante, profissionais de saúde, família – e que privilegiasse um cuidado singularizado. Não reivindicamos uma correlação entre produção de saúde e quantidade de informação. Sabemos que as informações, a apropriação de conhecimentos técnico-científicos não são suficientes para mudar uma prática. Mas reconhecemos a potência das informações quando vem conjugada com ações de formação problematizadoras das ocorrências e informações, com um cuidado que se efetive em meio ao compartilhamento de experiências.

4.2.5 Produção de riscos, vulnerabilidades e medo

- DANIELA CACHOEIRA – Santa Cruz Cabralia/BA | 14/11/2011 03:00

*Ontem assisti o programa do DR. Hollywood e fiquei pasma com a paciente que teve dilacerações em 4 partes da vagina incluindo um rasgo nos grandes lábios. Ela não conseguia ter relações c/ o marido fora a dor que sentia. Isso é que é NORMAL?? vcs acreditam realmente que as Doutoradas e esposas dos Doutores fazem parto normal? e as artistas? Só sei que ela queria muito e tentaram, mas, **no fim, todas fizeram cesárea.***

- MARIANA – Santo André/SP | 06/05/2012 03:33

*Bruna, é muito lindo defender com unhas e dentes o PN, mas trabalhei por 3 anos em maternidade e acredite, casos como os da Juliana são tão comuns quanto partos bem sucedidos. Acho que cada mulher deve escolher o que é melhor pra si. Para ter PN, tem que estar muito tranquila e não convencida por médicos e amigas. **O trabalho de parto é dolorido e cansativo, se a mulher não tiver convicta, a experiência é traumática!** Eu jamais teria um PN, por tudo que vi dentro da maternidade. **Bebes morrem sufocados esperando a mãe ter dilatação. O PN não é natural.** Se fosse assim, os índices de mortalidade de mães e bebes não tinham caído tanto nas ultimas décadas! Escolham o que te deixa mais tranquila. **E se for dar a luz com 38 semanas, numa segunda feira para o seu marido aproveitar melhor a licença paternidade, que assim seja! São as maravilhas do mundo moderno!!!***

- MARIA – São Paulo/SP | 22/03/2012 02:01

*Acho importante o parto normal, **o problema que ninguém fala e a vagina totalmente modificada depois do parto, larga e sem pressão, isso é angustiante, todo mundo fala que volta ao normal, mas nunca volta!** E falta matéria sobre esse assunto...*

- CAMILA – Brasília/DF | 21/03/2012 10:33

Sou totalmente contra o parto normal que muitas vezes vira "ANORMAL".** Acho muita ignorância daqueles mulheres que insistem em ter filhos em casa sem nenhum tipo real de assistência pq é lindo e maravilhoso e a natureza está agindo. Quem gosta desse tipo de coisa que me perdoe, pois é pura ignorância! Vc não passa a ser mais mulher só pq pariu em casa com uma parteira! Minha primeira filha nasceu de cesariana num parto super tranquilo e estou grávida de novo e curtirei com certeza o nascimento do meu segundo filho! Sem dor e sofrimento e sem correr risco de morrer eu ou ele. Que isso gente! **Vamos evoluir

ne? Nao é pq as nossas mães sofreram parindo três, quatro de parto anormal e algumas morreram, que a gente precisa passar por isso se pondo em risco e principalmente pondo nossos filhos em riscos.

- EKILMA MARIA – Gravata/PE | 11/05/2012 03:44

*Não sou mãe ainda, mas pretendo ser daqui a alguns anos e se eu poder escolher farei uma bela de uma cesariana!!! Faço enfermagem e sei o que um parto normal pode ocasionar em uma mulher!!! Na minha **opinião parto normal não era para ser mais utilizado ele fragiliza a mulher de varias maneiras** ja ouvi vários depoimentos de que é: **humilhante, traumatizante e etc...** Além das dores terríveis que vc tem que passar... dores grotescas em alguns casos!*

- LARISSA – Campo Grande/MS | 18/11/2011 07:23

*Em partos normais é **mt mais comum de acontecerem complicações**, é onde acontece o maior número de fraturas principalmente de clavícula, onde se algo acontecer é tarde demais pra remediar. minha mãe quase morreu e minha irmã tbm, aguardando um parto que era pra ser normal e que não acontecia nunca... essa campanha por parto normal é no mínimo arcaica.*

- KATE – Belo Horizonte/MG | 19/04/2012 10:55

*Engraçado, que a maioria dos partos que dá algum problema que passa da hora de nascer, o bb morre por isso, **cordão enforca o bb, tudo isso é no parto normal**, dificilmente aparece alguma reportagem falando da cesária que deu errado, mas sempre é parto normal. AFFFF, vivem querendo mudar a cabeça do povo porque é mais barato o normal. Tive meus dois de cesaria 37 semanas, super grandes e inteligentes, supersaudáveis, nem gripe pegam com facilidade.*

- LAURA – Belo Horizonte/MG | 02/08/2011 10:50

*Gente, esse pessoal escreve errado assim mesmo ou estão fazendo de propósito? Numa boa, quem tem acesso a computador com certeza teve acesso a, pelo menos, ensino básico. A propósito, **tive uma menina de parto cesáreo e foi horrível, espero que o próximo seja normal.***

- PAMELA CAMPOS – São Paulo/SP | 17/04/2012 01:17

*Nasceu de parto **cesárea, marcada, super bem feita**, e tive uma ótima recuperação, minha segunda filha, Ana Laura, tem 6 meses, marquei a cesárea tbm, mas minha bolsa rompeu 2 dia antes, amei, tive contrações, amei mais ainda, demorei 2 horas ate chegar ao hospital, qdo cheguei estava com 3 dedos de dilatação ainda, e com muita dor, me submeti a uma*

cesariana, ela nasceu super saudável, linda! Realmente minha recuperação foi mais dolorosa desta vez,

- SONYA ALEXANDRE – São Bernardo do Campo/SP | 30/05/2012 10:53

*Não vejo nada errado no parto cesárea não! passei por duas e estou indo para a terceira, meus bebês são grandes e minha bacia é estreita, então todos os meus médicos já indicaram a cesárea, nunca tive nenhum tipo de problema, meus filhos são saudáveis... **apenas a recuperação é um pouco mais demorada, mas não deixo de indicar não. (acho mais seguro)** vejo programas de parto normal, onde os bebês sofrem muito.*

- CHRISTIANE – Gaspar/SC | 15/07/2011 09:15

*Gente eu tive parto cesariana, foi super tranquilo, me recuperei rapidíssimo, quando voltei pra retirar os pontos, já estava magrinha e sem barriga... o único problema foi eu não ter leite no primeiro dia, e meu bebê ter que tomar glicose e leite na maternidade mesmo, mais mesmo assim ocorreu td bem... hoje ele tá com 5 anos, é um menino super saudável, tranquilo, **não tem nada do que falam que as crianças que nascem de cesária tem.***

- GLÊNIA – Fortaleza/CE | 13/04/2012 05:43

*Estou grávida de 5 meses e já estou decidida em ter cesariana, mas confesso que **estou com muito medo**, sofro com muita antecedência e fico até preocupada em prejudicar o meu bebe.*

- ROBERTA – Campinas/SP | 30/03/2012 10:17

*Mesmo achando a matéria bem interessante, ainda estou com medo. Não sei se é bem medo, mas 2 coisas não me saem da cabeça: se não poderei levantar tão cedo, como amamentarei meu filho? **E fico super preocupada com a recuperação.***

Os hospitais públicos, de forma geral, não oferecem condições mínimas para uma assistência ao parto humanizada. As parturientes são submetidas a dietas zero, à separação de seus familiares durante o trabalho de parto, são alojadas em salas com diversas outras parturientes em momentos distintos do trabalho de parto, não são autorizadas a dispor de acompanhantes (apesar da portaria do Ministério da Saúde autorizando), passam horas sem contato com seus familiares e não têm acesso a analgesia. Em geral, os hospitais não são climatizados e as parturientes estão sujeitas a violências e agressões obstétricas das mais

variadas. Em um artigo publicado na internet, a pesquisadora da ENS/Fiocruz, Maria do Carmo Leal (2012) afirma:

Nos serviços públicos brasileiros as gestantes que fazem parto vaginal são submetidas a uma excessiva manipulação, ficam presas ao leito, impedidas de deambular e se alimentar, usam ocitocina e dão à luz em posição de decúbito dorsal, com auxílio de episiotomia. Esses procedimentos, além de produzirem um trabalho de parto muito doloroso, são hoje não recomendados pela Organização Mundial de Saúde.

Nas maternidades públicas, os médicos são contratados e recebem por plantão e não por procedimento, por isto não há interesse em performar mais procedimentos cirúrgicos. Isto pode ajudar a explicar por que as taxas de parto normal são maiores no SUS do que no sistema suplementar. Os partos normais são acompanhados, em geral, pelas enfermeiras e auxiliares de enfermagem, que só requerem a presença do médico no momento do parto propriamente dito, mas esta forma de assistência obstétrica, na maioria das vezes, é muito carente de atenção na qualidade das relações estabelecidas. Não raro, as queixas de violência obstétrica recaem sobre a enfermagem.

Tais práticas dentro de hospitais públicos reforçam a percepção de que o parto, para quem pode pagar, é menos violento e menos produtor de sofrimento, em outras palavras, o modelo ideal seria o parto vinculado ao uso da tecnologia, o parto cirúrgico!

Neste bloco de comentários, estão presentes diversos enunciados: parto vaginal seria o mesmo que parto humanizado, parto humanizado é ausência de uso de tecnologia, parto cirúrgico é a garantia de segurança para o bebê. Vamos discutir esses enunciados e os dispositivos utilizados para a manutenção das práticas hegemônicas na assistência ao parto.

É preciso reafirmar a diferença entre um parto vaginal e um parto humanizado. No parto humanizado, como apresentamos nesta tese, a via de parto não é a mais importante, o que interessa é o tipo de conexão com a experiência que ocorre naquele momento, o protagonismo é da mulher e a equipe atua como facilitadora do processo, mas não como diretora do ato e atua em uma lógica do cuidado. O parto vaginal ocorrido dentro da lógica da racionalidade médica possui todas as intervenções decididas pelo médico, desde a posição de parir até o uso de tecnologias como episiotomia, ocitocina, manobras, analgesia. Ou seja, tudo! Neste tipo de nascimento, é o médico quem faz o parto. Não há espaço para negociação, ou construção coletiva de uma decisão.

Em contraposição às situações traumáticas, facilmente associadas ao parto normal, vemos como a mídia impressa ajuda na construção de outra falácia: de como as cesáreas são

seguras. A associação da cesariana como um procedimento de menores riscos, mais seguro é desconstruída pela própria produção de artigos científicos que contemplam a racionalidade médica.

Os partos vaginais que complicam ganham espaço de divulgação, enquanto as cesáreas são apresentadas livres de riscos e associadas às escolhas das atrizes e pessoas de referência na sociedade. Marcar uma cesariana é um dispositivo de poder acessível exclusivamente para as mulheres de classe média ou alta. As mulheres atendidas pelo SUS somente obtêm o “direito” de agendar um parto cirúrgico se tiverem uma indicação médica importante ou uma gravidez de alto risco acompanhada por um ambulatório de alta complexidade especializado em gestação de risco.

Sabemos da existência de todos os inconvenientes de um cirurgia de grande porte: necessidade do repouso, dores, limitações dos movimentos, maior tempo para a apojadura⁷, maior número de bebês que necessitam de suportes avançados de vida como a UTI e outros. Mas um dispositivo muito utilizado é a ocultação de qualquer tipo de consequência negativa advinda dos partos cirúrgicos. Em geral, estes são apresentados como muito mais seguros, rápidos, confortáveis, mais avançados tecnologicamente e indolores.

Também é comum a associação deste tipo de parto à modernidade e ao controle: pode-se escolher o dia e a hora do nascimento adequando à conveniência dos pais e do médico. Há uma sensação de controle total da situação e este discurso, que começa dentro das academias de ensino médico, é prevalente entre médicos, estudantes, profissionais de saúde e mulheres.

Há um abismo entre uma assistência obstétrica violenta que decorre de um parto vaginal e a violência obstétrica de uma cesariana eletiva que resulta em uma cirurgia de grande porte com altos índices de bebês com desconforto respiratório e parece não haver nenhuma possibilidade de uma assistência humanizada nem em um nem no outro.

Assim o discurso de “defesa” da cesárea virou regra, tornou-se natural, virou norma. Ele é aceito, acatado e difundido entre as mais diversas camadas da sociedade. As práticas de poder se fazem ver nos modos de parir, produzindo processos de subjetivação homogêneos, normatizados. Desta forma, construir o desejo por uma cesárea é uma consequência direta dos diversos tipos de enunciados presentes nas práticas discursivas e não discursivas existentes acerca do tema da assistência ao parto, desqualificando o parto normal. O parto normal vira

⁷ Apojadura, é uma ação hormonal que tem por objetivo dilatar os alvéolos, local onde é produzido o leite, e todas as estruturas da mama envolvidas com a lactação, o objetivo desse processo é proporcionar maior produção de leite. O organismo produz uma grande quantidade de líquido dentro das estruturas da mama, dando uma sensação de mamas cheias de leite, esse líquido não é leite e sim água nos tecidos. Esse processo inicia a partir do terceiro dia pós-parto.

anormal! São raros comentários como o de LAURA, que faz uma leitura negativa do parto cirúrgico.

Uma das táticas mais eficazes no exercício do biopoder é a noção de risco, como apresentamos no Capítulo 3. Risco e perigo são noções que servem de moduladores de comportamento e embasam muitas decisões políticas relativas à saúde, nos últimos tempos. Os mecanismos de segurança estabelecem qual o coeficiente de risco e de perigo normalmente aceito em matéria de acometimento. Quando este risco está diretamente atrelado à saúde sexual, em uma sociedade em que a performance sexual se tornou tão importante quanto a manutenção da beleza e do corpo, a ameaça se concretiza e alcança o objetivo de produzir a submissão desejada ao modelo dominante. Outras táticas comuns são a produção do medo e a ameaça à saúde do bebê com a culpabilização pelo tipo de parto escolhido. Não há predominância de uma tática sobre a outra, mas uma sobreposição e uma associação híbrida entre elas. Neste bloco de comentários, destacamos algumas destas táticas: a gestão do risco, a ênfase nas vulnerabilidades advindas de um parto normal e a produção do medo.

As ameaças que produzem o medo perpassam desde uma ameaça à sexualidade pós-parto em função de uma vagina alargada, os riscos de sequelas graves para o bebê, até o traumatismo por dores, sofrimento e humilhação. Há uma reificação da tecnologia e da sujeição ao poder médico.

Os dispositivos apresentados, como a noção de risco, ameaça à saúde sexual da mãe, no pós-parto, e à saúde e sobrevivência do bebê, a presença de relatos de violências e agressões durante a assistência ao parto, a ausência de analgesia, o intenso trabalho de disseminação das vantagens da cesárea com equivalente disseminação dos problemas decorrentes do parto normal, pela mídia e pela transmissão oral, são todos dispositivos utilizados para produzir o efeito de medo do parto e contribuir para a disciplinarização dos corpos frente à nova regra: normal é um parto cirúrgico! Há, ainda, uma outra aí sobreposta e associada: só a tecnologia médica possibilita a segurança frente aos riscos de morte e danos à vida sexual pós-parto, portanto, cabe a você escolher!

O medo está associado ao desfecho da gestação que, independentemente do tipo de parto, exigirá da mulher uma condição de enfrentamento e superação sem previsões de como ocorrerá. O final da gestação é descrito, por boa parte das mulheres, como um período de muita ansiedade, medo e expectativas, por isto, extremamente vulnerável às pressões dos médicos e da família. Este é um dado da realidade na assistência ao parto corroborado por muitas gestantes. Diz-se, ao se referir ao último mês de gestação: uma gestação demora 8 meses e uma eternidade! O medo também é consequência do abandono da mulher frente à escolha proferida

e denuncia a ausência de uma equipe que proporcione segurança no vínculo e no compromisso da assistência. Esta ausência de suporte é encontrada quando a assistência está sob a lógica da escolha e não do cuidado.

4.2.6 Dor X Sofrimento

SIMONE – Palotina/PR | 29/04/2011 04:54

*por enquanto minha escolha é cesárea. meus motivos são vários uma **não sofrerei dores...** e o que realmente esta me fazendo decidir a favor da cesárea foi tudo o que minha mãe passou nos seus partos. eu nasci com 4.3 kg, 48 horas na sala de parto, minha mãe quase morreu e eu engoli liquido, me ressuscitaram depois... meu irmao nasceu com 3.4 kg minha mãe teve emorragia novamente quase morreu acho que a escolha é minha e não de medico ou sus.*

ELISANGELA MARIS – Belo Horizonte/MG | 19/04/2012 05:20

***O parto normal é um verdadeiro filme de terror.** Tive a minha primeira filha assim, no SUS, sem anestesia nem assistência nenhuma, me desculpem, mas se tem tecnologia na medicina pq não usar a nosso favor, vou ter meu segundo filho é já me descidi pela cesaria que é um parto muito mais tranquilo é seguro. Pense bem antes de ter parto normal a não ser que gostem de sofrimento.*

JUCI – Abaíra/BA | 05/06/2012 10:49

*Trabalho na área da saúde, em um hospital publico, **vejo os horrores que acometem as parturientes naturais...** Hoje estou com 35 semanas e já programei minha cesárea mesmo ciente das complicações maternas e fetais que podem ocorrer e do tempo da recuperação da cirurgia, porém, hj os métodos de diagnosticos por imagem são de alta tecnologia onde é possível acompanhar toda a vida intra uterina. Jamais me submeteria ao parto natural, mesmo que já saia andando normalmente e fazendo tudo.*

WELLITON – Abaiara/CE | 03/05/2012 12:42

*Acho muito legal a lei da naturalidade, embora nem sempre essa mesma se aplica. Acho engraçado quando vejo metas como “Todos esses dados contrariam a recomendação da Organização Mundial de Saúde” vejo que tudo isso é surreal, pois, essa organização ela apenas distribuiu metas e tão pouco se preocupa em fazê-las cumprir. Aqui no Brasil vivemos na precariedade em termos de saúde, todos os **dias crianças morrem nos hospitais pq passaram da hora de nascer**, esperando numa fila de 20 mulheres. Isso tudo me deixa muito angustiado. A saúde no "brasil" é o NADA. E me sinto no dever de denunciar essa situação.*

Quanto ao tema: Façam o que conseguirem. Só escolhe quem tem grana. Nós somos a “margem” de uma “Margem”.

BÁRBARA – Brasília/DF | 06/05/2012 12:27

*è verdade priscila! eu tenho dois filhos **que são nascidos em hospitais publicos aqui do Df.. e eu tenho péssimas recordações dos partos. espero que essa terceira experiência não seja traumática.***

PRISCILLA – Ferraz de Vasconcelos/SP | 08/07/2011 10:00

*Estou grávida pela segunda vez, minha primeira filha tem 3 anos e não tenho boas recordações do meu parto. **No hospital público não existe essa de anestesia, você tem que ter o filho na raça.** Só colocaram o soro depois que a minha bolsa estourou e o bebe já estava com a pontinha da cabeça pra fora. Agora eu pergunto porque **o hospital público não facilita o parto normal? é um método tão medieval!** É por isso que hoje as mulheres estão recorrendo a parto cesareana.*

SIMONE – São Paulo/SP | 07/02/2012 08:58

*Esse papo de parto humanizado e **balelá é coisa de gente que tem medo de tecnologia e evolução da espécie...** partonormal sem dor existe sim, mais e muito difficillll... normal e natural é a mesma coisa. Dói mesmo....*

Uma das associações mais comuns é a do parto normal com a dor e da cesárea com um parto sem dor. Não há justificativa médica para esta associação, uma vez que, em ambos os partos, podem ser usadas analgesias. No parto normal, as dores estão associadas ao período de trabalho de parto quando se tem as contrações. Na cesárea, também há dores ligadas ao corte no abdome, à sutura e aos cuidados pós-cirúrgicos. Mas há uma associação ainda mais sutil entre dor e sofrimento. A dor do parto nem sempre é sofrimento. O sofrimento tem outra dimensão, depende da interpretação que a pessoa faz do que está vivendo e como reage a isto. A dor é um mecanismo que o organismo possui, um alerta de que algo não está normal no seu corpo, necessário à nossa sobrevivência. Por isto, a dor é necessária. Dor não causa necessariamente sofrimento, mas sofrimento causa dor.

Vivemos em um tempo em que toda possibilidade de dor deve ser evitada, medicalizada, controlada. Um trabalho de parto dói, mas existem manejos técnicos, tanto da analgesia alternativa quanto da analgesia tradicional, que minimizam a dor das contrações e da dilatação. Existem correntes de parto humanizado que entendem que as dores do parto precisam ser sentidas para que a mulher possa “verdadeiramente” se encontrar com o que há de mais primitivo dentro de si. Não é esta a nossa concepção. Entendemos que a eleição pelo uso de

uma analgesia deva estar em sintonia com a necessidade da mulher naquele momento e com a decisão construída *com ela* dentro do processo de cuidado.

No caso do parto, a associação com a dor ficou restrita ao parto vaginal. Parece ter havido uma associação proposital entre a falta de recursos em hospitais do SUS – onde nem sempre se tem um anestesista na maternidade e, quando há, ele se restringe a fazer analgesias em partos cirúrgicos –, e a possibilidade de se comprar a assistência na medicina privada. Quem pode pagar, teria acesso à analgesia. Mas isto não basta para explicar a associação parto normal–dor.

Outra associação possível é entre um parto vaginal, com intervenções em cascata, sem acesso a analgesias, repleto de violência obstétrica e um parto em que a mulher chega no horário marcado, se submete a uma analgesia em um parto cirúrgico e duas horas depois está no seu leito com o bebê ao lado. Em ambas as situações há diferentes vivências violentas, mas são as duas possibilidades mais comuns na assistência ao parto no Brasil e uma acaba por justificar a outra. Quanto mais sofrimento for associado ao parto normal, mais valorizada será a intervenção cirúrgica, apresentada como segura, rápida e eficiente, e maior o mercado para a venda deste produto.

Como vimos anteriormente, na lógica da escolha, a responsabilidade troca de mãos e a mulher é convocada a assumir a responsabilidade pela escolha. Esta, em sua versão mercadológica liberal, oferta um produto, parto, com valores agregados, quais sejam: parto sem dor e sofrimento; acesso ao progresso tecnológico; controle de riscos; vida sexual preservada; segurança, e tudo isto como sinônimo de avanço na assistência. A escolha, em sua versão cívica, como afirmação de direito de cidadania, opera no plano das recomendações em um esforço para direcionar as cidadãs para uma escolha saudável, no caso, o parto normal. A esperança é a de que, se todas as mulheres aderirem ao estilo de vida preconizado pelo Ministério da Saúde, a saúde do coletivo irá melhorar. As campanhas nos encorajam a fazer escolhas melhores, mas ainda dentro de um projeto normativo.

Na assistência ao parto humanizado na lógica do cuidado, a mulher pare e o médico assiste e dá suporte. Assiste, nos dois sentidos possíveis: aquele que vê, aquele que oferece assistência e suporta, no sentido de aguentar e de sustentar os desejos e decisões construídos no processo de assistência junto com a mulher. A mulher não está só, a responsabilidade é compartilhada. A equipe assume junto com ela os percursos experimentados na assistência.

4.2.7 Demanda por cuidado

ROSANA TRONCOSO – Santa Isabel do Ivaí/PR | 08/06/2012 02:42

*sou paranaense mas vivo em lisboa-portugal, essa noite passei tão mal com contrações, eram 3 da manha entrei no site CRESCER e acreditem, fiquei aliviada com as informações, aprendi sentir melhor os sintomas e estou aki a espera de amanhecer o dia e ter mais contrações regulares para me deslocar a maternidade... **obrigada CRESCER vcs fizeram parte do momento mais importante da minha vida a Raquel vai nascer.***

LEDIANA – São Gabriel da Palha/ES | 23/04/2012 05:58

estou com 37 semanas de gravidez e estava morrendo de medo de nao saber a hora de nascer mas tirei minhas duvidas graças ao sit da CRESCER

LETÍCIA VICTORIA – Niterói/RJ | 14/11/2011 02:47

*Olá. Estou no primeiro trimestre da gestação, estou engordando dentro do previsto mais sinto um cansaço terrível. Muita fadiga, mesmo. **É comum ter esse sintoma no começo da gravidez?** Como amenizar? Quem tem mais cansaço no começo vai ter mais também no final da gestação?*

PAULA KREMPSEK – Salvador/BA | 12/05/2011 09:35

*No final da 36ª semana de gestação senti várias contrações ligadas à cãibra nas costas, dedos e pernas. Fiquei muito nervosa, pois no mesmo dia vomitei várias vezes e não conseguia ficar em pé pois ficava muito tonta. Neste dia, as contrações ligadas aos vômitos iniciaram pela manhã e somente a noite fui para a maternidade, sob orientação do meu médico. Senti que realmente era a hora dele, apesar de estar na 36ª semana. Hoje, após 3 anos e com mais experiência, percebo que o nervosismo é natural nesta fase. **E que a calma do médico e da família são essenciais para um parto tranquilo.***

VIVIANE – Cotia/SP | 12/05/2011 08:51

*O meu filho já tem 8 anos, mas ele nasceu com 39 semanas perdi o tampão mucoso e **voltei varias vezes ao Hospital**, quando procurei outro médico, ele disse q eu estava perdendo liquido amniótico pela urina, e eu não poderia entrar em trabalho de parto era necessário para o bebê não morrer sem oxigenação.*

Algumas demandas das mulheres, escolha, informações, sentimentos relacionados ao parto são especialmente mencionados nos comentários das mulheres frente às reportagens da revista e agrupados neste bloco. É interessante notar como o contato com o que nos afeta fica encoberto por uma discussão acerca do uso da tecnologia ou do acesso a esta. A maior parte da discussão anterior parecia embotada pelo consumo ou não do parto cirúrgico. Os Fóruns,

matérias e enquetes publicados na mídia nacional pesquisada focam, muito frequentemente, no dualismo, na oposição entre um ou outro procedimento, deixando de lado a experiência de parir. Há uma verdadeira expropriação, por invisibilização, da mulher/família da experiência do parto.

O distanciamento do que nos afeta nos ilude e produz um distanciamento emocional do que nos mobiliza. De acordo com Neves:

Os processos de ‘anestesia’ de nossa escuta e de produção de indiferença diante do outro, em relação às suas necessidades e diferenças, têm nos produzido a enganosa sensação de salvaguarda, de proteção do sofrimento. Entretanto, esses processos nos mergulham no isolamento, entorpecem nossa sensibilidade e enfraquecem os laços coletivos mediante os quais se nutrem as forças de invenção e de resistência que constroem nossa própria humanidade. Pois, a vida não é o que se passa apenas em cada um dos sujeitos, mas principalmente o que se passa entre os sujeitos, nos vínculos que constroem e que os constroem como potência de afetar e ser afetado. (2006, p. 4).

Os comentários apresentados anteriormente nos fazem retomar a discussão a respeito das “demandas” por informação e escuta expressas pelas mulheres e ao que a elas se vê associado.

Um ponto importante que pudemos observar nos comentários diz respeito a uma ausência de informações sobre o processo de gestação e parto a que são submetidas. O processo de acompanhamento pré-natal inclui consultas mensais com um profissional, mas, mesmo assim, há relatos de que as informações recebidas parecem não ser suficientes. A ausência de informações ocorre por acaso? Não seria mais um dispositivo potente no reforço ao medo e à assimetria de papéis em que o médico fica como protagonista? Esta (des)informação faz parte do arsenal de dispositivos que reforçam o medo, a insegurança e o poder do médico nesta relação.

Todavia, trata-se somente de mais informações? Na lógica assistencial da escolha, há uma ênfase no acesso às informações, mas é um acesso voltado à mera execução de um balanço e julgamento entre vantagens e desvantagens para que a escolha possa ser proferida. Nesta lógica, as informações seriam neutras, individuais e privadas e a mulher seria convidada a, ativamente, anexar seus valores às práticas apresentadas. Assim, a informação neutra possibilitaria a “liberdade” de julgamento para melhor escolher. A escolha em sua versão do mercado possibilitaria julgar e decidir individualmente através de um cálculo dos prós e contras, um *versus* o outro. Em sua outra face, a escolha cívica, a habilidade das cidadãs de fazerem seus julgamentos verbalmente explícitos é uma precondição para o equilíbrio dos valores

coletivamente discutidos. O método privilegia o alcance de um veredito final no sentido do mais saudável através da contabilização de argumentos discutidos entre os cidadãos.

Na lógica da escolha (MOL, 2008), fazer julgamentos normativos é a atividade moral por excelência, mesmo que clientes e cidadãos possuam diferentes estilos de julgamento. Mais do que o balanço de uma folha de contabilidade na qual operações de adição e subtração requerem variáveis fixas, na lógica do cuidado, as informações não são neutras, não são individuais e não são privadas, são singulares e específicas, construídas no processo de assistência e envolve os coletivos. Assim, os processos de informação fazem parte do cuidado e dizem respeito à produção de um equilíbrio que precisa ser estabelecido, ativamente, pela sintonia viscosa de cada situação. Mol (2008) faz uso da imagem de um corpo equilibrado em um fio de aço ou de um corpo que dança para simbolizar o equilíbrio exigido dentro da lógica do cuidado. E, mesmo quando tudo se encaixa, se tudo estiver em sintonia com tudo o mais, as coisas ainda podem não dar certo de novo. A gestação pode evoluir para uma cesárea, um fórceps pode ser inevitável...

