

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
RENATA DE OLIVEIRA BRAGA DOS SANTOS

GUERRA E PARTO

Uma análise antropológica sobre a humanização
do nascimento em Belo Horizonte

BELO HORIZONTE

2016

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
RENATA DE OLIVEIRA BRAGA DOS SANTOS

GUERRA E PARTO

Uma análise antropológica sobre a humanização
do nascimento em Belo Horizonte

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Antropologia da Universidade
Federal de Minas Gerais como requisito parcial
ao título de mestre em Antropologia.

Orientadora: Deborah de Magalhães Lima
Co-orientadora: Isabel Santana de Rose

Belo Horizonte

2016

306

S237g

2016

Santos, Renata de Oliveira Braga dos

Guerra e parto [manuscrito] : uma análise antropológica sobre o parto humanizado em Belo Horizonte / Renata de Oliveira Braga dos Santos. - 2016.

222 f.

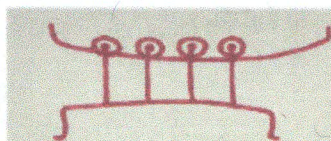
Orientadora: Deborah de Magalhães Lima.

Coorientadora: Isabel Santana de Rose.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas.

Inclui bibliografia.

1. Antropologia - Teses. 2.Trabalho de parto – Teses. 3. Humanização do parto - Teses. I. Lima, Deborah. II. Rose, Isabel Santana de. III. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. IV. Título.



PPGAN.UFMG

ATA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM ANTROPOLOGIA DE RENATA DE OLIVEIRA BRAGA DOS SANTOS (Nº DE MATRÍCULA: 2014650785)

Aos 19 (dezenove) dias do mês de dezembro de 2016 (dois mil e dezesseis), reuniu-se no Auditório Pau Brasil - Museu de História Natural e Jardim Botânico da UFMG a Comissão Examinadora, para julgar, em exame final, a Dissertação intitulada: **"GUERRA E PARTO - Uma análise antropológica sobre o nascer em Belo Horizonte"**, requisito final para a obtenção do Grau de Mestre em Antropologia, Área de Concentração: Antropologia Social - Linha de Pesquisa: Antropologia da Arte, da Ciência e da Tecnologia. A Comissão Examinadora foi composta pelas professoras doutoras: **Deborah de Magalhães Lima – Orientadora – (PPGAN-FAFICH/UFMG); Karenina Vieira Andrade (PPGAN-FAFICH/UFMG) e Erica Dumont Pena – (Escola de Enfermagem/UFMG)**. Abrindo a sessão, a Presidenta da Comissão, Profa. Dra. Deborah de Magalhaes Lima, após dar a conhecer aos presentes o teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à mestrande Renata de Oliveira Braga dos Santos, para apresentação de sua Dissertação. Seguiu-se a arguição pelas examinadoras, com a respectiva defesa da candidata. Logo após a arguição dos examinadores, a Comissão se reuniu, sem a presença da mestrande e do público, para julgamento e expedição do resultado final. Concluída a reunião, os membros da Comissão Examinadora aprovaram a Dissertação por unanimidade e o resultado foi comunicado publicamente à candidata pela Presidenta da Comissão. Nada mais havendo a tratar, a Presidenta encerrou a reunião e lavrou a presente ATA, que será assinada por todos os membros participantes da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 19 de dezembro de 2016.

Profa. Dra. Deborah de Magalhães Lima
(Orientadora)

Profa. Dra. Karenina Vieira Andrade

Profa. Dra. Erica Dumont Pena

Dedicatória

Dedico este trabalho a cada ser que no planeta chega.
A vocês, meu desejo de todo amor e acolhimento.

Agradecimentos

Agradeço a todos que cruzaram meu caminho e me permitiram seguir esta difícil e intensa trilha da dissertação e da maternidade.

Agradeço a meu companheiro, Patrick, por me fazer mãe e estar sempre ao meu lado. Sem ele esse trajeto teria menos cores.

Agradeço a meu filho, Pedro, que transformou para sempre minha vida em algo muito mais pleno e desafiador.

Agradeço ao bebê que está por vir, por me lembrar que a vida nunca para de nos pedir para enfrentar as coisas novas e surpreendentes que o caminhar nos traz.

Agradeço a todas as amigas e amigos que acompanharam meu percurso. É sempre difícil citar todos os que nos foram tão importantes, mas alguns são impossíveis de não agradecer e nominar.

A Lorena Oliveira, por tanto me ouvir, ajudar a organizar as ideias, me levar para espalhar e se divertir com meu filho.

A Lânia Silva, por todas as trocas, a ela e Teresa por tantas manhãs e tardes em que gentilmente receberam Pedro em sua casa para brincarem enquanto eu trabalhava.

A Zakia, Carmelita, Andréa, Meire, por todo o apoio emocional e também de transcrições intermináveis nas quais me auxiliaram.

À minha orientadora, Deborah Lima, que muito pacientemente acompanhou meu processo, cheio de idas e vindas.

À minha co-orientadora, Isabel de Rose, que abriu perspectivas na antropologia da saúde e foi mais do que paciente e generosa com seus conselhos, leituras e retornos às minhas dúvidas e versões deste texto.

A todas as entrevistadas e entrevistados, participantes dos grupos, doulas e ativistas do parto humanizado, agradeço pela troca, afeto e disponibilidade que recebi. Sem vocês este trabalho não existiria.

A todas meu muito obrigada, com imensa gratidão por tudo que recebi.

Epígrafe

Nos ensinaram coreografias pré-moldadas,
Em que o balanço e a espontaneidade não cabem,
E assim, pouco a pouco deixamos de dançar.
Somos corpos reprimidos que pairam
Por medo de errar a coreografia,
De errar a medida, de errar...

Desensinamentos
Jenyffer Nascimento

Sumário

Resumo	10
Abstract.....	11
Introdução	12
1º Capítulo – Parir a história.....	34
1.1. O penoso século XIX	35
1.2. O corpo feminino	37
1.3. A ciência, o iluminismo e seus efeitos no Brasil	39
1.4. Parindo em casa – Parteiras, comadres, aparadeiras.....	41
1.5. O desenvolvimento do hospital – de lugar de escravo a lugar de prestígio.....	43
1.6. A criação da noção e da necessidade das maternidades	47
1.7. Noção de população e impactos nos cuidados à saúde	48
1.8. A sexualidade, a clínica médica, o hospital e a repressão	50
2º Capítulo – A pele que habito.....	61
2.1. Relato de Maria.....	62
2.2. Relato de Ceci	71
2.3. Relato de experiência pessoal	77
2.4. Porque escrever e disponibilizar relatos?.....	94
2.5. Espiritualidade e gestação: gerando vidas físicas e metafísicas	95
2.6. Autonomia e escolha da mulher.....	98
2.7. Modelos assistenciais de atendimento obstétrico	101
2.8. A política do medo e a responsabilidade impotente	103
2.9. Iniciação à maternidade	107
2.10. A cesariana e a autonomia feminina: O caso Adelir	112
2.11. Sobre autonomia e desejo.....	116
3º Capítulo - Parto humanizado – o que é isso afinal?	126
3.1. Parir – um campo de batalha.....	135

3.2.	Tipos de parto, segundo ativistas	137
3.3.	Quem forma o campo do parto humanizado em Belo Horizonte?.....	142
3.4.	Olhares sobre a parteira	145
3.5.	Preparar-se pra parir.....	146
3.6.	Maternidades em Belo Horizonte	151
3.7.	A doula: que papel é esse?	170
3.8.	Financiamento da assistência: limites e possibilidades	174
3.9.	Políticas de remuneração médica – o caso da Unimed BH	177
4º	Capítulo – À guisa de conclusões, ou iluminando o caminho a vela	183
4.1.	História da formação do campo médico e obstétrico.....	189
4.2.	Profissões em cena: as disputas em torno do parto.....	190
4.3.	O lugar das instituições no debate obstétrico.....	194
4.4.	Sobre imagens de parto e conflitos de classes sociais	199
4.5.	Trajetórias maternas e suas adesões aos sentidos da humanização.	205
4.6.	O medo – o grande aliado	208
4.7.	Financiamento da obstetrícia e características assistenciais	209
4.8.	O não lugar da Antropologia do parto	211
4.9.	Sobre a necessidade da inserção da diversidade no debate.....	213
4.10.	Produzindo conhecimento (e assistência) a partir da noção de ser afetado	217
	Obras Citadas.....	219

Índice de Gráficos e Tabelas

Figura 1 - Distribuição do tipo de parto em Belo Horizonte	136
Figura 2 - Taxa de cesarianas por maternidade em Belo Horizonte.....	136
Tabela 1 - Programa Incentivo ao Parto Normal Unimed BH	178
Tabela 2 - Remuneração de procedimentos - Unimed BH - 2011 e 2015.....	180

Resumo

O evento do nascimento se tornou, na atualidade, um verdadeiro campo de batalha para mulheres de diferentes origens sociais. A transformação do ambiente de parto, saindo da condição doméstica e feminina, para a inserção hospitalar e medicalocêntrica retirou gradualmente a autonomia da mulher nos processos de parturição, e teve consequências importantes que ressoam na assistência atual e este histórico é aqui retomado. O trabalho posteriormente se debruça sobre a organização da assistência ao parto em Belo Horizonte e os embates ocorridos entre o modelo tecnocrático e o movimento pela humanização do nascimento, buscando caracterizar categorias profissionais, instituições e decisões assistenciais na cidade, a partir do discurso dos entrevistados pela pesquisa. O movimento de humanização é avaliado em sua lógica de ação, de maneira a perceber características que o formam e colaboram para reiterar imagens reificadas da mulher e da maternidade, além de estabelecer uma diferenciação de classe para a reflexão sobre o cenário obstétrico.

Palavras chave: Antropologia do parto; assistência ao parto; movimento de humanização do nascimento; diversidade no cuidado à saúde.

Abstract

The birth event has become a real battleground for women of different social backgrounds. The transformation of the delivery environment from the domestic and female conditions to the hospital and medical-centered insertion gradually removed women's autonomy in parturition processes, and had important consequences that resound in the current assistance and this history is resumed here. The work later focuses on the organization of childbirth care in Belo Horizonte and the conflicts between the technocratic model and the movement for the humanization of birth, aiming to characterize professional categories, institutions and care decisions in the city, based on the discourse of the interviewees by the search. The humanization movement is evaluated in its logic of action, in order to perceive characteristics that form it and collaborate to reiterate reified images of women and maternity, in addition to establishing a class differentiation in the reflection on the obstetric scenario.

Keywords: Anthropology of childbirth; Delivery assistance; Movement of humanization of birth; Diversity in health care.

Introdução

Falar sobre o evento do nascimento sempre me pareceu extremamente desafiador, ainda mais quando se busca trabalhar este tema a partir da possibilidade de contribuição da antropologia. O duplo movimento necessário à antropologia do parto, com a atenção ao caráter único e individual de cada experiência de nascimento, conectada, no entanto, à percepção geral de como a forma de nascer está pautada por questões externas e sociais, que estão inseridas em uma estrutura política maior e que quase em nada se relaciona às escolhas individuais e familiares que possam ser feitas. Entre o ‘zoom in’ e o ‘zoom out’, minha curiosidade e meu olhar sempre escaparam entre pessoas, instituições, contextos e lugares diferenciados de fala. Ao longo da pesquisa fui aprendendo como esses lugares de fala e contextualizações gerais originavam diferentes pressupostos de verdade e da forma como o evento do nascimento deveria, portanto, ser tomado e tratado. Este trabalho está sempre pendendo entre olhares de pessoas, percebidos por ângulos diversos, numa tentativa de abrir perguntas, mais do que responde-las, e buscar parte da complexidade que me foi apresentada.

Considero bastante provocativa a proposta de Favret-Saada (FAVRET-SAADA, 2005), de enxergar a maneira de construção do conhecimento etnográfico pela “modalidade do ser afetado” em campo (FAVRET-SAADA, 2005, p. 156). A autora considera que a observação participante é, na melhor das hipóteses, um oxímoro – como ela chama a atenção – observar participando ou participar observando são de fato uma contradição em termos, ou em suas palavras, “quase tão evidente como tomar um sorvete fervente” (FAVRET-SAADA, 2005, p. 157). O método etnográfico estaria preso a uma situação de uma ‘externalidade’ à realidade etnografada. A pressuposição implícita em grande parte da antropologia seria a de que o olhar do etnógrafo seria de alguma forma mais acurado e capaz de não cair nas armadilhas do simbolismo e da irracionalidade, tendo o preparo necessário para caminhar pela realidade do outro, enxergando além do que o nativo pressupõe compreender. A racionalidade do etnógrafo cumpriria então papel exemplar de ordenar, através do campo visível, observável e identificável, este espaço caótico da simbologia, buscando as suas informações através da observação dos fatos ou interrogação de seus informantes. A racionalidade ordenadora passa à frente, organizando as ideias e o material ‘recolhido’ no campo, deixando de fora as

informações sensíveis sobre como tudo isso chegou até o etnógrafo ou sobre o que o etnógrafo vivenciou para perceber o campo desta e não de outra forma.

Saada chama então a atenção para o lugar paradoxal do afeto dentro da disciplina da antropologia – normalmente os antropólogos ignoram a sua existência ou o consideram apenas para reconhecer seu lugar diminuto, dentro da construção cultural racionalizada (FAVRET-SAADA, 2005). Para a autora, no entanto, o conhecimento que a interessa gerar tem como única possibilidade de produção atravessar a ‘barreira’ do ser afetado, e entrar em uma situação de experimentação do universo do outro, aceitando ocupar um lugar dentro do seu ‘sistema nativo’. Essa aceitação do seu lugar no sistema nativo, em que a inserção da pesquisadora passa pela experiência de ser afetada, abre espaço ao que ela chama de uma comunicação involuntária, não intencional, verbal e não verbal, que em nada se confunde com a ideia de empatia. Não é necessária uma identificação com o ponto de vista nativo, mas o reconhecimento de que a comunicação intencional e direta usualmente utilizada pelas etnografias clássicas é insuficiente para abarcar a complexidade da realidade nativa e de todo seu campo de comunicações, sendo normalmente mais ricas as comunicações que se dão no plano involuntário e as que se fazem através do que não é dito. Não é preciso ser dito, pois está compartilhado como sentido e compreendido por todos os integrantes no espaço de um gesto ou de um silenciamento. Para isso é preciso, de alguma maneira, olhar pelo lado de dentro, compartilhando de algum lugar interno ao sistema nativo, correr os riscos de se pertencer a este local e pender, durante todo o tempo, entre esquecer-se como etnógrafo e retomar seu desejo de sistematização e conhecimento que o colocam neste lugar, entre vivenciar sem intencionalidades uma situação e, posteriormente, revisita-la, através de seus escritos e memórias, em busca dos fios de conexão que então se tornam mais visíveis.

Como Goldman afirma,

“Nos termos de Favret-Saada, trata-se assim de ser afetado pelas mesmas forças que afetam o nativo, não de pôr-se em seu lugar ou de desenvolver em relação a ele algum tipo de empatia. Não se trata, portanto, da apreensão emocional ou cognitiva dos afetos dos outros, mas de ser afetado por algo que os afeta e assim poder estabelecer com eles uma certa modalidade de relação, concedendo “um estatuto epistemológico a essas situações de comunicação involuntária e não intencional” (FAVRET-SAADA, 1990, p. 9).[...] Pois se a antropologia se desenvolveu buscando estudar outras sociedades de um ponto de vista a elas imanente, uma das dificuldades da disciplina, quando se volta para o estudo da sociedade do observador, parece

ser sua incapacidade de manter simultaneamente o descentramento de perspectiva que sempre a caracterizou e a capacidade de dar conta das variáveis sociais efetivamente estruturantes.” (GOLDMAN, 2003, p. 465)

Evidentemente, ao estudar o evento do nascimento em minha sociedade, eu estaria sujeita a todos os questionamentos acima colocados: maneiras de me relacionar com o campo, encontrar uma forma de ser afetada por ele e estar dentro de seu sistema de lugares, transitar entre o descentramento e a capacidade de compreensão de variáveis sociais estruturantes. Um campo desafiador que percorri com dúvidas, questionamentos e muita insegurança quanto à melhor maneira de inserção, escuta, escrita, tradução.

Em meio a esse percurso, algo ocorreu fora da minha programação e acabou me convidando a tomar certo lugar dentro desse ‘sistema nativo’ e, ao olhar para trás, percebo seu caráter decisivo na vivência e no entendimento do silêncio entre falas. Engravidei, mesmo sem ter tido a pretensão de me tornar mãe naquele momento. Percebo a enorme relevância de ter me tornado gestante, puérpera, mãe, e vivenciado a experiência de parir e de estar internada em uma instituição hospitalar por problemas de saúde com meu filho, por duas vezes consecutivas, experimentando em mim a complexidade de suas regras e formas de estruturação da convivência institucional.

Sobre o lugar da experiência pessoal, endosso a noção de Rosamaria Carneiro, que, em seu artigo em defesa do campo da antropologia do parto no Brasil, chama a atenção para a atual influência, nesse campo de estudos:

“o encontro entre vida pessoal e vida de pesquisa, fazendo do “pessoal” não mais somente o “político”, mas também o acadêmico e o investigativo. Nessa nova figuração, barreiras como objetividade/subjetividade se veem desalojadas na produção do conhecimento antropológico. E isso contribui para a reflexão epistemológica do próprio corpo, adensando algo que já constitui a antropologia per si e desde os seus primórdios.” (CARNEIRO, 2014, p. 17)

Ela afirma ter percebido em sua tese que a maternidade se tornava um ponto de inflexão na vida das mulheres (CARNEIRO, 2011), alterando os rumos profissionais de muitas delas após passarem pela experiência de um parto humanizado. Muitas dessas mulheres que vivenciam partos humanizados transformadores de sua realidade acabam por se dedicar a atividades profissionais diretamente relacionadas ao parto e à maternidade, ao ativismo da humanização, à doulagem¹. Ela entende, portanto, que não seria diferente

¹ A doula é uma profissional dedicada a dar atenção à mulher e eventualmente seus familiares, oferecendo suporte emocional, físico e informativo. O suporte pode ter início antes do trabalho de parto, mas é

entre as antropólogas, que, experimentando uma experiência pessoalmente transformadora também se apropriariam da mesma, em uma ressignificação de seu trabalho e da maneira de concebê-lo, escrever sobre ele, se relacionar com o tema. Por isso ela considera epistemologicamente frutífera a relação da maternidade vivenciada pelas antropólogas e o desenvolvimento do campo de pesquisas em antropologia do parto, que tende a se complexificar a partir das contribuições dadas por essas autoras, e colocando de forma proeminente o desafio de estranhar a própria vivência.

Em artigo de 2015, Muller et al avaliam o campo de estudos da antropologia do parto e a maneira como este é frequentemente recebido pela comunidade acadêmica em geral. Segundo as autoras, é comum que o estudo da antropologia do parto esteja particularmente inserido em uma lógica de deslegitimação do campo, por quem não está participando de suas pesquisas diretamente:

“(...) ora através do não reconhecimento daquelas que seriam nossas “nativas” – o que será melhor discutido mais a frente – ora através de táticas de silenciamento, segundo as quais as considerações feitas pelas pesquisadoras são vistas como problemáticas, não num sentido epistemológico e/ou metodológico, mas com uma conotação de desqualificação de seus posicionamentos enquanto pesquisadoras.” (MÜLLER; RODRIGUES; PIMENTEL, 2015, p. 275)

Para estas autoras o lugar de tabu do tema do parto nas ciências humanas em alguma medida refletiria o lugar social do tema em nossa sociedade atual. A retomada do lugar da biologia, em especial nos estudos de gênero, seria, de acordo com Muller et al, algo perturbador. Elas perceberam que a retomada do tema da reprodução feminina e, especialmente, considerando-o como possível aspecto de libertação e empoderamento das mulheres foi frequentemente mal recebida por pesquisadores em congressos dedicados a estudos de gênero. O fato de que se una, em uma mesma circunstância, ativismo e pesquisa parece ser um problema quando o assunto tratado é o evento do nascimento – o que não necessariamente ocorre em outros temas de caráter mais hegemônico no campo de estudos de gênero. Muller et al reivindicam, no entanto, que não há neutralidade na construção de conhecimento, e que a condição de posicionamento político não impede que pesquisadoras possuam capacidade analítica e

durante essa experiência que sua presença costuma ser mais marcante. Maiores informações sobre ela serão trazidas no capítulo 3, que também debate sobre os sentidos da humanização do parto e os atores que participam do mesmo.

de construção da pesquisa para exercer um olhar crítico sobre os poderes e discursos do campo. Elas se posicionam como pesquisadoras que adotam

“a noção de campo-tema discutida por Peter Spink (2003), de acordo com a qual não há uma diferença fundamental entre curiosidade e ciência. Para este autor, a aproximação com o campo também acontece por meio de vivências cotidianas da/o pesquisador/a com o tema, as leituras, conversas, situações planejadas ou inusitadas que podem remeter àquilo que se deseja pesquisar. (...) Ou seja, toda/o pesquisador/a precisa ter noção de que faz parte do campo tema e de que se debruçou sobre uma determinada pesquisa porque acreditou que podia ser útil, logo, encontra-se vinculado ao campo-tema.” (MÜLLER; RODRIGUES; PIMENTEL, 2015, p. 273-274)

Por isso para elas não haveria incompatibilidades entre a posição de ativismo ou atuação na área de estudo e a prática de pesquisas em seu seio. Por fim, as autoras destacam que

“(...) se para certas abordagens feministas o aborto representa uma ruptura radical com a natureza, oportunidade das mulheres afirmarem suas autonomias, controle sobre seus corpos e autodeterminação, o parto parece ser lido como o seu oposto, como uma permissividade quanto à ação da natureza, uma reafirmação da mulher quanto àquilo que a essencializa e a coloca numa escala inferior nas relações de gênero. Nestes termos, podemos nos questionar se situar a dominação sobre a mulher no seu próprio corpo não seria uma forma de essencialismo.” (MÜLLER; RODRIGUES; PIMENTEL, 2015, p. 291)

Parece, então, que o estudo inserido no campo da antropologia do nascimento corresponde não apenas a um desafio metodológico e de capacidade de distanciamento e olhar crítico sobre o campo de atuação, trazendo o debate levantado por Favret-Saada e Goldman, mas igualmente a um ponto de reflexão dentro do ambiente acadêmico de produção de conhecimento, tensionando as relações e colocando em pauta a necessidade de discussão sobre temas liminares de nossas concepções sobre o mundo.

Trajetória pessoal e acadêmica

Minha gravidez chegou logo no primeiro ano de mestrado, ou melhor, no segundo mês de aulas, e me colocou frente a vários desafios particulares. Eu havia largado meu trabalho para ingressar no mestrado e naquele momento havia devolvido meu apartamento alugado para me dedicar aos cuidados da saúde de minha mãe, que então estava em delicada situação cardíaca, com frequentes internações, exames, intervenções e cirurgias. Ao me descobrir grávida me vi sem residência própria, morando com meu parceiro na casa de minha mãe que estava no auge de seus problemas de saúde, sem trabalho e sem reserva financeira alguma. O primeiro ano de mestrado foi marcado na vida pessoal por um processo de estruturação física e financeira, para a chegada de um

bebê inesperado. Após o nascimento de meu filho, minha sogra apresentou graves problemas de saúde, sendo necessário trazê-la para morar conosco. Foram três acidentes vasculares cerebrais em apenas quatro meses, além de outras doenças de fundo já implantadas há anos, o que nos exigiu uma intensa reorganização e ordenamento da vida particular. Por motivos variados, o período do mestrado nos presenteou com três mudanças de residência, sendo duas delas para municípios diferentes. Vários outros acontecimentos que não vêm ao caso no momento rechearam essa intensa trajetória e nos requisitaram tempo, energia, recursos que tivemos que buscar, em meio ao percurso acadêmico que corria em paralelo.

Manter minhas expectativas de pesquisa de campo diante de questões pessoais que tomavam meu tempo e minha capacidade de me dedicar a uma imersão de pesquisa se tornou pouco a pouco inviável. A intenção inicial era produzir dois momentos etnográficos de situações de parto diferenciadas: uma em Jenipapo de Minas, pequeno município do interior de Minas Gerais, do Vale do Jequitinhonha, de onde provinham relatos sobre parteiras e sua atuação, outra em Belo Horizonte. A ideia era provocar o contraponto entre realidades etnográficas distintas que lidavam com um mesmo evento: o nascimento. Engravidar foi um convite a refazer minhas expectativas diante um período bastante diminuto de pesquisa, em que seria praticamente impossível cumprir o trajeto imaginado.

No primeiro ano de mestrado insisti em não perder de vista a parturição de Jenipapo de Minas. É fascinante a força da imagem das parteiras, que permanecem figuras recorrentes nas falas das pessoas ligadas à assistência ao nascimento, mesmo em Belo Horizonte. Foi possível, no entanto, apenas a realização de uma visita inicial à cidade, vivenciada como pré campo, com duração de três dias, em outubro de 2014. Nela mesmo as anotações eram esparsas e despretensiosas, como quem sabe que está ali apenas para ser apresentada ao local onde terá posterior imersão, estabelecendo os primeiros contatos que serão ainda aprofundados. Não queria perder a oportunidade dessa conexão particular que é estar grávida entre parteiras. Estava, assim, assumindo meu lugar de gestante no sistema de parturição – um lugar no sistema nativo – e isso me abria um campo de diálogo diferenciado com elas. Meu filho nasceria no mês seguinte, o que impedia qualquer aprofundamento naquele momento. Voltei da visita de pré campo com muitos relatos de partos, receitas de benzeções, a previsão de tempo até

parir e a indicação de chás para o puerpério². Não poder retornar a esta cidade para a imersão etnográfica depois do contato inicial foi algo pesaroso e que demorei a processar e aceitar.

Em Belo Horizonte minha aproximação com o campo de pesquisa já estava de alguma forma em curso, antes mesmo do ingresso no mestrado. Desde 2011 atuava como mobilizadora para a Rede Saúde e Cultura de Minas Gerais, então em formação, em uma iniciativa conjunta entre Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e Ministério da Cultura (MinC), para fazer comunicar e visibilizar ações que permitissem a percepção do entrelaçamento entre as áreas de saúde e de cultura, percebendo suas interdependências e interlocuções e pretendendo levantar a discussão sobre políticas públicas de ambas as áreas que considerassem a diversidade nos modos de cuidado à saúde a partir da perspectiva cultural. O lançamento oficial da Rede Saúde e Cultura de Minas Gerais foi organizado por nós, em julho de 2012, integrando a programação do Festival de Inverno da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM). Nesta ocasião tivemos a oportunidade de desenvolver uma grade de programação e um ponto permanente de debate no festival, com a presença de pessoas e instituições que foram se tornando cada vez mais parceiras da estruturação da Rede em Minas Gerais. Neste encontro tivemos rodas de conversa sobre parto, parteiras, exposição fotográfica e audiovisual sobre o tema, além da participação de pessoas e associações atuantes na área. A partir daí a ligação deles com a Rede se tornou mais intensa e tive a oportunidade de algumas trocas ao longo dos anos em que participei na mesma, já que fui sua mobilizadora entre agosto 2011 e janeiro de 2014, com pequeno intervalo, tendo saído dela apenas ao iniciar o curso de mestrado. O tema gerou em mim grande interesse e passei também a acompanhar parte da discussão sobre humanização do nascimento, especialmente em Belo Horizonte, o que me fez participar de grupos de discussão, especialmente virtuais,

² O puerpério, de acordo com a percepção da categoria médica, é o período posterior ao parto, no qual o corpo e a mulher estão passando por grandes alterações físicas, psíquicas e emocionais. Em termos fisiológicos, o corpo está retomando aos poucos sua condição pré-gravídica, e em geral se aceita que o seu fim fisiológico se dê quando a mulher retoma sua função reprodutiva, que pode variar entre 6 a 8 semanas (entre não lactantes) e 6 a 8 meses ou mais (entre lactantes). O puerpério é conhecido como um período de intensas emoções à nova mãe, que além de uma reestruturação corporal passa também por uma reorganização psíquica e de relações com a chegada do bebê. Os chás indicados tinham a intenção de ajudar em meu restabelecimento físico, bem como auxiliar em questões práticas com o bebê, como a icterícia ou gases. Vale dizer que o puerpério pode ser vivenciado de formas distintas, que são intrinsecamente conectadas às formas culturais, sendo atualmente um conceito em intenso debate, mesmo na área de saúde.

acompanhar debates políticos, assistir a filmes e conversas, e se somou às visitas a grupos de preparação de gestantes, chás de bênçãos³ e outros eventos. Com o tempo, minha vinculação foi se tornando mais forte com um dos grupos de gestantes de Belo Horizonte, organizado de forma autônoma por um coletivo de doulas, que tinha debates periódicos presenciais, além de atuação na internet. Acompanhei parte de seus eventos e sua repercussão na internet, fui a reuniões, acompanhei grupos virtuais de discussão, fiz seu curso de doulas, acompanhei o grupo formado pelo curso, tive minha experiência de registro de parto por uma das doulas que integrava esse grupo.

O curso de doulas foi realizado durante um feriado prolongado, em um sistema de imersão de quatro dias, com intensa programação que ocorria iniciando pela manhã e indo até o fim da tarde. Nela eram abordados variados assuntos, desde evidências científicas para contraposições a casos conhecidos de usos de justificativas médicas inadequadas para conduzir os casos aos desfechos desejados pelas equipes, até formas de massagem, uso de rebozo e bola suíça no trabalho de parto, uso de música ou óleo, papel da doula no apoio à mulher e às famílias. Vários convidados, em sua maioria com alguma ligação com a área da saúde, rechearam a programação, trazendo um pouco de sua experiência e também conhecimento técnico. Vivências também entremeavam a programação, trazendo uma considerável costura ao grupo, com momentos de forte conteúdo emocional. O grupo se mantém razoavelmente em contato, mesmo após dois anos de finalização do curso. Sugestões de formas de precificar seu trabalho, bem como de realização de um início gratuito e voluntário, também eram comuns na programação e ao final do curso algumas alunas começaram a trabalhar em conjunto com professoras, num sistema de retaguarda voluntária, de forma a terem a oportunidade de uma prática guiada, em uma espécie de ‘estágio’. Foi formado um grupo de facebook e de whatsapp de comunicação das ‘Novas Doulas’, ainda hoje utilizado para tirar dúvidas, trocar experiências, pedir indicações de voluntárias a quem não pode custear o serviço, etc. No facebook o grupo ganhou o nome de Semientes – Doulas e Mulheres, em homenagem à existência de uma espanhola entre as alunas, que na época estava com uma gestação já

³ Organizado pelo grupo de doulas como uma forma de boas vindas à criança que chega e de acolhimento da gestante com mais de 37 semanas, o chá de bênçãos é feito em local de escolha de uma das gestantes. Um grupo de mulheres – convidadas pela gestante ou que fazem parte do movimento de humanização e são convidadas pela rede virtual – vai até o local para uma celebração do nascimento que está por vir e desejar a bênção para o momento do parto. Cada uma diz à gestante palavras de carinho e estímulo para a nova etapa. É feito um banho de escalda-pés e toma-se um chá, ambos estimulantes das contrações uterinas, sinalizando ritualisticamente que a gestante está finalmente pronta para receber a criança que irá chegar.

no terceiro trimestre. O grupo de professoras que foi formador no curso segue como referência e frequentemente alguma delas é invocada a esclarecer alguma questão, diante do tipo de experiência que adquiriu com o tempo. Uma das professoras/doulas foi candidata a vereadora nas últimas eleições municipais, alcançando votação importante para quem se apresentava pela primeira vez em uma concorrência política. Ela vem construindo nos últimos tempos uma atuação política local importante nos assuntos relacionados à mulher, maternidade, atendimento hospitalar e obstétrico, além de educação infantil, se fortalecendo também como uma referência para doulas e gestantes que adentram as discussões sobre humanização do nascimento na cidade e mães que permanecem neste debate.

Ao longo do tempo, tive a oportunidade de conhecer outras pessoas tidas para este grupo de doulas em particular como referência assistencial para a obstetrícia e enfermagem obstétrica na cidade. Uma das enfermeiras muito reconhecida na área me assistiu durante todo o pré-natal e sua equipe assistiu meu parto, que ocorreu em domicílio, de forma planejada. Tive também a oportunidade de acompanhar, na condição de doula, uma mulher, em uma intensa experiência de profunda partilha, seguida por períodos de distanciamento de quem tenta viver seu puerpério, de um lado, e do outro parir uma dissertação. Já na reta final do mestrado e considerando que não ter participado da cena de outros partos que não o do meu filho era talvez insuficiente diante do que gostaria de experienciar, busquei a oportunidade de acompanhar uma doula experiente, servindo como sua retaguarda. Abri este desejo no grupo de facebook de doulas formadas no curso e logo veio a sugestão, por parte de uma das doulas que estava recém parida, de acompanhamento de uma gestante. A ressalva, no entanto, era de que ela gostaria de ter uma única doula para o nascimento de seu filho, e por isso eu precisaria me responsabilizar integralmente pelo seu atendimento. Com certo frio na barriga, mas confiante de que seria uma vivência transformadora, aceitei o desafio. Trocamos contato, fui até sua casa conhece-la, passamos uma tarde em longa conversa e agradável troca. Expliquei da pesquisa e dos meus desejos, que em parte se davam pela experiência de doulagem em si, e em parte tinham seu sentido como pesquisadora, nesse lugar imiscuído que é ser parte de fato de uma realidade viva, que pede para ser vivenciada em toda sua complexidade⁴. Pareceu-me que a pesquisa poderia causar

⁴ Não à toa o texto de Favret-Saada causou em mim tamanho impacto, pois de fato eu já estava tomando lugares nos sistemas nativos – como gestante, como doula, como ativista –, embora à época com pouca

algum desconforto, mas tivemos grande conexão neste primeiro dia e então seguimos conversando por whatsapp, telefone e trocando e-mails. Li seu plano de parto, conversamos sobre seus desejos, ouvi seu histórico familiar, conheci seu companheiro, e residência. O plano era ter o filho em casa, acompanhada pela equipe de atendimento domiciliar de uma instituição pública da cidade, que o fazia através do Sistema Único de Saúde. Conheci Mirela em uma quinta feira e na madrugada de sábado para domingo sua bolsa rompeu, dando início a um longo trabalho de parto que seguiu até o início da noite de segunda feira. Seu trabalho de parto foi intenso e longo. Após acompanhá-la por vinte e quatro horas seguidas tive que me render à minha residência, onde meu filho me esperava, prazos de trabalho findavam no mesmo dia e a vida pedia retorno e algum descanso. Não tive por isso a oportunidade de presenciar o esperado momento do nascimento de seu filho, o que à época ficou como uma dor por não ter tido a oportunidade de concluir toda a intensidade do processo pelo qual passamos juntas. O parto, planejado para ocorrer em domicílio, terminou em uma transferência hospitalar por bolsa rota há mais de dezoito horas, conforme protocolo da instituição. Foi preciso iniciar a aplicação de antibióticos, para diminuição do risco de infecção diante da rotura de bolsa. Já no fim do trabalho de parto, quando não estava mais presente, foi utilizada também a ocitocina para auxiliar na finalização da dilatação, também diante da exaustão materna por dois dias em trabalho de parto. Enquanto estive com ela pudemos tentar algumas das técnicas como caminhar, sentar e rebolar na bola suíça, massagear as costas, tomar banho de chuveiro e posteriormente de banheira, em um longo percurso. A transferência para o hospital teve claros impactos sobre Mirela, que visivelmente se recolheu, em alguns momentos, por se sentir invadida por algumas atitudes da enfermeira responsável pelo seu acompanhamento na instituição. Esta toda vez que ia ao quarto contava de mais um bebê que havia nascido e a expectativa da performance de Mirela parecia aumentar a cada nova visita. O fato de ter uma doula acompanhando facilitou para dar um pouco mais de tempo entre as visitas da enfermeira ao quarto, o que foi positivo ao desenvolvimento do trabalho de parto. No entanto, dentro do quarto ficavam guardados objetos de uso de outras equipes e frequentemente houve entrada de pessoas com as quais Mirela não havia estabelecido qualquer relação apenas para acessar um armário onde estes pertences ficavam, em uma situação que se tornava

clareza do que isso significava, e uma teoria que percebesse e propusesse um diálogo com essa vivência da realidade me pareceu, mais que bem vinda, bastante necessária na expressão do que havia sido o percurso de campo para mim e o conhecimento que eu desejava poder gerar a partir daí.

desconfortável e de alguma forma parecia contribuir para o alargamento daquele trabalho de parto, continuamente interrompido em sua intimidade. A troca de enfermeira responsável por outra, que acompanhava a gestante durante o pré-natal na instituição, fez toda a diferença e a progressão da dilatação foi bem mais rápida depois disso. A segunda enfermeira também tinha uma postura de mais atenção ao desejo da gestante, sabendo claramente todos os pontos cruciais do plano de parto e negociando com a equipe médica para buscar sua realização. Esta enfermeira conseguiu alargar os prazos antes do início do uso da ocitocina, dar mais tempo à progressão natural do corpo e foi importante emocionalmente para que Mirela finalmente ‘se entregasse à partolândia’⁵. Ter participado deste processo foi uma experiência fantástica, à qual só posso ser grata por ter tido a oportunidade de vivenciar, em toda sua complexidade e vitalidade. Posteriormente Mirela foi uma das mães que foram entrevistadas da pesquisa, quando seu filho tinha aproximadamente um mês e meio de nascido, tendo sido a última de minhas entrevistas. Ainda hoje trocamos mensagens com conteúdo bastante íntimo, compartilhando percepções de mundo, sobre assuntos diversos como maternidade, amamentação, meio ambiente, atendimento de saúde, criação com apego, etc. A segunda enfermeira a atender Mirela foi uma das minhas entrevistadas na pesquisa, e suas falas são identificadas com o codinome Sol.