Como vimos, não se trata, ingenuamente, apenas de acesso a coisas para ler, mas, sem dúvida, de conhecer a fisiologia do parto, o que ocorrerá com o seu corpo, quais instrumentos existem para auxiliar no processo de dilatação, quais analgesias estão disponíveis naquela assistência proposta, quais intervenções no seu corpo serão autorizadas pela gestante e em que momento... Todas estas questões somente poderão ser respondidas por quem estiver de posse da experiência, do anseio por conexão.

4.3 O QUE NESTE PLANO DAS DEMANDAS CONSTITUÍDAS É ABERTURA A DEVIRES, A DESVIOS, À GESTAÇÃO INUSITADA DA VIDA?

A “demanda por escuta” que comparece nos comentários precisa se desvencilhar da ideia de que a escuta é propriedade dos especialistas ou domínio de campos de saber específicos, em que ficamos reféns de regras, códigos, em que escutamos para diagnosticar, para enquadrar, para confirmar o já sabido, para normatizar. Heckert chama esta escuta diagnóstico de escuta surda, pois:

está encerrada em protocolos técnicos, em conhecimentos universais, que buscam a verdade do sujeito, dos seus atos. Neste caso, escutamos para conhecer, para descrever, para constatar, e quem sabe melhor controlar o que se passa. Neste caminho, as forças do intensivo se esvaem e somem sem deixar vestígio (2007, p. 206).

Para Heckert (2012), a escuta é uma arte de xeretar o intensivo e requer instalar-se em um limiar que desborda o vivido e o sentido e diz respeito à experimentação. Não podendo a realidade ser reduzida ao visível, isto requer que a escuta esteja aberta ao que passa despercebido, atenta aos processos que irrompem e provocam perturbações, ao movimento da vida, como quando se joga uma pedra na água e se observa os movimentos na superfície da água, recriados a cada momento: é o que acolhe, o que é (forma) e o que deixa de ser (plano de forças).

A produção de cuidados se dá com a construção de vínculos, acolhimento e responsabilizações. As pessoas são efeitos relacionais. Um serviço que priorize a mulher oferecerá diversos mecanismos de assistência à mulher e seu parceiro para uma vivência do trabalho de parto que potencialize a conexão do casal com a experiência vivenciada sendo, portanto, a equipe toda (tendo o casal como parte dela) responsável pelo cuidado e assistência desenvolvidos naquele parto.

Estamos nos referindo à constituição de vínculos solidários entre os profissionais e o casal/família empenhados na construção de estratégias que promovam mudanças nas práticas dos serviços, tendo como princípio ético a defesa e a afirmação de uma vida digna de ser vivida. As práticas de corresponsabilidade são construídas nos processos de saúde e de autonomia das pessoas envolvidas, um trabalho coletivo e cooperativo que exige interação e diálogo permanente.

A prática do acolhimento como diretriz assistencial é uma aposta em um outro modo de pensar/fazer o encontro entre trabalhadores de saúde e usuários em torno das necessidades de saúde e dos processos de gestão do cuidado. Implica um compromisso com o sujeito (em movimento) e não só com a doença (autonomia e desvio). Diz respeito à produção de redes de conversação, pois é em meio a elas, em seus questionamentos, e através delas que construímos nossas práticas de corresponsabilidade nos processos de produção de saúde e de autonomia das pessoas implicadas, afirmando, assim, a indissociabilidade entre a produção de saúde e a produção de subjetividades. (BRASIL, 2004). É aí, em meio a esta rede, que podemos construir escolhas, entendendo, como escolhas aquilo que se produz abrindo possibilidades de vida para o sujeito, um meio criador de novos modos de existência. (MACIEL JÚNIOR, 2005).

É, justo aí, habitando esses espaços limiares que temos nossos encontros reativados na construção de alianças éticas com a produção da vida. Para tal, só há saída quando o compromisso singular com os sujeitos ganhe centralidade e as soluções sejam construídas coletivamente. A prática do acolhimento exige a construção de alianças éticas com a produção da vida. Como efeito, todos estarão se reinventando, sempre.

A veiculação midiática que preconiza uma assistência medicalizada e intervencionista como a melhor forma de assistência, aparece “nos ditos” das mulheres e especialistas, direta ou indiretamente, e se sustenta em uma rede complexa de práticas (discursivas e extradiscursivas) que dizem respeito, também, à positividade dos discursos na história dos corpos, ao lugar social e político da mulher e da sexualidade feminina.

Grande parte dos enunciados mostra importantes elementos discursivos em favor da intervenção médica no parto e do monitoramento da gravidez. Ao optarmos por estudar as respostas das mulheres em *sites* de revistas sobre maternidade, estamos elegendo a linguagem como uma prática discursiva que interfere e transforma a realidade (TEDESCO, 2006) e, ainda que saibamos os limites do uso dos comentários quanto à apreensão dos movimentos que produzem as práticas discursivas, apostamos que o contato com o campo empírico pode nos ajudar a construir/experimentar outros saberes e novas indagações.

As falas das mulheres que focam a escolha da mulher por um parto cirúrgico aprofundam os efeitos de uma produção subjetiva que associa o parto normal à dor, ao mau atendimento, à violência obstétrica, à desigualdade social e de recursos. Tais falas não aprofundam as estratégias de retomada da mulher por um posicionamento ativo sobre seu corpo. Em alguns casos, o pedido por uma cesárea, quando aparece nos comentários das mulheres, parece ser uma forma de defesa que ela concebe para reagir a este sistema de saúde falido e violento.

As respostas das mulheres ao Fórum da *Revista Marie Claire* e os comentários das mulheres às matérias da *Revista Crescer* tornam evidente a oposição binária entre o parto normal e o parto cesáreo, constituindo-se um campo de disputa produtora de violência. O “padrão ouro” também é disputado na lógica da escolha ... Se, por um lado, a cesárea aparece como procedimento seguro, controlado, sem dor e de alta tecnologia, o parto normal aparece reificado como o “verdadeiro” parto, o que permite demonstrar a capacidade da mulher para a maternidade. Na produção da vivência do parto a partir deste dualismo oposicionista, o que se tem são blocos de verdade universalizados, polos que não se conectam. Com isto, o que perdemos é a diferença, a singularidade das experiências.

O dualismo entre mulher de verdade X mulher antenada (com as novas tecnologias) indica que a produção de binarização/oposição se modula nas práticas de poder, em seu exercício de produzir normas para os modos de gerir, sentir e afirmar a existência. O poder é molecular, ondulante, rizomático, acentrado e incide sobre os nossos modos de perceber, sentir, amar e pensar, como nos diz Pelbart (2006).

Importante é estarmos atentos para estas modulações binarizantes que, mais do que incidirem nos modos de experimentar o parto, dizem respeito à produção de signos – produção de valor e equivalência – que dão suporte a uma racionalidade obstétrica que tem se hegemonizado e na qual somente o profissional de saúde e a indústria da saúde com a qual se associa e ganha legitimidade são autorizados a falar sobre esta gestação. Quando a fala da mulher é desqualificada, não há hipótese de entendimento ou ação comunicativa emancipadora. É preciso, antes, que as falas sejam reconhecidas e, mais do que isto, escutadas. No processo de parir, há uma indissociabilidade entre atenção, protagonismo feminino, conexão e transversalização de saberes.

A produção do risco, a vulnerabilização da experiência, em suas articulações com a clínica degradada tanto no público quanto no privado, e os interesses de consumo de tecnologias e/ou de racionalidade econômica (maltrato com a parturiente no SUS, associação entre parto e dor, associação da cesárea a ausência de riscos, por exemplo) são outros exemplos das táticas destacadas na análise dos comentários das mulheres.

De repente, o normal agora é fazer uma cesárea? O corpo, a dor e a ansiedade parecem ter deixado de ser tratados como constitutivos da condição humana, como um fato existencial que possui uma dimensão social, cultural e histórica, para serem tratados como um dado fisiológico, possível de ser medicalizado e controlado. O discurso dos riscos na gestação vem produzindo o controle da vida e a normatização do atendimento pela assistência obstétrica oferecida. O processo produtivo do medo se dá através de discursos e práticas cotidianas. O medo se tornou um atravessamento potente na produção de modos de concepção do parto e produz efeitos no mundo, como já discutimos anteriormente.

Os dispositivos descritos acima, juntos, conformam a violência de gênero – as situações onde a mulher é desqualificada, culpabilizada, infantilizada ou “enganada” – na relação estabelecida, forçando-a a criar estratégias para escapular destas situações. Tudo isto contribui para a associação perversa entre dor e sofrimento, produzindo violência, submissão, invisibilidade, ansiedade e medo.

A produção de práticas discursivas reforçadoras/produtoras de uma subjetividade serializada se agencia em um feixe de relações sem que requeira a existência de estruturas permanentes responsáveis pela constituição de realidades. As matérias selecionadas para o estudo eram todas favoráveis ao parto normal fisiológico ou traziam informações sobre os riscos de uma cesárea eletiva e, mesmo assim, foi possível perceber nas respostas das mulheres os diversos vetores de força em disputa, hoje, na seara da assistência ao parto no país. Apesar de um grande número ainda se sujeitar e sequer identificar as formas de violência a que estão

submetidas, a presença desta tensão é a prova de que existem práticas de resistência: algumas mulheres têm conseguido identificar as formas de sujeição e violência desenvolvidas sobre seus corpos e discursos e têm construído modos de enfrentamento a isso.

O tipo hegemônico de assistência ao parto no Brasil é uma prática social que assujeita as mulheres por mecanismos de poder, às vezes, sutis, às vezes abertos, mas distintos em cada segmento social e que reclamam uma verdade e provocam o desejo de interrogar esta verdade. Como passar de governada a governante de si? É esta discussão que será desenvolvida no próximo capítulo tendo como foco a problematização das práticas de assistência vigentes em Vitória da Conquista (Bahia) através do contato com as redes de resistências que têm se produzido na cidade.

CAPÍTULO 5

O QUE TÊM FEITO AS MULHERES?

[...] cuerpo es el espacio y el tiempo, desde al cual desplazamos y reflexionamos politicamente nuestra codidianidad. Es nuestra condicion material indispensable e impostergables pra crear y ser criticas. [...] Decir cuerpo es miralo (como) com los ojos recién abiertos, tocarlo desde cada uma y haciendo un entre todas, preguntarnos, [...] quien es/somos nuestro cuerpo, mirando mas allá de la vista para desconstruir el cuerpo fragmentado. Nuestros cuerpos trazados por la cultura has sido separados em trozos luego ordenados, classificados y jerarquizados. Partes que son palabras de um discurso escindido que nunca logramos articular porque balbucean bocas otras. Bocas e ojos ajenos modelan nuestro cuerpo y lo domestican: Dicen qué debe ser mostrado, qué debe ser curado y como. Descolonizarnos del ojo ajeno. Descolonizarnos es comprender como totalidad/cuerpo. Es reconstruir nuestras historias fragmentadas, re-trazar el mapa de nuestros praceres y dolores. Retransitarlo. Es dibujar um mapa de bocas que digan lo prohibido que compartan experiencias y posibles caminos. Descolonizarnos del ojo ajeno (asumiendo lo infinito de este rastreo) para desarrollar uma óptica propia que nos evite la delegacion clinica. [...] Pero no queremos ser pacientes, buscamos hacernos participes-actuales de nosotras mismas y de la (nuestra) historia. Em nuestro cuerpo podemos decir(nos). Decir cuerpo es haciermos punto de partida. (COLETIVO NOSOTRAS, 2002, p.1)

Retomar o protagonismo sobre o próprio corpo na assistência ao parto demanda uma construção e a abertura de vários *fronts* de luta. Luta contra a fragmentação de um corpo domesticado, submetido, hierarquizado, como nos diz o Coletivo Nosotras⁸. Implica, também, a construção de laços sociais que compartilhem e viabilizem a posse e a afirmação da experiência de parir pelas mulheres. Neste capítulo, buscamos conhecer alguns espaços de compartilhamento de experiências que visam à reconstrução do corpo como totalidade aberta à experiência e a descolonização dos corpos femininos. Encontramos espaços virtuais e espaços reais em que a discussão sobre a assistência ao parto e a contraposição à assistência hegemônica, medicalizada, impositiva e controlada, eram o foco. Estes espaços são muito recentes na cidade de Vitória da Conquista.

Em Vitória da Conquista, na Bahia, mais especificamente o filme *O renascimento do parto* foi citado como referência para o início das atividades de mobilização pela

⁸ O Coletivo Nosotras foi um dos primeiros grupos feministas latinoamericanos constituído na França – Grupo Latino-Americano de Mulheres em Paris. Formado por mulheres de diferentes países da América Latina, uma parte delas exiladas, o grupo realizou suas primeiras reuniões a partir de 1972. Promoveu grupos de reflexão (ou autoconsciência), debates, projeções de filmes e, entre janeiro de 1974 e o segundo trimestre de 1976, publicou o boletim bilíngue (português e espanhol).

humanização do parto na cidade. O filme serviu como um potente instrumento de afetação das pessoas para a questão da experiência do parto e levou à criação de grupos de discussão virtuais e presenciais acerca da qualidade da assistência ao parto e à discussão do que estava instituído, até então, como “verdades” no cenário de assistência ao parto no Brasil.

O filme de Érica de Paula e Eduardo Chauvet, com direção de Eduardo Chauvet, lançado em junho de 2013, revelou, com profundidade e delicadeza, as implicações da cultura da cesárea no Brasil e a urgente necessidade de alteração deste cenário. Produzido de forma independente, sem qualquer verba de instituições públicas ou privadas, já em 2013, foi o documentário nacional com a segunda maior bilheteria do país, com mais de 30 mil espectadores, em 50 cidades, durante 22 semanas de exibição. Foi selecionado em diversos festivais dentro e fora do país, como o *Los Angeles Brazilian Film Festival*. Lançado em fevereiro de 2014, o DVD da obra está em primeiro lugar em vendas entre os documentários nacionais do ano. A *fanpage* do filme no Facebook contava, em julho de 2015, com cerca de duzentos mil seguidores obtidos, exclusivamente, por compartilhamento viral, sem compra de espaço publicitário. O alcance é de mais de dois milhões de pessoas a cada sete dias e tem registrado, aproximadamente, cinco mil novos usuários/mês.

Identificamos um grupo de gestantes que tem se reunido com frequência regular e tem funcionado como um ponto de resistência à assistência ofertada na cidade de Vitória da Conquista (BA): este grupo é a “Roda de Gestantes”, provocando, inclusive, uma certa reatividade nervosa por parte dos profissionais de saúde tradicionais da cidade. O grupo tem sido apelidado, pejorativamente, como o grupo das “Xerecas Doidas” e tem interferido e alcançado alguns resultados na modificação das rotinas nos hospitais da cidade. Esta reatividade raivosa, localizada entre os médicos da cidade para com este grupo de mulheres, despertou-nos o interesse em conhecer mais a fundo o que leva estas pessoas a construir um movimento assim, que desafios enfrentam, para onde andam e como tem sido construído este caminho. Aproximamos-nos deste grupo buscando conhecer seus modos de funcionamento, os modos como se mobilizam e os artifícios que utilizam para a disseminação das informações, os desafios postos bem como as conquistas do grupo.

No contato com o grupo nos foi dito que o movimento de mulheres local estava, também, ligado a grupos de discussão nas redes sociais. Em uma pesquisa na rede social mais utilizada, o Facebook, encontramos três grupos radicados na cidade de Vitória da Conquista, Bahia:

1. NO LAR – PELO DIREITO AO PARTO DOMICILIAR EM VITÓRIA DA CONQUISTA

– é um grupo fechado no Facebook, que possuía 299 membros, em outubro de 2015, fundado em 10 de julho de 2014, por Ricardo Martins Valle e possui a seguinte apresentação ao público:

Este grupo tem por objetivo reunir casais gestantes, mães independentes, pais participativos, profissionais de saúde e outras pessoas interessadas em difundir e compartilhar informações sobre a humanização do parto e a viabilidade do parto domiciliar. Atualmente, nos hospitais públicos e privados de Vitória da Conquista, ainda é vetada a possibilidade de acompanhamento de uma doula, muitas vezes o pai ou a acompanhante só pode entrar na sala de parto nos instantes finais do nascimento, ficando a gestante sujeita a abusos desnecessários que vão desde piadinha de enfermeiros até a cruel e invasiva episiotomia, passando por protocolos que impõem desde a posição vertical obrigatória no trabalho de parto até o supostamente necessário afastamento da criança da presença da mãe para ser "higienizada", tratada e até alimentada, antes de voltar ao seio materno.

2. MATERNA – RODA DE GESTANTES – é um grupo aberto no Facebook, que

possui 650 membros em outubro de 2015, fundado em 18 de setembro de 2013 e que tem a seguinte descrição:

Pessoal, esse grupo está surgindo para que possamos dialogar sobre as questões relacionadas à gestação, ao parto e ao puerpério. Aqui podemos trocar experiências, notícias, informações sobre a maior e melhor das profissões: a maternidade. Toda mulher que tem o presente de ser mãe concorda que sua vida é essencialmente melhor depois dessa sublime missão. Eu (Katrina Muniz Guimarães Guerra) e a Dra. Mayana Macedo, obstetra, militamos em prol do parto natural, humanizado e resolvemos montar esse grupo em Vitória da Conquista inspiradas no grupo Rodaviva, de Alexandre Coimbra Amaral e Daniela Leal a quem somos muito gratas pelo apoio. estamos organizando o primeiro encontro para o mês de outubro de 2013. Sejam todos bem vindos!!

3. GRUPO DE APOIO À GESTANTE MÃE VITÓRIA DA PETU – é uma comunidade

do Facebook, fundada em maio de 2014. Possui a seguinte descrição:

No sábado dia 10/05, véspera do Dia das Mães, em um sábado neblinoso e quente, algo incomum para a nossa cidade (Vitória da Conquista), estavam reunidas representantes da MMM Núcleo Maria Rogaciana, Clara, Ariana e Ana Cristina, e ativistas ligadas à Parto do Princípio, Ana Vieira e Kelly, e dessa formação sobre Violência Obstétrica surgiu o 'Grupo de Apoio à Gestante Mãe Vitória de Petú'. Tão incomum quanto o clima, tão novo, de uma vontade tão verdadeira de mudar a realidade conquistense... assim, exatamente assim, esse sonho se realizou! Esse grupo se propõe a diversas frentes de intervenção social, visando o bem estar e o acesso à informação por parte de gestantes, mulheres e todxs aqueles envolvidos com a gestação,

parto e pós parto. Lutaremos para informar e empoderar cada vez mais mulheres em nosso município e em nossa região! Sejam mil vezes bem vindxs! Reuniões gratuitas e periódicas para promover discussões sobre gravidez e parto baseadas nos seguintes princípios e valores:

- Incentivo ao parto normal e natural;*
- Incentivo ao trabalho de enfermeiras obstetras, obstetrizes, parteiras e doulas;*
- Incentivo ao atendimento multidisciplinar a gestantes, parturientes e puérperas;*
- Incentivo à desmedicalização do parto;*
- Incentivo ao parto domiciliar, casas de parto e à humanização do atendimento e da ambientação hospitalar;*
- Incentivo ao uso das melhores evidências na prática obstétrica e à observância das recomendações da Organização Mundial da Saúde;*
- Incentivo ao aleitamento materno exclusivo até os 6 meses e misto até 2 anos de idade ou mais.*

Apesar de termos identificado nas redes sociais estes três grupos da cidade voltados para a discussão sobre parto normal ou humanização do parto, o último deles se encontra desativado. O Grupo de Apoio à Gestante Mãe Vitória de Petu é, dentre os três encontrados, o que tem uma descrição mais afirmativa com relação ao ativismo, claramente a favor da desmedicalização do parto com atividades descritas e objetivos bastante claros. Esta comunidade foi fundada em 12 de maio de 2014 e chegou a possuir 117 curtidores com postagens entre os meses de maio e julho de 2014.

Trabalhamos, para as discussões desta tese, com os dois grupos atualmente ativos: NO LAR e MATERNA. Primeiro, percorremos toda a *timeline* dos dois grupos buscando nos familiarizar com as demandas ali inseridas e conhecer as reivindicações de cada um. Em um segundo momento, participamos, por um ano, das rodas de conversa organizadas por um dos grupos e realizamos algumas entrevistas com os fundadores dos dois grupos virtuais, com um médico obstetra da cidade e com uma mulher que buscou seu parto normal sem envolvimento com o movimento pela humanização do parto.

5.1 POSTAGENS E ACOMPANHAMENTO DA *TIMELINE* DOS GRUPOS:

As características das postagens em ambos os grupos são as mesmas e possuem o seguinte perfil:

- informações acerca da fisiologia do parto, puerpério e amamentação;
- esclarecimento do papel das doulas, parteiras e obstetrizes;
- depoimentos, fotografias e vídeos de partos;
- comparações entre partos normais e partos cirúrgicos;

- divulgação de artigos científicos sobre assistência ao parto;
- divulgação de encontros, congressos e simpósios sobre o tema do parto humanizado;
- solicitações de pesquisadores para entrevistas;
- depoimentos ou preenchimento de questionários; divulgação de enquetes e notícias do Ministério da Saúde relativos ao tema;
- notícias e matérias acerca da violência obstétrica;
- perguntas pessoais acerca do tema dirigidas ao grupo;
- orientações acerca dos cuidados com o bebê e amamentação;
- compartilhamento de *posts* de *blogs* e sites nacionais sobre o tema do parto normal e movimento das mulheres;
- compartilhamento de matérias sobre a assistência ao parto em outros países;
- discussões sobre estratégias utilizadas pelos médicos para induzir uma cesariana desnecessária;
- informações sobre boas práticas e direitos das gestantes;
- notícias sobre partos de celebridades ou profissionais de saúde que optaram pelo parto normal; e
- divulgação dos encontros presenciais promovidos pelo grupo: as Rodas de Gestantes e outros cursos.

Há diferenças no modo de funcionamento entre o NO LAR e o MATERNA.

NO LAR – é um grupo apenas virtual, um espaço de discussão sobre o tema e tem decrescido, nos últimos meses, o número de postagens mensais. O No Lar surge em julho de 2014, alcançou, até o dia 30 de setembro, 298 seguidores e pouco mais que 300 postagens. Iniciou com 62 postagens, no primeiro mês e vem decrescendo. Em maio de 2015, foram 30 postagens. Não produz encontros presenciais entre seus seguidores, mas divulga os encontros e cursos oferecidos pelo Materna.

MATERNA – este grupo iniciado em setembro de 2013 sempre teve como proposta a realização de encontros presenciais. Seu crescimento tem sido constante. Em outubro de 2015, alcançou cerca de 650 seguidores. O ritmo das postagens também tem crescido: no primeiro mês de existência, teve 10 postagens; com um ano, em setembro de 2014, teve 30 postagens e, em maio de 2015, ultrapassou 100 novas postagens por mês. Possui mais de mil publicações no Facebook. Praticamente todas as postagens recebem curtidas e o grupo se mantém muito ativo. Quando há perguntas de cunho pessoal quanto à orientação em alguma área afim ao tema, em geral, as respostas são bastante rápidas, não ficando mais de 24 horas sem resposta. Há, também,

um crescimento no número de participantes das “Rodas de Gestantes” – encontros presenciais promovidos pelo grupo – que acontecia mensalmente e, por demanda dos participantes, passou a realizar seus encontros com periodicidade quinzenal. Iniciou com grupos de 3 a 4 gestantes e já tem sido realizada com mais de 40 pessoas nos encontros, a partir de abril de 2015. Os temas da Roda são previamente divulgados nos dois grupos virtuais. Pensamos que a existência de momentos presenciais como este tem potencializado a discussão na cidade. A Roda pode ser exatamente a propulsora dos grupos, mas, o que se passa nas Rodas?

5.2 AS RODAS DE GESTANTES

As Rodas de Gestantes não se constituem como espaços formais de ensino e aprendizagem. Nelas, não há controle no processo de aquisição da aprendizagem. Não há um professor. São espaços abertos, sem um planejamento estrito ou previsto para acontecer, onde nada está dado *a priori*. Não se privilegia um discurso informacional, mas o compartilhamento de vivências/experiências. Na maioria das vezes, o tema do encontro serve apenas como disparador temático, ficando os participantes livres para dar o rumo que convier ao grupo sempre mediado por um membro da coordenação do MATERNA.

Participamos dos encontros da Roda no período de outubro de 2014 a outubro de 2015. As Rodas acontecem, quinzenalmente, na Sala 2 do Pavilhão de Aulas da UFBA, Campus Anísio Teixeira, em Vitória da Conquista, Bahia. A Roda é aberta a qualquer um, assim, a entrada da pesquisadora foi natural, como a entrada de qualquer outra pessoa. Mesmo após ter me apresentado como pesquisadora e isto ter suscitado algumas perguntas acerca da pesquisa, a participação e o envolvimento com a Roda ocorreu em âmbito muito maior do que o de uma observadora. A participação foi genuína, como mulher que pariu e que se envolve na temática da apropriação pela mulher desta experiência. Participando da Roda foi possível expor a experiência da pesquisadora seja como mulher seja como profissional que já trabalhou em uma unidade maternoinfantil seja como alguém que estuda o tema.

A cada encontro, a Roda se mostrava mais vibrante. As mulheres fazem relatos de parto, de conflitos durante a gestação e puerpério, sugerem assuntos, desviam dos assuntos previamente acordados... É muito comum a Roda ser frequentada por quem já pariu e retorna com seus filhos no colo. Há bebês que frequentam a roda há mais de um ano e meio. A Roda surgiu há dois anos, em outubro de 2013, e foi possível perceber, nos diferentes encontros e ao longo do último ano, o empoderamento cada vez maior das mulheres na hora de se colocarem. Os facilitadores sempre lembram que, na Roda, não se deve falar os nomes dos médicos, mas,

muitas vezes, isto é inevitável. Quase sempre há algum relato de um médico que não quer conversar sobre o parto, que está postergando esta conversa ou que diz que tudo bem um parto normal e depois ela retorna relatando que acabou em uma cesariana desnecessária, ou um relato de parto que ocorreu como desejado e deu tudo certo. Ambos são permeados de emoções que acabam contagiando toda a Roda. Como diz o *Coletivo Nosotras*, que utilizamos na epígrafe deste capítulo, trata-se de “desenhar um mapa de bocas que dizem o proibido, que compartilham experiências e possíveis caminhos” (2002, p. 1).

A assertividade com que as participantes falam de seus futuros partos e o compartilhamento das estratégias utilizadas para driblarem a resistência enfrentada na família e na assistência ao parto na cidade tem movimentado os discursos. Há sempre relatos acerca das diferentes formas que os médicos utilizam para desqualificar o corpo da mulher e sua competência para parir. Em uma Roda, em específico, uma mulher começou a contar como sua médica reagiu quando ela falou que queria ter um parto normal; outra se identificou com a situação e relatou que “a sua” havia colocado logo todos os defeitos na bacia, no tamanho dela e na suposta falta de passagem; uma terceira entrou na conversa e disse que o mesmo havia ocorrido com ela, que a médica foi logo avisando que o tipo de parto ela decidia pelo que fosse mais adequado para a segurança da paciente; uma quarta começou a falar que a médica que a assistia estava fugindo de conversar sobre o parto, até que a primeira perguntou o nome e as quatro estavam sendo acompanhadas pela mesma profissional.

As quatro mulheres se mostraram surpresas e o discurso mudou de rumo e passou a ser o que fazer para construir uma assistência diferenciada, uma assistência em que elas pudessem ser respeitadas e não tratadas como objeto de uma intervenção definida por um outro, por um olho alheio, como nos fala o *Coletivo Nosotras*. Algumas delas já tinham mudado de médica, outra disse que, no dia seguinte, passaria a buscar outro profissional.

Na cidade, a assistência médica mais comumente ofertada é a medicalizada e com todas as intervenções tradicionais tais como episiotomia, manobra de Kristeller, ocitocina sintética, posição horizontal, impedimento da presença do acompanhante... e isto quando ocorre o parto normal, pois o mais comum é a cesárea eletiva, previamente agendada antes da entrada em trabalho de parto. As intervenções neonatais também vão na mesma linha: afastamento do bebê de sua mãe para intervenções do pediatra, ausência de contato pele-a-pele, ausência de incentivo ao aleitamento materno ainda dentro de centro cirúrgico, aplicação do nitrato de prata no olho, administração da vitamina k via intramuscular em coxa do recém-nascido e outras mais.

No encontro de maio de 2015, surgiu um tema novo: a ação política do grupo no que diz respeito a como ampliar esta discussão para outras classes sociais. Uma gestante e seu marido começaram a levantar a crítica de que o grupo representa uma elite intelectual e que a necessidade de humanização do atendimento ao parto é de todas as mulheres da cidade. Foi uma primeira aproximação com esta função política do grupo na cidade. A discussão cresceu. Outra mulher falou que tinha resistência em participar das Rodas por que as via como coisa de “mulherzinha”. A discussão acabou seguindo a direção de qual a função que poderia ter uma Roda como esta? Houve falas de como a Roda tem produzido efeitos em mulheres no sentido de buscar uma assistência mais de acordo com o que deseja para o seu parto, mas que entendiam a reivindicação de que não se encerrasse em si mesma as funções da Roda. Foi um encontro em que saíram sugestões de como este grupo poderia fazer para estender seus efeitos sobre a oferta da assistência humanizada a todas as gestantes da cidade, um efeito da descolonização do olhar alheio para desenvolver uma ótica própria que nos evite a delegação clínica, deixando de sermos pacientes e buscando nos fazer partícipes-atuantes de nós mesmas e da história.