Parte do processo de acompanhamento do grupo de doulas da cidade, a realização do curso de doulas, a vivência de minha própria gestação e parto ocorreram durante o primeiro ano do mestrado, quando tudo ainda se descortinava enquanto aluna da pós-graduação, vivenciando conteúdos de aulas, discussões teóricas e aprofundados questionamentos sobre o fazer antropológico, ao mesmo tempo em que uma imensidão de experiências da vivência de campo ocorria simultaneamente. No entanto, talvez por meu histórico dentro de outras áreas das ciências sociais – sociologia e ciência política – eu de alguma forma achava que o que estava fazendo em Belo Horizonte ainda não era meu campo, que ele teria início em algum momento em que eu ‘desse a largada’, estruturasse o que eu estava disposta a compreender, ou de alguma maneira me relacionasse, de forma intencional, com o tema da obstetrícia. Muito do que aprendi foi em movimento não intencional, mas de observação curiosa e, posteriormente, também interessada em entender e evitar desfechos desfavoráveis na própria pele, diante da notícia da gravidez. Hoje sinto por ter feito apenas pequenos e eventuais apontamentos

⁵ A partolândia é o momento de estado alterado da consciência que ocorre durante o trabalho de parto.

sobre todo esse processo, já que agora tenho mais clareza de que estes teriam sido importantes como ferramenta de análise, um caderno de campo para consulta depois de passados os acontecimentos com todas as suas intensidades.

Cheguei, com isso, ao fim do período de mestrado com poucas anotações e muita insegurança pelo percurso realizado e a sensação de não ter ainda iniciado uma relação de pesquisa com o campo. Diante da falta de anotações consistentes do trajeto seguido, optei por organizar o olhar através da realização de quinze entrevistas semiestruturadas, feitas entre julho e setembro de 2016. Foram entrevistados 04 médicos, 03 enfermeiras, 03 doulas e 05 mães, que se dividem da seguinte forma:

- 04 médicos, sendo dois reconhecidos e que se identificam como pessoas do campo da humanização do nascimento e dois que não se percebem neste lugar. Entre os quatro médicos entrevistados um deles pertencia ao Conselho Regional de Medicina. Dois deles trabalham em hospital público de referência em humanização de Belo Horizonte. Um deles era diretor clínico obstétrico de outra maternidade pública da cidade.

- 03 enfermeiras obstetras, as três com experiência em parto hospitalar e domiciliar. A experiência de parto domiciliar provinha, no caso de duas enfermeiras, de atendimento público via Sistema Único de Saúde, e uma delas de atendimento por equipe particular. Entre as enfermeiras obstetras, uma delas é professora universitária e organiza uma equipe local de atendimento obstétrico domiciliar. Outra coordena a enfermagem obstétrica de um hospital de referência em humanização e a terceira trabalha nesse mesmo hospital.

- 05 mães, com situações diferentes de parto e pós-parto: duas mães com dois filhos, uma com parto normal seguido de cesariana, outra de cesariana seguido de parto normal, três mães de um filho apenas, duas com partos normais e uma com cesariana.

- 03 doulas, sendo uma comunitária⁶ e duas de atendimento particular, pago ou voluntário, mas sempre em uma relação particularizada com cada gestante de referência.

⁶ As doulas comunitárias são mulheres que atuam como voluntárias no papel de doula. Em Belo Horizonte estão em geral vinculadas a alguma das instituições hospitalares presentes na cidade, oferecendo suporte emocional e físico durante o trabalho de parto.

Em seis entrevistas tive problemas com os arquivos de áudio gerados e foi preciso escrever relatos que substituíssem os registros. Em alguns casos parte dos áudios foi preservada e foi possível fazer pequenas citações literais usando-as. Sempre que há uma citação literal é porque houve acesso ao registro daquele momento da entrevista. Em outros casos fiz a citação indireta da ideia ou expressão do entrevistado, a partir das anotações sobre cada entrevista.

Pode ser importante descrever um pouco mais detalhadamente como cheguei a estes entrevistados e as relações que estabelecemos ao longo do tempo. Parte destas pessoas eu conhecia pessoalmente ou reconhecia como referência no campo da humanização, antes do ingresso no mestrado. O fato de ter engravidado neste processo, como anteriormente dito, me fez tomar meu lugar no sistema nativo, e um dos médicos, uma das enfermeiras obstetras e uma das doulas entrevistadas me acompanharam no processo de pré-natal e parto, tendo sido também interlocutores importantes com quem compartilhei percepções, pude perguntar dúvidas e pedir sugestões de outras pessoas de referência para a realização de entrevistas. Em praticamente todas as entrevistas realizadas também pedi indicações de pessoas de referência, que pudessem me auxiliar no entendimento do campo, e as que foram citadas de maneira mais recorrente foram as que busquei, prioritariamente. Cada um dos entrevistados me encontrou uma única vez para o fim específico da entrevista de mestrado, mas com alguns deles segui trocando mensagens e percepções, por terem se tornado parte de uma rede pessoal de convivência. Com a maior parte deles ainda hoje mantenho alguma relação, com contatos mais ou menos frequentes, à exceção dos que conheci especificamente no momento da entrevista, através de indicações para sua realização – uma enfermeira, três médicos, uma doula.

Entre os médicos entrevistei em primeiro lugar quem acompanhou meu pré-natal como profissional de referência para a equipe de enfermagem obstétrica que me assistia. Inicialmente a intenção era trabalhar apenas com profissionais de saúde já envolvidos no campo da humanização do nascimento. No entanto, fui provocada por este médico no sentido de realizar entrevistas com outros profissionais da categoria que não partilhavam dessas noções, como forma de ouvir ‘o outro lado da moeda’ e ele então abriu para mim o diálogo com mais dois outros, que não se percebem como integrantes do movimento pelo parto humanizado. Essas pessoas foram extremamente solícitas em

me receber e tive uma grata surpresa ao perceber quão importantes foram suas entrevistas, especialmente para ajudar no processo de estranhamento desse material, que para mim soava tão familiar⁷, e abrir meu olhar para questionamentos e contraposições que de outra forma seriam mais difíceis de serem percebidos e explicitados. O quarto e último médico foi uma indicação recorrente de pessoas na área, com quem busquei contato, intermediada pela relação que ambos tínhamos com uma das enfermeiras obstetras entrevistadas.

Entre as enfermeiras obstetras, busquei também dialogar com a enfermeira que acompanhou o pré-natal de meu filho e cuja equipe assistiu meu parto. Ela também já havia se tornado, em minha experiência, figura de referência e importantes trocas a respeito do cenário de humanização, sendo para mim um dos mais importantes pontos de apoio e troca sobre o tema, entre os entrevistados. Outra enfermeira foi também frequentemente indicada para ser entrevistada e sua situação de coordenação de equipe de enfermagem obstétrica e seu histórico na humanização certamente fortaleciam meu interesse pelo encontro, que felizmente acabou ocorrendo e gerando uma entrevista inspiradora. A terceira e última entrevistada da enfermagem obstétrica foi indicada especialmente pela mãe que pude acompanhar como doula, tendo sido parte da equipe que assistiu seu parto e com quem tive contato ao longo desta assistência, como citado acima.

Entre as doulas entrevistadas, uma delas realizou o registro fotográfico e audiovisual do parto de meu filho. Embora já nos conhecêssemos há algum tempo por ter sido uma das professoras do curso de doulas do qual participei, só consegui ter clareza do meu desejo de produção deste registro no próprio dia do trabalho de parto, e sua participação neste momento se tornou mais pontual por não termos conseguido combiná-la de fato com a antecedência devida. Esta é uma doula extremamente atuante na cidade e que certamente pode ser percebida como uma referência na categoria, sendo também muito ativa na comunicação das questões de humanização do nascimento. O espaço virtual que criou, há anos atrás, com a colaboração de outras mães e ativistas pela humanização, se tornou uma referência importante de informação e pesquisa, tendo tido

⁷ O fato de acompanhar o tema do parto humanizado há mais tempo, além de acreditar, como pessoa e como mãe, na necessidade de construção de uma forma de assistência mais digna, faziam com que muitas das falas desse campo me fossem excessivamente ‘naturais’ e a quebra com essa naturalidade, de forma bastante explícita, ainda no início da etapa das entrevistas, foi de extrema relevância.

início em um período em que a circulação destas informações ainda era um pouco mais restrita, o que lhe rendeu algum reconhecimento pelo trabalho. Atualmente sua fonte de renda principal advém das atividades como doula e fotógrafa, com uma agenda sempre disputada. Uma segunda entrevistada foi uma colega do curso de doulas, que se dedicou prioritariamente ao atendimento comunitário, em maternidades públicas, o que configurou certamente uma experiência rica com a qual pude ter contato e que abre uma lógica diversa no atendimento das doulas, de forma muito interessante. Seu atendimento sempre foi comunitário e voluntário, sendo que sua profissão que lhe gerava sustento era em área diversa e o atendimento nas maternidades se dava principalmente em plantões aos finais de semana. A terceira e última doula entrevistada também alcança posição de destaque entre as doulas em Belo Horizonte, tendo forte atuação e reconhecimento entre as equipes de humanização e atendendo frequentemente um grande número de gestantes. Antes da pesquisa já havia ouvido sobre sua atuação e ela me foi indicada por pessoas diversas, de vinculações distintas no campo da humanização, motivo pelo qual não tive dúvidas em procura-la para integrar as entrevistas da pesquisa. Esta doula é aposentada e sua fonte de renda não necessariamente provém da atividade de doula e sua dedicação de tempo pode se tornar maior neste sentido. Todas as doulas tinham alto grau de escolaridade e renda.

Entre as mães entrevistadas uma delas foi a que pude acompanhar na situação de doula e com a qual segui em contato e troca após o nascimento de seu filho, como já descrito acima. Ela tinha acabado de se formar na faculdade e havia engravidado sem esperar, seu marido estava no processo final de mestrado, ambos em profissões da área de humanas. Entre as mães era a que tinha condição financeira mais sensível às flutuações, o casal acabara de montar uma residência para morarem junto após a notícia da gestação e ainda se ajustavam em suas finanças. Possivelmente não teriam condições financeiras para opção por outra via que não o atendimento público de saúde, para realização do parto domiciliar, que era seu desejo, e foi buscado através da instituição de referência em Belo Horizonte que oferece este serviço. Apesar de termos nos encontrado para a entrevista apenas uma vez, tivemos longo contato, através de mensagens, e frutíferas trocas sobre o campo do parto e da maternidade. A segunda mãe entrevistada havia também feito o mesmo curso de doulas que eu e passado por duas experiências bastante distintas de parto, que muito me interessavam para entender sua percepção sobre ambos os processos. Sua experiência está relatada no segundo capítulo sob o codinome de

Maria. Tinha também curso superior, plano de saúde e optou pelo uso do espaço público do hospital de referência na cidade. Nos encontramos também apenas uma vez para entrevista e sua gravação foi uma das que apresentou problema. Contudo, como ela já fazia uso, anteriormente, de veículos de comunicação como doula, como seu blog, parte das informações foram retomadas por relatos ali descritos, alterando apenas os nomes dos envolvidos para os fictícios. A terceira mãe era esposa de um amigo com quem mantenho contato há anos, com grau de intimidade variável ao longo do tempo. Não havia tido ainda a oportunidade de me aproximar de sua esposa, mesmo no período de sua gestação, e isso acabou ocorrendo em parte como desdobramentos do nascimento da criança, trocas sobre indicação de pediatra, amamentação, etc., e posteriormente a partir de nosso encontro para a entrevista do mestrado, que se tornou um momento marcante de uma partilha intensa de sua experiência de parto. Seu relato também se encontra registrado no segundo capítulo, a partir do codinome Ceci. Ambos têm curso superior e condição financeira estável, com plano de saúde, tendo feito uso de estrutura privada para o momento do parto. Tivemos apenas um encontro para entrevista e sua gravação também apresentou problemas. Diante de dúvidas sobre alguns aspectos, pedi que me indicasse alguns detalhes, especialmente do dia do parto. Ela então produziu um pequeno relato escrito sobre este dia, o qual utilizo citando a fonte. A quarta entrevistada era uma conhecida da área acadêmica, da antropologia, que estava desenvolvendo seu doutorado, tendo passado por uma gestação no mestrado e pela segunda na fase do doutorado. Seu filho tinha, à época da entrevista, pouco mais de um ano. Ela também tinha passado por experiências de parto bastante distintas e me interessava ouvir suas percepções, também como antropóloga, sobre suas vivências de parturição. Por fim, a quinta e última entrevistada era uma conhecida de longa data, que tive a grata surpresa de encontrar em um atendimento que havíamos buscado, eu já no fim da gestação e ela no início, em um mesmo centro de atendimento obstétrico. O encontro, ao acaso, me revelou sobre sua gestação, que até então ainda não era notícia pública. Trocamos um bocado, indiquei a ela profissionais que estavam me assistindo e passamos a conversar mais sobre o assunto. O encontro da entrevista do mestrado foi uma deliciosa oportunidade de troca sobre o cenário obstétrico e a vivência no mesmo e seguimos atualmente em partilha de mensagens e e-mails sobre o universo da maternidade e tudo o que ele implica.

Certamente as entrevistas são limitadas ao que pude conhecer e ter acesso, dentro do campo de debates e vivências da humanização do nascimento em Belo Horizonte, mas também revelaram grande diversidade de situações e percepções. Mesmo em um universo restrito, não foi possível explorar toda a riqueza de detalhes e temas que estas quinze entrevistas revelaram, e parte deles precisarão de oportunidades futuras de comunicações e trabalhos para serem novamente analisados e explorados em seus detalhes.

Minha inserção no campo, mais próxima do ativismo do que de uma relação desinteressada de observação, me colocou o tempo inteiro frente à necessidade de estranhamento de minhas posições e de desnaturalização de meu olhar. Ao longo das entrevistas, me dei conta de que seria necessário considerá-las como expressões de diferentes pressupostos de verdade, para que pudesse de alguma maneira, encontrar uma forma de me relacionar com cada um dos meus entrevistados e com a realidade estruturada em seu cotidiano sobre a qual partilhavam um pouco comigo. As produções de verdade se relacionavam a como estas pessoas se encontravam inseridas profissionalmente, economicamente, socialmente, e cabia a mim ser capaz de entendê-las como expressões de meus entrevistados, independente de um julgamento a partir de minha própria inserção social, econômica e profissional, o que não significava adesão ao que está sendo dito. Uma dificuldade, no entanto, sempre me era reapresentada: como lidar com o fato de que estas pessoas apresentam a mim determinadas facetas do que são, em uma relação que tem intencionalidade e é construída a partir de expectativas nutridas sobre uma pesquisadora que as procura para elaborar algum material que diga sobre a produção de vivências e conhecimentos dessa área, tão evidentemente em disputa atualmente. Afinal de contas, como minha inserção altera a relação estabelecida com meus interlocutores em campo e qual o lugar da política diante da necessidade de não perder de vista a expressão de verdades dadas por localizações diferentes na própria sociedade?

Procurei, diante disso, conduzir as entrevistas de forma a sempre buscar nelas a expressão de uma verdade sobre uma realidade. Ao usar aqui este termo não me interessa o sentido de concretude que ele possa evocar, mas apenas referenciar que é uma construção partilhada e usada na organização de um cotidiano e de uma percepção sobre o mundo – é uma das tantas possíveis, que funciona como estruturadora de um

ponto de vista que eu praticamente não teria a oportunidade de vislumbrar apenas através de entrevistas. Qualquer contato com o que essa verdade seria para meu interlocutor, com o que me permitira alcançar a partilha do não dito, me interessava de fato e procurei estar o mais aberta possível. O momento posterior, de análise dos resultados dos encontros que tive, foi estruturado buscando pender entre duas situações: a lealdade à intenção de registro das verdades ali relatadas por todos os entrevistados, e, ao mesmo tempo, a necessidade de se pensar a pesquisa em uma situação de clara disputa política e ideológica, realizada através de comunicações intencionais e que demonstram conflitos estabelecidos no campo, mas também categorias nativas de pensamento.

Diante das complexas questões políticas postas em cena, considerei relevante apresentar de forma privilegiada a fala e percepção das mães como componente fundamental do sistema. A assistência obstétrica, afinal, é direcionada à categoria materna. Considerei que contar a história do ponto de vista de quem recebe a assistência ressalta a condição desigual dos meus interlocutores no processo. Sobre as mães, seus corpos e histórias, foram feitas intervenções, marcas, cicatrizes, desfechos positivos e negativos. Foram seus filhos que nasceram, uma única vez, pela circunstância de cada uma daquelas assistências. A construção da relação com os filhos fora do ventre iniciou a partir da assistência ao parto que foi oferecida pela equipe que as atendeu, mas se estendeu por muito tempo depois disso, e exigiu que lidassem com as suas possíveis consequências. Sem a gestante não há obstetrícia, não há nascimento, não há o bebê. Ela é peça central de todo este sistema, a figura para qual se destinam todos os cuidados, e a partir da qual se chega ao bebê. Em uma fala recorrente, ativistas do parto humanizado concluem que a equipe de assistência vive o cotidiano de trazer ao mundo diariamente várias crianças, mas cada mulher parirá uma única vez cada um de seus filhos e a vivência desse processo necessariamente tem pesos e formas diferentes para cada envolvido. Diante disso, apesar de considerar que há, no campo de embates da obstetrícia atual, um enfrentamento de pressupostos de verdade, é preciso, a meu ver, compreender primordialmente como estes embates ocorrem em quem é por eles diretamente afetado.

Nesse sentido, toda a dissertação é construída nessa balança entre olhares, buscando o contraponto na produção de uma experiência materna. Por isso ela tem, em seu segundo capítulo, o relato de algumas mães, sobre suas experiências de gestação, parto e

puerpério. As histórias reproduzem um pouco da experiência de cada uma delas, elaboradas por um período de tempo depois do parto, e certamente, pelo próprio relatar, que organiza a memória, seleciona informações e privilegia algumas, em detrimento de outras. A opção foi trazer informações sensíveis sobre as verdades dessas mulheres, para só posteriormente trazer os discursos das equipes de assistência, de maneira a permitir ao leitor alguma vivência e percepção sobre os núcleos diferentes de sentidos que conformam essa mirada para parte do campo obstétrico de Belo Horizonte de que pude partilhar.

É importante, contudo, chamar a atenção para um fato relevante e que certamente torna a pesquisa menos abrangente do que gostaria. As mães entrevistadas são prioritariamente de uma classe social específica, com curso superior, situação financeira privilegiada e acesso a fontes de informação diversas, bem como a escolhas diante do cenário obstétrico. Esta certamente não é a situação mais comumente encontrada, especialmente entre mulheres atendidas pelo Sistema Único de Saúde, apesar de três delas terem tido seus filhos em hospital de referência da humanização, integrante do SUS de Belo Horizonte. Percebo a necessidade de, em uma oportunidade de desdobramentos desta pesquisa, buscar a compreensão de como se dão as experiências de mulheres atendidas pelo SUS que provém de situações sociais distintas – em uma mesma instituição, como são acolhidas mulheres de diferentes classes sociais; como percebem sua experiência de atendimento; se há diferença nos procedimentos a partir desta categoria, entre outros. Mesmo em instituições de referência para a humanização a categoria de classe social parece possivelmente exercer grande diferença sobre a experiência materna e sobre a forma como ocorrem as relações com a equipe e a instituição (TORNQUIST, 2003), e a ampliação de pesquisas que se debrucem sobre este comparativo parece ser algo relevante para uma percepção mais abrangente dos diferentes processos de humanização do nascimento em curso atualmente, nas mesmas instituições e cidades. Também se torna importante como forma de trazer maior complexidade ao campo de debates da humanização, garantindo a visibilidade da diversidade presente nos atendimentos obstétricos, mas também nos desejos e ansiedades das mães atendidas.