Algumas propostas foram apresentadas: uma representação junto ao Ministério Público denunciando o desacordo da assistência ofertada nos hospitais da cidade com a lei do acompanhante e com os protocolos do Ministério da Saúde e da OMS, através da coleta de assinaturas de mulheres em idade reprodutiva. As assinaturas para a representação estão sendo colhidas pelas mulheres da Roda e a expectativa é de se ter 1.500 assinaturas de mulheres em idade reprodutiva da cidade. Boa parte deste número já foi alcançado. Outra sugestão foi a elaboração de um livro com relatos de parto de mulheres da Roda. Outra ainda foi uma intervenção pública com fotografias e depoimentos de mulheres na praça do shopping. Estas duas últimas sugestões ainda não se desenvolveram.

Foram levantadas questões como a responsabilidade social do grupo, a necessidade de se democratizar as informações para que todas as mulheres possam ter acesso a um atendimento de qualidade e sobre o risco de o grupo virar apenas um encontro de mulheres em torno de seus próprios interesses. As questões iam sendo levantadas pelas participantes e ganhavam ressonâncias e se conectavam a outras. Um marido que é advogado se mostrava muito indignado com a supressão de direitos na assistência ao parto e dizia estar preparado para processar o hospital caso visse qualquer desrespeito à vontade de sua esposa.

As rodas de conversa são um espaço coletivo que inclui pessoas diferentes e têm se mostrado muito potentes para abrigar e ampliar as discussões, pondo em análise os processos de trabalho que ocorrem durante a assistência ao parto, sempre fazendo do próprio corpo o ponto de partida. Neste momento da fala do marido advogado, uma mulher tomou a palavra e

disse que não achava justo transformar o momento de parir, que deveria ser um momento de conexão com ela mesma e com o bebê, em um ringue. Disse que, no momento de parir, ela não queria ter que brigar. Na discussão, não raro atribuímos novos sentidos e fazemos novas conexões e, a partir desta fala, novos rumos foram trilhados. Surgiram questionamentos tais como: não será este o papel do acompanhante, brigar pela mulher? por que mesmo temos que brigar? por que não é natural ser respeitada e receber uma assistência de qualidade?

Pudemos perceber que não se trata de acolher problemas e queixas em uma perspectiva fatalista ou vitimizadora, muito menos de pactuar com a percepção usual de que tal situação se deve exclusivamente aos médicos, em um contexto de culpabilização e de vitimização. É comum discutirem estratégias de como lidar com as pressões das redes sociais, vindas dos médicos, da própria casa e da família. Houve um grupo de 3 mulheres gestantes que fez uma visita antecipada ao maior hospital particular da cidade para um encontro com a coordenadora da pediatria. Elas apresentaram suas reivindicações e conseguiram o compromisso de que assinando um Termo de Responsabilidade seus bebês receberiam o atendimento da forma como solicitada. Uma delas retornou à Roda depois do parto contando os avanços que conseguiu na assistência ao seu bebê.

Os conselhos das avós, a interferências dos amigos, com suas interjeições negativas acerca da escolha pelo parto normal, são descritas como difíceis de conviver. As mulheres e seus maridos trocam experiências de como cada um cria um modo de lidar com isto. Com relação às induções para uma cesariana mesmo que já em trabalho de parto como relatado por uma participante, outra mulher disse que iria viver seu trabalho de parto em casa e somente iria ao hospital na hora de nascer, para evitar a violência descrita da entrevista com anestesista, do serviço de enfermagem e da pressão do plantonista. Esta mulher passou a noite em sua casa e, ao chegar ao hospital, vinte minutos depois o bebê nasceu da forma como ela desejava.

Todos no grupo têm a sua fala garantida, se o quiserem e um grande número de participantes fala. A Roda tem acontecido com uma média de 30 a 40 pessoas. No início, eram apenas gestantes; hoje são pais, mulheres com seus filhos, profissionais de saúde, doulas e até avós. Tem crescido de forma sistemática o número de participantes bem como as estratégias para driblar práticas intervencionistas no sistema de saúde. Já houve dois casos de partos domiciliares com parteiras vindas de outras cidades para prestar assistência. “É a partir da transformação dos modos de os sujeitos entrarem em relação, formando coletivos, que as práticas de saúde podem efetivamente ser alteradas” (BENEVIDES; PASSOS, 2005, p. 392).

Na Roda, ressalta-se a importância de as pessoas poderem decidir sobre suas próprias vidas e de existir a possibilidade de elas serem diferentes do modo instituído, sem que

sejam desqualificadas e enquadradas como boas ou más mães. Houve uma Roda com o tema da paternidade. Compareceram 8 homens e quase 30 mulheres. A participação masculina é sempre em menor número do que o de mulheres. Os depoimentos começaram por eles. Dois pais contaram de suas emoções ao acompanhar o nascimento de seus filhos. Um deles ressaltou como se percebeu modificado quanto ao que pensava e sentia por sua mulher. Um terceiro contou que teve sua entrada impedida no nascimento do primeiro filho e que, desta vez, ninguém roubaria dele esta experiência. A palavra definidora desta Roda foi “a experiência roubada”. Outro homem contou como também no nascimento de sua primeira filha ele foi impedido de entrar e que, desta vez, estão planejando um parto domiciliar e que ele estará presente todo o tempo. Pais ainda gestantes também entraram na Roda e falaram de como, no início, o tema da humanização do parto parecia coisa de maluco e de como estão envolvidos e estarão junto com suas esposas. Foi uma roda masculina, mas estavam presentes ali os sentimentos de expropriação da experiência no mesmo grau que comparecia nas falas das mulheres. Algumas mulheres falaram de como a presença do seu companheiro no momento do parto lhe foi importante e empoderador. Foi uma das Rodas mais emocionantes.

As Rodas terminam com a gestante mais próxima do parto recebendo algumas palavras como presentes dos demais participantes. Neste dia, um dos casais presentes era o que estava com a gestação mais adiantada. Convidamos para o centro da Roda e todos os demais puderam desejar um bom parto. Horas depois mandaram nos avisar do nascimento daquele bebê naquela mesma noite. É mais um bebê da Roda.

O movimento do grupo de gestantes propõe uma desmedicalização dos discursos médicos, a problematização dos conceitos de risco e segurança, colocando em cheque os discursos de verdade que são constituídos com a finalidade de legitimar relações de poder, de dominação, como justificativas de determinados interesses. Pelos discursos correntes entre as mulheres da Roda, não há, no sistema privado da cidade, partos normais, se ficarem à mercê do direcionamento da maioria dos obstetras da cidade, à exceção da mulher que vá para a única maternidade pública da cidade e se submeta a um parto vaginal cheio de intervenções ou aceite ter o seu parto com o plantonista que estiver nos hospitais privados, sem qualquer garantia de ser respeitada.

Quando há a insistência da gestante por um parto normal, esta é logo avisada de que não poderá ser feito pelo plano de saúde e informada sobre o valor. Ainda assim, mesmo pagando, a prática da assistência é a do médico que elege as intervenções que serão realizadas, não há estímulo à deambulação, a posição de parto é horizontal, a analgesia oferecida limita a mobilidade, a episiotomia e o uso da ocitocina são de rotina e não há espaço para que a mulher

questione ou dê o seu consentimento para os procedimentos a serem adotados em seu próprio corpo. Além disto, muitas vezes é negada a participação do acompanhante.

5.2.1 Mulheres sabem parir e bebês sabem nascer...

Aos poucos, os participantes vão desconstruindo os discursos hegemônicos e construindo novos modo de se relacionar com a gestação e o parto. A frase que mais se ouve na Roda é “Mulheres sabem parir, bebês sabem nascer”. Assim, é comum a troca de informações, a atualização acerca da compreensão da humanização do parto e, neste sentido, o grupo virtual facilita muito a socialização das informações. Todos os mais de 600 membros do grupo do Facebook podem postar o que quiserem e tem sido cada vez mais utilizado este canal de informação para a difusão de relatos de parto, pesquisas recentes sobre partos fisiológicos, matérias de revistas que reforçam o movimento pela humanização do parto. É, também, através do grupo virtual que o tema da Roda da quinzena é escolhido. As facilitadoras colocam as opções e convocam os participantes a escolherem o que mais chama a atenção naquele momento.

A prática de informar, dentro da Roda ou no grupo virtual, não ocorre de maneira linear. Ao contrário, o curso sensível de uma ação e os fatos normativos relacionados à ação são coconstitutivos um do outro. Garimpar informações na assistência ao trabalho de parto não é uma questão de prover um melhor mapa da realidade, mas de elaborar maneiras de vivenciar o trabalho de parto dentro do contexto em que ele estiver ocorrendo. E é esta prática que vemos na interação entre a Roda e o grupo virtual.

A lógica do cuidado requer pessoas que não tratem os fatos como informações neutras, mas que estejam atentas aos seus valores. E os valores aparecem antes do momento em que os fatos são explicados ou disponibilizados para a mulher. Enquanto a cidadania é um modo de celebrar autonomia como escolha, ser cuidada se refere a explorar modos de construir um processo de parir vivenciado na inteireza da experiência.

Não há na Roda uma condução que facilite a formação de um consenso: não é este o seu objetivo. Também, ela não é necessariamente harmônica. Nas Rodas, os conflitos, dores, desconfianças estão presentes. Há mulheres que queriam um parto normal, se prepararam para isto e não conseguiram e demonstraram sua frustração e dor. Em uma roda, em especial, uma médica relatou que, com 39 semanas de gestação, se sentiu mal, próximo ao ano novo, buscou a maternidade e foi diagnosticada com hipertensão e indicada a cesárea. Ela relata o fato e conta que o marido ainda perguntou a ela se a médica que a atendia estava certa, ao que ela respondeu:

“*Não sei, aqui eu não sou médica, aqui eu sou uma mulher em final de gestação*”. Ela seguiu para uma cesárea, sem convencimento de que era uma indicação precisa e, em muitas Rodas, reafirma que o seu amor pela filha é o mesmo que uma mulher que pariu e já se emocionou e chorou algumas vezes dizendo que se, naquele momento, ela tivesse contado com uma equipe que bancasse o parto humanizado ela, com certeza, não teria tido aquela cesárea. Em muitos momentos, ela deixa transparecer o quanto aquela cesárea feriu a sua vontade de parir normal e sua expectativa de viver esta experiência. *Em nuestro cuerpo podemos decir(nos)*.

Contudo, não está claro, ainda, qual a lógica de assistência que reivindicam na Roda. O que aparece com maior ênfase são discursos voltados para a luta por direitos, pelo direito de escolha. Há muitos depoimentos de mulheres que reivindicam o protagonismo pelo seu corpo e o direito de escolha, às vezes, em oposição completa ao saber médico.

Como discutimos anteriormente, na lógica da escolha, como liberdade individual, vende-se como produto a promessa de que as mulheres estariam emancipadas e liberadas para viverem livres das regras do patriarcado e da relação de passividade na qual os profissionais de saúde, muitas vezes, as mantêm. Contudo, o que vem junto neste pacote e que continua não sendo visto é que esta glorificação da liberdade de “escolher” implica novas armadilhas criadas por meio de culpabilizações e responsabilizações individualizantes no próprio modo de fazê-las e segui-las. O que se seguir da sua decisão, bom ou ruim, se tornará de sua inteira responsabilidade e, no caso do parto, é a vida do bebê que é logo colocada sob suas mãos. Como, em meio a uma experiência tão visceral, a gestação, o parto e o bebê, e tão passível de intercorrências a serem reavaliadas, seguir sozinha na avaliação da mudança do anteriormente “escolhido e decidido”? Na lógica da escolha, ter a chance de escolher implica a responsabilidade unilateral de seguir a escolha e todas as vicissitudes de suas intercorrências. O que fazer? isto ou aquilo: um parto rápido, sem dor e previamente agendado ou um parto normal imprevisível, com dor e demorado? normal ou cesárea? Estas seriam as questões. ? Como disse a médica do relato acima: “*Não sei, aqui eu não sou médica, aqui eu sou uma mulher em final de gestação*”. Mesmo ela, médica, no momento de um final de gestação não teve como bancar sua escolha sem o apoio de uma equipe que compartisse com ela a assistência, que lhe dissesse: estarei com você para o que der e vier!

Apresenta-se aí um primeiro dilema. Quantas mulheres assumem uma escolha nestas condições? Quantos médicos estão dispostos a ceder seu poder de decisão, transferindo-o para a mulher e sendo apenas o executor da decisão do outro? Trata-se de transferir, de contratar e/ou de instaurar outra unilateralidade nas decisões?

Até que ponto esta inversão não seria também produtora da reatividade raivosa de que falamos anteriormente? Afirmar a luta pelo parto humanizado ancorada cegamente na lógica da escolha individual não produziria danos e mais violência obstétrica a uma mulher frente à imprevisibilidade e vulnerabilidade a que um trabalho de parto a expõe? Como poderia ser feito um enfrentamento por uma outra via?

Frente a práticas autoritárias cerradas em uma dada racionalidade científica, hegemônica e referendada pela maioria dos profissionais da cidade, a luta pelo direito de escolha aparece como uma alternativa para estas mulheres no enfrentamento da medicalização do parto. Nossa preocupação é que, com a assunção pouco problematizada da lógica da escolha, muitas outras coisas se fixam também: as circunstâncias nas quais fazemos as escolhas, as alternativas entre o que podemos escolher, as fronteiras em torno dos produtos do cuidado que podemos ou não optar por consumir e por aí vai. A cristalização destes processos, fixadas em escolhas prévias ao próprio desenrolar do processo pode frustrar e standartizar a assistência, o que tornará ainda mais difícil a construção de uma relação assistencial em sintonia com as muitas variáveis relevantes na singularidade de cada caso.

A mulher, na lógica do cuidado, não é livre de heterodeterminações, entretanto, ela tampouco precisa ser dependente e passiva às práticas dos médicos ou enfermeiras que cuidam dela no processo de parir. A formação de alianças entre profissionais, mulheres, parceiros e pessoas da comunidade que comungam do mesmo ideal de prática de assistência ao parto humanizada é o primeiro passo para a construção de condições de desenvolvimento de uma prática calcada no cuidado. A lógica do cuidado não começa com indivíduos, mas com coletivos. Uma variedade deles. Aí reside a potência de espaços como as Rodas de Gestantes e dos grupos na rede social. Estes espaços representam uma nova forma de comunalidade e de fortalecimento dos vínculos na construção coletiva de novas formas de intervir e criar a assistência ao parto.

A lógica do cuidado sugere um modo diferente de abrir o monopólio dos grupos profissionais sobre a *expertise*, qual seja: o compartilhamento da responsabilidade pela assistência, o convite a experimentar e pensar juntos o melhor caminho a seguir. Está longe de ser fácil. Aqueles que compartilham a assistência devem respeitar a experiência de cada um, construindo na imanência da experiência o que os convoca à criação na busca cuidadosa das possibilidades.

Em uma assistência cristalizada na lógica da escolha individual, o tempo é entendido como linear. O momento chave, o momento em que a escolha será tomada é incorporado em uma sequência – (neutros) fatos; (valorativa) a escolha; (técnica) a ação – e,

muitas vezes, qualquer evento que fuja desta sequencia é entendido como erro e fonte de muita frustração. Foi comum ouvir relatos de gestantes referindo que, nas primeiras consultas, já lhes foram apresentadas as datas de escolha para o parto. Uma mulher marcou sua cesariana para o dia 29 de dezembro de 2015, dali há seis meses, pois já sabia que o médico viajaria para o *réveillon* e ambos, mulher e médico, gostariam de garantir a presença do médico. Uma vez que a ação é posterior à escolha, ela pode ser avaliada como uma reflexão tardia.

Quando pensamos a assistência na lógica do cuidado o tempo dá voltas e voltas. Não há nenhuma singularidade ou momento crucial em que todos os fatos e valores relevantes não sejam reavaliados e quando algo inesperado ocorre, ele deve ser integrado a tudo o mais. Se há uma intercorrência no trabalho de parto que indique a necessidade de uma cesárea, isto é incorporado ao cuidado, analisado e decidido conjuntamente com a equipe. Então, na lógica do cuidado, não faz sentido colocar setas entre eventos e ordená-los de uma forma linear. A (re)avaliação faz parte do processo de assistência, até para se conseguir manter sintonizados a experiência e os fatos que vão surgindo. É parte da tentativa de ajustar e melhorar a assistência.

5.2.2 E quando a vida prega peças no viver?

Três casos ocorridos na Roda. O primeiro: um casal de psicólogos que havia se encantado com o filme *O renascimento do parto* e buscou cursos com parteiras, envolveu toda a família na preparação para um parto domiciliar, contratou uma doula e, na hora, com a casa toda adaptada, o trabalho de parto não evoluiu como esperado e acabou sendo indicada uma casárea. Este parto foi, inicialmente, relatado na Roda como uma frustração, um luto pela expectativa criada por um parto normal. A ênfase de todo o processo era dada pelo fim (desfecho) e não pela vivência do processo. É bem verdade que o discurso da mãe tem sofrido mudanças nos últimos tempos. A frustração tem dado lugar a um novo discurso onde há a valorização do tempo do trabalho de parto, em como foi o bebê que escolheu o momento de nascer e, até, de como foi importante para ela como pessoa poder perceber que o controle não estava em suas mãos. A Roda promove a possibilidade de reconstruir nossas histórias fragmentadas, retraçar o mapa de nossos prazeres e dores.

O segundo: uma enfermeira altamente envolvida com a Roda, participante costumaz e professora da Universidade que abriga a Roda, se preparou para um parto normal, mas, com a aproximação da data provável do parto, ela não deu conta do medo e da ansiedade e acabou solicitando uma cesariana eletiva. A postura inicial dela foi a de buscar uma razão

para a cesárea, como se precisasse de uma justificativa para isto. Ainda tem pouco tempo e talvez ela possa também ressignificar a compreensão de seu limite.

O terceiro: um casal, que já tem um primeiro filho, de cesárea, se envolveu com o ativismo pelo parto humanizado e, na reta final da gestação, ela tem estado muito ansiosa e com medo. Ela ainda não consegue assumir que gostaria de uma ceárea, mas, no dia seguinte da Roda sobre paternidade, ela ficou enviando mensagens para as facilitadoras do grupo se queixando de que o Grupo não consegue incluir quem faz cesárea. Foram mais de 8 mensagens para duas das facilitadoras, o que suscitou, inclusive, uma reunião das facilitadoras, para a qual eu fui convidada, para discutirmos o caso. Foi interessante esta discussão, pois ficou claro para o grupo que estávamos diante de uma projeção dela, de que a Roda está pronta para acolher todas as diferenças, mas que o trabalho da Roda é ser, sim, um espaço afirmativo do parto normal! O que a roda acolhe?

Uma mulher pode querer muito um parto sem dor, rápido, sem distócias etc., mas a realidade não necessariamente atende a isto, tal é a viscosidade da vida. Na lógica do cuidado, fatos e tecnologias são mais fluidos do que a lógica da escolha os faz parecer, enquanto desejos e demandas são muito mais constrangidos. A palavra pode ser bem mais adaptável e ajustável, mas, apenas, até certo ponto. Há limites entre o que você pode mudar, mas estes limites não estão claros no início de uma gestação ou mesmo de um trabalho de parto: vão sendo descobertos no processo. É difícil prever o que poderá ser feito ou o que poderá falhar. As coisas precisam ser experimentadas e vivenciadas cuidadosamente.

De acordo com Mol, o uso da tecnologia é algo que aponta para uma tarefa. A cada momento da assistência dentro de um trabalho de parto, o casal deve ser convocado para referendar uma prática, avaliando-a frente às necessidades apresentadas e à capacidade de enfrentamento da mulher. Temos que estar atentos não somente ao que a tecnologia é suposta a oferecer, mas também ao que, de fato, ela provoca, mesmo que inesperado. Por isto, a ênfase deve ser ao modo como a mulher está experienciando e está expressando o que está vivendo, mesmo que isto não esteja descrito nas pesquisas. As tecnologias em geral fazem mais do que o esperado, elas modificam as expectativas.

A lógica do cuidado não se desdobra no tempo. Ela dobra o tempo. A lógica da escolha simplifica a relação entre meios e fins. Sugere que se você escolhe o que quer, a tecnologia já está definida. Ao contrário de melhorar um parâmetro específico elas poduzem um excesso de efeitos inesperados. Este é o caso de todos os tipos de intervenções no parto instrumentalizado. Uma analgesia no início do período de dilatação pode interromper ou retardar o trabalho de parto e isto leva ao uso da ocitocina sintética, que produz a imobilização

na cama pelo acesso do soro na veia, e ao aumento das dores, demandando uma atuação mais ativa do médico do que da gestante, podendo se desdobrar no uso de uma episiotomia ou em lacerações maiores... As tecnologias sempre produzem efeitos inesperados, dores e efeitos que ninguém pode prever.

Na Roda, as pessoas têm a possibilidade de moldar, inventar, adaptar, de novo e de novo, suas experiências cotidianas do processo de parir. O desafio para a Roda é fazer com que os múltiplos componentes que estão em circulação no campo social possam ser apreendidos em uma produção incessante de subjetividade a partir dos encontros com o outro, escapando da totalização e da centralização no indivíduo, principalmente quando se deseja expandir para outras mulheres a discussão e o seu protagonismo como figura central do parto. É uma postura ética e política. É uma revolução social de cunho feminista porque não é tecnocrática, não é profissional. Logo, precisa ser protagonizada pelas mulheres, em um movimento que não é simples e que encontra muita reatividade e riscos no caminho. É uma luta política e que tem alcançado os ouvidos daqueles que estão dentro da prática institucionalizada nos serviços da cidade. Tanto que tem provocado reações. Talvez a potência da Roda esteja, exatamente, em não estar sendo proposta por nenhum serviço público ou privado, em não ter uma coordenação técnica e não estar vinculada a uma instituição específica.

A Universidade Federal da Bahia a acolhe, mas não é um projeto de extensão, não tem vinculação específica com nenhum professor. Apenas a recebe. Suas coordenadoras a criaram a partir da afetação de seus próprios corpos e o que a mantém continua a ser o interesse das mulheres. Os efeitos tem sido visíveis, desde a interação nos encontros pessoais e as participações no grupo virtual até a reação de alguns médicos ao refutarem o valor da Roda e tecerem comentários depreciativos sobre as suas frequentadoras.

5.2.3 De quando encontros fazem a roda girar

O envolvimento nas Rodas e nos grupos virtuais despertou o interesse em conhecer mais de perto as motivações e discursos daqueles que criaram ou coordenam estes espaços. O que motivou essas mulheres e homens a construir um movimento de resistência à assistência ao parto que tem crescido tanto na cidade? O que mantém o movimento? Que efeitos já tem provocado? Que agenciamentos tem produzido? Que estratégias escolhe? Quais são os riscos e o futuro do movimento? Muitas destas perguntas vinham sendo respondidas pelas Rodas, mas queríamos conhecer mais.

Foucault (2007), ao falar de poder, afirma que onde há poder há resistência e, com isto ele desloca a ideia de poder como algo centralizado, localizado, afirmando que “o que há são práticas de resistência imanentes as práticas de poder”, ou seja, Foucault (2008) salientou que a resistência não se constitui a partir de um determinado lugar, é intrínseca ao poder, sua emergência é múltipla, de modo que resistir não se restringe à oposição e ao combate a um poder territorializado. Na perspectiva foucaultiana, resistir tem o sentido de interferência, de mergulho em campos de experimentação que criam territórios, gerando outros tempos e novas formas de subjetivação. Programamos encontros com pessoas que têm protagonizado uma interferência, um novo mergulho em um campo de experimentação que tem sido a gestação e o parto gerando efeitos e fazendo girar a Roda.

As entrevistas, ou encontros, como preferimos chamar, foram previamente agendadas com sete pessoas: o casal responsável pela fundação do grupo NO LAR; com todo o grupo de membros da coordenação do MATERNA – Roda de Gestantes, sendo quatro encontros individuais e um com todo o grupo: uma psicóloga, uma médica obstetra, uma enfermeira, que também é doula, e uma doula, identificadas respectivamente como MTN1, MTN2, MTN3 e MTN4. Entrevistamos, também, um médico obstetra de renome na cidade, conhecido por ser competente, mas por apresentar uma alta taxa de cesáreas, identificado como MED e uma médica dermatologista, identificada como GEST, que teve seu parto normal e inovou nas estratégias utilizadas e conexões construídas no modo como foi assistida no seu parto e de como avalia a assistência recebida, mas que não faz parte de nenhum dos dois grupos.

A decisão de acrescentar o médico (MED) e a dermatologista (GEST) nos encontros programados se deu por motivos distintos. O médico (MED) foi incluído no grupo de entrevistados depois dos encontros com os membros do NO LAR e do MATERNA, para conhecermos o discurso dos obstetras da cidade e procurar entender a reatividade dos mesmos provocada pelas ações dos grupos. A GEST foi incluída por ter construído um modo de ser assistida no seu parto diferente da que é comumente relatado pelas mulheres.

No primeiro momento, a pesquisadora apresentou os objetivos da pesquisa, leu o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e seguiu o seguinte roteiro de entrevista aberta: Como você começou a participar deste grupo na rede social? O que te levou a se tornar membro deste grupo? Como você gostaria que fosse a assistência ao parto? Qual a via de parto escolhida para o seu parto? Como é a sua rede de suporte social? Qual a importância deste grupo no modo de ver a assistência ao parto na cidade? Como você vê a assistência ao parto descrita por seus pares? Como você vê a assistência pré-natal e o movimento pela humanização do parto em nossa cidade? Para onde caminha o movimento? Que experiências você escolheria para contar

como marcantes na vivência de assistência ao parto? Qual o futuro da assistência ao parto em nossa cidade? O roteiro não era rígido, servindo apenas de base para as conversas que tivemos com cada pessoa. No caso do MED, por exemplo, iniciamos já pelo que achava do movimento das mulheres pela discussão do modo como percebia a assistência ofertada na cidade.

Os encontros duraram, em média, uma hora e meia cada, ocorreram nos espaços mais acessíveis para os entrevistados e transcorreram com muita facilidade, havendo momentos de tensão e/ou de emoção em praticamente todas as entrevistas. Nestas discussões, experimentamos operar em meio a um coletivo de forças buscando atender para a comunicação entre as singularidades heterogêneas, em seu duplo sentido de partilha e de pertencimento, pondo lado a lado a diversidade de valores heterogêneos implicados na pesquisa. (KASTRUP; PASSOS, 2013).

5.2.4 O que ativou o movimento?

Nos encontros, as pessoas se referiam a situações de afetação distintas que despertaram o desejo pela luta por uma assistência ao parto diferente do que se encontrava disponível nos serviços de saúde da cidade. O que mobilizou e afetou singularmente cada um dos entrevistados foram processos bastante heterogêneos, desde fotos, filmes, compartilhamento de experiências, cursos, até experiências pessoais de violência obstétrica.

MTN1 – *Meu interesse começou num curso de formação sistêmica que fui fazer. Teve um professor que falou sobre Apego, em junho de 2013. Uma colega tinha acabado de passar por um parto humanizado com um bebê de 10 dias e ia ao curso. Eu ficava indignada de como ela conseguia ir ao curso com um bebê de 10 dias? Ela já engravidou sensibilizada para o parto humanizado e postou suas fotos na internet. Eu passei a acessar diversas vezes aquelas fotos. Olhava sem parar! Centenas de vezes. Elas me sensibilizaram! Me senti afetada! Eu precisava ser militante de um movimento que pudesse sensibilizar outras mulheres como eu tinha sido sensibilizada! Logo depois, engravidei. O que mais me impressionava era o vínculo dela com o bebê e a força de luta dela por um parto humanizado. Chamava a atenção nas fotos a presença da filha mais velha nas cenas, o marido brincando com a filha enquanto ela sentia as contrações, a vida fluindo! Eu pensava: eu quero um parto assim, humanizado! E vou querer postar as minhas fotos para que elas possam sensibilizar outras pessoas, assim como eu fui sensibilizada, afetada pelas emoções registradas daquele momento.*

NLR1 – *A ideia surgiu com um outro casal, com quem fizemos juntos um curso com uma parteira tradicional e conhecida na Chapada Diamantina, em Igatu. E depois de*

assistirmos ao filme “O renascimento do parto”. Também meu irmão mais velho teve 3 filhas em casa, em Campinas. De alguma forma está ligada a essa história e à história da filha do meu primeiro casamento que foi uma experiência de vê-la sendo arrancada, num hospital privado. Eu assisti e esperava que eu participasse, depois de ter sido completamente desinfetado me deixaram ficar lá no fundo de uma sala. Não participei de nada, apenas pude acompanhar o bebê até o berçário. Quando eu vim morar aqui, conheci a mãe da minha filha e ela já tinha tido 2 cesáreas anteriores.

Eu queria criar esse ambiente de discussão, pois a nossa médica dizia que, na cidade, não havia um grupo que desejasse o parto normal. Ela sofria retaliações dos colegas somente por querer fazer o parto normal. Nós queríamos que as pessoas pudessem ter a possibilidade de pensar sobre isso.