Os nomes de todos os entrevistados foram substituídos, de maneira a preservar as identidades e garantir um mínimo de resguardo. Ainda que a simples troca de nomes

seja insuficiente, especialmente no caso de trabalhos da área de antropologia, fiz esta opção como forma de resguardo mínimo de intimidade dos entrevistados. A realização de uma pesquisa de caráter qualitativo está sempre se debatendo entre a situação de uma intimidade excessivamente revelada ou a possibilidade de não revelar nada de interessante sobre o que foi vivenciado. Por isso optei pelo mínimo: ao menos a discrição sobre seus nomes. Mantive, no entanto, o nome das instituições sempre que citados. Considero que, nesse caso, é importante localizá-las no campo obstétrico de Belo Horizonte e também facilitar a compreensão das relações que são estabelecidas entre as entrevistadas e os entrevistados e as instituições disponíveis na cidade.

A dissertação está dividida em quatro capítulos, sendo o último deles a conclusão do trabalho. O primeiro capítulo irá se debruçar sobre a história da parturição, as mudanças ocorridas ao longo do tempo que permitiram a sobreveniência de um modelo hospitalar e medicalocêntrico como padrão de atendimento obstétrico. Será brevemente considerada a história de parteiras, suas divisões entre leigas e diplomadas e a transição do atendimento destas profissionais para obstetras formados com curso superior. A sexualidade feminina e a dificuldade de se perceber e atuar sobre o corpo feminino atravessa esta história e é trazida para este contexto.

O capítulo dois é formulado em torno dos relatos de gestação, parto e alguns aspectos do pós-parto de duas das mães entrevistadas pela pesquisa, seguido do relato de experiência pessoal, com a internação pediátrica de meu filho quando recém-nascido. Algumas características referentes à maternidade, aos modelos assistenciais, às relações estabelecidas com as gestantes e mães são retomadas a partir das experiências relatadas, avaliando também o lugar da autonomia frente ao atendimento obstétrico e frente às instituições hospitalares. Para isto lancei mão também do caso ocorrido com Adelar Goes, obrigada judicialmente a se submeter a uma cesariana, em Torres/RS, que será brevemente analisado também nesta etapa da dissertação.

O terceiro capítulo se aprofunda nas informações colhidas em entrevistas com profissionais integrantes de equipes de assistência obstétrica e com doulas. A partir do que foi levantado de informações e questionamentos durante as entrevistas, procurei vincular dados e bibliografias que debatessem os temas, a fim de perceber como isto ocorria na prática da cidade de Belo Horizonte. As maternidades citadas pelos entrevistados foram caracterizadas através dos discursos produzidos sobre elas,

buscando compor o quadro de características percebidas para cada uma delas. Neste sentido, construiu-se um mapeamento do cenário obstétrico a partir das relações estabelecidas dentro dele, indicando algumas das maternidades principais e como estas acolhem cotidianamente as pessoas que participaram deste cenário, seja como parturiente ou como parte das equipes de assistência e doulagem. O papel da doula e da figura da parteira é retomado e avaliado à luz dos resultados das entrevistas. Por fim, a discussão sobre o impacto do financiamento da assistência obstétrica sobre as decisões tomadas durante gestação e parto ocupa a parte final deste capítulo, que busca compreender as características e dificuldades presentes no cenário de parto belorizontino.

O quarto e último capítulo recupera temas relevantes surgidos ao longo da dissertação, em busca de uma síntese a seu respeito e indicação de questões para debate, aprofundamento e futuras pesquisas. Dessa maneira o histórico de parturição é revisto, juntamente com o debate de profissões na cena do parto, as instituições de atendimento obstétrico e as relações com a mulher dentro do contexto como um todo. As dificuldades de implantação do campo de Antropologia do parto e os debates suscitados por ele em meio às pesquisas de gênero são também trazidos à cena. Por fim, levanto questões referentes à percepção e inserção da diversidade cultural nos cuidados à saúde e no estabelecimento de políticas para a área, buscando um questionamento sobre a forma como estes conhecimentos e práticas se articulam atualmente.

O tema da autonomia feminina – e sua perda – é percebido ao longo de toda a dissertação e resgatado através de diferentes perspectivas ao longo dos capítulos. Apesar de ser uma preocupação com a qual eu particularmente já lidava antes do início do campo, a centralidade do papel da autonomia da mulher e de sua negociação frente às instituições e equipes de assistência foi tomando cada vez maior proporção e certamente se tornou uma das questões proeminentes para desenvolvimento de desdobramentos da experiência desta pesquisa. Paralelo à noção de autonomia o reforço do papel do medo no processo de preparação da gestação e parto, e posteriormente na vivência da maternidade impõe a necessidade de questionamentos sobre os usos de discursos de poder na área médica e sua abrangência atual, diante dos impactos causados nas mulheres que são assistidas por um sistema obstétrico que busca a fragilização da mulher e de sua capacidade de exercer escolhas, ainda que plenamente informadas,

atuando frequentemente para sua insegurança e necessidade de permanente guia profissional.

1º Capítulo – Parir a história

O primeiro capítulo desta dissertação se propõe a perceber o processo de desenvolvimento histórico das formas de parturição no Brasil, especialmente vinculadas aos ambientes urbanos e no desenvolvimento das instituições, fazendo menção à história de outros países sempre que ajudem a elucidar nosso próprio processo de mudança. A passagem do parto de um ambiente familiar para o campo especializado e técnico da medicina obstétrica, amparada pela aspiração à ciência, e as consequências deste processo são trazidos à tona, para ajudar a desnaturalizar a percepção sobre a formação do sistema obstétrico atual, permitindo ao leitor seu estranhamento.

O processo de transformação do momento de parto no Brasil e em muitos países do ocidente historicamente migrou de um formato calcado na troca e amparo entre mulheres em direção a uma lógica médico-científica, de predominância masculina. O evento do nascimento tradicionalmente se vinculou a redes de suporte e informações entre mulheres, constituindo-se em um campo de poder feminino, de intensas trocas (TORNQUIST, 2004; MOTT, 2002), e foi perdendo gradualmente espaço com a implantação da obstetrícia biomédica. Sobre o ethos masculino e feminino no contexto da assistência médica e da obstetrícia, utilizo aqui o sentido já apresentado por Tornquist (2004), que se refere ao campo da medicina e da ciência, de atuação e valores predominantemente masculinos, que impõem um ethos masculino ao seu trabalho cotidiano, mesmo quando executado por mulheres. Em contraposição, a enfermagem aparece como um lugar de cuidado e escuta, com ethos marcadamente feminino, embora seja também exercida por homens (TORNQUIST, 2004, p. 19). Este capítulo visa entender um pouco das complexas lógicas e disputas de poder dentro dos atuais contextos de assistência ao parto, através de uma retrospectiva sobre a transição história desta assistência em particular.

É importante mencionar que a história aqui relatada é também restrita e praticamente não se relaciona ao que as mulheres, em cada momento histórico, expressavam como desejo e prática de parturição. Esta história não tem sido contada e frequentemente, como nesta dissertação, a ênfase permanece sobre o desenvolvimento institucional, a despeito dos sentidos e relações estabelecidos com as mulheres em particular. Apesar de ser, por isso, uma percepção limitada, a história do desenvolvimento institucional da

obstetrícia nos fornece alguma possibilidade de questionamento sobre seu desenvolvimento, construção de sua validade e disputas de legitimidade.

O parto e o nascimento são eventos complexos, capazes de acionar ao mesmo tempo elementos biológicos, culturais e individuais, sendo diferentes para cada contexto cultural em que se inserem mulheres e famílias (TORNQUIST, 2004). A percepção desta complexidade bem como do potencial de escolhas e protagonismo da mulher e das famílias diante do evento do nascimento é relevante para a compreensão do impacto de novas estruturas de assistência implantadas e o contexto simbólico que elas trazem em seu bojo. Tendo em mente que as diferenças culturais são importantes para a compreensão do evento do nascimento e do suporte materno de maneira respeitosa e com a devida complexidade, perceber o movimento histórico ocorrido em especial nas Américas e na Europa, mas também em outros continentes, em direção à implantação, de forma generalizada, da assistência ao nascimento através da lógica e aparatos da medicina e da obstetrícia, com práticas agressivas às mulheres e famílias é no mínimo perturbador. Este orquestramento é percebido como tendo tido seu período áureo durante o século XIX, o qual, como afirma Tornquist (2004) foi fundamental para o ganho de território em relação ao campo da parturição. Este campo, segundo a autora, foi um dos últimos a ser conquistado pela medicina, por razões que veremos a seguir.

1.1. O penoso século XIX

A passagem entre os séculos XVIII e XIX trouxe grandes mudanças para o ocidente. Desde as alterações no campo da sexualidade, fortalecimento da ciência e da medicina e exacerbação de seu valor no cotidiano, até, no Brasil, a gradual ascensão do atendimento médico obstétrico, há um movimento que direciona esforços para o fortalecimento de um paradigma racionalista que aspira a uma legitimidade construída pela ciência. Nesse sentido o século XIX parece vir assentar as mudanças iniciadas no anterior, enraizando-as e criando condições para que elas se manifestem de forma plena. Este período viu o fortalecimento do campo biomédico e seu ethos masculino, do discurso da medicina e da ciência, de caráter bastante positivista, e concomitante a este processo uma desqualificação – e, em muitos casos, uma efetiva perseguição – cada vez maior de especialistas de cura, de todos os campos.

Dessa forma, toda sorte de especialistas de cura, populares e/ou familiares, como benzedeiras, curandeiras e parteiras, foram perseguidas, desqualificadas e banidas desta arte, e, com elas, um conjunto significativo de conhecimentos das próprias mulheres sobre seus próprios corpos, suas dinâmicas, seus produtos. Esse processo é identificado por Yvonne Knibiheler como uma desestruturação de redes de saberes femininos, saberes estes compartilhados pelas mulheres, mas que, também, tinham uma rede de especialistas própria, em que a parteira era uma das principais personagens. (TORNQUIST, 2004, p.73-74)

Essa desqualificação e apropriação têm um caráter mais violento na América do Norte, particularmente nos Estados Unidos, tendo havido praticamente uma eliminação da medicina popular do cotidiano das populações, no início do século XX (TORNQUIST, 2004)⁸. O mesmo ocorreu de forma pujante na Europa e Américas.

Até o século XIX o atendimento das mulheres por profissionais homens para assuntos ginecológicos ou obstétricos era pouco usual e mesmo não recomendado. A atenção ao corpo feminino, suas necessidades e mesmo doenças não eram assunto que interessasse à medicina e aos médicos, cabendo trabalhar suas questões entre as próprias mulheres e, dentre elas, junto às parteiras, como figuras de referência para todo o campo de saúde reprodutiva e sexual feminina. Rohden (2006) indica que

Durante muito tempo, o cuidado do corpo feminino e das doenças que atingiam particularmente as mulheres não eram alvo direto da atenção dos médicos homens, que não raras vezes eram impedidos de atender as mulheres porque um exame mais próximo era visto como indecente. O corpo feminino era considerado um interdito e esta falta de acesso fez com que o conhecimento produzido pelos médicos não pudesse contar com os recursos da experiência prática. O parto, por exemplo, era muito mais um ritual de mulheres, muitas vezes encabeçado pela figura da parteira, que acompanhava a futura mãe antes, durante e depois da chegada da criança. (ROHDEN, 2006, p.213)

Brenes revela que, aos poucos, “a medicina, enquanto instituição, incorporou esta prática [...] como uma de suas atribuições, intitulando-a Arte Obstétrica, e denominou de parteiro ou médico-parteiro os profissionais por ela formados” (BRENES, 1991, p.135). Segundo esta mesma autora, a introdução da figura masculina neste universo, antes ocupado apenas por figuras femininas, fez com que o conhecimento obstétrico se pautasse cada vez mais pelas características biológicas e fisiológicas, com uma forte influência da anatomia patológica.

⁸ Nos Estados Unidos em apenas duas gerações o parto se transformou de evento predominantemente domiciliar e amparado por círculos de mulheres e conhecedores da cultura popular para um acontecimento predominantemente hospitalar (TORNQUIST, 2004).

Ao longo do século XIX o interesse da medicina pelo corpo feminino, pelo seu funcionamento e pelas doenças que acometiam mais frequentemente as mulheres passa a ser cada vez maior. O ensino da obstetrícia passa a ser percebido como relevante, como indica novamente Rohden:

“Em 1809, a Arte Obstétrica passa a ser lecionada na Escola de Cirurgia do Rio de Janeiro e a cadeira de Partos, que constava no currículo das Academias Médicas Cirúrgicas do Rio de Janeiro e Bahia é integrada definitivamente quando estas se transformam nas prestigiadas Faculdades de Medicina, criadas em 1832” (SANTOS FILHO, 1991, p.316, apud ROHDEN, 2006, p.214)

A disciplina de partos era a única direcionada ao corpo feminino que integrava o currículo das Faculdades de Medicina desde sua criação, e mesmo assim não era vista como algo que merecesse particular atenção. A atuação junto ao campo obstétrico nesse período era mais caracterizada pela regulamentação da ação das parteiras, e não propriamente pelo trabalho dos obstetras. Nessa regulamentação incluía-se a criação de cursos – já em 1832 – voltados a esta categoria para ensinar a correta forma de atendimento às mulheres (ROHDEN, 2006, p.215), a despeito da distância prática, teórica e de atuação entre a nascente obstetrícia e a ação das parteiras⁹.

1.2.0 corpo feminino

O início da caracterização médica e científica do corpo humano feminino se baseou no masculino como modelo, partindo especialmente da análise das ausências na relação com o corpo do homem para formar conhecimento sobre o corpo da mulher (TORNQUIST, 2004). Mesmo ganhando espaço ao longo do desenvolvimento da ginecologia e obstetrícia, o corpo feminino permaneceu por muito tempo referenciado ao masculino, bem como pautado pela diferença, falha e falta em relação a ele, além de ser percebido como mais precário:

“A própria história da ginecologia e da obstetrícia é reveladora da preocupação com os mistérios das mulheres e os segredos do corpo feminino. Esse corpo, inicialmente visto como um corpo masculino pouco evoluído, passou a ser, aos poucos, pensado como dono de uma especificidade própria. O corpo masculino porém, continuou sendo modelo de referência para o

⁹ O hábito da criação de cursos para parteiras, em geral muito focados em noções de higiene, pode ser visto ainda hoje e é um interessante locus para pensar como as diferenças culturais são acomodadas nas percepções de ambos os lados, bem como perceber as questões políticas envolvidas de parte a parte.

feminino, e, assim, as especificidades do corpo da mulher foram vistas como falta, negatividade, incompletude, descontrole, fonte de desequilíbrios, a partir das quais se constituiu toda a ginecologia e obstetrícia modernas. Diferenças que poderiam ser pensadas como mínimas, entre seres igualmente humanos, foram, para a medicina, alvo de inumeráveis detalhamentos e exacerbação de diferenças.” (TORNQUIST, 2004, p. 71)

No século XX, ainda que a referência para entendimento do corpo feminino não fosse mais exclusivamente a matriz masculina, em termos gerais a lógica de atuação sobre a mulher permaneceu semelhante. Foram criadas, assim, muitas das bases das ciências contemporâneas, incluindo aí conhecimentos do campo de ginecologia e obstetrícia, que seguiam na percepção da necessidade de intervenção no corpo feminino, visto como defectível e como passivo, e como suporte sobre o qual deveriam atuar, de forma ativa, os profissionais do parto. As representações em torno da mulher, de seu corpo, e de sua (in)capacidade de parir, formam boa parte das propostas de intervenção no parto, bem como de alívio da dor de parir, através de inúmeros procedimentos a serem usados sobre as pacientes, revelando uma relação assimétrica de poder e condução do trabalho de parto que ainda na atualidade pode ser observada com vigor.

A quantidade cada vez maior de intervenções sobre o corpo da mulher, além de reforçar seu caráter defectível e de necessário suporte e atuação por parte dos homens, atuou no sentido de retirar, pouco a pouco o domínio da mulher sobre o entendimento de seu corpo, seus ciclos e suas necessidades, delegando cada vez mais às externalidades e equipamentos, cada vez mais sofisticados, a capacidade de compreensão do seu processo de parto, gestação e puerpério, bem como seus processos de saúde-doença, comandadas pelo fortalecimento do campo médico. É interessante notar que, em termos gerais, a historicidade da medicalização e das intervenções no parto são muito pouco visíveis no campo médico e na defesa que muitos de seus profissionais fazem sobre a conduta dos partos. De fato, muitos deles veem essas práticas de intervenção como conduta regular e praticamente inescapável, não se relacionando à memória coletiva construída fora da lógica institucional e do poder médico (TORNQUIST, 2004).

Mesmo no campo de disputas em torno do ‘parto humanizado’, a historicidade das práticas biomédicas e a forma de seu encontro com outras práticas de cuidado à saúde é pouco explorada. No âmbito desse campo, aparece, por vezes romantizada, a imagem das parteiras como garantidoras de uma realidade mais próxima à “natural”, sendo

difícil a percepção de historicidade e condições culturais de quaisquer das formas de assistência ao parto.

1.3. A ciência, o iluminismo e seus efeitos no Brasil

A inserção do médico, da medicina e da ciência na vida cotidiana e na assistência à saúde, no final do século XVIII, durante todo o século XIX e em parte do século XX foi reforçada pela presença e ampliação dos conceitos iluministas e científicos no imaginário social e na justificativa de estruturação de organizações e ações na sociedade (SCHWARCZ, 1987). Por isso, segundo Martins (2006), os médicos faziam parte da nova classe privilegiada dos bacharéis no país, que tinham como papel trazer a vanguarda europeia de conceitos científicos para dentro de nosso território. Segundo ele

“O saber médico se constitui numa dessas forças de transformação impetrada pelos novos personagens políticos do Império. Os médicos, como os profissionais oficiais dessa nova representação, precisavam concentrar esforços em políticas que esviassem práticas de cura não oficiais e tradições não condizentes com a sociedade que se pretendia constituir no Brasil.” (MARTINS, 2006. p. 63).

Assim sendo, ainda que no século XIX as condições de tratamento através de instituições hospitalares e médicos fossem precárias e certamente insuficientes para a população local, as práticas de cura realizadas por outros profissionais que não aqueles que detinham uma formação específica para a área eram consideradas degradantes e algo a ser combatido pela medicina e pela polícia. De acordo com Martins (2006),

“A criação do curso de formação escolar de médicos na Bahia e no Rio de Janeiro funcionou como indicador dessa nova orientação da área médica. A consolidação do ensino científico passou, então, a chamar para si a responsabilidade, autoridade e legitimidade para dispor sobre os corpos, a saúde, a doença, a morte e a vida¹⁰. Ao demonstrar tais preocupações, os homens de ciência expressavam o objetivo de tornar especializado o domínio da medicina, desautorizando e desqualificando outros discursos e outras práticas, de modo a se projetarem nos diferentes estratos da sociedade como autoridades portadoras de um conhecimento suficiente e necessário para regular tanto a vida do indivíduo como a ordem social. Mesmo não apresentando resultados que se mostrassem imediatos, o curso de formação superior implementado pelas, então, recentes faculdades imperiais, representou uma espécie de laboratório para o tipo de mentalidade que se formava desde o início do século.” (Martins, 2006, p.67)

¹⁰ Veremos adiante neste capítulo o mesmo movimento de criação de um espaço de legítima autoridade epidemiológica, com poderes de regulamentação da vida pública através dos médicos, com o histórico recuperado por Foucault (FOUCAULT, 2004).

A especialização do campo médico, antes de ser uma realidade concreta, era um desejo da classe médica e das elites que governavam o país. Havia defesas calorosas sobre o valor da ciência e do progresso para as realizações humanas e dentro deste bojo a medicina era uma instituição particularmente relevante para cuidar do avanço da população, oferecendo o que havia de mais refinado em termos de conhecimento técnico em saúde.

Como afirma Schwarcz (1987), a ciência era o grande mito que sintetizava os aspectos simbólicos do século XIX. Os jornais que circularam neste período frequentemente traziam artigos ou seções destinadas à discussão da '*scientia*', inserida em um contexto positivista e iluminista, tendo Spencer, Darwin e Comte como grandes nomes que traziam o progresso do pensamento humano. Vários relatos eram publicados de forma a justificar e reafirmar as descobertas científicas, sempre colocando a supremacia da ciência na compreensão da realidade. Como a autora nos lembra, "a ciência e todo um discurso médico-legal apareciam nesse momento como 'discursos da verdade' e davam conta dos mais variados problemas" (SCHWARCZ, 1987).

Como situação de reforço da percepção cientificista e de portadora dos avanços da modernidade, cabe chamar a atenção para o período posterior à vinda da corte portuguesa para o Brasil, em 1822. A vinda da corte acarretou um desejo de europeização e de consumo de seus hábitos – e nesse sentido é possível compreender o prestígio de parteiras diplomadas estrangeiras, em especial as francesas, trazendo da Europa a referência sofisticada da assistência ao nascimento – e também trouxe consigo o desenvolvimento de uma noção higienista, que viria a ser construída e reforçada aos poucos, especialmente nos grandes centros urbanos. O higienismo era visto praticamente como missão civilizatória, e a criação desta "nova" e "mais decente" civilização no novo mundo foi levada a cabo de forma ideológica e repressiva, por meio de mecanismos como a normatização da ordem familiar (COSTA, Jurandir Freire, apud TORNQUIST, 2004, p.83).

Nesse contexto de ganho cada vez maior de espaço da medicina, da ciência, do higienismo e das forças repressoras, a assistência ao nascimento precisava se modernizar, e, dentro desta perspectiva de modernização, se profissionalizar:

"Modificar a forma pela qual as pessoas nasciam e as mulheres davam à luz foi, desde o início das faculdades de Medicina, um projeto significativo. (...)

Além de civilizar, haveria que ‘embranquecer o ofício’, e inseri-lo em outra lógica que não a da reciprocidade e do compadrio, transformando-o numa profissão.” (TORNQUIST, 2004, p.84)

Ainda hoje podemos notar as noções de modernização e o valor dado ao parto hospitalar e intervencionista como o mais adequado à modernidade.

1.4. Parindo em casa – Parteiras, comadres, aparadeiras

A despeito da valorização cada vez maior do parto hospitalar, a parteira leiga ocupa lugar fundamental em nossa história de parturição, como a figura historicamente mais recorrente em nosso país, especialmente nas áreas rurais. Elas aprendiam seu ofício em grande parte das vezes com outras mulheres, especialmente familiares (BRENES, 2008, p.904). A parteira era responsável não apenas pelo apoio ao momento do parto, como por indicar tratamento e restrições alimentares à parturiente e ao filho, e atender outras demandas relacionadas à gravidez e puerpério, bem como a questões da sexualidade e saúde femininas. Brenes indica que

“No Brasil, as atribuições das parteiras foram similares às de suas congêneres europeias: partejavam, examinavam amas-de-leite, cuidavam da mãe e do recém-nascido, levavam à pia batismal as crianças que ajudaram a vir ao mundo; eram convocadas como peritas em exames médico-legais quando o assunto era virgindade; passavam atestado de saúde e de doença; sangravam, vacinavam, faziam abortos, ofereciam crianças para adoção; tratavam da infertilidade e das doenças de mulheres.” (BRENES, 2008, p.904-905).

No que se refere à formação das parteiras e sua classificação entre leigas, examinadas e diplomadas, é interessante perceber como a formação delas se fez a partir de aproximações e distanciamentos em relação à formação de médicos e à assistência hospitalar:

“Quanto à formação, as parteiras podiam ser ‘ocasionais’ ou ‘de ofício’. As primeiras colocavam-se como responsáveis pelo parto ou como auxiliares deste esporadicamente, e não possuíam essa atividade como profissão principal ou secundária. As parteiras de ofício cuidavam da parturição como profissão, subdividindo-se em três categorias: as ‘leigas’, as ‘examinadas’ e as ‘diplomadas’. As leigas possuíam apenas o saber empírico-sensorial. As examinadas eram avaliadas por cirurgiões indicados pela Fisicatura-mor, órgão responsável pela regulação e fiscalização dos profissionais das artes de curar: após responderem a perguntas teóricas e práticas, recebiam uma carta que as autorizava a praticar a arte de partejar. Há que ponderar que, para responder às perguntas, a candidata tinha algum contato com os manuais de cirurgia editados especialmente para aquele objetivo. Por fim, as parteiras diplomadas eram aquelas que cursavam obstetrícia na Faculdade de Medicina da Bahia ou do Rio de Janeiro, a partir de 1832.” (BRENES, 2008, p.904-905).

Historicamente, é importante dizer que os cursos de parteiras inauguram uma nova relação entre as parteiras e destas com as parturientes e a sociedade em geral, sendo um dos mecanismos de diferenciação e alteração do status das parteiras que os realizam. As parteiras diplomadas ou examinadas serão cada vez mais requisitadas e consideradas como mais confiáveis, em um movimento de reforço da lógica do campo médico.

Concomitante ao processo de desenvolvimento de cursos locais destinados ao aprimoramento dessas parteiras, especialmente as de áreas urbanas, consta deste período a vinda ao Brasil de parteiras francesas com formação em seus países de origem, reforçando a valoração da formação¹¹ como elemento distintivo para esta categoria. Aos poucos a necessidade de que a parteira se prestasse a exames que garantissem sua capacidade técnica no atendimento aos partos foi se impondo, de forma que mesmo as prestigiadas parteiras estrangeiras passaram a ser alvo dos exames realizados por médicos para que fossem inscritas e registradas nas câmaras municipais.

Vale lembrar aqui uma personagem importante do campo obstétrico do país no século XIX: Mme. Durocher. Ela foi a primeira e uma das únicas mulheres a se matricular, naquele século, em um curso de obstetrícia. Sua formação havia se iniciado antes, fora das escolas tradicionais, com um médico negro que a ensinou as primeiras técnicas de parto. Sua educação formal foi concluída em 1834, quando saiu da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Esta parteira, que aos 23 anos já era órfã de pai e mãe, mãe de dois filhos e havia ficado viúva – após a morte do marido é que ela decidiu se dedicar à atividade de parteira, tendo sido antes modista e costureira – tinha uma característica: vestia-se apenas com roupas de homens ao realizar os procedimentos de parto, por considerar que exercia uma atividade masculina¹². A própria parteira justifica o uso dizendo que adotou

“um vestuário que não só me pareceu mais cômodo para os trabalhos da minha profissão, como mais decente e característico para parteira. Julgava que meu exterior deveria atuar muito no moral da mulher inspirando-lhe mais confiança e distinguindo a parteira do comum das mulheres” (Mme. Durocher, apud MOTT, 1994, p.116).

¹¹ É verdade que o elemento estrangeiro também é digno de nota, nestes casos. Contudo parece relevante a formação realizada no estrangeiro e parteiras diplomadas fora parecem ter tido status diferenciado (MOTT 2002, ROHDEN 2006, TORNQUIST 2004).

¹² Perceber essa atividade como masculina se vincula ao fato de ter sido diplomada e entrado na Faculdade de Medicina, onde conviveria apenas com homens, do início ao fim do curso, e ao longo de sua atuação no campo obstétrico, como veremos a seguir.

Esse caso mostra como era um ambiente masculino o da formação especializada em torno da obstetrícia na primeira metade do século XIX (MOTT, 1994). Mesmo sendo uma figura feminina inserida no contexto – originalmente feminino – de partos, realizados através do conhecimento formal da educação científica, ela se adequou aos padrões masculinos para seguir sua profissão. Por sua grande capacidade na realização de partos, foi a única mulher admitida como sócia, no século XIX, da Academia Imperial de Medicina, em 1871, assim como a primeira mulher a publicar textos com o próprio nome na área de Medicina, em 1848 (MOTT, 1994). Entretanto, o caráter de excepcionalidade de sua atuação deixa entrever a dificuldade de acesso das mulheres a este local privilegiado do conhecimento produzido por homens.

1.5. O desenvolvimento do hospital – de lugar de escravo a lugar de prestígio

A inserção do hospital como local ideal para o atendimento obstétrico, em contraposição ao domicílio da parturiente, é algo bastante recente no Brasil, sendo que sua indicação passa a ser reforçada a partir da década de 30 do século passado, como Maria Lucia Mott nos afirma:

A indicação do hospital como lugar ideal e seguro para as mulheres darem à luz é uma recomendação que passa a ser divulgada na literatura médica, com mais ênfase, a partir da década de 1930. Até o final do século XIX os partos eram realizados quase que exclusivamente no domicílio da parturiente ou de pessoa de sua relação, assistidos na maioria das vezes por parteira leiga e raramente por parteira diplomada. Apenas em casos complicados, quando a parteira não conseguia resolver o problema, chamava-se o médico. (MOTT, 2002, p.198).

Até esta década, a internação para parir era raramente um desejo das parturientes e, nesse período, alguns médicos lutavam pela mudança de mentalidade da mulher brasileira em relação à internação hospitalar para parir. Foi a partir daí que se iniciou a campanha de valorização do parto hospitalar e os médicos passam a desaconselhar o parto domiciliar, em quaisquer condições e especialmente no caso de alterações de saúde:

“A recomendação de evitar tanto quanto possível o parto no domicílio e de fazer a internação sistemática das gestantes em maternidades começou a ser divulgada na década seguinte. Em 1937, o Dr. Edgard Braga via como contra-indicada qualquer intervenção obstétrica feita em casa:

*(...) tempo virá em que, só de raro em raro, o obstetra se aventurará a operar na residência da paciente. É preciso vencer a natural relutância da família e aconselhar à gestante, **máxime se esta apresenta anomalias, mesmo pequenas da bacia ou distúrbios na saúde.** O internamento, nesses casos, se impõe em benefício da futura criança. (Braga, E. 1927, p. 172,. apud Mott, 2002, p.206. Grifos meus)*

Dois anos depois, o Dr. Celso Bastos de Siqueira, médico interno da Maternidade de São Paulo, escrevia:

*Hoje com o desenvolvimento da ciência médica, as exigências da Obstetrícia moderna ditaram novas regras de conduta que, pela sua aceitação e pela veracidade que encerram, **têm a envergadura de uma lei.** O obstetra deve assistir a parturiente em um ambiente com o mesmo conforto e garantia com que o cirurgião se entrega à prática do ato cirúrgico, e desde que passada do estado de puerpéra com a solução do parto, normal ou operatório, terá que entregá-la a cuidados de enfermagem especializada, baseados nos perfeitos conhecimentos **da assepsia e antissepsia obstétricas**, que devem ser levadas a rigor dentro dos seus verdadeiros limites, respeitando as barreiras naturais da defesa orgânica. Tal ambiente é que nos oferece hoje o hospital especializado, ou seja, uma maternidade” (Siqueira, C. B. 1939, p.15, apud Mott, 2002, p. 206. Grifos meus.).*

A recusa de médicos ao atendimento domiciliar se iniciou, portanto, como uma forma de pressão para que as mulheres aceitassem a internação hospitalar para fins obstétricos, circunscrevendo com maior clareza o círculo de atuação do obstetra e dando-lhe maior poder sobre as decisões e intervenções na parturiente. A insistência em dizer que a internação era necessária e se fazia com a força de uma lei, à qual obviamente as mulheres deveriam se submeter, reforça o jogo político e de valores colocados em cena desde essa época. Não é de se espantar que a classe médica seja aquela que se contrapõe de forma mais severa, buscando alternativas institucionais e jurídicas que penalizem o parto domiciliar, uma vez que este é exatamente o ponto de fuga do poder médico e institucional instituído. É interessante perceber que já se encontra presente a indicação de recorrer às instituições de saúde no caso de anomalias. Frisa-se aqui a adoção do reforço sobre a possibilidade de anormalidades na gestação ou na mulher, induzindo a mulher à busca pela segurança médica e hospitalar para as possíveis intercorrências que poderiam ocorrer, em um reforço frequente do medo, que, veremos, é estratégia importante e recorrente no cenário atual. As anomalias e pequenos distúrbios serão as grandes justificativas utilizadas por obstetras para conduzir ao seu modo o trabalho de parto e a assistência de pré-natal.

Até quase o final do XIX em contextos de complicação no parto a mãe era sempre considerada prioritária em relação ao filho e a tentativa era de salvar a vida dela, caso

algo ocorresse alguma intercorrência durante o trabalho de parto. Essa prioridade da vida da mãe sobre a vida do bebê fazia com que fossem usadas como alternativas, por exemplo, procedimentos abortivos, incluindo a retirada da criança aos pedaços, desde que possibilitassem o salvamento da vida materna. A predominância da noção de direito recaía sobre a mulher, o que, veremos adiante, passa a se alterar com o tempo, invertendo-a para uma noção de individualidade e direito da criança ainda no ventre.

Nesse período, a cesariana era uma cirurgia realizada somente em mulheres mortas, na tentativa de salvamento do bebê. As infecções eram muito comuns e o uso do clorofórmio como anestésico só teve início em 1847 (MOTT 2002). Quando havia necessidade de socorro médico, na maioria das vezes o atendimento era realizado por cirurgião, por precisar de intervenção. As mulheres e seus filhos, quando internados em instituições hospitalares, ficavam junto com outros pacientes de todo tipo de intervenção e doença, não havendo alas específicas para as mulheres parturientes. Mott (1979) analisa o caso do Rio de Janeiro na primeira metade do século XIX – cidade que, na comparação com o restante do país, teria condições mais favoráveis para ofertar algum tipo de atendimento médico diferenciado para a realização dos partos em contexto hospitalar. Ela afirma que “a Santa Casa de Misericórdia possuía uma maternidade que, em 1816, atendia mulheres grávidas de todas as raças¹³ (...) em 1840 ela destinava-se a mulheres indigentes” (MOTT, 1979, p.59). Com relação ao uso específico de instituições hospitalares com fins obstétricos, ela nota que “em 1844 o Conde de Castelnau não encontrou no Rio de Janeiro nenhum hospital destinado exclusivamente às parturientes. [...] As crianças, brancas, negras, livres e escravas, nasciam em casa. As parteiras eram preferidas aos médicos.” (MOTT, 1979, p.59).

Um caso intermediário entre o atendimento domiciliar e o atendimento hospitalar comum foi aos poucos sendo constituído através de parteiras, especialmente emigradas para o Brasil a partir da década de 1820, que ofereciam o atendimento em suas próprias residências. Aos poucos, a ampliação deste atendimento deu origem a Casas de Maternidade, atendendo mulheres que por algum motivo estivessem impossibilitadas de dar à luz em casa. No entanto, estes locais eram desqualificados pelos médicos do período e vistos como lugar onde se praticava aborto, situação que era ampliada às mulheres que prestavam assistência nesses locais. No início do século XX foi proibido

¹³ Atendimento a todas as raças, incluindo-se aí os escravos, o que de alguma forma já dá pistas do público que participava deste atendimento.

por lei o funcionamento destas casas. Médicos abriram nas maiores cidades do Império, em meados do século XIX, as casas de saúde, onde prestavam serviços diferenciados de acordo com a classe social das mulheres atendidas, havendo alas diferenciadas para atendimento às escravas e a particulares. Era uma solução para o atendimento de parto das escravas, especialmente, e no cotidiano das mulheres comuns as opções para o parto praticamente se restringiam à própria residência, à residência de pessoas da relação da parturiente, e aos hospitais, com sua precariedade de funcionamento (MOTT, 2002).

A preferência pelas parteiras, em detrimento do atendimento realizado por médicos, especialmente em instalações hospitalares, tinha seu fundamento prático, além da tradição. Segundo Karasch, os hospitais do século XIX, especialmente em sua primeira metade, eram locais propícios à propagação de doenças e tinham condições sanitárias e de higiene bastante precárias. O atendimento realizado pela Santa Casa de Misericórdia era, em geral, destinado a escravos que estavam morrendo ou que não tinham a opção de outro tipo de atendimento mais barato. Já os senhores de escravos “preferiam ser tratados em casa em vez de correr riscos em um hospital” (KARASCH, 2000, p.194).

Segundo esta autora, investigadores que analisaram os hospitais do Rio de Janeiro em 1832 afirmaram que aqueles locais possuíam alguns dos piores cheiros da cidade, além de condições péssimas de ventilação e higiene. Era comum que cemitérios fossem localizados nas proximidades de hospitais. No caso da Santa Casa de Misericórdia, valas comuns eram abertas em um cemitério próprio, que ficava nas proximidades do hospital. Uma vez que as valas eram preenchidas aos poucos com os corpos e permaneciam abertas enquanto houvesse espaço para acomodar novos corpos, a decomposição dos mais antigos produzia um cheiro insuportável e condições de higiene bastante precárias (KARASCH, 2000).

O início do século XX viu acontecer o aumento, gradual e contínuo, do atendimento por parte de médicos, substituindo aos poucos os atendimentos por parteiras leigas e diplomadas. Foram retiradas as restrições legais relacionadas à implantação de novas faculdades de Medicina, ampliando o número de médicos formados. A criação da Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia do Brasil, no apagar das luzes do século XIX, em 1897, atesta para o desenvolvimento deste campo na medicina nacional. Já em 1861 o Brasil contava com a Revista Obstétrica e mais adiante seria possível ver o desenvolvimento de importantes publicações do campo, que revelam seu

desenvolvimento, como a Revista Ginecológica Brasileira (1887), Revista de Ginecologia e d'Obstetrícia (1907), Revista Brasileira de Ginecologia (1922), Clínica Obstétrica (1928), Revista de Ginecologia e Obstetrícia de São Paulo (1935) e os Anais Brasileiros de Ginecologia (1936) (ROHDEN, 2006, p. 218).

Este período contou também com contínua valorização do ambiente hospitalar, considerado como seguro. A indústria farmacêutica já ampliava as drogas disponíveis para o desenvolvimento do trabalho de parto e para o alívio da dor; os exames laboratoriais e de raio x passaram a ser mais complexos e disponíveis ao público; a higiene em todo processo passa a ser cada vez mais valorizada e cobrada, o que significaria menos médicos dispostos a realizar cirurgias em contexto domiciliar, como até então costumava acontecer no caso de famílias abastadas.