NLR2 – *Fizemos o curso para casais sobre parto com uma doula e parteira em Igatu. Viemos empolgados. Fizemos plano A, plano B e plano C! A parteira nos motivou, mas nos colocou a par de como são os serviços, principalmente os serviços de pediatria. A médica disse que ela poderia controlar o processo somente até cortar o cordão umbilical! Chegamos a pensar em comprar todo o material, todo o equipamento para montarmos um espaço com tudo que precisasse! Acompanhei a experiência do meu irmão que teve uma cesárea agendada, separação da mãe do bebê por mais de duas horas... nós não queríamos isso para nós! Achavam que nós éramos loucos, hippies... Hoje, ele reconhece!*

MTN4 – *Há 10 anos atrás, engravidei da minha primeira filha e eu já tinha certeza de que iria parir normal. Meu médico sempre adia a conversa sobre o parto. Quando faltavam alguns dias, eu comecei a desconfiar de que ele estava me enganando, sempre que eu queria falar do parto, ele me respondia: “Depois a gente fala sobre isso... Na hora a gente vê...”.*

Encontrei na internet o grupo Parto do Princípio, mas já não tinha mais tempo. Eu não tinha marido, nesta época, entrei em trabalho de parto e, na hora, ele disse que não dava para ser um parto normal e inventou uma pressão alta que nunca tive e fez uma cesárea.

Tive duas perdas e, na terceira gestação, quando passou o período de maior medo de perder de novo, eu comecei a pensar no parto. No primeiro contato que falei do parto que queria, o médico disse: “Uma vez cesárea, sempre cesárea!”.

Passei a ler tudo, voltei ao Parto do Princípio, encontrei o site do Rodaviva e marquei uma consulta em Salvador. Lá, fiquei sabendo de M., um obstetra que estaria de mudança para Conquista. Fiz a consulta e me apaixonei. Conheci uma doula e parteira de

Igatu e fiz um curso com ela. Assisti ao filme O Renascimento do parto... e tive o parto que eu quis!

GEST – *Eu não pensava em ter um parto normal, no início, a minha médica me perguntou se eu não queria ter um parto normal, já que a minha mãe havia parido 4 filhos assim.*

No meio da gestação, comecei a pensar que estava correndo tudo bem e achava estranho pensar em me submeter a uma cirurgia, se estava indo tudo como devia.

Falei com a médica e ela acolheu. Se está tudo bem, eu quero normal! Tive logo o apoio de meu pai e minha mãe.

Pressão? Recebi! A família de meu marido era contra. Meu sogro não se conformava. Minhas amigas médicas... Mas é muito da minha personalidade não discutir, eu dou risada, ouço, e pronto! Eu não sou de discutir muito, de querer impor a minha vontade. Depois, o meu sogro disse: “Eu nunca tinha visto alguém parir normal, como foi ótima sua recuperação!”.

Estas trocas, o compartilhamento de histórias não se restringem a trocas verbais, elas também se tornam modos físicos, produzem modos de autocuidado e conhecimento do próprio corpo em um regime de afetação mútua no qual diferentes dispositivos pessoais, pré-verbais e impessoais se constituem como matérias de produção de subjetividade que alteram modos de ver, sentir e perceber a experiência. Assim, todas estas formas de afetação, filmes, fotos, as trocas de experiência e informações nos encontros com parteiras tradicionais e doulas, mais do que argumentação prescritiva e/ou informação vazia, se transformaram em práticas de afetação mútua que ganham ressonância e produzem um corpo, modos de subjetivação que se abrem a outros sentidos da existência. E produziram Rodas. Essas pessoas que encontramos construíram dois espaços virtuais e um espaço presencial em práticas de afetação mútua.

As situações de violação de direitos também puderam ser disparadoras dos processos de resistência em relação à captura pelas diferentes lógicas homogeneizantes e totalizantes. Como já discutimos em capítulos anteriores, o modelo tecnocrático, na relação de assistência ao parto, transforma a mulher em um ser passivo que assiste o próprio parto ser feito pelo médico e este, por sua vez, não admite o protagonismo feminino em querer saber algo diferente do roteiro autorizado sobre o desfecho de uma gestação que carrega.

Muitas são as estratégias de silenciamento, desqualificação e infantilização das mulheres apontadas pelas participantes e a elas já nos referimos em outros momentos neste trabalho: desqualificar as perguntas, adiar a conversa sobre o parto até o final da assistência pré-natal sem criar tempo para se conversar sobre o assunto. Contudo, pudemos, também,

perceber que o efeito destas práticas de poder/saber da “instituição médica” que, em muitas mulheres, produz apenas assujeitamento, pode também produzir e disparar outros movimentos mais ativos e problematizadores nesta relação. Na experiência de **MTN4** foi o contato com esta relação unidirecional, impositiva e violenta que a levou a recusar este lugar coadjuvante e buscar a construção de novos caminhos. A busca de informação, a existência de fontes de pesquisa, de grupos organizados, de profissionais sensibilizados foram os múltiplos componentes presentes no campo social que se tornaram matéria-prima para a expressão dos afetos vividos nesses encontros e atualizados, de forma singular, nos discursos acima relatados.

As manifestações de resistência podem surgir em qualquer ponto improvável, de forma inventiva, surpreendente, imprevisível. As resistências afrouxam nós, reorganizam, reagrupam, rompem com a suposta estabilidade de um poder absoluto e centralizador. Dão margem ao surgimento do novo, ao surgimento de atmosferas de afirmação! No caso, deu margem ao surgimento de dois grupos virtuais e do espaço presencial de compartilhamento que são as Rodas; e esses três espaços têm possibilitado a transversalização das experiências.

São as atmosferas de afirmação que permitem o surgimento de modos ativos de relação, em meio aos quais cada um constrói a linha de devir (experiência de transformação) ou de singularização (modos de apreensão da experiência) na direção da conquista da autonomia.

Conquistar autonomia é encontrar a fonte direta, e não o patrocínio, servindo-se daquilo que nos acontece como matéria e combustível de criação e ultrapassamento – nunca de julgamento - operando uma catálise de devires compositores de encontros cujas condições confundam-se com as da afirmação das diferenças, dos acontecimentos plurifocais, dos movimentos pluridimensionais. (FUGANTI, 2009, p. 673).

Na afirmação de uma perspectiva participativa que permita às gestantes atribuírem sentidos, fazerem e sustentarem conexões no processo de parir é que vão se produzindo práticas de coletivização, modos de estar junto, de intervir, de operar e de modificar o lugar frente à assistência prestada. Foi isto que pudemos sentir e vivenciar nas Rodas e nos grupos virtuais, através dos relatos das participantes assim como o sentimos nos discursos dos entrevistados.

A aceitação que GEST obteve de seus pais, da médica que a acompanhava e do marido é um relato pouco comum, pois tem sido cada vez mais um campo de batalhas reassegurar o desejo pelo parto normal. Ao falarem de seu engajamento no parto humanizado, as mulheres afirmam que precisam mais do que reivindicar um novo tipo de atendimento:

precisam se apropriar do que estão falando e construir suas argumentações nos enfrentamentos com o discurso dominante sob pena de este se impor no caso de não ser enfrentado.

MTN3 – *Antigamente não existia isso da mulher estudar, se preparar, precisar reconstruir o modo de ver o parto. Precisamos construir a noção de que parto normal é normal.*

MTN1 – *Eu li tudo, me preparei para um parto normal, psicologicamente, fisicamente e através do estudo. Fui acompanhada, no parto, por uma médica humanizada M., tinha uma doula, uma fotógrafa, meu marido e minha irmã que é enfermeira.*

GEST – *Uma amiga me emprestou um livro, comecei a fazer pilates, me preparar.*

MTN4 – *Com um mês de parida, voltei a frequentar a Roda e, a partir daí, vou a todas as rodas e, cada vez mais, vou me identificando com o tema. Várias amigas minhas engravidaram e eu comecei a acolher. M., a obstetra virou referência. Eu tinha tido vontade de fazer enfermagem, fiz ciências sociais. Agora vou começar o curso de enfermagem.*

Em setembro de 2014, M. me mandou uma mensagem sobre um curso que ia ter em Salvador. Fui fazer o curso de doula e me convidou para colaborar com a Roda, mas, no princípio, não aceitei e achava a roda comedida, isso me incomodava. A Roda não falava abertamente sobre a defesa do parto normal. Aí, fui convencida a ficar. K. foi quem criou a Roda mas não vai mais. Nos encontramos duas vezes por mês. Uma para preparar a roda e a outra para fazer a roda acontecer.

A vinda de A. [fundador do grupo Rodaviva de Salvador], em maio de 2015, foi um divisor de águas. Ele fez a provocação: e aí? Vocês serão uma roda de gestantes ou vão ser um movimento pelo empoderamento das mulheres pelo parto normal?

MTN3 – *A mulher que faz a escolha por um parto normal hoje, tem que enfrentar o mundo! Eu estou acompanhando uma mulher que o marido não aceita. Há aquelas que não conseguem vencer a resistência a essa ideia. Hoje eu fui atender uma menina. A mãe super apoia, mas a sogra acha um absurdo. Se ocorrer qualquer intercorrência, será motivo para falar: “Mas eu te disse!”.*

MED – *Como eu vejo esse movimento? Para mim é tranquilo, por que sempre fiz parto, à parte das demais coisas que também faço. Os médicos estão na defensiva mesmo, pois agora parece que a assistência obstétrica é toda ruim. Como se não tivesse nada que preste! Durante muito tempo houve o aumento das cesáreas, o principal é a remuneração. A maioria não quer parir com o plantonista. Todo mundo pensa que o médico ganha rios de dinheiro e não é assim! Por isso que muitos desistem da obstetrícia! Os residentes saem da residência e querem fazer mastologia, ultrassonografia, qualquer coisa, menos obstetrícia! Escreve aí: a cesariana foi o procedimento cirúrgico que mais salvou gente no mundo! Toda episiotomia é*

violência? Todo o toque é violência? Por outro lado, a obstetrícia é mesmo muito conservadora! Há muitos serviços violentos mesmos! Há médicos que induzem a mulher a decidir pela cesárea.

Os médicos demoraram a perceber que tinha uma tendência. Médicos e pacientes requerem comodidade, marcar, não sentir dor... A nossa postura era: Nós somos os donos do saber e não quero mudar! O outro lado não encontrou interlocução. Aqui agora está sendo assim: Eu quero parir em casa e o médico não presta! Muitas vão parir bem, mas e a que complicar? Todo mundo que já deu plantão já teve um caso de sequelado! A cesárea é uma cirurgia segura!

Há um movimento aí! Seja por parte das mulheres que buscaram informações, doulas, grupos, seja dos médicos que percebem as mudanças e, às vezes, a identificam como uma ameaça ao saber instituído. Por um período, a assistência centrada no médico encontrou acolhimento e esta prática foi incorporada socialmente, mas, no momento, tem sido mais questionada. A construção de um novo caminho ainda está longe de ser alcançada e depende da construção de novos modos de ver o corpo e das formas de se relacionar com ele.

O corpo não é, portanto, fixo ou constante, como quer a perspectiva naturalista, mas pode ser modificado, aperfeiçoado, e suas necessidades produzidas e organizadas de diferentes maneiras (FOUCAULT, 1989). E tem se organizado de forma diferente. As mulheres estão mais ativas e questionando o corpo silenciado. As pessoas que entrevistamos fizeram uma busca por uma assistência humanizada para o parto, foram ativas na busca da equipe, estudaram o assunto, prepararam seu corpo, decidiram pelo hospital, mas, a despeito de todas estas atividades, como falamos anteriormente, a mulher não controla o mundo. O mundo não lhe é obediente. Então, como fazer ambas as coisas: ser ativa e saber deixar as coisas acontecerem? Elas precisam ativamente tomar o cuidado em suas mãos e, ao mesmo tempo, deixar as coisas acontecerem se elas não puderem controlá-las. Importante ter tenacidade, contudo, sem deixar de ser adaptável as vicissitudes da experiência!

Profissionais levam anos para desenvolver suas habilidades clínicas, são treinados para responder ativamente ao sofrimento de seus pacientes e, ao mesmo tempo, precisam aceitar que seus esforços podem falhar. Isto não acontece de forma pacífica: o protagonismo que lhe foi ensinado é o do médico e não o da mulher. O tipo de formação médica ainda vigente, que discutimos no Capítulo 2, é atravessada pela ilusão de que a medicina pode controlar o mundo. Mas, a fragilidade é parte constituinte da coragem de lidar com a vida.

Neste campo de disputas da assistência ao parto, emerge uma nova organização de forças, um movimento de mulheres que chegam aos consultórios com novas demandas, novas

perguntas, discutindo sobre técnicas, até então, de eleição exclusiva do médico para o seu uso. Isto, é claro, produz deslocamentos, desinstitucionaliza “lugares” instituídos na relação entre profissional de saúde–gestante, reconfigura a escuta nos modos de assistência e, também, pode provocar muita reatividade e inversões perigosas na relação de cuidado, pois, quando o que movimenta esta delicada relação é a reatividade de ambos os lados, médico e paciente se posicionam *a priori* em campos opostos, restando apenas a disputa pela decisão: ou o médico sabe o que faz e decide o melhor para a mulher ou a mulher é quem sabe sobre o seu corpo e decide sozinha que procedimentos aceita e concorda. A fala do médico entrevistado caracteriza bem esta produção binarizante: “*Agora nada mais presta? Uma episiotomia é uma violência?*”. Quando a ênfase fica centrada no poder de decisão, no direito de escolha individual, é como se trocássemos apenas quem institui a ação. O médico passa de quem escolhe para quem executa o que foi escolhido por outrem, no caso, a mulher.

Importante afirmar que o movimento pelo parto humanizado não representa a negação da medicina. O empoderamento da mulher nesta relação também não pode ser pensado como contrapartida da desautorização do saber e da prática médica. Esta é uma armadilha produtora de falsas questões e de um cuidado degradado! Não se deseja a destituição total do poder médico, mas a construção de laços de confiança e respeito mútuo em relações mais horizontalizadas e a construção destas relações mais horizontalizadas requer modificação das práticas e de suas relações ético-políticas; requer desalojar lugares, modificar a assistência e acolher na relação a singularidade das questões que emergem e compõem o cuidado na assistência ao parto. Como nos propõe o Ministério da Saúde, através da Política Nacional de Humanização do SUS, o acolhimento é uma das diretrizes da produção de cuidado em saúde e implica estar em relação com algo ou alguém.

É exatamente nesse sentido, de ação de ‘estar com’ ou ‘estar perto de’, que queremos afirmar o acolhimento como uma das diretrizes de maior relevância ética/estética/política da Política Nacional de Humanização do SUS:

- ética no que se refere ao compromisso com o reconhecimento do outro, na atitude de acolhê-lo em suas diferenças, suas dores, suas alegrias, seus modos de viver, sentir e estar na vida;
- estética porque traz para as relações e os encontros do dia-a-dia a invenção de estratégias que contribuem para a dignificação da vida e do viver e, assim, para a construção de nossa própria humanidade;
- política porque implica o compromisso coletivo de envolver-se neste ‘estar com’, potencializando protagonismos e vida nos diferentes encontros. (NEVES; ROLLO, 2006, p. 6).

Atualmente, as condições para a construção de práticas de saúde comprometidas com a produção de autonomia, que acolham as singularidades dos modos de vida são extremamente difíceis de serem encontradas. Há muito modismo na ciência, ambições gerenciais e políticas, pressões econômicas e práticas negligentes que trabalham contra a realização deste tipo de assistência na prática. Contudo, é em meio a este campo de disputas e desafios que interviemos na busca atenta de práticas cotidianas de uma assistência ao parto copartilhada e criativa. Para tanto, os movimentos coletivos, em sua polifonia e porosidade na acolhida a diferentes experiências e nas alianças com a problematização e reconfiguração das práticas assistenciais vigentes, são dispositivos fundamentais para fazer a roda girar.

5.2.5 Para onde gira a Roda?

As rodas de Gestantes surgem desse processo de afirmação, de ativismo, como um espaço coletivo de mulheres e seus parceiros afetados pelo processo de gestar e parir, principalmente pelo tipo de assistência ofertada na cidade. Inclui diferentes atores que se sintam convocados, a partir dos convites publicados pela internet ou por outras gestantes e pais que frequentam o grupo, a construir um espaço coletivo que se acredita potente para abrigar e ampliar as discussões sobre o parto, apostando na produção de alianças e maneiras ativas de existir, trazendo para si a responsabilidade de fazer criar novos modos de gestar e parir.

MTN3 – *Quando começaram as rodas, nós trazíamos muita teoria, técnica, mas funciona melhor quando elas falam mais de seus medos de suas experiências...*

As mulheres querem parir normal, mas não acham apoio. O grupo dá a condição de perder o medo. Elas formam uma rede de apoio.

MTN1 – *Precisa ser um movimento afirmativo, que precisa ter um discurso de sobrevivência e é o do parto natural!*

MTN3 – *As mulheres que tiveram cesárea não sabem, mas desconfiam de que foi desnecessária. Fizeram a cesárea e acharam ótimo, mas, hoje, com tudo que ouvem na roda ou leem na internet reconhecem a violência obstétrica sofrida.*

MTN4 – *É o único espaço que as mulheres têm na cidade para conversar sobre parto e sobre seus desejos acerca da maternidade. Cumpre um papel importante para a cidade de ser um espaço das mulheres. Lembro-me de, pelo menos, 10 mulheres que tiveram seus partos normais, fizeram seus embates, trocaram de médicos...*

GEST – *Eu acho que tem um pouco de exagero, às vezes vai para os extremos. Eu sou médica, eu iria para um parto cesárea, se necessário, sem problemas. Parir em casa eu não aceitaria, tenho medo de complicar e não ter assistência.*

Mas você sabe que o seu parto não é parâmetro para as demais mulheres?

GEST – *Sim, eu sei! Sei que muito do que eu tive foi por que sou médica e filha de médica. A própria obstetra não faz partos normais para as suas pacientes, fez por que era para mim.*

– E você sabe que a assistência ao parto nos hospitais, cotidianamente, é muito violentadora?

GEST – *Sim, eu sei! Elas não têm direito a nada e não são consultadas em nada.*

Será que não é por não ter o acesso que você teve que elas precisam ser mais radicais?

GEST – *Eu nunca tinha pensado nisso, mas acho que tem razão!*

Mas a Roda gira... e ela propõe um desfazer, um desacomodar, enfrentar desafios misturando saberes para a produção de novos modos de compreender a gestação e o parto e a relação das gestantes e das famílias com os profissionais de saúde. Transversalizando as ações, no sentido de criar abertura comunicacional mais horizontalizada, outros sentidos e alternativas emergem. Assim, se, por um lado, os médicos perdem sua função de autoridade única frente ao parto, por outro, as mulheres começam a perder sua condição de submissas e de sujeitadas, ou seja, sua função de oferecer seus corpos, sem precisar serem informadas do que se passará com eles. É no desafio do diálogo entre as fronteiras do saber e poder que será possível reinventar a lógica do cuidado. Ao criar novos modos de produzir a assistência ao parto estamos, ao mesmo tempo, produzindo novos sujeitos.

Segundo Teixeira (2005), a transversalidade aponta para práticas de vinculação, de criação do comum e de tecnologias relacionais intra e intergrupos, pois inclui a dimensão afetiva na assistência ao parto, proporcionando redes de conversação que podem ser pensadas, também, como redes de trabalho afetivo, indicando a dimensão essencial da criação e manipulação dos afetos, para além da via de parto.

Para algumas pessoas, o movimento é radical e, talvez, precise sê-lo, senão não haverá mudanças. Na sociedade de controle, as resistências são entendidas como “risco” e o risco como “erro” e, neste entendimento, as diferenças não são consideradas como produção de um modo diferente de vida; ao contrário são capturadas como oposicionismo e transformadas em perigo.

Parir em casa, com parteiras, fora do *script* da institucionalização médica se torna um risco! É fácil produzir uma reação negativa ao parto domiciliar quando este tem seu sentido atrelado a uma prática primitiva, do passado. Entretanto, hoje em dia, o parto domiciliar planejado é realizado incorporando os recursos tecnológicos desenvolvidos para as situações de emergência, tais como: material de reanimação neonatal, matéria para contenção de hemorragias, cardiotocógrafo e outros. Os diagramas de poder disciplinar e biopolítico incidem de diferentes modos na regulação da vida (FOUCAULT, 2008). E aqui não é diferente.

5.2.6 Parto Real X Parto Ideal?

A grande surpresa gerada a partir da frequência às reuniões da Roda e nos encontros com seus fundadores foi o encontro com o que algumas narrativas qualificavam como experiências de frustração, seja com relação ao próprio parto seja nos partos de pessoas a quem prestavam assistência. O que faz com que algumas mulheres entrevistadas, ativistas da causa do parto humanizado, refiram um sentimento de fracasso tão grande frente à vivência de seus próprios partos?

MTN3 – *A vivência mais marcante foi a vivência de doular E. E. queria um parto normal domiciliar, ela acreditava que tudo ia correr bem. Eu sempre digo que a mulher deve estar pronta para tudo. Ela acreditava muito, tanto que contaminou todos que estavam ao seu redor. Ela rompeu a bolsa com a presença de mecônio e evoluiu para uma cesárea. Eu me preocupei muito em como ela iria ficar, ela ficou muito sentida. Eu fiquei muito sentida, o marido, todos... acontece que ela viveu um luto e não o nascimento. Desejou tanto um parto normal que, quando não aconteceu, viveu um luto por não ter acontecido como queria [ela se emocionou ao lembrar-se desse episódio].*

MTN1 – *Mas eu não consegui!*

– *Como assim não conseguiu? Seu parto foi normal, não?*

MTN1 – *Sim, mas eu digo não consegui porque meu trabalho de parto terminou na sala de parto, minha pressão caiu, eu não aguentava mais e pedi a anestesia.*

– *Por que pedir por uma anestesia significa que você não conseguiu? Você viveu todo o trabalho de parto em casa e depois no quarto do hospital assistida pelo marido, doula, médica, enfermeira, sem ocitocina, sem estar deitada, andando, entrando no banho, recebendo massagens, músicas escolhidas...*

MTN1 – *Meu trabalho de parto começou as 23h, às 2, não consegui dormir mais. Às 4:30, fomos para o hospital e eu ainda estava com 3 centímetros de dilatação. Não quis voltar para casa. Às 7h iniciou o período expulsivo e o parto ocorreu às 11:30h*

Minha fantasia era o parto que tinha visto nas fotos, de cócoras, que meu marido cortasse o cordão. A anestesia foi super conversada, a médica me deu muitas orientações e fez bem fraquinha. Super humanizada! Mas, com a anestesia eu tive que ficar deitada; quando eu me vi ali deitada, amarrada, me senti arrasada! Além disso, o hospital não permitiu que a doula entrasse nem que a fotógrafa pudesse participar. Houve uma enfermeira mais sensibilizada que tentou ajudar. (ainda demonstrava uma certa decepção na descrição do parto).

Passsei umas duas ou três semanas em que eu achava que o meu parto tinha sido feio. Fiz o pré-natal durante quase toda a gestação com um médico que não acolhia muito as minhas ideias de parto normal. Troquei no final da gestação. Lá na hora agá, sugeriram a minha medica se ela gostaria da entrada de outro obstetra para ajudar. Quem entrou? O médico que havia me acompanhado no início da gestação. Ele já entrou sem me cumprimentar, assumindo o lugar do obstetra, destituindo M., passou na frente e já foi fazendo a episiotomia sem me perguntar nada. Houve um grande mal-estar na sala. M. ficou calada, aguardando a placenta.

O corte, a ausência de discurso de M., a violenta entrada dele, a saída do bebê da sala com o neonatologista...

Minha raiva foi do corte, foi saber tudo que eu desejava, toda manobra executada até ali foi consentida e informada! Fiquei com raiva da episiotomia! Na hora de amamentar, você tem que sentar em cima e dói muito! Minha angústia era saber o quanto poderia ter sido diferente.

Ele entrou destituindo a minha médica e a mim! Ele foi no quarto. Eu disse: “Não estou melhor por causa da infeliz da episiotomia”. Ele respondeu: “Infeliz, mas necessária! Não espero mais que 20 minutos de período expulsivo, depois do corte a menina saiu rapidinho!”. Ele desqualifica qualquer sentimento, qualquer dor, ele tem o saber absoluto!

NLR2 – *Conhecemos uma pessoa que deu errado.*

– O que é dar errado?

NLR2 – *Não teve dilatação. Ela se frustrou completamente. Eles não explicitaram o que era dar errado. Não houve dilatação e foi encaminhada do CPN para o Hospital Albert Sabin e lá não tem nada de humanizado.*

Eu, também, esperava que eu ia ser ninja! Por fazer ioga, dança... que eu ia acocorar e nascer! E não foi assim! Doeu muito!

E agora o que você pensa do parto?

NLR2 – *O parto real é mais complicado, mas é mais grandioso também!*

NLR1 – *A trilha sonora que havíamos escolhido não combinava com o momento.*

Nós escolhemos músicas calmas e o que pedia no momento era um rock pesado.

NLR2 – *Não esperava que doesse desse jeito. Não vou mais fazer campanha por isso não! Aprendi a respeitar a decisão das pessoas. Não são todas as mulheres que estão preparadas para um parto normal. Mas a postura do médico é determinante. Não é o parto que deve ser humanizado, é a gestação que precisa ser humanizada.*

MTN4 – *Ah, por que L. falou no grupo que não teve o parto humanizado... por que o parto dela não deu certo?*

– ***Sim***

MTN4 – *L. não conhece o conceito de humanização, não se preparou para o parto. A grande angústia dela era achar um desaforo pagar pela disponibilidade médica. Quando soube que M. não cobrava por isso, mudou de médico. Com 4 centímetros de dilatação já pediu a analgesia e perdeu o controle sobre o seu corpo. Mas teve seu parto normal. Claro que ouviu as piadinhas que são corriqueiras no hospital e depois ficou esperando 1 ou 2 horas para alguém vir buscar a maca no pós-parto. Mas ela odiou tudo, inclusive o anestesista e agora sai dizendo que o parto dela não teve nada de humanizado. Mas teve doula, cuidados, acompanhante, uma médica sensível, o parto foi normal, não houve uso de ocitócinos, não houve manobras desnecessárias. Um parto que muitas mulheres gostariam de ter!*

Nestes discursos, podemos perceber a enunciação de um parto idealizado: o parto natural, fisiológico e sem intervenção tecnológica. Vemos, também, certa idealização do parto como retorno ao primitivo e a um holismo idealizado. Assim, o que faz com que mulheres que vivenciaram um processo humanizado na gestação e parto se vejam como “fracassadas” em sua experiência de parir quando fazem uso de alguma intervenção não preconizada anteriormente no *script* traçado?

Parece que o que impôs o sentimento de fracasso, em um dos relatos acima, foi, além da quebra da fantasia totalitária de um parto natural sem intervenções tecnológicas, a disputa de poder que se processou na sala de parto entre o médico antigo e a médica escolhida para a assistência naquele momento. Na guerra estabelecida entre instruções divergentes dadas pelos diferentes especialistas, na separação entre parâmetros físicos e contexto e na impossibilidade de experimentar o compartilhamento de novas formas de cuidado, o que acabou triunfando foi a unilateralidade das decisões e a reafirmação apressada dos protocolos. Tudo

isto contribui para a produção de silenciamentos, violência e desapossamento do corpo, levando muitas vezes à individualização de responsabilidades, fracassos e culpa.

Quando há um modelo instituído de parto ideal, produz-se o aprisionamento das forças inventivas em uma modelização prévia à própria experiência, há a produção de uma serialização da subjetividade, produtora de culpa, desqualificação e, muitas vezes, reatividade. Afirmar a experiência do parir e suas vicissitudes é uma conquista da diferença e não a submissão a um modelo superior idealizado, qualquer que seja ele.

Será que o interessante não seria reivindicar e buscar a conexão com a experiência? Será que, mesmo desejando um parto normal, se as coisas fossem delineadas no processo, haveria tanta frustração e luto nessas experiências de parir? Será que ao construírem um parto idealizado não estão reafirmando um binarismo e verdades que se quer combater?

O movimento das mulheres por um parto humanizado deve ter a capacidade para lutar por outros significados bem como por outros modos de fazer em sociedades tecnologicamente mediadas. Quando a ênfase da experiência está na conexão, no cuidado e não no desfecho ou escolha por uma via de parto como forma ideal, a descrição dos momentos vividos no processo de parir podem ser outros. Só vale se for um parto natural, sem qualquer das intervenções tecnológicas? É uma ironia que aquelas que mais lutaram para construir um modo diferente de se relacionar com o processo de parto sucumbam ao sentimento de fracasso, sem valorizar qualquer das conquistas alcançadas.

Nas discussões, acompanhamos, também, outras narrativas que trazem sentidos outros na experiência de parir, independente da via de parto ou do uso ou não da tecnologia. Os relatos abaixo têm em comum uma satisfação com o processo de parto que viveram, pois conseguiram garantir o direito a sua integridade corporal, não se submetendo a danos evitáveis, e com direito a escolha informada sobre os procedimentos e a opção de de quais deles fazer uso. Sobretudo, afirmam a importância da construção do vínculo de confiança com a equipe que as assiste e o compartilhamento do poder de decisão.