1.6. A criação da noção e da necessidade das maternidades

Segundo Mott, “no Brasil, os primeiros discursos sobre a necessidade de criação de maternidades, estabelecimentos especialmente reservados para as mulheres darem à luz, estão diretamente relacionados aos cursos para formação de parteiras e ao ensino médico” (MOTT, 2002, p. 199). Mesmo na Europa a ideia de um local específico para parturientes era pouco usual, e até o final do século XVIII os atendimentos eram realizados em locais compartilhados com todo tipo de problemas de saúde.

No Brasil, a proposta defendida era a de que houvesse maternidades onde os alunos dos cursos de medicina obstétrica pudessem praticar a assistência ao parto e concluir sua formação como médicos-parteiros. Mesmo defendida de maneira veemente por responsáveis pelos cursos de formação, as maternidades continuaram sem se estabelecer na prática, durante todo o século XIX. Este serviço era algo para ser usado especialmente pelas mulheres de condição socioeconômica desfavorável, o que fazia com que fosse de difícil manutenção financeira e houvesse resistência na sua implementação. Algumas iniciativas no sentido de aumentar as oportunidades de atendimento às parturientes por parte de serviços cada vez mais especializados de saúde passam a se fortalecer, especialmente na segunda metade do século XIX. Nesse sentido, Rohden (2006) indica que

“Antes que a Faculdade de Medicina tentasse a instalação de uma maternidade, a Santa Casa era a única a prestar assistência obstétrica pública. Em contrapartida, multiplicavam-se as casas de saúde que atendiam as parturientes, a partir de 1850. [...] Além disso, os jornais da época anunciavam pequenas maternidades particulares com ‘quartos decentemente preparados’ para atender as senhoras” (ROHDEN, 2006, p.217)

No final do século XIX, em 1884, finalmente a Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro abriu a possibilidade – após muita insistência – de uma ala específica para o atendimento das parturientes, onde os médicos parteiros em formação pudessem exercer a assistência e treinar seus conhecimentos. Mas a resistência das religiosas da Santa Casa era tamanha – uma vez que percebiam que o serviço só seria procurado por prostitutas e mulheres “desqualificadas socialmente” – que toda sorte de dificuldade e maus tratos eram colocados às mulheres atendidas: condições precárias de higiene, roupa de cama reutilizada, cama compartilhada com as crianças, medicamentos dados de maneira incorreta que causavam sequelas, toda sorte de abusos que fizessem com que a mulher não desejasse o retorno àquele local.

Na última década do século XIX permanecia o discurso de defesa da implementação de maternidades, em especial as que realizassem o atendimento de mulheres pobres. Mott (2002) assim conta sobre o caso da Maternidade de São Paulo:

“Em 1894, o médico Bráulio Gomes, ao voltar para casa, deparou com uma mulher que estava dando à luz na rua. Penalizado, levou-a à sua própria residência, onde deu toda assistência, visto que no período não havia, na cidade, nenhuma instituição pública ou benemerente para atendimento de gestantes pobres e desamparadas. Naquele mesmo dia, organizou uma reunião e convidou um grupo de senhoras para participarem de uma subscrição a fim de que se criasse uma casa de assistência à mãe pobre. Fundou-se, então, a Maternidade, com donativos particulares, totalmente administrada pelo serviço voluntário feminino. [...] A direção clínica e os partos complicados eram feitos por médicos [...] e os partos normais, realizados por parteira.”¹⁴ (MOTT, 2002, p.201)

1.7. Noção de população e impactos nos cuidados à saúde

Além das questões humanitárias, Mott indica que o debate obstétrico se relacionava também com o entendimento de que uma nação rica e próspera era aquela com muitos habitantes, ou seja, com uma população pujante. Foucault percebe o aparecimento, nos

¹⁴ O hábito da separação entre os partos difíceis para médicos e fáceis para parteiras (ou enfermeiras) se mantém ainda hoje e costuma assinalar, além de uma diferença de profissões, também uma diferença de gênero (TORNQUIST, 2004).

séculos XVIII e especialmente XIX, da noção de população, isto é, a noção de um povo habitante de um determinado território, que possui determinadas características relacionadas à sua taxa de natalidade e reprodução, dando abertura para uma ação deliberada de forças do Estado para controle desta mesma população e sua sexualidade (FOUCAULT, 1999). Esta população, de conceito nascente, precisava estar amparada para dar oportunidade de que pudesse crescer e prosperar numericamente.

Nos séculos XIX e XX o número de crianças e a capacidade de gerá-las passou a interessar a um número cada vez maior de profissionais e pessoas comuns, sendo acompanhada mais de perto a taxa de mortalidade infantil. Um exemplo ilustrativo deste pensamento foi a fala do Dr. Domeneque de Barros, no Congresso Brasileiro de Medicina de 1907:

“Socorrer a mulher grávida é proteger com sabedoria [...] a diminuição da letalidade infantil e materna e trará, como consequência [...] o aumento sempre crescente da população, pelo nascimento de seres sadios, **forças vivas e elementos primordiais do poder de uma nação**. Socorrer a mulher gestante é impedir um grande número de abortos acidentais e concorrer para diminuir abortos criminosos, e [...] os inúmeros infanticídios: é ainda reduzir a cifra enorme de partos prematuros, é **enfim pugnar pelo nascimento de crianças vigorosas e sadias**” (BARROS, D. 1907, p. 496-497, apud MOTT 2002, grifos meus)

Considerada uma tarefa de todos para a construção de uma nação próspera, o incentivo da natalidade da população e de seu crescimento reforçou a então nascente ideia de proteção da criança e da gestante como dever, e com isso cresceu a relevância da assistência dada ao parto. Havia muita discussão sobre as responsabilidades, quem deveria arcar com os custos da assistência ao parto – governo, iniciativa privada, filantropia, as próprias parturientes – mas teve início um período em que a necessidade de assistência ao nascimento passou a ser aceita e compartilhada por setores mais amplos da sociedade, e problematizada no caso de parturientes de pouca condição socioeconômica (MOTT 2002). Em relação às parturientes pobres, foram organizadas iniciativas de amparo à sua situação. Algumas iniciativas mais benevolentes incluíam a internação prévia ao parto, para que a mulher pudesse ter descanso e alimentação adequada, possibilitando uma preparação para o momento do parto, e a internação da mesma muitas vezes se estendia após o nascimento, pelos mesmos motivos. Uma vez que várias mulheres já tinham filhos em casa, em algumas situações as casas benemerentes aceitavam a internação conjunta destes, pela impossibilidade de deixá-los sozinhos. A amamentação era percebida como algo relevante e que deveria ser

garantido (MOTT 2002). Nesse momento, a definição das gestantes como “doentes” aparecia como possibilidade de angariar condições diferenciadas de tratamento das mesmas e visibilidade da necessidade de se criar suporte médico para o evento do nascimento. Nas palavras de Mott,

“O apelo à ‘fortuna particular’, portanto, ia além da benemerência, em que a iniciativa privada poderia decidir se queria ou não, e com quanto participar. Envolvia uma legislação, questões trabalhistas bastante polêmicas, discussões sobre a quem caberia a responsabilidade (ao poder público, ao setor patronal, à benemerência, ou aos trabalhadores) com o objetivo de favorecer o atendimento materno, alguns médicos passaram a **defender a equiparação da mulher gestante e no parto às doentes**, como estratégia para as indigentes obterem assistência médica gratuita.” (MOTT, 2002, p.202. Grifos meus).

Percebe-se aí o início um percurso que fará história na assistência ao parto, que é o reposicionamento do parto de algo “natural” e vivenciado entre familiares e amigos para algo vivenciado como situação de saúde, ou mais particularmente como forma de doença. Ainda que se tenha lançado mão deste artifício, inicialmente, para garantir o atendimento médico às parturientes de baixa renda, este argumento permanece em evidência e tem consequências sobre a maneira como se organiza a assistência obstétrica ainda hoje.

1.8. A sexualidade, a clínica médica, o hospital e a repressão

O século XIX foi o momento de afirmação da medicina como uma disciplina científica. É importante frisar, contudo, que a cientificidade que a medicina então requeria para si era menos uma expressão de práticas regulares de trabalho, que trouxessem para sua experiência cotidiana quaisquer experimentos e regras correlatos aos encontrados na ciência à época, do que de uma afirmação identitária e especialmente de linguagem e seus discursos. Foucault (2004) reafirma a força do discurso criado em torno da clínica médica, de maneira semelhante ao que já havia identificado na história da sexualidade, que veremos a seguir. Ambos os movimentos foram impactantes no que diz respeito às alterações ocorridas no campo da assistência ao nascimento, na criação e estabelecimento das maternidades como locais seguros e adequados para dar à luz, e nos procedimentos realizados aí que dizem respeito aos cuidados da gestante e do recém-

nascido. A respeito dos discursos como formadores do conhecimento médico e científico, Foucault diz que:

A clínica, incessantemente invocada por seu empirismo, a modéstia de sua atenção e o cuidado com que permite que as coisas silenciosamente se apresentem ao olhar, sem perturbá-las com algum discurso, deve sua real importância ao fato de ser uma reorganização em profundidade não só dos conhecimentos médicos, mas da própria possibilidade de um discurso sobre a doença. (FOUCAULT, 2004, p. XVI)

Segundo o autor, em uma mudança de postura que coincide, na Europa, com a passagem dos séculos XVIII para o XIX, é perceptível uma transformação em relação à sexualidade, que até então era vivenciada de uma forma “direta” e com a possibilidade de se ter sobre ela um discurso livre e objetivo, com uso de termos chulos sem que isso se tornasse uma questão para os envolvidos. Para Foucault, este é o período onde tem início uma mudança de postura com relação à sexualidade, trazendo cada vez mais pudor e restringindo os espaços destinados à sua vivência, ao mesmo tempo em que faz explodir uma miríade de discursos a seu respeito. O século XIX faz com que a sexualidade migre do espaço público para o estrito espaço particular, vivenciada entre quatro paredes pelo casal e pouco compartilhada dentro de casa pela família como um todo. De forma paralela, o discurso sobre o sexo muda, se torna cada vez mais indireto, com palavras pensadas cuidadosamente para serem apropriadas e terem o devido rigor puritano. Foucault (1999) se debruça sobre os motivos da depuração tão fina de um discurso sobre a sexualidade e encontra como uma de suas origens a mudança gradual da maneira como se realizava a confissão católica que se torna, ao longo do tempo, cada vez mais precisa e minuciosa. O fiel passa a ser instado a falar com os mínimos detalhes não apenas a respeito de toda a sexualidade efetivamente vivenciada por ele, como daquela que lhe passou pela imaginação e pelo campo do desejo. Isto o obriga a uma revisão escrupulosa de seus pensamentos, atitudes e fantasias, para que fossem todas cuidadosamente avaliadas pelo padre a fim obter a absolvição. O sexo, aparentemente abandonado a um lugar de proibição, daquilo que não se deve falar, se tornou na verdade um grande objeto de discursos, cada vez mais com infindáveis estímulos a um esmiuçamento profundo de seus mistérios e a uma escolha minuciosa da forma de se expressar a respeito deles:

“A ideia do sexo reprimido, portanto, não é somente objeto de teoria. A afirmação de uma sexualidade que nunca fora dominada com tanto rigor como na época da hipócrita burguesia negociadora e contabilizadora é acompanhada pela ênfase de um discurso destinado a dizer a verdade sobre o sexo, a modificar sua economia no real, a subverter a lei que o rege, a mudar seu futuro. O enunciado da opressão e a forma da pregação referem-se mutuamente; reforçam-se reciprocamente. Dizer que o sexo não é reprimido, ou melhor, dizer que entre o sexo e o poder a relação não é de repressão, corre o risco de ser apenas um paradoxo estéril. Não seria somente contrariar uma tese bem aceita. Seria ir de encontro a toda a economia, a todos os "interesses" discursivos que a sustentam.” (FOUCAULT, 1999, p. 13 e 14)

Mais adiante o autor afirma, com relação ao formato da sexualidade que se impunha então - cada vez mais amarrado a tessituras de pouca elasticidade, relegado à existência que se divide em um submundo tortuoso ou à sexualidade do casal heterossexual padrão destinado a uma reserva e um discurso controlado - , que “a vontade de saber não se detém diante de um tabu irrevogável, mas se obstinou — sem dúvida através de muitos erros — em constituir uma ciência da sexualidade” (FOUCAULT, 1999 , p. 17-18), o que ele denomina de *scientia sexualis*:

“[...] o cerceamento das regras de decência provocou, provavelmente, como contra-efeito, uma valorização e uma intensificação do discurso indecente. Mas o essencial é a multiplicação dos discursos sobre o sexo no próprio campo do exercício do poder: incitação institucional a falar do sexo e a falar dele cada vez mais [...] da tarefa, quase infinita, de dizer, de se dizer a si mesmo e de dizer a outrem, o mais frequentemente possível, tudo o que possa se relacionar com o jogo dos prazeres, sensações e pensamentos inumeráveis que, através da alma e do corpo tenham alguma afinidade com o sexo. (FOUCAULT, 1999, p. 21-23)

O autor percebe que a sexualidade vai se tornando cada vez mais centrada em um padrão único de desejo e comportamento, rumo à monogamia heterossexual, e a sexualidade do casal vai sendo cada vez mais reservada e definida entre padrões estritos, com a maior discricção. Qualquer outra forma de sexualidade, incluindo-se aí a de crianças e adolescentes, é vigiada de perto e examinada em todos os seus detalhes. Como consequência, no entanto, segundo Foucault, as novas formas de cerceamento e repressão induzem a uma incitação das sexualidades periféricas, ou seja, aquelas que se encontram fora do casal monogâmico heterossexual, incluindo-se aí a homossexualidade, sexualidade de crianças e adolescentes, e quaisquer outras.

O autor faz referência ao fato de que o comportamento sexual, especialmente a partir do século XIX, passa a ser percebido como intrinsecamente relacionado ao ser que o executa, como partícipe de sua alma e seu ser mais profundo, mais do que apenas um comportamento em um determinado momento. Esta percepção é reforçada e, ao mesmo

tempo, reforça os empenhos no sentido de esquadriñar e categorizar toda forma de sexualidade periférica, para encontrar todas as espécies e nominá-las, a fim de reconhecê-las. (FOUCAULT, 1999, p. 42 a 44)

Por essa forma de perceber a questão da sexualidade e suas transformações, Foucault se coloca frontalmente contrário à noção, então corrente, de que o sexo foi reprimido de maneira eficaz no período, especialmente na virada entre os séculos XVIII e XIX. Com a multiplicação do discurso sobre o sexo, infinitamente classificado e especificado, cresceu e se fez mais visível e presente toda variedade da sexualidade periférica, dando cada vez mais ênfase à percepção da sexualidade da perversão e dos desvios, delimitando-a e classificando-a em seus menores detalhes. A ciência, ao falar sobre, o sexo buscava o detalhamento e a informação precisa sobre essa perversão. E justamente este conhecimento cada vez mais especializado e constantemente revisitado produz, ao seu modo, um fortalecimento da sexualidade do desvio e da perversão:

“De fato, era uma ciência feita de esquivas já que, na incapacidade ou recusa em falar do próprio sexo, referia-se sobretudo às suas aberrações, perversões, extravagâncias excepcionais, anulações patológicas, exasperações mórbidas. Era, também, uma ciência essencialmente subordinada aos imperativos de uma moral, cujas classificações reiterou sob a forma de normas médicas. A pretexto de dizer a verdade, em todo lado provocava medos; atribuía às menores oscilações da sexualidade uma dinastia imaginária de males fadados a repercutirem sobre as gerações.” (FOUCAULT, 1999, p. 52-53)

Foucault denuncia o papel da medicina científica baseada nesse processo amplo de transformação das relações com a sexualidade, apontando que esta sempre está pronta a determinações em nome de uma moral e de uma lei dominantes. A condição de reforço da moral dominante na vivência da sexualidade parece encontrar ressonância ainda hoje, seja nas equipes assistenciais seja, em parte, dentro do próprio movimento de humanização, que, como veremos adiante, atua a partir de uma lógica que não conduz a uma flexibilização da imagem e do papel da mulher, nem mesmo de sua inserção de classe, deixando de perceber diferenças nas vivências de maternidade, parturição e sexualidade, importantes a mulheres que têm, na prática, origens e trajetórias muito distintas.

Segundo ele, países do Oriente, em especial nações árabes muçulmanas, China, Japão e Índia, desenvolveram uma *ars erótica*, extraída da experiência e iniciação no prazer, orientada por regras bastante delimitadas, mas que têm como objetivo final um conhecimento do prazer em si mesmo e sua relação com a sexualidade de quem passa

pelo processo de iniciação. O autor traça um paralelo da *ars erótica* com o desenvolvimento do que ele denomina de *scientia sexualis*, presente no Ocidente, especialmente através da psicologia, pedagogia, medicina, entre outras, e que passa por essa eterna tarefa de classificação da sexualidade e de desvendar sua “verdade profunda”. A intenção de verdade da *scientia sexualis* lhe assegurava o lugar de produção de infindáveis discursos na busca pelo conhecimento por trás da realidade, pela busca incessante de uma verdade mais profunda a respeito do que se queria esconder, a respeito de sua sexualidade. Com relação a esta questão, ele assevera que:

“(…) além desses dúbios prazeres, [a medicina] reivindicava outros poderes, arvorava-se em **instância soberana dos imperativos da higiene**, somando os velhos medos do mal venéreo aos novos temas da assepsia, os grandes mitos evolucionistas às modernas instituições da saúde pública, pretendia assegurar **o vigor físico e a pureza moral do corpo social**, prometia eliminar os portadores de taras, os degenerados e as populações abastardadas. **Em nome de uma urgência biológica e histórica, justificava os racismos oficiais, então iminentes.** E os fundamentava como ‘verdade’.” (FOUCAULT, 1999, p. 53. Grifos meus)

Em uma forma similar ao processo confessional da igreja cristã, a ciência produziu, concomitantemente, seus conhecimentos através da paradoxal técnica da confissão. Aquilo que até então era confessado apenas nos ouvidos de sacerdotes passa a ser cuidadosamente catalogado, investigado e descoberto por minuciosos cientistas que organizam o arquivo dos prazeres do sexo, em especial em seus desvios, originando a complexa *scientia sexualis* que organiza a percepção moral e médica sobre o campo das sexualidades.

Foucault elenca cinco maneiras pelas quais o Ocidente foi capaz de “constituir essa imensa e tradicional extorsão de confissão sexual em formas científicas” (FOUCAULT, 1999, p. 63): pela codificação clínica do fazer falar, numa combinação de confissão e exame; pelo postulado da causalidade geral e difusa, própria do sexo, que é a base causal de praticamente todas as doenças e desvios revelados no século XIX; pelo princípio de uma latência intrínseca à sexualidade, percebendo o sexo como obscuro e fugidio por natureza, e com isso reforçando a necessidade do instrumento confessional de forma privilegiada; pelo método da interpretação, onde a formação da verdade está dada àquele que recebe a informação sexual do outro, a interpreta e delimita seu lugar dentro do desenvolvimento dos discursos da verdade; e, por fim, através da medicalização dos efeitos da confissão, recolocando o regime do sexo, movendo-o do

local de culpa e pecado para a determinação da sexualidade normal e patológica pelos detentores do discurso normalizador, dentre eles a medicina.