GEST – *A experiência foi ótima. O bebê nasceu com 37 semanas. O trabalho de parto foi rápido. A bolsa rompeu. Tive uma suspeita de perda de líquidos uns 20 dias antes e parei de trabalhar. A bolsa rompeu sem ter entrado em trabalho de parto. Comecei a agachar, levantar, subir e descer escadas, para ajudar no processo de dilatação. Fui para o hospital com 2 cm de dilatação, estava demorando para evoluir e comecei a perder muito líquido. A médica sugeriu colocar a ocitocina. Depois ela falou da analgesia, era contra a analgesia precoce para não interromper o trabalho de parto. A recomendação seria apenas para quando chegasse nos 8 cm de dilatação.*

Quando chegou nos 8 cm, descemos para uma sala que antecede ao centro cirúrgico. Não queriam deixar o meu marido entrar, a obstetra se responsabilizou e autorizou a entrada dele. Minha mãe, que é médica, começou a sugerir a analgesia. O marido, também. Eu não queria. Fui convencida. A analgesia doeu mais do que o trabalho de parto e não me retirou a dor. Em 5 minutos, nasceu. Foi lindo, emocionante, todos choraram! Eu, minha mãe, o marido, a obstetra... Nasceu, acabou, não tem mais dor! A neo colocou ele em cima de mim... Teve uma episiotomia, pequenininha! Mas ela me perguntou antes, foi consentida! Eu estava tão bem que já queria me levantar depois que ele nasceu, me esqueci que ainda tinha a placenta para sair!

MTN2 – *Começou as 18h, acelerou às 20h e eu pari as 00:30h. Quando eu rompi a bolsa, foi todo mundo lá prá casa. Tinha banheira, bola, tudo... a posição que eu escolhi foi cócoras. E a equipe foi muito respeitosa. Ficaram conosco até as 6 da manhã, mesmo o parto tendo ocorrido às 00:30. Meu marido estava muito envolvido. Ele me deu muita força. Foi lindo!*

MTN4 – *Nas minhas ultrassonografias, a data dizia 24 de dezembro, até a última, que disse 2 de janeiro. Eu já estava certa de que cairia numa cesárea, não sentia nada.*

Eu estava brincando, sentada na bola, estudei bastante naquele dia, aí a bolsa rompeu. Liguei para M., a obstetra, e ela pediu para ir vivendo e dando notícia. Fiquei até 3 horas da manhã. Preparamos uma piscina dentro de casa. Fui caminhar, ficar na bola, dançar... Meia noite, as contrações começaram a apertar e chegaram a 5 em 5 minutos. 1 hora voltei a ligar para a médica. Às 3 horas fomos para o hospital. Quando tocou, eu estava com 3 centímetros. Que raiva! A ida de carro já incomodava muito. Voltamos para casa e ficamos até às 5 da manhã. Chegou uma amiga enfermeira, que hoje participa da Roda, e ficou comigo. Ao meio dia, o bicho pegou! A médica quis fazer um toque eu já não deixei. Ai já não sei de mais nada!

Chegamos a ir para a sala de parto. Eu quis descer caminhando. Entrei sozinha e a enfermeira disse: “Deita!”. Outra perguntou: “Vai ser normal?”. Ela respondeu: “Até onde ela aguentar!”. Eu disse: “Eu não quero deitar!”. Ela respondeu: “É procedimento. Tem que deitar!”.

Pedi para buscarem a bola lá no quarto. Escolhi parir no chão, de cócoras. Forraram o chão, foi tudo normal. Sem laceração! Lindo, maravilhoso e meu marido estava super envolvido! Em 2 de janeiro de 2014, eu virei atração no hospital privado: a mulher que pariu de cócoras, num hospital privado da cidade! Fizemos um slide com as fotos do parto agradecendo a toda equipe.

Quando as narrativas se concentraram no trabalho afetivo, nas conexões ocorridas, na capacidade de estabelecer um canal de comunicação que garanta uma combinação de direitos sociais e direitos reprodutivos e sexuais, as avaliações se deslocam dos relatos de fracasso para relatos de partos felizes.

No relato de **GEST**, fica evidente que o que estava em jogo na avaliação da qualidade do parto não era o uso ou não da tecnologia ou das intervenções, mas o modo como estas intervenções eram ofertadas, negociadas, utilizadas e a confiança na equipe que a assistia. Não havendo o apelo ao retorno ao primitivo, podemos conviver com as fronteiras borradas entre o animal e as máquinas.

Um mundo de ciborgues pode significar realidade sociais e corporais vividas, nas quais as pessoas não temam a estrita afinidade com os animais e máquinas, que não temam identidades permanentemente parciais e posições contraditórias. A luta política consiste em ver a partir de ambas as perspectivas ao mesmo tempo, por que cada uma delas revela tanto dominações quanto possibilidades que seriam inimagináveis a partir de outro ponto de vista. (HARAWAY, 2009, p. 46).

A narrativa de **MTN2** traz um modo de conceber o processo de parto como relação, como agenciamento, que muda em função das circunstâncias, ações, paixões produzindo sempre novos sentidos.

Manejar o cuidado é estar preocupado com problemas específicos, de indivíduos específicos, em condições específicas. Quando a assistência é interativa, torna-se um processo aberto que é (re)construído imanente aos acontecimentos. O que importa são os efeitos dos caminhos compartilhados naquilo que afirmam de cuidado *na* e *com* as vidas em questão. A qualidade do cuidado não é medida pelo resultado, mas pelo esforço persistente em buscar conforto e suporte nas diversas situações apresentadas durante um processo de trabalho de parto e o parto.

Na narrativa de **MTN4**, percebe-se que quando se vivencia um modo ousado, novo, criativo, autônomo de parir afirmamos em nós um devir revolucionário, experimentamos uma linha de fuga e estas podem produzir repercussões nas instituições e nos instituídos. Inventar e afirmar novos modos de ser e estar dentro do processo de gestação e parto requer a produção de novos vínculos e laços comunitários, para além das formas instituídas implantadas pela medicalização do corpo feminino e pelas relações de poder.

Consideramos que uma fina sintonia e um aumento da atenção para as especificidades de cada paciente é urgentemente requerido. A lógica do cuidado quer

profissionais que não sigam cegamente os resultados das pesquisas e evidências, mas que possam traduzi-los, cuidadosamente, para as mulheres no contexto das situações em que se apresentam. As tecnologias potencialmente úteis devem estar sintonizadas localmente, o que requer que a assistência seja compartilhada. O manejo da assistência somente estará ajustado adequadamente se as experiências das mulheres forem cuidadosamente incluídas e escutadas.

As modificações na assistência precisam estar voltadas para uma conquista que não dependa apenas das relações pessoais de cada gestante com a equipe, mas que possam estar disponíveis para todas as gestantes em processo de parir. Precisa ser uma conquista para além do individual. “O problema do coletivo, então, consiste em instaurar, encontrar ou reencontrar um máximo de conexões. Pois as conexões (e as disjunções) são precisamente a física das relações, o cosmos” (DELEUZE, 1997, p. 62).

5.2.7 O que tem alcançado a Roda?

As reações à Roda têm acontecido na mesma proporção do crescimento do número de mulheres que seguem o grupo virtual e frequentam os encontros presenciais. Vale ressaltar que a mobilização ainda é incipiente, limitando-se apenas a postagens no Facebook e aos encontros da Roda. Não houve nenhuma ação coletiva pública mais concreta, a não ser o “Mamaço”, que ocorreu no dia 09 de agosto de 2014 e se repetiu no dia 01 de agosto de 2015. O mamaço foi uma ação realizada no Shopping da cidade na qual as mães reunidas amamentam publicamente seus filhos como uma forma de chamar a atenção para o direito à amamentação em qualquer espaço.

A amamentação ainda é uma reivindicação que alcança grande simpatia na sociedade. Mas quando se trata de mudanças na assistência ao parto, a reatividade se mostra mais forte e clara. Isto fica claro nos efeitos experimentados pela médica obstetra (MTN2), junto a seus colegas de profissão, após a divulgação pela internet das fotos de seu parto domiciliar, de cócoras. Ela passou a ser vista como uma traidora, uma provocadora de reações mais incisivas e violentas.

MTN2 – Minha saída do CPN foi que foi difícil! Lá havia muita pesquisa, o clima era muito bom! Não consegui me desvencilhar fácil. Aqui foi muito difícil. Aqui no hospital privado foi meio complicado. Eu percebo assim: era vista como uma doida que gosta de fazer parto normal. Ninguém falava nada, mas era respeitada. Depois do meu parto, que foi em casa, isso foi um divisor de águas. Perguntaram se eu queria ter parido um retardado, parindo em

casa. Isso me chocou. Há pessoas hoje que somente me cumprimentam se não houver jeito. A mudança foi total. Fui muito feliz no meu parto.

MTN4 – *Eu fui chamada de louca! E quando M., obstetra, pariu em casa, a fotógrafa postou no facebook. Estava no barzinho, um médico famoso na cidade me perguntou se eu tinha visto onde M. tinha parido. Eu disse feliz que tinha adorado. Ele fechou a cara, me chamou na mesa dele, estava acompanhado de outro obstetra e começou a fazer um discurso sobre o “grupo das xerecas doidas”. Falou que os médicos não fazem cesáreas eletivas, que só fazem quando precisa. Estava visivelmente irritado! Também me senti hostilizada quando fui ser doula de uma paciente dele. Ele não fala mais comigo, os demais médicos mal me cumprimentam, mas ele não fala.*

MTN1 – *Os médicos estão muito reativos, raivosos... A violência obstétrica se parece com um estupro. O problema é que ela sequer reconhece que está sendo violentada, por isso se submete. Não pelo tipo de parto que deveria ser, mas pelo roubo da condição de escolher, de ser protagonista, de ver destituída a sua condição de poder, tira a competência de sentir, não cria vínculo com o momento. [Falava com raiva, ressentimento]. Os médicos estão reativos, se fechando, mas o mercado falará mais alto e eles terão que mudar. Por que nós também somos o mercado!*

MTN2 – *Não me incomodo com essas pessoas que não querem falar comigo porque acho que é uma questão de estudo. Quando eu pari, todo mundo dizia que era mentira que eu não tinha parido. Incomoda muito às pessoas você ter o seu parto como quer.*

MED – *Vai caminhar para um equilíbrio. A institucionalização de equipes multiprofissionais, enfermeiras bem treinadas em partos vaginais. Mas aí vai ter que ter também a divisão de responsabilidades, se ela vai fazer o parto, ela terá que se responsabilizar! O médico é plantonista é ele quem responde! Os hospitais privados terão que montar um Centro de Parto Normal, colado parede com parede com o hospital. Estive conversando com um colega sobre isso neste fim de semana passado. A humanização não pode ser somente a vaginalização do parto. Tem que mudar a estrutura. Um pré-natal com mais tempo para tirar as dúvidas...*

MTN2 – *A questão da humanização está se impondo por uma pressão do mercado, as mulheres que consomem querem assim. As mulheres vão lutar por isso.*

Nestas narrativas acima vemos tanto o poder violento da reatividade quanto os perigos de “fazer valer” o que querem as mulheres através da ótica do direito à escolha-consumo, pela via do mercado.

A modalidade de construção de biopoder sobre os corpos se encontra em constante mutação, as lutas pela produção de modos de ser estão intensificadas no mundo contemporâneo em jogos complexos e ambíguos em todas as áreas, incluindo a assistência ao parto. O capitalismo pôs ênfase não só nos serviços, mas também no marketing e no consumo. “No escopo da mercadologia proliferam os nichos, os perfis, a segmentação dos públicos, o marketing diretor e a personalização da oferta” (SIBILIA, 2002, p. 28).

Dentro do movimento pelo parto humanizado, já começam a surgir nichos de consumo que vão desde óleos essenciais a serem utilizados no ambiente do trabalho de parto, até roupas orgânicas e mais naturais para os bebês, passando por banquetas adequadas para parto de cócoras e outros suprimentos relacionados à filosofia do parto natural. Quando impera a lógica da escolha, rapidamente, o movimento vai sendo capturado por uma lógica neoliberal de consumo. Quando capturadas pela lógica de escolha versão mercado, criam-se novos modos de vender serviços a serem consumidos pelas mulheres que desejem o parto humanizado: doulas, fotógrafos, quartos de PPP (pré-parto, parto e pós-parto) nos hospitais, cobranças maiores para um acompanhamento médico fora dos planos de saúde. Tudo isto vai se impondo de forma muito naturalizada e vende-se, mais do que produtos estilos existenciais anexados aos serviços.

Criar o que as pessoas querem não é uma fenômeno racional: há que se criar a demanda! Mercado é uma questão de sedução. Também é assim, no parto: Para quem quer evitar sentir qualquer coisa, podemos dispor do parto cirúrgico eletivo; para quem quer ter um parto normal com intervenções, oferta-se um parto hospitalar, para quem quer um parto com todas as experiências advindas do inseperado, oferta-se uma equipe humanizada; para quem quer um parto domiciliar, há as equipes de parto domiciliar planejado. Tudo pode ser comprado.

Na assistência ao parto, travestida de poder de escolha-consumo, o capital descobre um novo nicho a ser explorado. Nas práticas de mercantilização da saúde uma assistência digna se torna produto de consumo, que se compra: instrumentos formatados para as suas necessidades e “tanta atenção quanto se possa pagar”.

Mas, enquanto as diversas lógicas nos informam que as nossas práticas colidem com as outras, eles também são interdependentes. Sem a assistência o cidadão morre quando ele pega uma doença. O Estado é convocado para governar os médicos. Sem casas os escritores não podem dormir. E enquanto cada lógica originou num lugar e em uma situação diferente, elas todas se movem. Elas vão de um lugar para outro. A lógica da escolha se moveu para dentro da assistência à saúde, trazendo com ela os formulários de consentimento informado, os litígios, os panfletos informativos e o slogan: Esta é da sua própria escolha! Meu ponto não é que seja impossível ou

geralmente ruim que as lógicas se movam. O que eu questiono é se, neste caso em particular, isto é desejável. A lógica da escolha, e isso eu reivindico, não se encaixa muito na vida de uma pessoa que convive com um problema de saúde (MOL, 2008, p. 93).

As normativas publicadas pelo Ministério da Saúde referentes à implementação de uma assistência humanizada e da redução do número de partos cirúrgicos no país, ainda que mostrem uma importante aliança com os movimentos sociais para a construção de um novo tipo de assistência ao parto na saúde pública, reafirmam, em suas prerrogativas, uma lógica da escolha em sua versão cidadã. Segundo o diretor-presidente da ANS, José Carlos de Souza Abrahão:

O parto é um dos momentos mais importantes na vida de uma mulher e de sua família e nós acreditamos que, ao fornecer informações qualificadas à mulher, ao informá-la sobre os riscos que podem ser gerados em decorrência de um procedimento cirúrgico desnecessário, ela estará mais segura na decisão em relação ao seu parto, escolhendo o melhor para sua saúde e a de seu bebê. (BRASIL, 2015b).

Nesta lógica, há a produção de uma naturalização da escolha como fato da vida, passível de ser vivenciada como direito de todo cidadão. Contudo, os documentos também sinalizam que nem todos os cidadãos o fazem bem do ponto de vista da saúde. Assim, para se “aprender” melhores escolhas é preciso informar, produzir cartilhas, folderes, cartazes, campanhas e treinamentos. Visando melhorar a saúde pública, gestantes são encorajadas a escolher cumprir as regras indicadas pela epidemiologia: número de consultas no pré-natal, exames de laboratório, participação nos grupos de gestantes da unidade... Campanhas de saúde pública que convocam as mulheres a fazerem suas próprias escolhas são tão gerais que nem notam as condições para saúde e doença de uma dada coletividade. Não são dirigidas à realidade de grupos específicos e suas situações específicas, mas se direcionam a todos, como se todos fossem iguais em suas condições de vida e necessidades de saúde.

Para quem reclama por uma lógica do cuidado, a boa assistência depende de especificação. O que é bom para a saúde de uma gestante não necessariamente é bom pra a saúde da população de gestantes e vice-versa. O que é bom para a necessidade da população não é igualmente bom para seus membros individualmente. E a assistência dada às gestantes que mais precisam, raramente melhora a saúde pública. Dentro da lógica do cuidado, tentar melhorar a saúde pública persuadindo os indivíduos a escolherem um estilo de vida saudável não é uma boa idéia.

O cuidado é específico, a escolha é generalista. O cuidado diz respeito a fazer o melhor em meio às questões que se colocam; você faz o que combinou, tenta e tenta de novo, mas é impossível predizer como uma tentativa de fazer o melhor irá funcionar, na prática. Com isto, não queremos dizer que, na lógica do cuidado, não haja moral, pois os valores interferem nos fatos e cuidar, é ela mesma, uma atividade moral: não há uma ética que possa ser desembaraçada da prática. O cuidado se destina a nutrir nossos corpos, respeita os coletivos a que pertencemos, perdoa nossos fracassos e, teimosamente, se esforça para melhorar, mesmo se as coisas continuarem acontecendo de forma inesperada. (MOL, 2008).

Pensar a humanização do cuidado na assistência ao parto requer pessoas em interação, implicadas em processos de coconstrução de práticas em defesa da vida. Assim, não adianta apenas termos mais partos vaginais nos quais o médico determina as intervenções e as tecnologias a serem aplicadas, sem consentimento ou informação para a mulher. Não é da mudança da via de parto que estamos falando. Estamos tratando da mudança do modo de produzir saúde, do lugar protagonista da mulher, da produção de novos saberes. De equipes mais envolvidas na discussão, democraticamente dividindo tarefas, construindo caminhos.

É aqui que o tema da formação retorna. A formação médica reaparece nesta tese, agora na fala dos entrevistados, trazendo duas situações interessantes: a falta da vivência e o medo.

MTN3 – *Na verdade, os médicos não possuem vivência de um parto humanizado e têm medo também.*

MTN2 – *Começou desde o 4º ou 5º ano de graduação, quando eu comecei a acompanhar um médico uruguaio que já tinha uma visão mais favorável ao parto normal e cesárea somente quando fosse necessário. Isso fora da faculdade.*

Já no internato, o preceptor mandava que eu fizesse episiotomia e eu era rebelde e não fazia. Na maioria das vezes, não havia laceração. As poucas que havia, eu suturava depois e eram menores do que a episio.

O uso do diminutivo, mãezinha, queridinha... me incomodava. Eu não tinha muitos incômodos com os protocolos, não! Quando eu estava no R3, inaugurou o CPN da Mansão do Caminho e eu fui trabalhar lá. Era um outro mundo. Um lugar lindo com toda a estrutura para um parto humanizado a começar das pessoas que trabalham lá e foi montado por duas obstetras de Salvador que já tinham esse conhecimento; então, quem entra já sabe que terá que incorporar aquele tipo de atendimento. Aos poucos, eu comecei a levar para a residência o que eu aprendia no CPN e comecei a ser identificada como aquela que gostava de parto normal.

Fui bem recebida, apesar de sempre ter algumas piadinhas. Começaram a chegar preceptores novos, equipamento novo e ninguém sabia como usar, eu já os conhecia do CPN.

MTN2 – *No Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia, em novembro de 2013, alguém pediu o microfone e solicitou que todos os ginecologistas e obstetras pedissem retratação por terem se sentido ofendidos com tudo que estava no filme *O renascimento do parto*. Fiquei chocada! Não houve adesão! A questão do médico também é o medo, ele não tem vivência de um parto humanizado.*

O movimento das mulheres pelo protagonismo no parto tem tomado o país. Apesar de as primeiras Portarias do Ministério da Saúde no sentido de fomentar a diminuição das cesáreas no país e a adoção de boas práticas na assistência ao parto datarem da década de 1980 e de existirem, no país, diversos grupos de discussão acerca do parto humanizado como o ReHuNa, desde 1993, o lançamento do documentário *O renascimento do parto* proporcionou a difusão, em escala maior, das discussões a respeito do tema. Se, anteriormente, mencionamos que o documentário foi um importante deflagrador do movimento de mulheres em Vitória da Conquista, a reação descrita pela entrevistada por parte de ginecologistas e obstetras dentro de um congresso brasileiro da profissão nos dá a medida do incômodo causado em todo o país.

MED – *O Rezende⁹ é um horror! Ele é maravilhoso na descrição da bacia, fórceps, processo de parto... mas na clínica ele é um horror! Ele é uma obra de literatura... eu ainda me lembro de uma passagem que guardei: “Ao cabo de penoso afã, liberta-se, finalmente, o feto do claustro materno”. Isso é para rir!!!*

Só vamos construir estratégias de enfrentamento da violência obstétrica com uma compreensão maior da formação médica vigente. O livro *Obstetrícia*, de J. Rezende, continua sendo um dos livros textos mais adotados nos cursos de medicina (HOTIMSKY; SCHRAIBER, 2008) e sua visão sobre o parto é prenhe de juízos de valor: o processo de parto é penoso, o parto é uma libertação e o ventre materno um claustro! Podemos inferir o tipo de lógica assistencial proclamada por este autor: médico-centrada frente a um corpo frágil e defeituoso.

Mas, quando questionado sobre o plano de parto, este mesmo médico que defende as práticas hegemônicas de assistência ao parto afirma:

MED – *Plano de parto? Um absurdo! [a resposta é rápida e incisiva!]. Não aceito! Só aceito discutindo ponto por ponto. E vou dizendo o que eu aceito e o que eu não aceito. Por que hoje, elas imprimem na internet um plano que veem lá e trazem aqui! Eu não concordo!*

⁹ REZENDE, J. *Obstetrícia*, 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

O plano de parto é um documento elaborado pela mulher e/ou casal que inclui o lugar em que a mulher quer ter seu bebê, quem deve estar presente na hora do parto, quais procedimentos a mulher aceita e quais ela quer evitar para ela e para o bebê, a posição que deseja parir, se deseja se alimentar durante o trabalho de parto e, inclusive, que música gostaria de ouvir. Para construir um plano de parto, é importante que a mulher e o parceiro pensem e reflitam a respeito da assistência que querem receber. É uma inversão radical do lugar em que a mulher hoje se coloca frente à assistência ao parto. E isso tem assustado muito aos médicos que não vivenciam um parto com protagonismo feminino.

É importante lembrar que o plano de parto está descrito no documento da Organização Mundial de Saúde (OMS), denominado *Care in normal Birth: a practical guide*, como um boa prática. No guia, as rotinas são hierarquizadas pela relevância em A, B, C ou D. O plano de parto é o item 1 da categoria A. Encontra-se assim descrito:

A. Condutas que são claramente úteis e que deveriam ser encorajadas

1. Elaboração de um plano pessoal que determine onde e por quem será assistido o nascimento, a realizar em conjunto com a mulher durante a gravidez, o qual deverá ser compartilhado com o seu companheiro, e se possível, com a restante família. (OMS, 1985).

Hoje, o plano de parto se apresenta como um registro formal do protagonismo feminino. Talvez por isso uma reação tão incisiva contra a sua utilização. Ele é a concretização da retomada da mulher no protagonismo sobre o seu corpo. Contudo, é mais uma escolha antecipada e fora do contexto do trabalho de parto. É compreensível sua reivindicação, quando se acredita que a lógica da escolha é a “melhor” saída para a mudança do modelo de assistência ao parto no país. As reações ao plano de parto podem estar vinculadas, inclusive, a esta inversão na qual a mulher decide e o médico executa. Desta forma, a reação do médico à pergunta acerca do plano de parto reflete mesmo a defesa de um lugar constituído desde a formação: lugar do especialista, de quem sabe e decide sobre o outro. De acordo com Heckert:

[...] a formação acaba por se engendrar como fôrmas de ação, produtora de ecos a serem repetidos indistintamente. Trata-se de processos de formação divorciados dos processos de intervenção que refletem sobre, pensam sobre, interferem sobre, mas não refletem/pensam/interferem com os sujeitos. (2007, p. 204).

Este tipo de formação favorece o que Heckert (2007) chama de escuta surda, referida no capítulo anterior, como efeito de uma formação que considera a mulher um sujeito

passivo, destituído de saberes competentes para o cuidado de si e que impõe seu saber à mulher tutelada que deveria se conscientizar e ou se apropriar de um saber competente.

No parto fisiológico assistido na lógica do cuidado na qual apostamos neste trabalho, as coisas se modificam. Pois, ao se acreditar na capacidade da mulher de parir, o lugar do médico passa a ser o de quem assiste à cena. É a chamada intervenção *hands-off* na qual a interferência do médico é mínima. Quanto menos “meter a mão” melhor o resultado.

O processo de construção de uma assistência ao parto humanizada baseada na potência dos encontros, no plano relacional, vivo, vibrante e criativo possibilita o aprimoramento da assistência via sensibilização para introdução de novos assuntos na assistência pré-natal, partindo também das vivências singulares.

O termo parto humanizado nem sempre é interpretado da melhor maneira, não é um tipo de parto. Refere-se a um parto que é tratado como um processo fisiológico normal, que respeita a hora do bebê nascer, a capacidade de a mulher parir onde confia nos que estão à sua volta, se sente respeitada neste momento, onde as intervenções são feitas somente à medida que são necessárias, mas não há demonização da tecnologia.

O profissional responsável pelo atendimento é um guia do processo, trabalha em parceria com a mulher e respeita as escolhas e vontades dela, dentro do possível, orientando as decisões e não simplesmente impondo protocolos. Este profissional compreende que o parto é um evento fisiológico e natural e que a maior parte das mulheres conseguirá parir sem nenhuma ou quase nenhuma intervenção; é um profissional que acredita na capacidade da mulher de dar à luz ao seu próprio filho e que não a diminui, de forma alguma, nem a aliena do processo e das decisões. No parto humanizado, a mulher costuma ser atendida por uma equipe multiprofissional que se corresponsabiliza pelo suporte oferecido.

Esse tipo de parto não encontra na realidade brasileira muito espaço para a sua ocorrência. Em Vitória da Conquista, Bahia, não há, atualmente, nenhum espaço onde este tipo de parto possa ocorrer. O hospital público da cidade, que tem as taxas mais altas de parto vaginal, tem sido motivo recorrente de queixas de violência obstétrica. Os hospitais particulares possuem protocolos estritos para a assistência ao parto: medicalizado e cheio de intervenções, na maioria das vezes, partos cirúrgicos eletivos e previamente agendados. Quanto à recepção dos bebês, os protocolos neonatais são ainda mais estritos e fechados.

5.2.8 Os primeiros resultados da Roda

As primeiras portarias do Ministério da Saúde no sentido de fomentar a diminuição das cesáreas no país e a adoção de boas práticas na assistência ao parto datam da década de 1980. Há, no país, diversos grupos de discussão acerca do parto humanizado como o ReHuNa (desde 1993). O movimento das mulheres pelo protagonismo no parto tem crescido no país e produzido interferências importantes em áreas afins à obstetrícia (neonatologia e anestesiologia).

Já há um crescimento no número de mulheres que afirmam na relação com seus médicos o desejo por um parto normal e, mais do que a preocupação com o desfecho final (parto normal ou cesárea), conseguiram escrever uma história diferente no seu modo de viver o processo de parto. Este é um dos efeitos da Roda.

MTN2 – *Já sinto uma diferença grande depois do grupo. Já tive pacientes que pariram depois da existência do grupo e pelo grupo existir.*

E por ter vivenciado o parto de modo diferente, tiveram também a oportunidade de experimentar o que significa o protagonismo feminino no processo de parir.

NLR1 – *Interessante que lá, no CPN, a gente teve a real dimensão do que é ser protagonistas do parto. Primeiro nós, depois a doula, depois a enfermeira e lá, por último, o médico.*

MTN2 – *Se o meu parto mudou alguma coisa na profissional? Como obstetra, mudei completamente a minha visão do parto. A visão de como aquela mulher vai receber aquela criança; agora me interessa perguntar a ela sobre o puerpério. Foi muito importante um obstetra ter perguntado a mim sobre o puerpério, ficamos uma consulta inteira falando disso. Eu me dei conta de que eu não perguntava sobre isso.*

Recentemente, nos dias 15 e 16 de maio de 2015, aconteceu a III Jornada de Ginecologia e Obstetrícia do Sudoeste da Bahia, em Vitória da Conquista, Bahia. Houve uma mesa chamada “Controvérsias na Assistência Obstétrica”. O palestrante foi um médico de Salvador que é referência na assistência humanizada ao parto. Há duas coisas a se destacar nesta programação: primeiro, a consideração de que a atenção humanizada é uma prática controversa; a segunda é a abertura do espaço para uma palestra de um representante do movimento pelo parto humanizado dentro de uma programação dominada pelos discursos e práticas hegemônicas da medicina intervencionista.

MTN2 – *Acho que o convite para o José Carlos Gaspar para vir ao Seminário de Ginecologia que houve na cidade há uma semana já foi uma prova das mudanças. Já foi uma abertura e considero que foi uma conquista. Ele é muito elegante e deixou a mensagem dele*

sem ser ofensivo. Ele mostrou os fatos. As caras dos ginecologistas que assistiam foram chocantes. Estavam lá os obstetras mais conhecidos da cidade.

Este é um resultado efetivo conquistado pelo coletivo, visto que incitou a análise da assistência ofertada, indicando alterações nos posicionamentos e atitudes diante de um parto, por parte dos profissionais médicos. Pode não alterar nada, de imediato, mas deixou a mensagem e produziu ruídos!

Outro resultado importante. O parto humanizado pressupõe que o pai é parte do processo de parir: ele também está parindo. Apesar da Portaria nº 2.418, de 2 de dezembro de 2005, que regulamenta a presença do acompanhante da escolha da mulher no pré-parto, parto e pós-parto já possuir 10 anos, até hoje ainda se luta por sua integral aplicação. Mas, sabemos, não basta uma inclusão formal, de fachada: é preciso uma presença qualificada e referendada pela mulher e equipe.

MED – *Raramente o pai que vai para a sala de parto volta para ver como ficou a sua mulher! Ela desaparece... ninguém pergunta se ela está bem! Vão correndo atrás do bebê! Aliás, o pai e toda a família! A mulher fica lá sozinha. Muitos querem filmar, fotografar, muito mais pela curiosidade do que para acompanhar. Alguns vão para ver se está tudo certo, numa posição de desconfiança.*

A participação do pai no parto precisa ser qualificada como alguém que tem consonância com a mulher, que está conectado com o que está acontecendo, envolto neste plano relacional, corresponsável pelas escolhas feitas. O acompanhante pode ser o pai ou qualquer outra pessoa da escolha da mulher. O que não pode é ser visto apenas como alguém que entrou para filmar, por curiosidade ou por desconfiança.

MTN1 – *O que eu acho de muito legal nesse movimento todo é a reintrodução do pai nesse processo. Ajuda no processo de construção da conexão, ele se sente parindo!*

Outra figura que começou a crescer no acompanhamento do parto foram as doulas. A doula não faz parto, ela faz parte. Doulas são as acompanhantes de parto que oferecem suporte afetivo, físico, emocional e de conhecimento para as mulheres. Esse suporte pode ser dado antes, durante e depois do parto.

O papel da doula é atender às necessidades da mulher para que esta se sinta segura e tranquila para um dos grandes momentos da sua vida: o nascimento do seu filho. O ambiente hospitalar e as pessoas desconhecidas geram na mulher medo, dor e ansiedade na hora do parto. A presença desta profissional no acompanhamento auxilia a gestante a refletir e decidir suas opções para o parto, explicando os diferentes tipos, as vantagens e desvantagens de cada um, as intervenções que podem ser realizadas e tudo isto ajuda e prepara a mulher para a hora do

parto. A doula funciona como uma ponte entre os complicados termos médicos e a parturiente, oferece massagens, ajuda a parturiente a encontrar posições mais confortáveis para o trabalho de parto, mostra formas eficientes de respiração e propõe medidas naturais que podem aliviar as dores, como banhos, massagens e relaxamento.

No próprio caderno do HumanizaSus, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2014), há um capítulo sobre as doulas que cita diversos ensaios clínicos aleatorizados que sugerem que o acompanhamento da parturiente pela doula reduz a duração do trabalho de parto, o uso de medicações para alívio da dor e o número de partos operatórios. Alguns estudos mostram, também, a redução do número de cesáreas. O caderno cita, ainda, que, recentemente, uma revisão sistemática sobre a prática de um suporte social contínuo fornecido às mulheres por profissionais de saúde ou pessoas leigas durante todo o trabalho de parto, incluindo conselhos e informações, assistência e apoio emocional, concluiu que este tipo de apoio parece ter vários benefícios para as mães e seus recém-nascidos, sem nenhum efeito danoso, comparativamente a uma assistência padrão sem estas características.

MTN2 – *Acho que aos poucos está mudando. Já aceitam as doulas e o marido na sala de parto.*

NLR2 – *Achei massa o trabalho da doula, nunca imaginei que fosse de tanta cumplicidade, tão necessário. Ela agachava, me acompanhava, se não fosse ela acho que eu teria me estressado com o marido.*

A aceitação da entrada das doulas e do pai no momento do parto, nos serviços privados da cidade, tem sido uma conquista posterior à existência da Roda, na cidade. Apesar dos pequenos e localizados avanços na assistência obstétrica, outros serviços que compõem a assistência ao parto se mostram ainda mais rígidos e corporativizados, com protocolos universais, reguladores e normatizados. Assim têm sido descritos os serviços de anestesia e neonatologia da cidade.

O serviço de anestesia citado pelas mulheres e por profissionais da Roda diz respeito ao grupo que hoje monopoliza a anesthesiologia em dois hospitais privados da cidade. É um grupo fechado e não há sequer a possibilidade de a gestante convidar outro profissional para assisti-la no parto. Ao escolher um desses hospitais para receber assistência à saúde, qualquer que seja a especialidade, terá que se submeter aos protocolos deste grupo de anesthesiologia, constituído, em sua maioria, por profissionais antigos na cidade que não possuem, na sua história de trabalho, muita experiência com parto normal humanizado e que resistem à solicitação das mulheres por um parto natural, sem qualquer constrangimento em atuar de forma contrária a esta demanda.

MTN2 – *Uma coisa que ainda me choca muito é o serviço de anestesia e o tipo de anestesia que não é apropriada ao parto.*

MTN3 – *Para parir, hoje, no hospital privado da cidade, elas precisam fazer uma consulta pré-anestésica e, neste momento, elas já começam a ouvir horrores. E este é um momento muito importante para a mulher desistir e mudar de opinião.*

MTN1 – *A consulta pré-anestésica! Não foi com a médica que fez a minha anestesia, foi com outro. Mas foi um absurdo. Ele disse que eu nunca mais teria uma vagina normal, explicava a dor monstruosa que eu passaria... Eu nem sei lhe dizer as coisas que ele dizia... “Uma mulher como você, estudada, vai se submeter a uma coisa como essa?”. Foi horrível!*

Com relação aos cuidados neonatais, o grupo do hospital privado, reiteradamente citado pelas gestantes, nas Rodas e nos encontros, possui protocolos bastante fechados e, segundo informações dos entrevistados, mantém procedimentos que estão relacionados às más práticas, de acordo com uma publicação do Ministério da Saúde de 2014. Atualmente, a mortalidade neonatal é responsável por quase 70% das mortes no primeiro ano de vida e o cuidado adequado ao recém-nascido tem sido um dos desafios para reduzir os índices de mortalidade infantil em nosso país (BRASIL, 2014).

Algumas interferências, no que diz respeito à neonatologia, comparecem na discussão. Há alguns movimentos que demonstram um comportamento mais refratário na assistência obstétrica que compõe a assistência ao parto, todavia, a neonatologia não está fora disso. Alguns profissionais já demonstram que começaram a negociar alguns procedimentos de acordo com a demanda da família do neonato.

MTN4 – *Com relação aos cuidados neonatais, eu quis evitar alguns procedimentos e não consegui modificar nenhum; ela me disse que a humanização está nas pessoas e não nos procedimentos. Colocaram o nitrato de prata, deram a vitamina K... mas colocaram para mamar e o pai acompanhou ele ao berçário. Ah, o cordão foi cortado bem depois. Quase sem pulsação. E chegamos juntos ao quarto.*

NLR2 – *O que incomodava mesmo para nós eram as rotinas da neonatologia oferecidas pelo hospital daqui! Lá [no CPN], não teve banho, o bebê ficou comigo um tempo grande no colo, só saiu do colo quando me pediram. Em 8 horas, como não havia normalizado a respiração, fomos transferidos para o Albert Sabin. Tudo explicadinho! Eu estava fraca, desgastada. O lado bom da história foi ver a vida como ela é, né? Aquele hospital gigante, as mulheres parindo em série, sozinhas...*

GEST – *Ele não foi aspirado, mas colocaram o nitrato de prata nos olhinhos!*

MTN2 – *Com a neonatologia já aconteceu de se envolver emocionalmente com o que está acontecendo ali no momento e até flexibilizarem os protocolos. Há neos que têm medo do parto. Quando eu cheguei logo, eu fiquei no hospital público. Lá a estrutura era fantástica, mas saía chorando do plantão. Todas as intervenções eram institucionalizadas e saí antes de me contaminar.*

MTN2 – *Tem chegado muita gente para parir no meu plantão. A equipe adora quando eu estou lá. Vai todo mundo olhar pela janelinha! Virou atração do hospital. E tem uma neonatologista, que também é diretora do hospital, que começou a me referenciar pacientes.*

Consideramos importante trazer algumas práticas neonatais para podermos entender a que se refere a fala das mulheres acima. É praxe o uso de um colírio de nitrato de prata, introduzido na assistência neonatal, em 1881, para evitar a transmissão do gonococo, bactéria responsável pela gonorreia que, em contato com o olho do bebê, por ocasião da passagem pelo canal vaginal, pode ocasionar cegueira. O protocolo é tão rigidamente seguido que, mesmo em partos cirúrgicos, onde não há a passagem pelo canal vaginal, o colírio segue sendo utilizado. Hoje em dia não é comum termos uma grande incidência de gonorreias e as mulheres da classe média tendem a ter um acompanhamento pré-natal de qualidade onde a existência de uma gonorreia seria facilmente detectada e tratada antes do parto. A consequência do uso do nitrato de prata no bebê é a de provocar uma conjuntivite química e dificultar o foco da visão por cerca de 30 dias. Outra intervenção discutida: o uso da vitamina k injetável. Aos recém-nascidos é corriqueiramente aplicada a vitamina k intramuscular, geralmente na coxa. A vitamina k tem o objetivo de deter a possibilidade de hemorragias no recém-nascido, mas já existe a vitamina k em gotas e a prescrição seria de duas gotas, por duas vezes, com intervalo de 12 horas. A via de administração não aumenta a eficácia do remédio. Talvez o seu uso como injetável seja em decorrência da medicina, até os anos 1970, acreditar que recém-nascidos não sentiam dor.

Há outras intervenções polêmicas como, por exemplo, o banho logo ao nascer que retiraria o vernix que serve de proteção a variações térmicas e é facilmente absorvido pela pele do bebê sem que haja necessidade de sua retirada. Ou o clampeamento [corte] precoce do cordão umbilical que impede que o bebê receba uma quantidade de sangue existente na placenta e cordão e que o nutria, por 5 anos, de toda a ferritina necessária para evitar uma anemia e produziria uma transição tranquila entre respirar pelo cordão e respirar pelo pulmão. Há, ainda, a aspiração de rotina do aparelho respiratório e digestivo, sem indicações de benefícios exceto

em casos específicos e que, em alguns hospitais, é realizada como parte do protocolo de recepção ao recém-nascido em qualquer situação.

Os avanços são pequenos, mas existem e devem ser comemorados, uma vez que é muito recente na cidade a existência de um movimento organizado por parte das mulheres, com ações capilares e individuais, ainda que simultâneas.

Neste sentido, a Roda de Gestantes pode ser compreendida como um espaço que tem conseguido produzir agenciamentos no plano de forças com efeitos reais na prática da neonatologia da cidade, propondo alterações dos modos de fazer, de trabalhar, de produzir, no campo da saúde. Ainda que nos serviços de anesthesiologia, isto ainda não seja verificado.

Mesmo que possamos apontar os perigos de endurecimento na relação de assistência advindos de uma imposição unilateral do plano de parto, entendemos que, na lógica do cuidado, o plano de parto pode ser um instrumento poderoso na discussão das possibilidades. Contudo, consideramos importante modificar o caráter normativo que um plano de parto pode adquirir quando se cristaliza em normas pré-fixadas. Os itens do plano de parto devem funcionar como caminhos de discussão e de conhecimento dos limites e dos alcances a que se pode chegar nos desdobramentos do acompanhamento e suas vicissitudes no ato da assistência. Por exemplo: uma mulher pode escrever em um plano de parto que não autoriza a aspiração de seu bebê, mas se o trabalho de parto evolui com presença de mecônio no líquido amniótico e há uma indicação para que seja feita a aspiração do neonato... e aí? Como vimos, o processo de cuidado é fluido e aberto ao imprevisível.

A mulher precisa se manter ativa. Se a mulher se torna passiva, os profissionais não podem fazer nada. Ou eles irão fazer as regras por ela ou fazer as escolhas deles, mas é impossível prestar assistência a pessoas que não querem cuidar delas mesmas. A mobilização das mulheres para assumirem o protagonismo, na lógica do cuidado, tem este sentido. Não o de substituir o poder de decisão do médico pelo seu próprio poder, mas o de, ativamente, construir a assistência que ela precisa comungando com outros atores a responsabilidade pelo cuidado.

Trabalhar em equipe. Uma equipe que divide as tarefas da assistência oferece um modelo interessante de democratização da experiência. Toda a equipe deve estar envolvida na assistência, pois a questão crucial não é quem está responsável por ela, mas se as várias atividades envolvidas estão sintonizadas umas com as outras.

5.2.9 Para onde caminha a Roda?

O desafio é fomentar cada vez mais o movimento, ativar a criação de espaços coletivos porosos a transformação, a novos agenciamentos e sentidos em meio aos quais novos modos de cuidado fluam. Mas, há perigos no caminho e todo cuidado é pouco...

MTN4 – *Prá onde caminha a roda? Não sei. Nós quatro somos muito diferentes, temos interesses diferentes. M. já está sofrendo um bocado com os pares dela! A roda não tem uma identidade ideológica fechada. Os caminhos podem se afastar. É um trabalho de sobrevivência! Estamos pensando em desdobrar a roda em cirandas... fazer a roda caminhar! Caminhar pela cidade ou por cidades. Mas o movimento das mulheres não tem volta, não tem jeito, os médicos e as mulheres terão que construir novas práticas!*

MTN3 – *Às vezes, estou perto de ativistas e me sinto desconectada. Não concordo com o radicalismo. Só serve quem teve parto normal, não quer nem conversar com quem quer uma cesárea. Ou quem parir normal tem que ser hippie, amamentar até 9 anos, não pode usar nenhuma tecnologia...*

MTN1 – *Mas tenho muita resistência de fazer parte de um movimento que fale apenas de um lugar!*

MTN2 – *Falar humanizado me incomoda, prefiro falar de parto singularizado. A idealização que elas fazem do parto é como se fosse um resgate interno, acha que vai ser muita purpurina. O movimento tem produzido muito mulheres heroínas e não mulheres normais.*

MTN3 – *Gostaria que a assistência fosse realmente humanizada. A equipe não tem noção do que é um parto humanizado. Gostaria de que a rede de assistência fosse preparada para essa humanização. Que o plano de parto fosse seguido, respeitado. Que mude a cabeça das mulheres e dos profissionais de saúde e que é difícil de lidar. Estamos conhecidas como o movimento das xerecas doidas, a sorte é que não estamos sozinhas aqui, temos o apoio do Ministério da Saúde e, agora, da Roda de Gestantes!!!*

MTN1 – *Eu sou positiva, sou otimista. As mulheres precisam falar mais, brigar mais com esses deuses obstetras. Eu acho que o grupo vai crescer porque o movimento é maior que o grupo. Pelo empoderamento das mulheres na defesa do parto ela se conecta com outras possibilidades.*

As mudanças têm sido efetivas, apesar de vagarosas para a urgência de quem tem que parir já, pois não basta mudar os modos de oferta dos serviços assistenciais, mas modificar a compreensão de como se institui o cuidado na assistência ao parto no qual os processos de trabalho em saúde estejam em sintonia com o protagonismo da mulher na relação com a equipe

que a apoia. A afirmação feminina de uma participação ativa no processo do parto permite a atribuição de sentidos vivenciados pela experiência e sustenta conexões que serão importantes na construção dos vínculos.

Grupos como a “Roda de Gestantes” estão surgindo em todo o país e muito têm contribuído para a sensibilização das mulheres e suas redes sociais, na luta pelo protagonismo feminino no parto como um movimento afirmativo. Se estes movimentos não estiverem atentos para não aderirem aos reformismos construídos para a manutenção do poder instituído, às modificações legalistas e formais, às dicotomias binarizantes, eles podem perder seu objetivo.

Assim, alguns perigos se fazem também ver: o poder é flexível, imanente, capilarizado e vai sempre produzir formas de se exercer normalizando as práticas por meio de modulações. Quando o movimento das mulheres se fecha em um determinado tipo de via de parto como sendo o ideal, está exercendo o poder e não a potência. Todo modo de funcionamento de relações de poder visa produzir curvas de normalidade nas quais modos de vida se erigem em determinadas circunstâncias como a forma correta, ideal. Logo, as ativistas do parto normal passam a monitorar e atribuir maior valor àquelas que têm partos normais (mães de verdade) do que às que não o tiveram ou fizeram parto normal com intervenções, construindo binarizações opositivas que posicionam em blocos homogêneos e perversos as “mães de verdade” e as simplesmente mães. Nesta armadilha, o movimento subsume e secundariza a singularidade das experiências de parir. É aí que se apresenta o maior perigo ao movimento. No momento que se institui uma forma ideal de parir, perde-se a potência da criação e a afirmação da experiência.

O movimento pelo parto humanizado é um movimento afirmativo e, como tal, tem de cuidar para não assumir um discurso de poder e perder a sua potência de ação, produzindo novos modos de ser modelados, subjetivações serializadas e estilos de vida a serem consumidos *prêt-à-porter*. O mercado da saúde também se nutre do que, em um primeiro momento, pode aparecer como alternativa e/ou resistência, transformando dispositivos potentes em material de consumo das adeptas do parto natural (produtos naturais, roupas específicas, utensílios de facilitação do parto etc.).

Há, também, o perigo da simplificação dos desafios, pois a humanização diz respeito, também, à diversidade; diz respeito a novas mulheres em interação. Apesar de a Roda ter surgido a partir de um grupo de mulheres com mesmo nível de instrução, não pode se encerrar em si. Este capital de instrução precisa rodar, construir conexões, agregar outras mulheres, construir intervenções políticas que alarguem seu alcance, pois outro perigo que se apresenta é ser capturado no discurso capitalista de construção de outras formas de consumo

para quem pode pagar: consumo do parto humanizado, do discurso da amamentação, do empoderamento da mulher como forma e não como potência.

Outro perigo é o amansamento das reivindicações, com o estabelecimento de metas para percentuais de partos vaginais, mas, ainda com o protagonismo dos médicos e o assujeitamento das mulheres, como hoje acontece nos serviços públicos da cidade.

A Humanização do Parto é um processo e não um produto que nos é entregue pronto. É acreditar na fisiologia da gestação e do parto, respeitá-la e assisti-la. É perceber, refletir e respeitar os diversos aspectos culturais, individuais, psíquicos e emocionais da mulher e de sua família. É devolver o protagonismo do parto à mulher. É garantir-lhe o direito de conhecimento e escolha. E, retomando o mito do ciborgue referido por Haraway (2009), significa fronteiras transgredidas, potentes fusões e perigosas possibilidades, elementos que as pessoas progressistas podem explorar como um dos componentes de um necessário trabalho político e coletivo.

O parto humanizado que defendemos requer a volta de práticas produtoras de novas humanidades, desde o nascimento até a recepção do bebê e o pós-parto. Implica restituir o protagonismo à mulher, que deve ter acesso a informações de qualidade e ser respeitada em sua singularidade, amparada por uma equipe, não estar sozinha. Qualquer intervenção no seu corpo dependerá de seu completo consentimento. Este tipo de parto deverá ser resultado de uma construção coletiva. Utilizamos aqui o conceito de coletivo desenvolvido por Liliana Escóssia e Virgínia Kastrup (2005) quando afirmam que este não se reduz ao social ou à coletividade tampouco ao jogo de interações sociais. O conceito de coletivo surge aqui ressignificado, entendido como plano de coengendramento e de criação, indicando um caminho peculiar e fecundo para a criação de um novo tipo de assistência ao parto.

Nesse sentido, gostaríamos de apontar a potência da concepção de grupo como as redes de conversações e ações que criam novas formas de comunalidade expansiva, inventando estratégias de enfrentamento das adversidades nas coletividades locais bem como no interior de redes cooperativas de todo tipo. Isto implica assumir a ideia de “potência da ação coletiva” como a capacidade de indivíduos e grupos se colocarem em relação para produzirem e trocarem conhecimentos, agenciando formas-forças comunitárias voltadas para transformar os processos de assistência ao parto. Debater os “possíveis” da experiência vivida a partir dos conhecimentos, linguagens, afetos e afecções que estão em circulação nas práticas discursivas, construir redes de conversações no cotidiano é já um caminho afirmativo da lógica do cuidado.

A lógica do cuidado não é melhor ou pior do que a lógica da escolha, sempre e em todo lugar. Não queremos fazer esta reivindicação. Mas fazemos a aposta de que a lógica do

cuidado é mais adaptada para viver com um evento tão imprevisível quanto um parto. O movimento das mulheres precisa de muita esperteza para não desistir desta lógica, facilmente. Ao contrário, precisa examiná-la, adaptá-la, alterá-la como e onde isto parecer certo. A lógica do cuidado como articulada aqui não é algo sólido, esculpido em pedra. É fluido e adaptável.

Em “É inútil, revoltar-se?”, Foucault afirma: “O movimento com que um homem, um grupo, uma minoria ou todo um povo diz: “Não obedeco mais” e, joga na cara de um poder que ele considera injusto o risco de sua vida – esse movimento me parece irreduzível” (2005, p. 77). Que o movimento das mulheres por uma assistência ao parto mais humanizada seja este “eu não obedeco mais” e, nesta medida, irreduzível e inconciliável com tudo aquilo que a submete e a desconecta da experiência de parir!

COM SABOR DE AMORA



“Oh, mãe, como seria ter um filho?
Saber passo-a-passo
da geração à alegria do parto”

(Gonzaguinha)

Engravidamos, enfim. Dentro do prazo que poderia ser, mas bem antes do que imaginávamos, o nosso desejo tornou-se um acontecimento irrevogável, incontestável, trazendo dúvidas, certezas, querer e receios. Antes da gestação, já frequentávamos as reuniões da roda de gestantes “Materna” (hoje “Cirandeiras”) e foi lá, ao lado de outras pessoas interessadas no assunto, que começamos a construir a idealização do nascimento de Amora Maria. Vanessa sempre chegava em casa com um livro diferente e se alimentava de cada página de uma literatura que aborda o protagonismo da mulher em todos os sentidos da maternidade.

Por motivos óbvios, no tocante à escolha da forma como nossa filha viria ao mundo, todas as decisões partiriam da mãe e eu apoiaria sua opção, fosse qual fosse. Sabendo que nem sempre as coisas são como se pretende, Nessa decidiu, primeiramente, pela humanização. Em qualquer das situações, desejou que o nascimento de Amora fosse um momento de alegria plena e de respeito às suas escolhas e à sua dignidade. Definiu como prioridade o parto por via vaginal, preferencialmente, sem intervenções obstétricas.

Já tínhamos em mente a obstetra que nos acompanharia: Mayana Macedo. Uma muito-mais-que-doutora que acabara de dar à luz um filho, em sua residência e que tem um olhar essencialmente humano, o que nos dava a certeza de que o nosso parto só seria cesáreo se houvesse intercorrências que fugissem às suas possibilidades. Também precisávamos de uma doula e logo Clarize Campos, a nossa querida Kika, nos foi anunciada através de um sonho que Nessa teve. Com o suporte de Mayana, de Kika e das rodas de conversas e com o

apoio das nossas famílias e amigos, tudo foi ficando mais claro e nos levando para os caminhos de uma hora excelente, apesar, evidentemente, dos olhares descrentes de alguns que engoliram discursos enlatados e impostos pelos “semideuses” da conveniência cesarista.

Passaram-se alguns meses e preparamos o nosso plano de parto. Discutimos com a nossa doula e deixamos elencado tudo que queríamos para o momento da chegada de Amora, desde o trabalho de parto até os primeiros cuidados com ela, sem deixar de mencionar a possibilidade de mudanças de plano, por motivo de força maior. Protocolamos o documento no hospital (Casa de Saúde São Geraldo) que elegemos para o nascimento da nossa pequena, mas não conseguimos falar com a diretoria técnica do mesmo, então resolvemos aguardar o grande dia.

Nas primeiras horas do dia 22/10/2015, data em que a gestação completou quarenta semanas e cinco dias, foi-se o tampão mucoso e um leve sangramento apareceu, mas não durou muito. As contrações ficaram mais frequentes e um pouco mais doloridas. Eram os pródromos que se intensificavam e transformavam o nosso sono em horas de insônia “ocitocínica”, contando as contrações, o tempo de intervalo entre uma e outra e a duração de cada uma. No dia 24, nossa amiga e fotógrafa Beca (Rebeca Reis) chegou para somar com o apoio incondicional da minha sogra, Dona Lusía, e se envolveu com o nosso momento para além da fotografia. Foi uma espécie de “subdoula” que nos acompanhou até os últimos momentos antes do parto. À medida que as dores aumentavam, nos conectávamos mais um com o outro e com a nossa pequena borboleta já um tanto inquieta dentro da sua crisálida. Vivemos esse processo de pródromos até a noite do dia 25, quando as dores das contrações passaram a arrancar, de Nessa, muito mais que gemidos. Seus gritos brotavam do útero e cortavam o coração daquela madrugada quente.

A manhãzinha do dia 26 aproximou as contrações (agora era uma a cada 5 minutos, aproximadamente) e as tornou cada vez mais fortes. Fomos ao encontro de Mayana, que fez o toque e nos informou que havia dois centímetros de dilatação. Voltamos para esperar a evolução do trabalho de parto em casa. Foi lá que Nessa começou a beijar a dor, dançar com a dor, sorrir da dor. Foi lá que Nessa adentrou os plácidos jardins da Partolândia, aquele lugar onde só às mulheres é permitido o acesso, portanto, macho nenhum alcançará o direito de descrevê-lo.

Ao final da tarde, chegamos definitivamente ao São Geraldo. A dilatação já estava em seis centímetros. Fomos para o quarto esperar mais um tempo e lá ficamos por algumas horas, esperando o período expulsivo, até seguirmos para a sala de parto. E mais contrações

e mais dor, mais banho, mais massagem, e mais expectativa e mais vontade de ver o amor encarnado em um ser pequeno e cheio de vida.

Na sala de pré-parto, a bolsa rompeu entre uma tentativa e outra, na banqueta de parto vertical. Um pedaço do colo do útero impedia a descida de Amora e a dor que Nessa já vinha sentindo na lombar, ficou insuportável. Veio o medo, a dúvida e o desespero. A ocitocina baixou, a intensidade das contrações diminuiu e o intervalo entre elas aumentou. Nessa não aguentava mais. Sua força cedeu ao disparo do coração. Não sabia o que fazer, não dava mais conta e queria de Mayana um convite para fugir. Mayana disse que ela conseguiria, eu disse que ela era capaz e todos nós, no fundo, sabíamos que seria possível. Foi necessária a aplicação de ocitocina sintética para que as contrações voltassem. E voltaram a todo vapor.

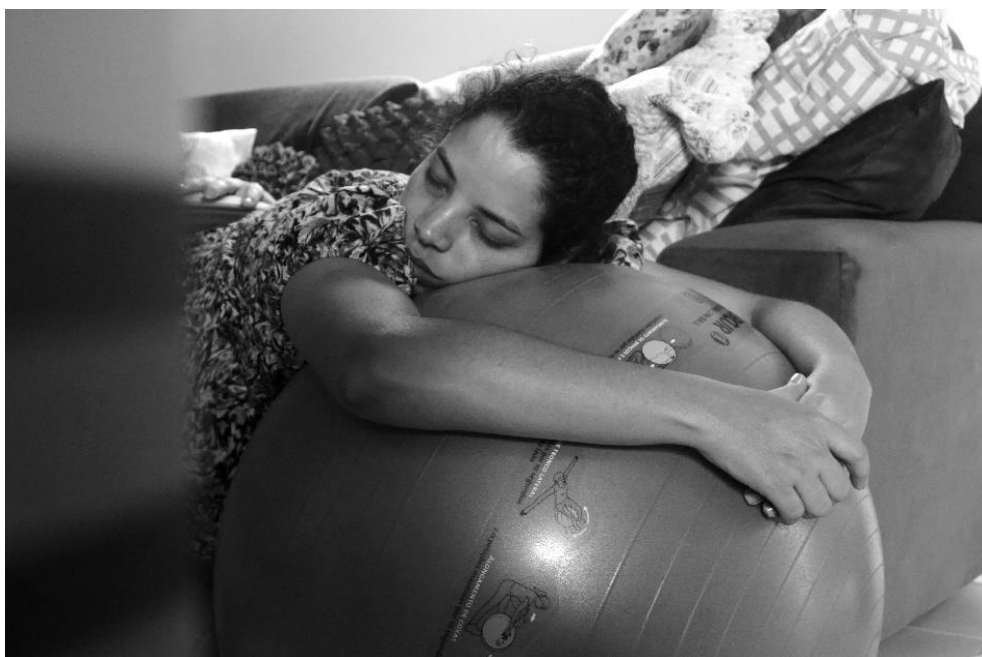
Fomos para a cama de parto e enquanto eu massageava sua lombar, Nessa encontrou uma força incrível no seu instinto. Vez em quando, Mayana, como quem canta uma ária, quebrava o silêncio com um “Amora já está aqui! Concentra na força aqui em baixo!”. O coração de mãe se acalmou, a dor da lombar se diluiu e a valentia de um bicho-mulher renascido da agonia ganhou proporções inimagináveis e levou nossa menina a conhecer a luz. Nessa é uma mulher de 1,52 m de altura e tem outras características que fizeram com que muita gente lhe perguntasse se havia condições de ter um parto normal. Amora nasceu com 3.060 kg e 50 cm de altura e fez sua parte de maneira bem tranquila. Fomos testemunhas reais de que “toda mulher sabe parir e todo bebê sabe nascer”.

Passada a emoção do encontro, fui cortar o cordão umbilical e pedir à pediatra para não aspirá-la, nem aplicar colírio de nitrato de prata (procedimentos que já tínhamos solicitado no plano de parto para não serem realizados). Ela me convenceu sobre a necessidade de aspiração, alegando a presença de muito mecônio no líquido, mas quanto ao colírio, disse apenas que era um procedimento de rotina que deveria ser cumprido e que eu já tinha concordado com todos os termos ao entrar no hospital. Ela não pingou o colírio, mas deixou para que a técnica em enfermagem o fizesse. Eu ainda tentei argumentar com a moça, mas ela estava cumprindo ordens. Na minha aflição ainda pedi que ela molhasse um algodão e passasse em volta dos olhos para sugerir que tinha sido utilizado, mas compreendi a sua negativa. Concordei. A minha frustração foi imensa. Em poucos minutos passei de herói a vilão numa história que acabara de começar. Colhi os louros da minha galhardia e sorvi o fel da minha incapacidade.