A patologização das sexualidades periféricas abre espaço a uma patologização do corpo feminino e do universo “desconhecido” que ele revela. Já vimos anteriormente as dificuldades relacionadas ao cuidado da saúde reprodutora feminina por parte de médicos homens, sob a justificativa dos pudores relacionados à mera visão – que dirá o toque – das partes íntimas femininas, o que garantiu uma circulação de informações e cuidados entre mulheres até o século XVIII. No que tange à sexualidade, a ciência e a medicina fizeram um profícuo entrecruzamento que determinou normalidades e patologias de forma exemplar, ao mesmo tempo em que abria cada vez mais as portas de médicos para o exame e atuação no campo dos cuidados da sexualidade feminina, que deveria ser, por sua vez, minuciosamente percebida e catalogada pela *scientia sexualis*.

Nesse sentido, o ganho gradual e aparentemente irreparável de espaço dos médicos no que tange à assistência ao parto parece coadunar com as hipóteses levantadas por Foucault em sua análise sobre a história da sexualidade, deixando entrever o caráter regulatório, classificatório e discursivo que a ciência e a medicina produziram a respeito da sexualidade e do nascimento. Foucault analisa o processo de captura, pelos médicos, da autoridade sobre o discurso da sexualidade, e, por meio desta, do controle da sexualidade das mulheres e conseqüentemente da maneira como escolhem parir seus filhos. Além disso, ele aborda o desenvolvimento gradual de outra importante instituição de nossa sociedade, capaz revelar intensas disputas simbólicas e relações de poder, que foi a clínica médica e, posteriormente, o hospital.

O desenvolvimento da clínica médica pressupõe o desenvolvimento de uma concepção específica da doença e de seu tratamento, ligada a concepções também específicas de corpo e pessoa que são hegemônicas no Ocidente. Dessa maneira, Foucault defende que houve uma passagem da medicina das espécies, mais próxima em seu funcionamento ao campo da simpatia e daquilo que é percebido como homólogo no campo nosológico, para uma medicina classificatória e científica, que atribui para si as suas origens justamente no fim do século XVIII.

A expansão do atendimento médico e a necessidade de observar e gerar soluções a um número cada vez maior de pacientes em curto período de tempo vai contribuindo para que a medicina passe a ser encarada de forma “mais geral” e distanciada dos eventos únicos dos indivíduos. Para Foucault, a percepção da doença que enfatiza suas *regras e leis gerais*, e não aspectos individuais ou particulares, está ligada à busca da medicina por uma *neutralização cada vez maior do paciente e do médico*, de forma a fazer surgir, do campo das observações, as linhas gerais que desenham a nosologia de cada doença.

Compreender este sentido de constituição da doença e da percepção médica sobre seu trabalho e forma de organização de diagnóstico – e através dele de tratamento – parece revelador de uma maneira de se apreender a relação médico-paciente e suas implicações em contextos de saúde atuais. O fato do doente se tornar, cada vez mais, uma “perturbação” com a qual o médico precisa lidar é revelador do lugar do indivíduo e de suas escolhas a respeito do tratamento que *deseja* para si. O desenvolvimento da medicina, da clínica médica e do entendimento e tratamento das doenças parece *corroborar a ideia de desaparecimento gradual do sujeito, em função do aparecimento da ‘verdade’ nosológica primordial*, que independe de quem a manifesta, como veremos adiante. Dessa forma, o lugar do indivíduo em seu próprio tratamento vai se tornando cada vez mais estéril e contido para que cause uma perturbação de menor intensidade às necessidades de tratamento, surgidas pela análise do médico.

A história das percepções sobre a instituição hospitalar nos fornece, paralelamente, um entendimento sobre o processo de mudança realizado dentro da medicina e da clínica médica, que coaduna com o trabalho de reordenamento da relação médico-paciente, bem como dos métodos diagnósticos. Em seu início, a instituição hospitalar foi percebida como lugar artificialmente criado, que, como um jardim de doenças, corria o risco de uma contaminação cruzada e recíproca, além de afastar os doentes de seus familiares e cuidados fundamentais para sua recuperação. Vacilava-se entre a necessidade de existência dos hospitais (especialmente para as populações carentes), e o seu rechaço como lugar de criação de mais perturbações que as apresentadas pelo doente ao entrar.

A experiência do hospital e da hospitalização ia se transformar de forma veemente ao longo do tempo. A percepção deste como espaço privilegiado aos cuidados médicos e ao desenvolvimento da medicina e do conhecimento sobre as doenças seria alcançada

em uma longa negociação em torno do fazer do médico, e da formação que os novos profissionais teriam. O debate a respeito da formação sempre esteve em pauta entre organizações de classe, e estas rapidamente obtiveram eco junto aos governos, com a justificativa da necessidade de proteção da população frente aos charlatões da saúde¹⁵. Foucault alerta para a formação do que ele chama de uma “consciência política” na classe médica, que ocorre de forma gradativa nas sociedades europeias. Duas questões parecem ser essenciais para que esta consciência política se desenvolva. A primeira delas é a epidemiologia, o desenvolvimento da noção de que existem regras que, caso seguidas, diminuem o contágio de doenças e devem ser rigorosamente cumpridas pela população, que é vigiada para obedecer essas regras. Nesse sentido, o autor chama a atenção para o forte vínculo entre o desenvolvimento da epidemiologia e do controle estatal e policial, como elementos fundamentais e fundantes desta medicina com nova consciência de seu alcance político. Desta forma, cabe aos médicos ditar a maneira como as pessoas devem organizar seu cotidiano, e seus cuidados básicos de higiene e saúde, bem como fazer com que essas indicações sejam cumpridas.¹⁶

O controle epidemiológico era organizado setorialmente, com centros localizados geograficamente em locais estratégicos, atuando como instrumento de informação da população, controle de seus hábitos e, ao mesmo tempo, ponto de coleta de novos dados, sempre compartilhados por esta rede de médicos, de maneira a criar uma expressiva troca de informações e bases de dados. Essa noção de que a profissão médica se tornaria cada vez mais qualificada e bem fundamentada através da coleta de dados

¹⁵ A noção de necessidade de proteção da população contra os charlatões segue forte e presente ainda nos dias de hoje, como veremos adiante. Em pleno ano de 2012, essa foi a justificativa utilizada pelo Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro ao impor resoluções restritivas à participação de médicos em equipes de parto domiciliar e na assistência a gestantes que fossem removidas para o hospital, após uma tentativa de parto domiciliar..

¹⁶ A partir desta mesma lógica, vemos ainda hoje obrigatoriedades do cuidado com a saúde que são frontalmente contrárias à noção de uma diversidade nos cuidados à saúde, como, por exemplo, a imposição de vacinação de forma compulsória, especialmente na primeira infância. O calendário completo de vacinação do Ministério da Saúde abriga hoje 22 aplicações de vacina, entre doses e reforços, até os 15 meses de idade, algumas com até cinco imunizações em uma única vacina. Especialistas contrários à vacinação criticam seu uso excessivo, em uma fase onde o sistema imunológico está em formação, o que pode ocasionar um super estímulo do sistema imunológico e consequentes adoecimentos e sofrimentos decorrentes das vacinas e não das doenças que elas buscam combater. Há quem alerte, por exemplo, para as questões comerciais de mercado por trás da necessidade de vacinação compulsória e os ganhos financeiros aliados a isso. De toda forma, a possibilidade de regulamentação da vida privada, feita de maneira compulsória, dá a ver a necessidade de negociação dos limites institucionais e políticos dos processos de decisão em relação ao cuidado à saúde, na defesa do direito à diversidade de suas formas. Há uma balança que pende entre a necessidade de obediência às recomendações oficiais – para que se tenha eficácia epidemiológica – e a possibilidade de busca de outras formas de cuidado à saúde, muitas vezes alocadas na condição de charlatanismo, o que novamente permite que se perceba o lugar político e cultural dos embates traçados.

realizada de forma contínua, em locais diferentes e partilhados por médicos com a formação para esta observação da realidade, é confrontada com as questões de formação do campo médico, de como deveria ser organizado o ensino e a profissão do cuidado à saúde. Várias propostas e contra propostas passam a ser feitas na França, debatendo a forma de organizar o melhor ensino e garantir a qualidade dos médicos que irão realizar o atendimento da população. No caso da França o surgimento da Sociedade Real de Medicina, em 1776, como a organização nacional encarregada de estudar, avaliar, propor tratamentos e cuidar epidemiologicamente da população, entrou em confronto direto com as faculdades de medicina já organizadas, provocando um atrito sobre a percepção de currículo para o ensino médico, bem como o lugar da teoria e da prática na formação de um novo profissional na área. A Sociedade Médica foi ganhando cada vez mais espaço político e de financiamento de suas ações, em detrimento da faculdade, que ficou proibida, inclusive, de adotar qualquer tipo de defesa em contestação ao orçamento destinado a cada um dos órgãos (FOUCAULT, 2004, p.29). A Sociedade Médica se torna cada vez mais o lugar da consciência política dos fenômenos patológicos, e alcança espaço gradativamente maior na política e nas intervenções sobre o território e sua população¹⁷. Essa alteração tem impacto na forma como a classe médica se percebe e como percebe sua profissão. Há um incentivo à alteração do olhar sobre a medicina, que o hospital ajudará a concretizar, da mesma forma como contribuiu para consolidar mudanças importantes na formação dos médicos, marcadas principalmente por uma junção entre teoria e prática. .

Segundo Foucault (2004) o conhecimento médico até então se dava com referências a quadros abertos e indefinidamente prolongáveis, com um conhecimento enciclopédico em que o médico é o gênio observador que fará a descoberta a partir dos sintomas, alcançando a verdade por trás dos mesmos, a exata interpretação do quadro sendo o alcance da resposta correta para o quadro nosológico à sua frente, e com isso a maior chance de conseguir efetivamente uma solução ao seu paciente. Com o tempo a relação direta entre o paciente e o caso particulares e o médico, bem como a forma de interpretação de sintomas, até então feita por semelhança, deixam de ser tão relevantes e os casos passam a se inscrever em uma lógica do conjunto – é a série de casos, suas repetições, padrões no tempo e na população que irão definir a *probabilidade* de que o

¹⁷ Pode ser interessante, em pesquisas futuras, observar a história e a atuação política, em paralelo, do ensino da medicina no país e dos seus conselhos federal e regionais, como atores no espaço político e institucional da medicina no país.

médico se encontre diante desta ou daquela manifestação. Inserir casos e pacientes no contexto de séries de acontecimentos *distancia a relação entre as partes, diminui a pressão sobre o diagnóstico exato sobre cada situação e ao mesmo tempo faz do hospital o lugar mais que privilegiado para o estudo e a descoberta sobre as doenças – já que ali são tratados doentes em série*, ocasionando ao mesmo tempo a formação dos estudantes de forma dupla: pelo acompanhamento prático do cotidiano da instituição e de um profissional de experiência comprovada e pela descoberta, no calor da prática, das características das doenças e dos doentes, enquadrando-os nas séries de probabilidades e realizando ao mesmo tempo a coleta de informações que permite uma atualização sobre o fazer médico, tudo ao mesmo tempo.

Se até então a formação dos médicos pendia ora pra um ensino eminentemente prático no contexto da clínica geral e de atendimento hospitalar, ora pra um efeito teórico, com aulas expositivas sobre a história das doenças, a sintomatologia destas e as chaves de percepção sobre um ou outro caso, o hospital, neste momento histórico, de fato inaugura a junção entre teoria e prática, colocando ao mesmo tempo os estudantes para acompanhar profissionais experientes que, durante este percurso, são responsáveis por produzir e rever a teoria médica, através da criação e revisão das séries de probabilidade de doenças.

Esta continua sendo uma característica importante nos dias de hoje. O fato da prática médica seguir inserindo os casos específicos em uma lógica generalista para serem avaliados em série tira do indivíduo boa parte de sua autonomia e particularidade, reduzindo sua capacidade de argumentação e negociação com os médicos, preocupados com a obediência à minimização dos riscos, pasteurizando atendimentos e homogeneizando pessoas e circunstâncias vividas de forma diferente. Há uma disputa posta entre, por um lado, a autonomia individual e a consciência do processo vivido no próprio corpo e, por outro, a credibilidade do conhecimento médico, considerado como sabendo, de antemão, a melhor forma de conduzir cada caso, a despeito das perspectivas individuais dos pacientes.

Em suma, a forma de construção do conhecimento médico e de sua formação atua diretamente sobre a maneira como serão conduzidos os atendimentos e a forma como as expectativas serão acomodadas neste processo. No caso da obstetrícia, o choque entre a formação médica e o desejo da paciente frequentemente gera insatisfações de ambos os

lados, muitas vezes com consequências bastante drásticas para a gestante, como veremos a seguir.

2º Capítulo – A pele que habito

O segundo capítulo desta dissertação se propõe a trazer à luz a percepção de mulheres a respeito das situações assistenciais recebidas e a maneira como estas assistências ressoaram em suas vivências de gestação, parto e pós-parto. Uma vez que o sistema obstétrico é, teoricamente, voltado à gestante – e consequentemente à compreensão de suas necessidades e desejos –, trazer o relato das mulheres ajuda na elucidação do impacto provocado em quem é alvo da assistência, bem como da identificação de aspectos relevantes a elas e desconhecidos ou ignorados pela equipe assistencial. A segunda parte deste capítulo é destinada a recuperar alguns destes traços e trabalha-los à luz da bibliografia de apoio, a fim de refletir sobre o cenário obstétrico encontrado por estas mulheres e a maneira como elas se relacionaram a ele.

Talvez a forma mais potente de percepção da maneira como expectativas de médicos e de pacientes se acomodam e se chocam durante o processo de assistência à saúde seja a disponibilização de relatos, atualmente tão frequentes, em debates virtuais sobre humanização do nascimento. Neles, a percepção da parturiente e de seus familiares pode ser tomada como foco, ponto de partida para pensar o significado da assistência recebida.

Trouxe para o este capítulo dois relatos, selecionados entre as falas das cinco mães entrevistadas para a pesquisa, em sua fase final. A primeira delas, Maria, vinha já de contato prévio com o ideário da humanização. Seu relato nos ajuda a perceber como os sentidos envolvidos no processo de nascimento podem extrapolar e muito o que é colocado como foco da assistência. Também ajuda a pautar a necessidade de se perceber a assistência através de olhares plurissignificativos, que incluam questões especialmente da espiritualidade e da maneira como cada mulher organiza sua experiência e a sente como transformadora de sua vida. A segunda, Ceci, foi uma mulher que em seu percurso de preparação para o parto e experiência da gestação e maternagem se posicionou de maneira contrária ao movimento de humanização do nascimento, considerando-o como avesso à sua realidade, algo que a poderia deixar vulnerável, ao invés de fortalecida. Esse relato nos convida a revisitar as imagens possíveis do movimento de humanização do nascimento e como suas informações chegam a algumas mulheres, determinando como serão estabelecidas as expectativas. Por fim, acrescento às experiências das entrevistadas o relato de minha internação hospitalar com meu filho

recém-nascido, para deliberadamente visibilizar questões relacionadas à autonomia e direito de escolha sobre procedimentos e formas destes procedimentos sobre os corpos de crianças pequenas, tensionando a esfera da responsabilidade a ser considerada como materna, do corpo médico, ou ainda externa, a ser tutelada por um aparato regulatório ou legislador.

Todas as entrevistas são usadas na construção de outras partes do texto, mas apenas duas puderam entrar sob a forma de relato, diante de uma limitação de tamanho da dissertação. Cada relato será apresentado dividido em três fases, que de alguma forma se relacionam a momentos diferentes das vivências maternas e trazem sensações e experiências distintas: a gestação, o momento do parto e o puerpério. Especialmente no caso da primeira gestação de uma mulher, há frequentemente uma diferença muito grande entre o período anterior ao parto e o período em que ela está de fato em contato com seu filho fora do seu corpo. O parto se torna, assim, de alguma maneira, um rito de passagem, não apenas para o bebê, mas também para a mãe. Nesse rito de passagem, que é ao mesmo tempo social e individual, uma ponte que conecta as duas etapas, a mulher que chega do outro lado não guarda mais plena identidade com a mulher que iniciou esse trajeto. Há um processo de ruptura com a identidade anterior e um momento de inflexão na construção do processo de tornar-se mãe (CARNEIRO, 2011, SOUZA, 2015), que parece ser mais potente no nascimento do primeiro filho.

2.1. Relato de Maria

Primeira Gestação

Maria é mãe de dois filhos: Giovana e Teo. A vida inteira ouviu que não poderia engravidar naturalmente. Ela não menstruava há tempos e, inicialmente, teve dificuldade em notar a gravidez. Com seios inchados e cinco meses de casada percebeu que havia engordado e uma amiga sugeriu a possibilidade de estar grávida. Comprou um teste: positivo. Correu a um médico plantonista e fez o ultrassom: 13 semanas.

Sua gestação já iniciou o processo de deslocamento e reorganização da vida que viria com mais força posteriormente, fazendo com que se questionasse especialmente a respeito de sua inserção profissional. Ela era psicóloga clínica e trabalhava no setor de

humanização de um hospital geral¹⁸, atuando no conforto emocional de pacientes que passavam pelo processo de morte de um ente querido. Já no momento da gestação não conseguia mais dar o suporte às crianças que estavam em processo de elaboração do luto, o que antes era um trabalho fácil. As dificuldades se alongaram pelos nove meses e pareciam pedir a ela um posicionamento sobre o seu lugar, a maneira institucional e pessoal como lidava com as situações profissionais e pessoais e com o limiar entre vida e morte.

O percurso da gravidez iniciou como ocorre com a maior parte das mulheres: com a ginecologista que habitualmente a atendia nos exames preventivos e que passou a realizar seu pré-natal. Uma amiga convidou-a a conhecer o Hospital Sofia Feldman. Ela se encantou com o lugar, e passou a fazer um pré-natal paralelo ao da médica. Com 37 semanas de gestação a ginecologista passou a ver problemas na gestação, que até então era considerada perfeita. Dizia que seu colo estava duro e grosso, sem sinais de dilatação ou trabalho de parto, e que poderia ser necessária uma cesariana. A essa altura, já informada e com um plano de parto, com acompanhamento da equipe do Sofia Feldman, ela deixou a médica e passou a ser assistida, exclusivamente, pela equipe desse hospital, onde viria a parir.

Sua decisão foi muito mal recebida pela sua família, que considerava aquele lugar “um açougue”. A cada dia, uma nova história terrível de parto, da prima do fulano, amiga do sicrano. Sua família tem histórico de partos normais, mas realizados com muita violência, e havia receio de que ela pudesse passar pela mesma situação. Colegas de trabalho se espantavam com a escolha, sempre dizendo que seu plano de saúde lhe daria ótimas opções de assistência, que incluíssem boa hotelaria.

Primeiro Parto

Quando chegou o momento do nascimento, Maria ficou 3 dias com pródromos¹⁹. Não era uma dor muito intensa, conseguia comer, andar, conversar, dormir, mas sempre em

¹⁸ Segundo a entrevistada, se consideramos que a humanização está a quilômetros de distância no atendimento obstétrico, o atendimento hospitalar em geral se encontra em outra galáxia (Anotações de entrevista, julho 2016).