Ficou a lição de que tenho muito que aprender a lutar pelo bem das pessoas, sobretudo das que amo. Mas o que ficou mesmo foi Amora vindo direto para o nosso colo, ainda molhadinha de parto; foi não sabermos mais o que era lágrima, o que era líquido

amniótico, o que era dor, o que era felicidade; foi saber que os olhos de Amora, o cheiro de Amora, a pele de Amora e o choro de Amora era tudo que tínhamos e sentíamos naquele momento. Naquele exato momento em que nada mais tinha razão ou necessidade de existir!

Dado e Nessa e pais de Amora





RECONFIGURAÇÕES FINAIS

Hanna Arendt, em seu livro *A Condição Humana* (1993), assume que a violência é uma ação humana e a história está cheia de exemplos de seus totalitarismos. O exercício da violência, diz, é oposto ao exercício da ação política como práticas de liberdade, pois destrói as possibilidades de comunicação entre as pessoas.

Para a autora, a ação política é sinônimo de liberdade, ou seja, a possibilidade de trazer ao mundo algo que não existia. Neste entendimento, subverte-se a ideia de liberdade como livre arbítrio, fenômeno individual ou escolha entre alternativas dadas, pois a política, apesar de ser iniciada pela espontaneidade humana, surge como relação: ela existe entre homens. Em outras palavras, não é da essência do homem, considerado isoladamente, ser um “animal político”, como pensava Aristóteles, mas, por viver em um mundo plural, a presença, o olhar do “outro” como alteridade é uma marca indelével do fenômeno humano, só podendo ser “desconsiderada” ou “banalizada” como efeitos/estratégias das práticas de dominação em sua fantasmagoria de “poder-Uno”.

Nessa linha, podemos dizer que a constituição de nós mesmos, de nossa experiência, do sentido de nossa existência bem como a constituição da comunidade política em meio à qual vivemos, interferimos e nos constituímos é uma atividade plural que é incapaz de ser realizada solitariamente, pois diz respeito à rede de relações na qual, agonisticamente, nos produzimos e somos produzidos.

Assim, a violência pode destruir o poder, algumas conquistas podem esfacular práticas de liberdade, mas a violência não é capaz de construir nada. Pois, onde a violência prolifera o poder se esvai. Entretanto, como nos alerta Foucault, poder é exercício que age sobre a ação e não, direta e imediatamente, sobre os corpos (violência), ainda que sobre eles deixe suas marcas. Poder é relação de forças sobre relação de forças: toda realidade é efeito e se produz em meio a esta rede de relações. Portanto, é nesta agonística e em seus efeitos de realidade que se produzem desvios, escapes e resistências inusitadas. Daí Foucault afirmar que onde há poder há resistências (1980).

Inspirados por esta constatação arendtiana de que “ação política é sinônimo de liberdade” e da afirmação foucaultiana de que “onde há poder, há resistência” será que podemos admitir como “política” de assistência ao parto programas de “desumanização”, de violência de gênero, de objetivação do corpo feminino como únicos horizontes na seara da assistência ao parto?

Esta tese se produziu atravessada por esta questão tensora. Nela, com ela, para além e aquém dela, tivemos a oportunidade de percorrer diversos caminhos: estudar sobre o surgimento da obstetrícia como especialidade médica, explorar as narrativas da produção científica acerca da cesárea em vários países e, mais especificamente, no Brasil, analisar as Políticas Públicas brasileiras de assistência ao parto, acompanhar, nas publicações da mídia, algumas narrativas das mulheres sobre a experiência do parto, acompanhar alguns usos de tecnologia dura obstétrica (exames ultrassonográficos), participar de um grupo de apoio ao parto normal e à maternidade ativa, virtual e presencialmente, e participar de encontros com fundadores do movimento em favor do parto humanizado, na cidade de Vitória da Conquista, BA.

Nesse percurso, fomos nos encontrando com diversos dispositivos produzidos e utilizados para a manutenção da prática hegemônica de assistência ao parto. Dispositivos de violência de gênero que fazem ver e dizer de relações de dominação. Dispositivos de poder-saber e subjetivação que afirmam uma assistência ao parto intervencionista e medicalizada, que invisibilizam a experiência e o protagonismo feminino, assumida e consumida, também, por algumas mulheres como direito e/ou “escolha individual”. Contudo, pudemos, muitas vezes, perceber, em meio a estas práticas hegemônicas, movimentos de fissura às narratividades instituídas operando aberturas a outras narratividades e práticas de cuidado.

Nas práticas obstétricas que têm se hegemônicas na assistência ao parto, encontramos as intervenções protocolares como saberes deslocalizados que se impõem, a despeito das circunstâncias e das singularidades da gestante, urdidos em uma escuta surda, presentes e reforçadas na formação médica e de outros profissionais de saúde., uma formação baseada no intervencionismo, na queixa-conduta, produtora de uma escuta surda, “reduzida exclusivamente a ‘ouvir pedidos’, a coletar dados a partir de perguntas encaminhadas com respostas prontas, afins a uma técnica a ser operacionalizada” (HECKERT, 2013, p. 305).

Os médicos e profissionais de saúde laminados neste modo de formação não aprendem a “estar ao lado”, a coparticipar de processos de cuidado, a incluir o outro em seus processos de saúde, doença e cuidado, como expressão de uma comunidade, de um coletivo em conexão. Cuidar se performa, na formação médica vigente, em ser treinado para intervir em todo o processo do parir, dirigir os processos da vida e responder a eles com tecnologias que se vende como passíveis de evitar ou gerir as imprevisibilidades e riscos inerentes ao viver.

Este viés intervencionista ensinado e performado como signo de poder e competência na graduação e nas residências médicas vão na direção contrária ao parto humanizado e fisiológico e produzem efeitos iatrogênicos – intervenções sem fim para dar

conta dos estragos produzidos. No parto fisiológico, o que está em cena é a capacidade da mulher de parir e de ser protagonista do momento do nascimento do seu filho. Contudo, se há desconfianças ou mesmo desqualificação desta capacidade constituinte da mulher e o parto é visto como fenômeno e objeto da medicina, a ser monitorado e assistido por olhos treinados para detectar patologias, é possível entender, ainda que não sem indignação, que um profissional que vive diariamente um turbilhão de emoções e problemas advindos de um parto normal intervencionista os quais, muitas vezes, resultam em hemorragias, sofrimento fetal por angústia respiratória ou privação de oxigênio, possa temer e, até mesmo, buscar evitar um parto vaginal, elegendo o parto cirúrgico como ideal. Os profissionais de saúde, ao proporem uma cesariana, de fato, acreditam e vivenciam esta opção como mais segura e menos violenta para a mulher e para eles próprios. Tanto assim que, como vimos, boa parte das obstetras ou das esposas de obstetras optam pelo parto cirúrgico como via de parto para o nascimento de seus filhos.

A fetichização das tecnologias-duras como signo de modernidade e eficácia – parto cirúrgico previamente agendado, controle maior sobre o processo e o corpo da mulher no qual intercorrências indesejadas são mais previsíveis, gasto de menos tempo, otimização da agenda cotidiana do médico, possibilidade de um maior ganho financeiro – se associam ao discurso do risco, à gestão do medo e à utopia de que a tecnologia produz controle e soluciona os problemas da vida. Assim, quando as mulheres pedem por um parto normal, sonhando com um parto fisiológico humanizado, muitas vezes, eles, os profissionais, só têm a oferecer o que sabem: um parto normal recheado com intervenções em cascata. Nestes casos, os manuais produzidos pelo Ministério da Saúde, OMS ou grupos de apoio à maternidade ativa e parto humanizado são recebidos como ficção ou romances muito distantes da vida como ela é!

A precarização da assistência via SUS e as altas taxas de cesarianas eletivas no setor privado se interrelacionam e um tipo de assistência acaba sendo reforçador do outro. A violência obstétrica é um fato! É comum e explícita no serviço público e mais sutil no serviço privado. Há violência obstétrica em um parto vaginal cheio de intervenções e há violência e expropriação da experiência em um parto cirúrgico eletivamente agendado e induzido por práticas sedutoras e morais ancoradas no discurso do risco e da responsabilização individual da mulher por suas opções por um parto fisiológico.

Os efeitos invisíveis da medicalização e a mercantilização dos discursos científicos de “evitação” e controle dos riscos se produzem e se afirmam em processos multivetorializados, pois se agregam a outros dispositivos de (des)regulamentação da vida que a inscrevem em práticas de gestão e normalização afins à lógica de cuidado em oferta no mercado do capital.

A lógica da “escolha” defendida para a modificação na qualidade da assistência ao parto, seja em sua versão liberal seja em sua versão cidadã, reafirma a ilusão do livre arbítrio como signo de liberdade e não contribui para uma experiência de conexão, mas responsabiliza e abandona a mulher frente a sua escolha. Os movimentos em prol do parto humanizado e fisiológico que vêm nesta lógica a melhor saída são também capturados por uma idealização de que é possível escolher desconectado da experiência ou do que Arendt denomina de comunidade política.

Enfatizamos que a lógica da escolha não contribui para o protagonismo feminino, pois acreditamos que quando a ênfase é no cuidado, tal como proposto por Mol (2008), a mulher pode contar com uma rede de apoio mais ampla e o seu protagonismo será sustentado por um coletivo de conexões que se tecem nas relações entre pessoas, tecnologias, protocolos, profissionais de saúde e experiências.

Para viver com um evento tão imprevisível como é o parto, é preciso suspeitar das racionalizações! Segundo Mol, na lógica do cuidado, não há promessas de final feliz, mas há promessas de caminhar junto para o que der e vier! Na lógica do cuidado, a incerteza é crônica e, exatamente por isto, tem que ser tecida dia a dia, localmente, e em meio à experiência e suas vicissitudes! A lógica do cuidado é fluida e nela a escolha ganha outra dimensão, pois se faz em meio a um coletivo de conexões, diferente da lógica de uma pretensa liberdade individual desencarnada e prévia ao acontecimento.

A assistência ao parto ofertada nos hospitais de Vitória da Conquista está recheada de violência e a violência produz efeitos nos direitos da pessoa, efeitos que podem se prolongar no tempo, podem impactar as convivências, paralisar e destruir a confiança das mulheres. Vimos que a violência não ocorre no vazio: existe um contexto, uma história, pessoas e interesses envolvidos. A dimensão de violação de direitos dentro da assistência ao parto ainda requer maior aprofundamento de estudos, mas não podemos deixar de nos questionar se os percursos da história da obstetrícia teriam sido os mesmos se quem parisse fossem os homens.

As práticas de resistência ao modelo hegemônico de assistência ao parto se fazem ver e dizer seja nos movimentos pelo parto humanizado e fisiológico e as redes que conectam e criam seja nas práticas de profissionais de saúde que desafiam suas corporações, seus empregos e afirmam em seu fazer uma lógica do cuidado em conexão com a experiência da mulher, seu protagonismo e potência no processo de parir. A luta pela dignidade da assistência ao parto, ainda que apenas iniciada em alguns lugares, é um desafio e uma urgência tanto para gestantes e suas redes sociais quanto para os profissionais que a assistem!

Chegamos às últimas linhas deste trabalho entendendo que “continuar é preciso”. O aprofundamento dos estudos sobre o parto e sua vinculação às questões de gênero, direitos humanos e direitos sexuais e reprodutivos se mostraram necessários. Outras perguntas se abrem neste final: Como apresentar aos médicos um parto normal diferente do que já conhecem e vivem no seu dia a dia? Como construir pontes entre o movimento das mulheres por um parto humanizado e os serviços de assistência? Como avançar na construção de uma lógica assistencial que não privilegie a escolha individual? Como reivindicar um protagonismo da mulher sem fazer uma eleição pela lógica da escolha? Como construir um ambiente propício para uma assistência baseada na lógica do cuidado? Como enfrentar os pacotes fechados da assistência que não contribuem para a humanização do parto? Como enfrentar uma contrarresistência advinda dos médicos tradicionais sem cairmos na mera reatividade? Como resistir às capturas do mercado do parto humanizado como filão de consumo de produtos específicos para este novo nicho de mulheres que buscam uma assistência humanizada? Onde estão as enfermeiras obstétricas que não estão assumindo suas funções no acompanhamentos dos partos normais? Porque as enfermeiras obstétricas não estão a gente dos movimentos de resistência? Porque se submetem ao modelo médico-centrado?

São perguntas-desafios, abertas a novas reconfigurações de modos de ver o parto que, em conexão com realidades situadas, podem acionar e “trazer ao mundo algo que não existia” fazendo funcionar outras políticas de narratividade sobre a experiência de parir e cuidar. Para elas “Boas Vindas”.

Boas Vindas

Caetano Veloso

*Sua mãe e eu**Seu irmão e eu**E a mãe do seu irmão**Minha mãe e eu**Meus irmãos e eu**E os pais da sua mãe**E a irmã da sua mãe**Lhe damos as boas-vindas**Boas-vindas, boas-vindas**Venha conhecer a vida**Eu digo que ela é gostosa**Tem o sol e tem a lua**Tem o medo e tem a rosa**Eu digo que ela é gostosa**Tem a noite e tem o dia**A poesia e tem a prosa**Eu digo que ela é gostosa**Tem a morte e tem o amor**E tem o mote e tem a glosa**Eu digo que ela é gostosa**Eu digo que ela é gostosa**Sua mãe e eu**Seu irmão e eu**E o irmão da sua mãe*

REFERÊNCIAS

- ARENDDT, Hannah. *A condição humana*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1993.
- ARNEY, W. R. *Power and profession of obstetrics*. Chicago; London: The University of Chicago Press, 1982.
- AZIKEN M.; OMO-AGHOJA, L.; OKONOFUA, F. Perceptions and attitudes of pregnant women towards caesarean section in urban Nigeria. *Acta Obstet Gynecol Scand.*, v. 86, n. 1, p. 42-47, 2007.
- BARBOSA, G. P. et al. Cesarean sections: who wants them and under what circumstances? *Cadernos de Saúde Pública*, Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, v. 19, n. 6, p. 1611-1620, 2003.
- BARBOSA, R. H. S. Humanização da assistência à saúde das mulheres: uma abordagem crítica de gênero. In: DESLANDES, S. F. (Org.). *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 323-350.
- BARROS, F. C. et al. Gestational age at birth and morbidity, mortality, and growth in the first 4 years of life: findings from three birth cohorts in Southern Brazil. *BMC Pediatrics*, n. 12, Oct. 2012. <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2431-12-169.pdf>
- BEGUM, B. et al. Comparison of risks and benefits of normal vaginal and caesarian section deliveries in a public tertiary hospital in Bangladesh. *Mymensingh Medical Journal (MMJ)*, v. 18, n. 1 Suppl, S12-14, 2009.
- BÉHAGUE, D. P. Beyond the simple economics of cesarean section birthing: women's resistance to social inequality. *Culture, Medicine and Psychiatry*, v. 26, n. 4, p. 473-507, 2002.
- BÉHAGUE, D. P.; VICTORA, C. G.; BARROS, F. C. Consumer demand for caesarean sections in Brazil: population based birth cohort study linking ethnographic and epidemiological methods. *British Medical Journal*, v. 324, n. 7.343, p. 942-945, 2002.
- BENEVIDES, R.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. *Ciências & Saúde Coletiva*, v. 10, n. 3, p. 561-571, 2005a. <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a14v10n3.pdf>
- BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? *Interface – Comunicação, Saude, Educação*, Sao Paulo, v. 9, n. 17, p. 389-394, 2005b.
- BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Verbete: Humanização. In: OBSERVATÓRIO DOS TÉCNICOS EM SAÚDE DA FIOCRUZ. *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2006.
- BENJAMIN, W. *Magia e técnica, arte e política*. São Paulo: Brasiliense, 1996.

BETTIOL, H. et al. Factors associated with preterm births in Southeast Brazil: a comparison of two birth cohorts born 15 years apart. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, v. 14, n. 1, p. 30-38, 2000. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10703032>>.

BIRGITTA, S.; KLAAS, W.; SIW, A. Swedish midwives perceptions of fear of childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, v. 31, suppl. 1, p. 53, 2010.

BIRMAN, J. A biopolítica na brasilidade. BOCAJUVA, H. *Sexualidade e gênero no imaginário brasileiro: metáforas do biopoder*. Rio de Janeiro: Renavan, 2007.

BOCAJUVA, H. *Sexualidade e gênero no imaginário brasileiro: metáforas do biopoder*. Rio de Janeiro: Revan, 2007.

BONFANTE, T. M. et al. Fatores associados à preferência pela operação cesariana entre puérperas de instituição pública e privada. *ACM Arq. Catarin. Med.*, v. 38, n. 1, p. 26-32, jan./mar. 2009.

BOYACIYAN, K. *O perfil e as infrações ético-profissionais dos médicos denunciados que exercem ginecologia e obstetrícia no Estado de São Paulo*. 2005. Dissertação (Doutorado) – USP, São Paulo, 2005.

BRASIL. Lei n. 1.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei 8.080, introduzindo o direito ao acompanhante de escolha durante o trabalho de parto, no parto e no pós-parto imediato. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, n. 67, Seção 1, p. 1, 8 abr. 2005a.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. *Resolução Normativa RN nº 368*, 6 jan. 2015a. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/index2.php?option=com_legislacao&view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=2892>. Acesso em: 24 abr. 2015.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. *Entram em vigor novas regras sobre parto na saúde suplementar*. Qualidade da Saúde, 6, jul. 2015. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/qualidade-da-saude/2923-entram-em-vigor-novas-regras-sobre-parto-na-saude-suplementar>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. As cesarianas no Brasil: situação no ano de 2010, tendências e perspectivas. In: _____. *Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impactos de ações de vigilância em saúde*. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde/MS, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Estimativas de mortalidade infantil por microrregiões e municípios*. Brasília: MS, 2005b. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/mortinf/midescr.htm>>. Acesso em: 21 mar. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Humanização do parto e do nascimento*. Brasília: Ministério da Saúde; Universidade Estadual do Ceará, 2014. (Cadernos HumanizaSUS, v. 4).

BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual do PNAH*. Brasília: MS, 2000a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Parto, aborto, puerpério: assistência humanizada à mulher*. Brasília: MS, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Humanização*. Brasília: MS, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 466, de 14 de junho de 2000. Estabelece como competência dos Estados e do Distrito Federal a definição do limite, por hospital, do percentual máximo de cesarianas em relação ao número total de partos e ainda a definição de outras estratégias para a obtenção de redução deste procedimentos no âmbito do Estado. Institui o Pacto pela Redução das Taxas de Cesárea. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, p. 43, 30 jun. 2000b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 569, de 1 de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, p. 112, 18 ago. 2000c.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases para uma ação programática*. Brasília: MS, 1983.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Seminário sobre Atenção Obstétrica e Neonatal Humanizada baseada em evidências científicas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. 4. ed. Brasília: MS, 2008. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_gestores_trabalhadores_sus_4ed.pdf>.

BRICKER, L.; NEILSON, J. P.; DOWSWELL, T. Routine ultrasound in late pregnancy (after 24 weeks gestation). *Cochrane Database Syst Rev.*, n. 4, Oct. 2008.

BRYANT, J. et al. Caesarean birth: consumption, safety, order, and good mothering. *Social Science and Medicine*, v. 65, n. 6, p. 1192-1201, 2007.

BUTLER, Judith. *Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade*. Tradução Renato Aguiar. 3. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2010.

CAFFERATA, M. et al. Information on caesarean delivery provided in Brazilian women's magazines. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, v. 107, suppl. 2, S267, 2009.

ÇAĞATAI SEÇKINER, P.; TEZCAN, S. *Turkey's rising trend in caesarean section: who are these women?* 2010. Disponível em: <www.intersteno.it/materiale/IPRS/Budapest2010IPRS/TURKISH>. Acesso em: 29 out. 2011.

CALERI, D.; NEVES, C. A. B. Encontros da vida nua nos jardins do capital: uma investigação sobre o consumo de tratamentos. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 14 n. 1. p. 107-128, 2014.

CAMPOS, G. W. S. et al. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, set. 2004.

CAMPOS, G. W.; GUERRERO, A. V. P. (Org.). *Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo: Hucitec; 2010. (Saúde em Debate, 190).

CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense, 1997.

CAPONI, S. A biopolítica da população e a experimentação com seres humanos. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 9, n. 2, p. 445-455, 2004.

CARVALHO, Sérgio Resende. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 669-678, Sept. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000300018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 out. 2015.

CASTEL, R. From dangerousness to risk. In: BURCHELL, G.; GORDON, C.; MILLER, P. (Ed.). *The Foucault effect: studies in governmentality*. Londres: Harvester-Wheatsheaf, 1991. p. 281-298.

CERNADAS, J. M. et al. Cesarean delivery attempt in low risk pregnancies: effects on neonatal morbidity. *Archivos Argentinos de Pediatría*, v. 108, n. 1, p. 17-23, 2010.

CERTEAU, Michel de. *A invenção do cotidiano I: artes de fazer*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

CHACEL, P. P. Declaração sobre a criação das Casas de Parto. *Jornal do Conselho Federal de Medicina (CFM)*, p. 10, mar./abr. 2004.

CHALMERS, B. et al. Maternity experiences study group of the Canadian perinatal surveillance system cesarean and vaginal birth in Canadian women: a comparison of experiences. *Birth*, Berkeley, Calif., v. 37, n. 1, p. 44-49, 2010.

CHANTHASENANONT, A. et al. Indications for cesarean section at Thammasat University Hospital. *Journal of the Medical Association of Thailand*, v. 90, n. 9, p. 1733-1737, 2007.

CHAZAN, L. K. “Meio quilo de gente!” produção do prazer de ver e construção da pessoa fetal mediada pela ultra-sonografia: um estudo etnográfico em clínicas de imagem na cidade do Rio de Janeiro. 2005. 2v. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2005.

CHAZAN, L. K. “Meio Quilo de Gente”: um estudo antropológico sobre ultra-som obstétrico. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

CHEN, C. S. et al. Urbanization and the likelihood of a cesarean section european. *Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology*, v. 141, n. 2, p. 104-110, 2008.

CHING, R. Should women be able to choose caesarean section? *South African Journal of Obstetrics and Gynaecology*, v. 12, n. 2, p. 84-87, 2006.

CHU, K. H. et al. Women's preference for cesarean delivery and differences between Taiwanese women undergoing different modes of delivery. *BMC Health Services Research*, v. 10, p. 138, 2010.

COELHO, C. N. P.; CASTRO, V. J. *Comunicação e sociedade do espetáculo*. São Paulo: Paulus, 2006.

COHAIN, J. S. Documented causes of unnecesareans. *Midwifery Today With International Midwife*, n. 92, p. 18-19; 63, 2009.

COLEMAN, V. H.; SCHULKIN, J.; LAWRENCE, H. Rising cesarean delivery rates the impact of cesarean delivery on maternal request. *Obstetrical and Gynecological Survey*, v. 64, n. 2, p. 115-119, 2009.

CONRAD, P. Medicalization and social control. *Annu. Rev. Sociol.* [online], n. 18, p. 209-232, 1992.

CONRAD, P. *The medicalization of society*. Baltimore: John Hopkins University Press, 2007.

CONRAD, P.; MACKIE, T.; MEHROTRA, A. Estimating the costs of medicalization. *Social Science and Medicine*, v. 70, n. 12, p. 1943-1947, 2010.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA – CFM. *Jornal do CFM*, Brasília, DF, mar./abr. 2004.

COSTA, J. F. *Ordem médica e norma familiar*. Rio de Janeiro: Graal, 2004.

CUNHA, M. F. C. *A racionalidade da mercantilização da doença*. 2008. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008. <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-24102008-160756/pt-br.php>

CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 39-53.

D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; DINIZ, C. S. G.; SCHRAIBER, L. B. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. *Lancet*, v. 359, n. 11, p. 1681-5, 2002.

DANISHEVSKI, K. et al. The decision to perform Caesarean section in Russia. *International Journal for Quality in Health Care*, v. 20, n. 2, p. 88-94, 2008.

DEBORD, G. *A sociedade do espetáculo*. Tradução Estela dos Santos Abreu. Rio de Janeiro: Contraponto, 1997.

DELEUZE, G. *Conversações*. Rio de Janeiro: 34, 1992.

DELEUZE, G. *Crítica e clínica*. São Paulo: 34, 1997.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia*. Rio de Janeiro: 34, 1995. v. 1.

DESLANDES, S. F. (Org.). *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

DIAS, J. F. *O renascimento do parto: discurso e identidade*. 2007. Dissertação (Doutorado) – UNB, Departamento de Linguística, Letras Clássicas e Vernácula, Brasília, 2007.

DIAS, M. A. B. et al. The decision of women for cesarean birth: A case study in two units of the supplementary health care system of the State of Rio de Janeiro, *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 13, n. 5, p. 1521-1534, 2008.

DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 627-637, set. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 set. 2015.

DINIZ, S. G. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. *Rev. Bras. Crescimento Desenvolv. Hum.*, v. 19, n. 2, p. 313-326, ago. 2009.

DOMINGUES, R. M. S. M.; SANTOS, E. M.; LEAL, M. C. Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. *Cad. Saude Publica*, v. 20, Supl. 1, p. 52-62, 2004.

DREYFUS, H.; RABINOW, P. Michel Foucault: un parcours philosophique: au-delà de l'objectivité et de la subjectivité. Paris: Gallimard, 1984.

DUDEN, B. *Disembodying women: perspectives on pregnancy and the Unborn*. Cambridge, Massachusetts & London, England: Harvard University Press, 1997.

ESCÓSSIA, L.; KASTRUP, V. O conceito de coletivo como superação da dicotomia indivíduo sociedade. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 10, n. 2, p. 295-304, maio/ago. 2005.

ESEQUIEL, V. C. O marketing da responsabilidade social e a transformação das “questões Sociais” em Espetáculo. In: COELHO, C. N. P.; CASTRO, V. J. (Org.). *Comunicação e sociedade do espetáculo*. São Paulo: Paulus, 2006.

FARINE, D. Cesarean section and operative deliveries: the medical legal challenges. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, v. 23, Suppl. 1, p. 20-21, 2010.

FARR, S. L. et al. Risk factors for cesarean delivery among puerto rican women. *Obstetrics and Gynecology*, v. 109, n. 6, p. 1351-1357, 2007.

FARRELL, S. A.; BASKETT, T. F.; FARRELL, K. D. The choice of elective cesarean delivery in obstetrics: a voluntary survey of Canadian health care professionals. *International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction*, v. 16, n. 5, p. 378-383, 2005.

FAÚNDES, A. et al. Brazilian women and physicians' viewpoints on their preferred route of delivery. *Revista de Saúde Pública*, v. 38, n. 4, p. 488-494, 2004.

FERRAÇO, C. E.; CARVALHO, J. M. Currículo, cotidiano e conversações. *Revista e-Curriculum*, São Paulo, v. 8, n. 2, ago. 2012. <http://revistas.pucsp.br/index.php/curriculum>

FERRARI, J.; LIMA, N. M. de. Atitudes dos profissionais de obstetrícia em relação à escolha da via de parto em Porto Velho, Rondônia, Brasil. *Rev. bioét.* (Impr.), v. 18, n. 3, set./dez. 2010.

FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ – FIOCRUZ. *Nascer no Brasil*. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/nascerbrasil/wp-content/uploads/2014/11/sumario_executivo_nascer_no_brasil.pdf>.

FISCHER, R. M. B. Foucault e a análise do discurso em educação. *Cadernos de Pesquisa*, Porto Alegre, n. 114, p. 197-223, nov. 2001.

FOUCAULT, M. *A arqueologia do saber*. Rio de Janeiro: Forense, 1986.

FOUCAULT, M. *A ordem do discurso*. São Paulo: Loyola, 2004.

FOUCAULT, M. *Ditos e escritos I – problematização do sujeito: psicologia, psiquiatria e psicanálise*. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.

FOUCAULT, M. *Em defesa da sociedade*. Curso no Collège de France. Trad. Maria Ermantina Galvão. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

FOUCAULT, M. *História da sexualidade*. Rio de Janeiro: Graal, 1997.

FOUCAULT, M. *História da sexualidade*, 1: a vontade de saber. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica*. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003.

FOUCAULT, M. *O sujeito e o poder*. In: DREYFUS, H.; RABINOW, P. Michel Foucault – uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995. p. 231-249.

FOUCAULT, M. *Segurança, território, população: curso dado no Collège de France (1977-1978)*. São Paulo: Martins Fontes, 2008. (Coleção Tópicos).

FOUCAULT, M. *Vigiar e punir: história da violência nas prisões*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

FREITAS, P. F.; SAKAE, T. M.; JACOMINO, M. E. M. L. Medical and non-medical factors associated with cesarean section rates in a university hospital in southern Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 24, n. 5, p. 1051-1061, 2008.

FUGANTI, L. Biopoder nas políticas de saúde e desmedicalização da vida. In: COMISSÃO DE DIREITOS HUMANOS DO CRP-05 (Org.). *Direitos humanos? o que temos a ver com isso?* Rio de Janeiro: Conselho Regional de Psicologia, 2007. p. 129-136.

FUGANTI, L. Biopolítica e produção de saúde: um outro humanismo? *Interface Comunicação Saude Educação*, v. 14, supl. 1, p. 667-679, 2009.

FUGLENES, D. et al. Norwegian obstetricians' opinions about cesarean section on maternal request: Should women pay themselves? *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, v. 89, n. 12, p. 1582-1588, 2010.

GAMA, B. C. *Políticas do si mesmo: por uma autonomia enquanto função em tempos de biopoder*. 2006. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Centro de Educação e Ciências Humanas, Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão, 2006.
http://bdtd.ufs.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=363

GAMA, A. S. et al. Women's representations and experiences with vaginal and cesarean delivery in public and private maternity hospitals. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 25, n. 11, p. 2480-2488, 2009.

GAMBLE, J. A.; CREEDY, D. K. Women's preference for a cesarean section: incidence and associated factors. *Birth*, Berkeley, v. 28, n. 2, p. 101-110, 2001.

GOMES, A. M. A.; NATIONS, M. K.; LUZ, M. T. Pisadacomopano de chão: experiência de violência hospitalar no nordeste brasileiro. *Saude Soc.*, v. 17, n. 1, p. 61-72, 2008.

GONÇALVES, C. V. et al. Avaliação da frequência de realização do exame físico das mamas, da colpocitologia cervical e da ultrassonografia obstétrica durante a assistência pré-natal: uma inversão de valores. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 55, n. 3, p. 290-295, 2009.

GOULART, B. N. G.; CHIARI, B. M. Humanização das práticas do profissional de saúde: contribuições para reflexão. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 255-268, jan. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000100031&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 set. 2015.

GUATTARI, F. *O inconsciente maquínico: ensaios de esquizo-análise*. Tradução Constança Marcondes César e Lucy Moreira César. Campinas: Papirus, 1986.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. *Micropolítica: cartografias do desejo*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2005.

HALVORSEN, L. et al. Is there an association between psychological stress and request for caesarian section? *Tidsskr Nor Laegeforen.*, v. 128, n. 12, p. 1388-1391, jun. 2008.

HANKINS, G. D.; CLARK, S. M.; MUNN, M. B. Cesarean section on request at 39 weeks: impact on shoulder dystocia, fetal trauma, neonatal encephalopathy, and intrauterine fetal demise. *Semin Perinatol.*, v. 30, n. 5, p. 276-287, Oct. 2006.

HARAWAY, D. *Ciencia, cyborgs e mujeres: la reinención de la naturaleza*. Madri: Cátedra, 1995b.

HARAWAY, D. Manifesto ciborgue: ciência, tecnologia e feminismo-socialista no final do século XX. In: HARAWAY, D.; KUNZRU, H.; TADEU, T. (Org. e trad.). *Antropologia do ciborgue: as vertigens do pós-humano*. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2009. p. 33-118.

HARAWAY, D. Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. *Cadernos Pagu*, Campinas, Unicamp, v. 5, p. 7-41, 1995a.

HARTZ, Z. M. A. et al. Mortalidade infantil “evitável” em duas cidades do Nordeste do Brasil: Indicador de qualidade do sistema local de saúde. *Revista de Saúde Pública*, v. 30, p. 310-318, 1996.

HECKERT, A. L. C. Escuta como cuidado: o que se passa nos processos de formação e de escuta? In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. (Org.). *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2007. p. 199-212.

HECKERT, A. L. C. Xeretar. In: GALLI, T.; NASCIMENTO, M. L.; MARASCHIN, C. (Org.). *Pesquisando na diferença: um abecedário*. Porto Alegre: Sulinas, 2012. v. 1, p. 245-247.

HEMMINKI, E.; KLEMETTI, R.; GISSLER, M. Cesarean section rates among health professionals in Finland, 1990-2006. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, v. 88, n. 10, p. 1138-1144, 2009.

HOPKINS, K. Are Brazilian women really choosing to deliver by cesarean? *Social Science and Medicine*, v. 51, n. 5, p. 725-740, 2000.

HORNEMANN, A. et al. Primary Caesarean sections subsidize spontaneous deliveries. Is money the reason for rising caesarean rates? *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, v. 68, n. 11, p. 1082-1088, 2008.

HOTIMSKY, S. N. *A formação em obstetrícia: competência e cuidado na atenção ao parto*. Dissertação (Doutorado em Ciências: Medicina Preventiva) – Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina e Saúde Pública de São Paulo, São Paulo, 2007.
<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-14112007-082030/pt-br.php>

HOTIMSKY, S. N. et al. Childbirth as I see it... or the way I wish it was? Expectations of pregnant women to wards child birth and obstetric care in the public health care system. *Cadernos de Saúde Pública*, Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, v. 18, n. 5, p. 1303-1311, 2002.

HOTIMSKY, S. N.; SCHRAIBER, L. B. Tipologias pélvicas no ensino da obstetrícia: articulações entre gênero e “raça” na formação de uma elite profissional. In: REUNIÃO BRASILEIRA DE ANTROPOLOGIA, 26. *Trabalhos...* 2008. Disponível em: <www.abant.org.br>.

ILLICH, I. *A expropriação da saúde: nêmesis da Medicina*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

INTERNATIONAL CHILDBIRTH EDUCATION ASSOCIATION – ICEA. *Family Centered Maternity Care: Position Paper*, 2014. Disponível em: <http://icea.org/sites/default/files/Family%20Centered%20Maternity%20Care%20PP-FINAL.pdf>

IRION, O. et al. The epidemic of cesarean sections: A necessary evil? *Revue Medicale Suisse*, v. 1, n. 40, p. 2566-2569, 2005.

JAIN, L., DUDELL, G. G. Respiratory transition in infants delivered by cesarean. *Section Seminars in Perinatology*, v. 30, n. 5, p. 296-304, 2006.

JAMES, W. The principles of psychology. *Encyclopedia Britannica*, Inc., Chicago, 1952. [1890]. (Great Books of Western World, 53).

JOHNSON, R.; JOHNSON, R.; SLADE, P. Does fear of childbirth during pregnancy predict emergency caesarean section? *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, v. 109, n. 11, p. 1213-1221, 2002.

JONSSON, E.; BANTA, H. D.; SCHERSTEN, T. Health technology assessment and screening in Sweden. *Int J Technol Assess Health Care.*, v. 3, p. 380-388, 2001.

KARLSTRÖM, A. et al. Swedish caregivers' attitudes towards caesarean section on maternal request. *Women and Birth*, v. 22, n. 2, p. 57-63, 2009.

KASTRUP, V., PASSOS, E. Cartografar é traçar um plano comum. *Fractal: Revista de Psicologia*, Local de publicação (editar no plugin de tradução o arquivo da citação ABNT), 25, ago. 2013. Disponível em: <<http://www.uff.br/periodicoshumanas/index.php/Fractal/article/view/1109>>. Acesso em: 18 set. 2015.

KLEMETTI, R. et al. Cesarean section delivery among primiparous women in rural China: an emerging epidemic. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, v. 202, n. 1, p. 65.e1-6, Oct. 2010.

KOKEN, G. et al. Attitudes towards mode of delivery and cesarean on demand in Turkey International. *Journal of Gynecology and Obstetrics*, v. 99, n. 3, p. 233-235, 2007.

KRASOMSKI, G. et al. Non-obstetric indications for the caesarean section. *Ginekologii i Poloznictwo*, v. 16, n. 2, p. 9-14, 2010.

KRINGELAND, T.; DALTVEIT, A. K.; MØLLER, A. How does preference for natural childbirth relate to the actual mode of delivery? a population-based cohort study from Norway. *Birth*, Berkeley, Calif., v. 37, n. 1, p. 21-27, 2010.

KWEE, A. et al. Cesarean section on request: A survey in the Netherlands European. *Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology*, v. 113, n. 2, 186-190, 2004.

LAMAZE INTERNATIONAL. *Introduction to the six Lamaze healthy birth practices*. 2009. Disponível em: <<http://www.lamaze.org/expectantParents/HealthyBirthPractices/tabid/251/Default.aspx>>.

LANSKY, S.; FRANÇA, E.; LEAL, M. C. Mortes perinatais evitáveis em Belo Horizonte, Minas Gerais, 1999. *Cad Saúde Pública*, v. 18, p. 1389-1400, 2002.

LAPA, T. S. Por que ser contra o Estatuto do Nascituro. *Jornal Brasil de Fato*, São Paulo, 4 jun. 2013. Disponível em: <file:///C:/Users/Cliente/Downloads/http___www_brasildefato_com_br_node_13114%23_Vfx6UOGgQ14_pdfonline.pdf>.

LEAL, Maria do Carmo. Estar grávida no Brasil. *O Globo* [online], 9 jun. 2012. Disponível em: <http://oglobo.globo.com/sociedade/saude/estar-gravida-no-brasil-5134956>.

LEE, S. I.; KHANG, Y. H.; LEE, M. S. Women's attitudes toward mode of delivery in South Korea: A society with high cesarean section rates. *Birth*, v. 31, p. 2, p. 108-116, 2004.

LEEMAN, L. M.; PLANTE, L. A. Patient-choice vaginal delivery? *Annals of Family Medicine*, v. 4, n. 3, p. 265-268, 2006.

LEHMANN, S.; BØRDAHL, P. E.; RASMUSSEN, S. A.; BØRDAHL, P. E.; RASMUSSEN, S. A.; IRGENS, L. M. Norwegian midwives and doctors have increased cesarean section rates. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, v. 86, n. 9, p. 1087-1089, 2007.

LIAMPUTTONG, P. Birth and social class: Northern Thai women's lived experiences of caesarean and vaginal birth. *Sociology of Health and Illness*, v. 27, n. 2, p. 243-270, 2005.

LO, J. C. Auspicious time and cesarean section. *Journal of Public Health*, Taiwan, v. 22, n. 2, p. 134-140, 2003.

LOTO, O. M. et al. Cesarean section in relation to self-esteem and parenting among new mothers in southwestern Nigeria. *Actaobstetrica et Gynecologica Scandinavica*, v. 89, n. 1, p. 35-38, 2010.

MA, X. et al. The clinical outcomes of late preterm infants: A multi-center survey of Zhejiang, *Journal of Perinatal Medicine*, China, v. 37, n. 6, p. 695-699, 2009.

MACIEL JUNIOR, A. O problema da escolha e os impasses na clínica na era do biopoder. In: MACIEL JUNIOR, A.; KUPERMAN, D.; TEDESCO, S. (Org.). *Polifonias: clínica, política e criação*. Rio de Janeiro: Contra-capas, 2005.

MALVASI, A. et al. The increasing trend in cesarean sections in south eastern Italy: medical and biopolitical analysis of causes and possible mechanisms for its reduction. *Current Women's Health Reviews*, v. 5, n. 3, p. 176-183, 2009.

MANCUSO, A. et al. Caesarean section on request: are there loco-regional factors influencing maternal choice? an Italian experience. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, v. 28, n. 4, p. 382-385, 2008.

MANCUSO A. et al. Women's preference on mode of delivery in southern Italy. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, v. 85, n. 6, p. 694-699, 2006.

MANDARINO, N. R. et al. Aspects related to choice of type of delivery: A comparative study of two maternity hospitals in São Luís, state of Maranhão, Brazil. *Cadernos de Saude Publica*, v. 25, n. 7, p. 1587-1596, 2009.

- MANSANO, S. R. V. Sujeito, subjetividade e modos de subjetivação na contemporaneidade. *Revista de Psicologia da UNESP*, v. 8, n. 2, 2009. Disponível em: <<http://www2new.assis.unesp.br/index.php/revista/article/viewFile/139/172>>.
- MARQUES, F. C. Uma reflexão sobre a espetacularização da imprensa. In: COELHO, C. N. P.; CASTRO, V. J. *Comunicação e sociedade do espetáculo*. São Paulo: Paulus, 2006.
- MARTINS, A. P. V. *A medicina da mulher: visões do corpo feminino na constituição da obstetrícia e da ginecologia no século XIX*. 2000. Dissertação (Doutorado) - Departamento de História da Unicamp, Campinas, 2000.
- MARTINS-COSTA, S. H. et al. Cesarianas: indicações. In: FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS SOCIEDADES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. *Projeto Diretrizes*. Brasília: Associação Médica Brasileira; Conselho Federal de Medicina, 2002.
- MATTAR, Laura Davis. Reconhecimento jurídico dos direitos sexuais: uma análise comparativa com os direitos reprodutivos. *Sur, Rev. int. direitos human.*, São Paulo, v. 5, n. 8, p. 60-83, jun. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-64452008000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 set. 2015.
- MATTAR, L. D.; DINIZ, C. S. G. Hierarquias reprodutivas: maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v. 16, n. 40, p. 107-19, jan./mar. 2012.
- MCCALLUM, C. Explaining caesarean section in Salvador da Bahia, Brazil. *Sociology of Health and Illness*, v. 27, n. 2, p. 215-242, 2005.
- MCGRATH, P.; RAY-BARRUEL, G. The easy option? Australian findings on mothers' perception of elective Caesarean as a birth choice after a prior Caesarean section. *International Journal Ofnursing Practice*, v. 15, n. 4, p. 271-279, 2009.
- MELONI, A. et al. Late preterm: Obstetric management. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, v. 23, Suppl. 3, p. 113-115, 2010.
- MERHY, E. E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.
- MERIGHI, M. A. B.; CARVALHO, G. M.; SULETRONI, V. P. O processo de parto e nascimento: visão das mulheres que possuem convênio saúde na perspectiva da fenomenologia social. *Acta paul. enferm.* [online]., v. 20, n. 4, p. 434-440, 2007.
- MIURA, E.; FAILLACE, L. H.; FIORI, H. Mortalidade perinatal e neonatal no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. *AMB Rev Assoc Med Bras*, v. 43, p. 35-39, 1997.
- MOL, A. *The logic of care: health and the problem of patient choice*. New York: Routledge, 2008.
- MONARI, F. et al. Obstetricians' and midwives' attitudes toward cesarean section. *Birth*, v. 35, n. 2, p.129-135, 2008.

MOYNIHAN, R.; DORAN, E.; HENRY, D. Disease mongering is now part of the global health debate. *PLoS Med*, v. 5, n. 5, p. 106, 2008.

MUNRO, S.; KORNELSEN, J.; HUTTON, E. Decision Making in Patient-Initiated Elective Cesarean Delivery: The Influence of Birth Stories. *Journal of Midwifery and Women's Health*, v. 54, n. 5, p. 373-379, 2009.

MURAD-REGADAS, S. M. et al. Does mode of delivery correlate with the incidence of pelvic floor disorders? *Colorectal Disease*, v. 11, suppl. 1, p. 40, 2009.

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. A institucionalização médica do parto no Brasil. *Ciênc. saúdecoletiva* [online]., v. 10, n. 3, p. 651-657, 2005.

NEVES, C. A. B. Psicologização e medicalização da vida. In: MOSTRA NACIONAL DE PRÁTICAS EM PSICOLOGIA, 2. *Trabalho apresentado*. São Paulo: Conselho Federal de Psicologia, 21 set. 2012. (Mimeo).

NEVES, C. A. B.; ROLLO, A. *Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, 2006. (Série B. Textos básicos em Saúde). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf>.

NICHOLL, M. C.; CATTELL, M. A. Getting evidence into obstetric practice: appropriate timing of elective caesarean section. *Australian Health Review: a publication of the Australian Hospital Association*, v. 34, n. 1, p. 90-92, 2010.

OCHEJELE, S.; MUSA, J.; BELLO, K.; OKOKWU, S. Labour and delivery indices in Nigeria. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, v. 107, Suppl. 2, p. S488, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. *Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus tratos durante o parto em instituições de saúde*. Genebra: WHO, 2014. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO_RHR_14.23_por.pdf

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. *Human Reproduction Programme. Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas*. Genebra: WHO, 2015.

ORTEGA, F. *O corpo incerto: corporeidade, tecnologias médicas e cultura contemporânea*. Rio de Janeiro: Garamond, 2008.

ORTEGA, F.; ZORZANELLI, R. *O corpo em evidência: a ciência e a redefinição do humano*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2010.

PABINGER, M.; SALZER, H. The elective caesarean section and its impact on the newborn. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, v. 282, Suppl. 1, p. S148-S149, 2010.

PASSOS, E.; BARROS, R. Por uma política da narratividade. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. *Pistas do Método da Cartografia: pesquisa intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina. 2009. p. 150-171.

- PASSOS, E.; BENEVIDES, R. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 16, p. 71-79, 2000.
- PATIAS, J. C. O Espetáculo no telejornal sensacionalista. In: COELHO, C. N. P.; CASTRO, V. J. *Comunicação e sociedade do espetáculo*. São Paulo: Paulus, 2006.
- PELBART, P. P. *Vida nua, vida besta, uma vida*. 2006. Disponível em: <<http://pphp.uol.com.br/tropico/html/textos/2792,1.shl>>. Acesso em: 22 fev. 2013.
- PEREIRA, A. L. F.; MOURA, M. A. V. Relações de hegemonia e o conflito cultural de modelos na assistência ao parto. *Rev. enferm. UERJ* [online], v. 16, n. 1, p. 119-124, 2008.
- POLI NETO, P.; CAPONI, S. Medicalização, revisitando definições e teorias. In: TESSER, C. *Medicalização Social e atenção à saúde no SUS*. São Paulo: Hucitec, 2009.
- PRIDJIAN, G. et al. Racial differences in cesareans: An analysis of U.S. 2001 national inpatient sample data. *Obstetrics and Gynecology*, v. 105, n. 4, p. 710-718, 2005.
- PUENTES-ROSAS, E. et al. Caesarean sections in Mexico: Tendencies, levels and associated factors. *Salud Publica de Mexico*, v. 46, n. 1, p. 16-22, 2004.
- RAGO, M.; ORLANDI, L. B. L.; VEIGA-NETO, A. (Org.). *Imagens de Foucault e Deleuze: ressonâncias nietzschanas*. Rio de Janeiro: DP&A, 2002.
- RAMACHANDRAPPA, A.; JAIN, L. Elective cesarean section: its impact on neonatal respiratory outcome. *Clinics in Perinatology*, v. 35, n. 2, p. 373-393, 2008.
- RANCIÈRE, J. *A partilha do sensível: estética e política*. 34. ed. São Paulo: EXO Experimental Org., 2005.
- READING, A. E. et al. Health beliefs and health care behaviour in pregnancy. *Psychological Medicine*, v. 12, p. 379-383, 1982.
- RIBEIRO, V. S. et al. Why are the rates of cesarean section in Brazil higher in more developed cities than in less developed ones? *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, v. 40, n. 9, p. 1211-1220, 2007.
- ROBSON, S. J. et al. Estimating the rate of cesarean section by maternal request: anonymous survey of obstetricians in Australia, *Birth*, v. 36, n. 3, p. 208-212, 2009.
- ROCHA, T. A. et al. Cesarea na mídia impressa: o dito e o não dito. *Online brazilian journal of nursing*, v. 5, n. 1, 2006.
- RODRIGUES, G. C. *O dilema da maternidade*. São Paulo: Annablume, 2008.
- ROHDEN, F. *Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

ROLNIK, S. “*Fale com ele*” ou como tratar o corpo vibrátil em coma. 2003. Disponível em: <<http://www.pucsp.br/nucleodesubjetividade/Textos/SUELY/falecomele.pdf>>. Acesso em: 06 jul. 2013.

ROLNIK, S. Novas figuras do caos: mutações da subjetividade contemporânea. In: SANTAELLA, L.; VIEIRA, J. A. (Org.). *Caos e ordem na Filosofia e nas Ciências*. São Paulo: Face; Fapesb, 1999. p. 206-221.

RYDING, E.; STEPHANSSON, O.; NIEMINEN, K. Swedish women's fear of childbirth and preference for cesarean section in 2006. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, v. 107, Suppl. 2, p. S425, 2009.

SAISTO, T.; HALMESMÄKI, E. Fear of child birth: a neglected dilemma. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, v. 82, n. 3, p. 201-208, 2003.

SANT’ANNA, D. B. (Org.). *Políticas do corpo: elementos para uma história das práticas corporais*. 2. ed. São Paulo: Estação Liberdade, 2005.

SANT’ANNA, D. B. Transformações do corpo: controle de si e uso dos prazeres. In: RAGO, M.; ORLANDI, L. B. L.; VEIGA-NETO, A. (Org.). *Imagens de Foucault e Deleuze: ressonâncias nietzschianas*. Rio de Janeiro: DP&A, 2002. v. 1, p. 99-110.

SANT’ANNA, D. B. Transformações do corpo, controle de si e usos dos prazeres. In: RAGO, M.; ORLANDI, L. B. L.; VEIGA-NETO, A. *Imagens de Foucault e Deleuze: ressonâncias nietzschianas*. Rio de Janeiro: DP&A, 2002.

SANTOS NETO, E. T. et al. Políticas de saúde materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. *Saúde e Sociedade*, v. 17, n. 2, p. 107-119, abr.-jun. 2008.

SCHRAIBER, L. B. *O médico e suas interações: a crise dos vínculos de confiança*. São Paulo: Aderaldo & Rotschild, 2008.

SCHRAIBER, L. B. Violência contra as mulheres e políticas públicas de saúde no Brasil: o que podem fazer os serviços? *Revista USP*, v. 51, p. 1004-13, 2001.

SEMIÃO, S. A. **Os direitos do nascituro**: aspectos cíveis, criminais e do biodireito. 2. ed. Belo Horizonte: DelRey, 2000.

SIBILIA, P. **O homem pós orgânico**: corpo, subjetividade e tecnologias digitais. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2002.

SILVA, A. A. M. et al. Risk factors for low birth weight in north-east Brazil: the role of caesarean section. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, v. 15, n. 3, p. 257-264, 2001.

SILVA, M. R. da. *Refigurando monstros*: a perspectiva parcial de Donna Haraway como crítica da ciência. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: http://www.bdtd.uerj.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=5544

SOUZA, F. M. *Fatores associados à asfixia perinatal no Brasil: estudo populacional com base nos sistemas de informações de nascidos vivos*. (Dissertação de doutorado) Fundação Oswaldo Cruz -Saúde da Mulher e da Criança, Rio de Janeiro: IFF/Fiocruz, 2003.

SULLIVAN, E. A.; LAWS, P. Epidemiology of caesarean section. *Australia Journal of Paediatrics and Child Health*, v. 46, Suppl. 1, p. 19-20, 2010.

TAYLOR, J. *Image of contradiction: obstetrical ultrasound in American Culture*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1998.

TEDESCO, S. As práticas do dizer e os processos de subjetivação. *Interação em Psicologia*, v. 10, n. 2, p. 357-362, 2006.

TEDESCO, S. As práticas do dizer e os processos de subjetivação. *Interação em Psicologia (Qualis/CAPES: A2)*, [S.l.], mar. 2007. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/psicologia/article/view/7694>>. Acesso em: 18 set. 2015.

TEIXEIRA, R. Humanização e atenção primária à saúde. *Cienc. Saude Colet.*, v. 10, n. 3, p. 585-597, 2005.

TESSER, C. *Medicalização Social e atenção à saúde no SUS*. São Paulo: Hucitec, 2009.

TOLLÂNES, M. C. et al. Cesarean section and risk of severe childhood asthma: a population-based cohort study. *J. Pediatr.*, v. 153, n. 1, p. 112-116, jul. 2008.

TORNQUIST, C. S. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, v. 19, supl. 2, p. 419-427, 2003.

VIEIRA, E. M. *A medicalização do corpo feminino*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

VILLELA, W. V.; BARBOSA, R. M.; DINIZ, S. G. Morte materna, aborto e HIV/Aids: diversas faces de uma mesma moeda. *Questões de Saúde Reprodutiva*, v. 3, p. 6-9, 2008.

WAX, J. R. et al. Patient choice cesarean the Maine experience. *Birth*, Berkeley, Calif., v. 32, n. 3, p. 203-206, 2005.

WHO Appropriate Technology for Birth. *Lancet*, v. 24, n. 2 p. 436-7, 1985.

WILLIAMS, H. O. The ethical debate of maternal choice and autonomy. *Cesarean Delivery Clinics in Perinatology*, v. 35, n. 2, p. 455-462, 2008

WOLFF, F. Cesarean section on request: forensic consequences? *Gynakologische Praxis*, v. 32, n. 2, p. 231-237, 2008.

WOLFF, L. R.; WALDOW, V. R. Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. *Saude soc.* [online]., v.17, n. 3, p. 138-151, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. *Antenatal care randomized trial*. Geneve: WHO, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. *Care in Normal Birth: a practical guide*.
Genève: 1996. WHO/FRH/MSM 96.24.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. *Carta de Ottawa*. pp. 11-18. In Ministério da
Saúde/ FIOCRUZ. *Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de
Bogotá*. Ministério da Saúde/IEC, Brasília. 1986

ZHANG, J. et al. Contemporary cesarean delivery practice in the United States. *American
Journal of Obstetrics and Gynecology*, v. 203, n. 4, p. 326.e1-326.e10, 2010.

APÊNDICE A

**UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E FILOSOFIA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ESTUDOS DA SUBJETIVIDADE
Pesquisador Principal: Monalisa Nascimento dos Santos Barros
Rua Rio de Contas, 803, c. 37 Candeias, Vitória da Conquista, Bahia
Telefone: 77 81021747**

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Identificação:

NOME: _____

Idade: _____ anos

Perguntas:

1. Como você começou a participar deste grupo na rede social?
2. O que te levou a se tornar membro deste grupo?
3. Como você gostaria que fosse a assistência ao parto?
4. Qual a via de parto escolhida para o seu parto?
5. Como é a sua rede de suporte social?
6. Qual a importância deste grupo no modo de ver a assistência ao parto na cidade?
7. Como você vê a assistência ao parto descrita por seus pares?
8. Como você vê a assistência pré-natal e o movimento pela humanização do parto em nossa cidade?
9. Para onde caminha o movimento?
10. Que experiências você escolheria para contar como marcante na vivência de assistência ao parto?
11. Qual o futuro da assistência ao parto em nossa cidade?

ANEXO A

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E FILOSOFIA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ESTUDOS DA SUBJETIVIDADE
Pesquisador Principal: Monalisa Nascimento dos Santos Barros
Rua Rio de Contas, 803, c. 37 Candeias, Vitória da Conquista, Bahia
Telefone: 77 81021747

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:**

Título do Projeto: **Reconfigurando um modo de ver o parto**

Pesquisador Principal: **Monalisa Nascimento dos Santos Barros**

Orientadora: **Claudia E. Abbês Baêta Neves (Matrícula UFF 20003460)**

Instituição: **Universidade Federal Fluminense**

NOME DA VOLUNTÁRIA

IDADE: _____ **ANOS** **R.G.** _____

A(O) sra. Está sendo convidada(o) a participar do projeto de pesquisa “Reconfigurando um modo de ver o parto” de responsabilidade da pesquisadora Monalisa Nascimento dos Santos Barros e orientação da professora Claudia E. Abbês Baêta Neves, que tem por objetivo produzir interrogações nas práticas naturalizadas que se materializam na assistência ao parto, a partir dos usos contemporâneos do corpo.

Este estudo se realizará através de uma pesquisa qualitativa, fazendo uso de observações participativas de exames ultrassonográficos obstétricos e de entrevistas abertas sobre a a experiência de assistência ao parto.

As observações registradas e as respostas dadas nas entrevistas serão registradas num livro de campo ou gravadas. Suas respostas serão tratadas de forma **anônima e confidencial**, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em nenhuma fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada uma vez que seu nome será substituído de forma aleatória. Os dados coletados serão utilizados apenas NESTA pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas.

Sua participação é **voluntária**, isto é, a qualquer momento você pode recusar-se *a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento*. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição que faz parte, como também na que trabalha.

Sua participação nesta pesquisa consistirá

() em consentir a presença do pesquisador durante a realização do exame ultrassonográfico obstétrico. A observação será registrada num caderno de campo e será mantida com o pesquisador por 5 (cinco) anos e incinerada após esse período.

() em responder as perguntas que serão realizadas sob a forma de questionários. A entrevista será gravada para posterior transcrição que será guardado por 5 (cinco) anos e incinerada após esse período.

Não haverá riscos de qualquer natureza relacionada à sua participação. A sua participação nesta pesquisa poderá contribuir com os estudos sobre as práticas de cuidado e seus desafios na consolidação de políticas públicas de saúde no Brasil.

A sra. Receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço institucional do pesquisador podendo tirar dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Desde já agradecemos.

Assinatura do pesquisador

Pesquisador:

Endereço: Rua Rio de Contas, 803, c. 37 Candeias, Vitória da Conquista, Bahia

Telefone: 77 81021747. E-mail: barrosmonalisa@gmail.com

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefício de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Eu, _____, RG no. _____ declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntária, do projeto de pesquisa acima descrito.

NOME DA VOLUNTÁRIA: _____

Assinatura: _____

Local/data: _____

Telefones para contato: (77) 81021747 (77) 98074771

e-mail: barrosmonalisa4@gmail.com

Vitória da Conquista, BA, ____ de _____ de ____.

ANEXO B
RODAS DE GESTANTES



Fevereiro de 2015



26 de março de 2015



15 de abril de 2015



15 de abril de 2015



19 de maio de 2015



Maio de 2015



2 de outubro de 2015



16 de outubro de 2015



16 de outubro de 2015

ANEXO C

MAMAÇO 2015



ANEXO D**FOTOS CEDIDAS POR ALGUNS ENTREVISTADOS**