¹⁹ Conceito característico da área médica. Contrações irregulares, em geral doloridas, podendo ocorrer dor lombar, perda de tampão mucoso, etc. Os pródromos, no entanto, ainda não correspondem à entrada no trabalho de parto, devido à irregularidade das contrações. Uma vez que o ritmo se estabeleça, tem início o trabalho de parto.

pródromos. Ela foi e voltou do Sofia Feldman várias vezes nesse período. Após horas com contrações a cada cinco minutos, foi para o Sofia Feldman, com a certeza de que estava super dilatada. Chegando lá, descobriu que estava só com 2cm de dilatação e haveria a necessidade de caminhar, se preparar, aguardar.

Já internada no Sofia, num momento em que seu marido havia ido pegar uma refeição e a enfermeira saiu do quarto ela, sozinha, pediu à sua espiritualidade por auxílio. Estava exausta e não sabia mais o que fazer, precisava da ajuda e presença de anjos no quarto. Imediatamente sua bolsa rompeu. Ela achava que ia parir quase de imediato (*“mas não é como a novela que quando a bolsa rompe o menino já tá nascendo meu deus?”*). Mas não foi o que ocorreu. A dor aumentou, e muito. A falta de lugar também. Nova avaliação da dilatação: 4cm. Muito pequena. Ansiosa e sabendo que esse medicamento poderia auxiliar na aceleração de um trabalho de parto que já durava três dias, pediu pela aplicação da ocitocina sintética. Depois da ocitocina, no entanto, a dor se tornou insuportável, e ela acabou pedindo analgesia. Estava exausta. A analgesia havia sido iniciada por duas residentes que erraram várias vezes o local da aplicação. O preceptor chegou depois do pedido da gestante para que ele fosse ver o que ocorria. Sob protesto inicial da residente, ele tomou a agulha e fez a aplicação correta. As tentativas anteriores, no entanto, originaram um excesso de medicamento no sangue, perda de controle das pernas e sentimento de bambeza. Depois da aplicação da analgesia a enfermeira que a acompanhava instruiu que tentasse não dormir, para que não perdesse o período de sua duração e pudesse dar andamento ao trabalho de parto. No entanto, exausta de três dias com dor de pródromos e do trabalho de parto ela dormiu durante as 2h de seu efeito. Acordou com a dor lancinante voltando. Pediu mais uma dose, desta vez bem aplicada, o que permitiu que ela parasse de sentir a dor, mas continuasse com a sensibilidade nas pernas e canal vaginal.

Antes das duas analgesias, ela chegou a pedir por cesariana, tamanha a dor que sentia e a desorientação no momento. Na segunda analgesia, já estava no período expulsivo, que ainda foi doloroso, mas permitiu sentir toda a passagem do bebê e perceber o momento exato em que sua filha nascia. O momento do nascimento foi marcado pela sensação da partolândia²⁰, de perda de controle sobre o que ali ocorria e de profunda conexão:

²⁰ Vide descrição da partolândia na nota de rodapé 5.

“Eu andava e via rastros de sangue pelo quarto. Mas não senti medo, sabia que estava bem amparada, também não tinha mais força pra gritar. Sentia-me esvaziada, imersa em mim. Certa hora elas me disseram para me sentar na banquetta, Samuel²¹ ficou na cama e eu me recostei nele. Por causa da analgesia eu não sentia os puxos. Mas sabia que a hora estava chegando pela dor.

Neste instante eu entrei num transe. Não sei dizer quanto tempo durou, eu jurava que foram mais de duas horas, Samuel diz que não passou de 20 minutos. Eu estava num caos, meus gritos, meus temores, minhas angústias... faziam um barulho ensurdecedor. Meu corpo inteiro foi tomado por essa sensação, nós éramos só vibração. Senti como se Samuel, eu e Giovana fossemos um. Ele pôs as mãos sobre a minha barriga e o seu toque nos unia. Então por um tempo tudo parou, o caos cessou e foi como se eu tivesse mergulhando no mar. Calmaria. Ela nasceu. Veio para os meus braços, assustada, tremendo as mãozinhas, mas sem chorar. Eu disse: Oi, você é a Giovana? Eu sou sua mãe. Recostei-a no meu colo e ela mamou. Assim nasceu a minha Preta e assim eu morri para uma vida acomodada”²².

Ela disse que percebe que só conseguiu parir Giovana quando o medo de morrer foi menor do que a vontade de ver nascer. E afirma que a mulher morre para dar à luz, porque “*a gente muda completamente depois de ser mãe*”. Então em seu primeiro parto, lidou com essa entrega ao lugar de mãe, com um imenso medo de morrer e com a negociação do medo com a vontade de ver a filha nascida.

Mesmo considerando que fez algumas escolhas equivocadas ao longo do processo – ocitocina precoce, primeira analgesia precoce, poucos estudos prévios – ela ficou em êxtase com a experiência, tida como marcante e transformadora na vida do casal e vivenciada como um processo extremamente positivo. Por muito tempo o casal ficou processando a grandeza desse momento, e ela comentou que nunca ninguém tinha contado que era assim, tão forte e intenso, tão mágico. Ela então passou a se interessar pelo parto e a dedicar-se a compreendê-lo de forma mais aprofundada.

Primeiro Pós-Parto

Depois do nascimento da filha, voltar ao trabalho estava muito penoso para Maria. Sua rotina já não fazia sentido. Era evidente a necessidade de mudança, mas não compreendia qual mudança e como alcançá-la. Resolveu buscar orientação em um pedido à sua espiritualidade, para que conseguisse entender então qual o caminho precisava seguir. No mesmo dia, ao ir embora pra casa, enquanto seguia em direção ao carro que ficava parado na frente de uma boca de fumo (o hospital onde trabalhava

²¹ Samuel é o marido de Maria. O nome foi trocado, para assegurar a privacidade.

²² Relato de parto feito pela entrevistada, anteriormente à pesquisa. Os nomes foram alterados para aqueles usados na dissertação.

ficava ao lado de uma favela da cidade), veio um homem seguindo firme em direção dela. Ela achou que ia ficar sem o carro, assaltada. Ele perguntou se ela estava indo embora e se estava de carro, ao que ela respondeu que sim. Ele perguntou se então ela poderia levar sua esposa até o hospital, pois ela estava ganhando menino.

Ela levou ambos até o hospital. Foi conversando com a mulher, para que se acalmasse. Ela dizia não entender por que suas costas doíam, e não a barriga. Maria foi explicando sobre o processo do trabalho de parto, e que isso era esperado. Acompanhou o casal, conversando o que era possível no trajeto, buscando oferecer a eles informações que pudessem facilitar sua vivência de parto e tranquilizá-los quanto aos seus diferentes momentos.

Maria saiu daquela experiência muito marcada, e entendendo o recado de sua espiritualidade com relação à atuação profissional. Já sabia, então, que ela se relacionaria ao evento do nascimento, mas não tinha clareza de como isso se daria. Em uma pesquisa, segundo ela destinada a entender se ela teria ou não uma doula em uma suposta segunda gestação, acabou se apaixonando pela profissão e desejando buscar mais a seu respeito. Soube de um curso de doulas que haveria na cidade, fez o curso e um mês depois já atuava como doula. Pouco tempo se passou e ela engravidou novamente.

Maria começou doulando de forma voluntária, mas logo começou a colocar o preço no seu trabalho e perceber que as pessoas topavam pagar o que ela pedia. Tudo fluía e o trabalho não parava. Ela começou um blog, com relato da experiência do nascimento da filha, e muita gente passou a procurá-la, interessada nessa possibilidade de assistência. Algumas gestantes a procuravam na condição de psicóloga, dando assistência emocional ao processo de gestação, parto e puerpério.

Segunda Gestação

A nova gravidez veio com questões diferentes. A espiritualidade estava posta o tempo todo e a comunicação com o universo espiritual era então direta e contínua. Ela relata, em vários momentos da entrevista, sonhos, comunicações, revisitas a situações anteriores, conduzidas por guias e mentores. Antes da gestação do Teo, Maria sentiu que teve um aborto. Não sabia que estava grávida, mas ao perceber um sangramento

fora do normal imediatamente entendeu o que era. Ressentiu-se profundamente, diante de toda a trajetória que estava sendo construída de trabalho com o nascimento e a maternidade. Não entendia em que momento, consciente ou inconscientemente, desejou o aborto para que ele ocorresse. Em sonho esse espírito veio conversar e explicar que conscientemente não havia tido essa intenção. A história deles vinha de muitas vidas anteriores, sobre o que dialogaram. Ela já havia sido mãe dele antes, em uma vida em que fora parteira. Entenderam-se. Depois disso ela comunicou ao espírito que poderia vir, estava pronta pra recebê-lo. Em menos de um mês estava grávida e soube perfeitamente quando isso ocorreu. Teo se anunciava.

A gestação correu bem, mas diferente da primeira apresentou pequenas complicações, como polidramia²³ e asma, curada junto com o parto. O pré-natal foi desde o princípio no Sofia Feldman. Ela desejava um parto domiciliar, mas a asma a tirava da condição de elegibilidade para ele (gestante de risco habitual, que não apresenta complicações durante a gravidez). Teo precisaria nascer no hospital.

Maria doulou várias mulheres enquanto grávida, algumas bem no final da gestação. Foi um período de militância pelo parto humanizado, mas que Maria hoje percebe que não deveria ter ocorrido dessa forma. Segundo ela, ninguém precisa saber se seu parto foi humanizado ou não, a militância não pode se confundir com o lado pessoal. Porque na militância você se expõe, e quando chega a ter uma experiência que não é satisfatória, fica difícil lidar com as expectativas criadas.

Segundo Parto

O parto e a gestação de Teo foram muito diferentes do parto de Giovana. Não houve contrações prolongadas durante dias. Sentiu-se irritada na noite anterior, brigou com o marido, dormiu sozinha. De manhã acordou com uma cólica. Foi ao banheiro fazer xixi e a bolsa estourou. Muito líquido pela polidramia. Nunca viu tanta água saindo. A dor de imediato veio lancinante, como no final do trabalho de parto da Giovana, o que a levou a se questionar como ia conseguir lidar com ela por todo o trabalho de parto. Entrou em contato com a enfermeira que realizava seu pré-natal no Sofia Feldman, que a recomendou a aproveitar a tranquilidade daquele momento no hospital, pois mais

²³ Excesso de líquido amniótico.

tarde havia a possibilidade de não ter vagas para as suítes de parto²⁴. Ela então pensou que já bastava não ser parto domiciliar, e que pelo menos gostaria de ter acesso a um quarto com estrutura. Então resolveram já ir para o hospital.

Desceu com muita dor e teve dificuldade para chegar até o carro que estava parado do outro lado da rua. Moravam a 10 minutos do Sofia Feldman, mas cada pedra do caminho doía fortemente. Ela estranhava a intensidade da dor e pressentia que algo não estava normal. Chegou ao Sofia, foi avaliada, foi para o quarto. Por muito tempo tentou os métodos não farmacológicos de alívio da dor, buscando o andamento para um parto normal. Pediu analgesia pela dor forte que sentia. Gritou quase o tempo inteiro. A uma determinada altura, pediu à enfermeira que a avaliasse, pressentindo que aquela dor tinha algo de diferente. O diagnóstico então foi de que o bebê estava reverso, suas costas coladas nas costas da mãe, dificultando a passagem pelo canal vaginal. A enfermeira então lhe disse: não posso dizer que não nasce via vaginal, 15% dos bebês nessa condição conseguem nascer de parto normal. Mas pode ser necessário o uso do fórceps pra concluir o nascimento. O que você prefere fazer? Ela pediu uma cesariana. A dor já era tão intensa que não podia imaginar a colher do fórceps entrando pra retirar o seu bebê.

Foi para cesariana muito abalada emocionalmente por isso. A expectativa de um parto normal, depois de já tê-lo experimentado anteriormente, ser doula, ativista do parto humanizado, era grande. E a frustração por não vivenciá-lo foi difícil, tanto no momento do parto como no puerpério. Na mesa de cirurgia estava entre choros e gritos de dor. Estranhou-se com o anestesista, que falou bruscamente que, gritando ou não, ela sentiria dor do mesmo jeito, que deveria ficar quieta. Ele a anestesiou e ela conseguiu parar de gritar.

Naquele momento do parto ela nem conseguia entrar em algum diálogo com a equipe, pois lidava com a dor e a frustração ao mesmo tempo. O marido ficou junto. A doula e a fotógrafa não puderam entrar. O médico que realizou a cesariana, figura reconhecida no

²⁴ As suítes são quartos tipo PPP – pré parto, parto e pós parto, equipadas com banheira, chuveiro e outros aparatos que permitem o uso de métodos não farmacológico da dor e possuem estrutura acolhedora.

campo da assistência humanizada, entrou sem cumprimentar ninguém, fez a cesariana e saiu. Não foi abaixado o campo cirúrgico²⁵.

Quando Teo nasceu a pediatra o levou até a mãe para que ela mesma visse seu sexo. Colocou-o em seu colo, mas em seguida ela pediu para que tirassem. A pediatra falou da importância do contato pele a pele após o nascimento, o que ela já sabia. Porém seu peso naquele momento era demais e a sensação de enjoo e mal estar já estava grande. O marido então acompanhou todos os procedimentos com o filho. A dor permanecia, pela cesariana. Mais tarde foram para o quarto. Maria teve um retorno de líquido na coluna e vomitou o tempo todo na recuperação de parto, se sentindo muito mal. Ao voltar na instituição, no puerpério, para ser avaliada em relação ao impacto da anestesia, consideraram que o anestesista havia usado uma agulha de espessura maior do que a correta para sua idade e situação, o que pode ter colaborado para o desenvolvimento do quadro.

Segundo Pós Parto

No dia seguinte a enfermeira chegou para ajudar a dar o primeiro banho de Teo. Maria chorava por não conseguir ficar de pé. Não conseguiria dar o primeiro banho de seu filho. O marido disse então que ele o faria e que ela não se preocupasse com isso. Ela grogue, se sentindo fraca, vomitando e abalada com o desenvolvimento do trabalho de parto. O bebê, por ter nascido de uma gestação com polidramia, vomitava muito, e assim permaneceria por aproximadamente cinco dias, conforme explicações da enfermeira. Era necessário cuidar dele virando a cabecinha a cada vez que ele vomitava. E ela sem condições físicas para isso, pedia ao marido que o fizesse a cada momento que percebia o vômito de Teo.

Quando receberam alta e foram para casa ela continuava estava se sentindo mal. Foram e voltaram do Sofia algumas vezes verificar se estava tudo bem com sua saúde e do Teo. Em uma delas, Maria precisou tomar algumas bolsas de soro pra aliviar a reação à anestesia, o que a deixou bastante inchada. Um início de puerpério conturbado. Seu leite demorou cinco dias pra descer, apesar de Teo já mamar muito.

²⁵ O campo cirúrgico utilizado neste caso é um tecido que permanece levantado como uma barreira visual à gestante, comumente utilizado em cirurgias cesarianas, para evitar contaminação e também a visão do procedimento.

A fotógrafa que a acompanhara no trabalho de parto, mas não pudera entrar na sala de cesariana, telefonou para ver uma solução que pudessem criar, já que suas imagens haviam ficado incompletas, sem o registro do nascimento em si. Combinaram então um parto simbólico em um balde de água em casa. Ao chegar mudaram de ideia. A filha mais velha se interessava pela água, queria pegá-la, a condição física não era tão boa. Decidiram fazer uma conversa com Teo, gravada em vídeo. Maria conversava com ele, explicava o que havia acontecido, o parto pelo qual haviam passado. E dizia entender que Teo veio pra lhe explicar que o divino estava dentro dela. Giovana veio pra conectá-la ao divino, como início dessa relação. E Teo veio mostra-la que nada daquela experiência do parto normal era de fato necessária pra sentir a divindade dentro de si. Como ela mesma diz, no vídeo, esse foi o grande aprendizado desse parto, que não seria assim se a experiência do parto normal tivesse se repetido. Nas palavras dela:

“(....) E pensando o que que deu errado, o que que aconteceu. Aí a gente deu à luz e a mamãe viu seu rostinho assim,... só o contorno... Só aí eu entendi que ter outro parto normal era mais do mesmo. Me conectar com Deus pelo corpo eu já tinha feito. Mas do jeito que você veio pra mim, eu tive que buscar e encontrar o sagrado em mim. Dentro de mim. E entender que Deus tá aqui. E pra encontrar isso não precisa de mais nada. Não precisa parir. Não precisa engravidar. Não precisa ser mulher. Só precisa acreditar. E foi você quem me ensinou. Obrigada meu filho.”²⁶

Ela reconhece que por muito tempo reviveu esse parto com a intenção de entendê-lo. Havia frustração por não ter parido por via vaginal, a despeito de tantos ensinamentos que ficaram evidentes a ela no processo. Próximo do primeiro aniversário do filho, Maria descobriu que a mãe do avô paterno de Teo era parteira e levava seu filho, de mesmo nome, em todos os partos que assistia, o que ele detestava. Ocorre que Teo, seu filho, era a reencarnação de Teo, o avô. Ela entendeu então que parto não era uma coisa só da mãe, mas uma coisa da mãe e do filho. E que se o filho não queria nascer de parto normal, pois não queria reescrever as histórias de parto que havia assistido junto com a mãe, em vidas passadas, então seria esse o seu destino. Para evitar a via vaginal ele poderia se virar e fazer com que essa via de parto fosse inviável, e restasse apenas a possibilidade da intervenção cirúrgica. E mesmo esse parto poderia significar tantas coisas para sua mãe. Maria entendeu que essa é sua missão aqui. Trabalhar com as gestantes e mães nesse processo de gravidez, parto, puerpério, lida com crianças. Com o sagrado dessa experiência e com o apoio emocional e psicológico associado a isso. E percebe a plenitude que isso lhe dá.

²⁶ Vídeo de nascimento de Teo, disponibilizado por Maria.

As experiências de parto de Maria, cada qual a seu modo, lhe desvelaram mais sobre si mesma, suas relações afetivas e familiares e seu lugar no mundo, propondo mudanças em relação a seu posicionamento pessoal e profissional. A espiritualidade teve lugar marcante, seja na gestação ou no momento do nascimento, para os dois filhos.

2.2. Relato de Ceci

Gestação

Ceci achava que não seria mãe. O medo de parir era imenso e ela não toparia passar por isso, até que a gravidez veio sem querer. Foi ao ginecologista habitual, que tratou a gravidez como algo muito normal e muito natural. Ela, insegura, considerou que ele estava tratando a situação com menos relevância do que deveria. Buscou outra referência. Passou por dois médicos que disseram de cara que fariam seu parto de forma cirúrgica. Recusou. A médica que então a acompanhou disse que poderiam tentar o parto normal, mas que se algo ocorresse, então partiriam para a realização de uma cesariana. Ela desejava o parto normal, praticava regularmente atividades físicas antes da gestação. Já durante esse período fez pilates, natação, musculação e, na reta final, algumas sessões de fisioterapia. Desejava o parto normal e tinha medo da cirurgia.

A médica que a atendeu cobrou uma taxa de conveniência de oito mil reais para estar disponível para o parto. Na parede do seu consultório, uma placa da Unimed a parabenizava pelo incentivo ao parto normal²⁷. Sentiu-se segura. A médica foi uma indicação de outra gestante:

“Por indicação de uma amiga com o mesmo tempo de gestação fui parar numa médica que se auto intitula especialista de partos de risco. Queridinha da high society Betinense também das esposas de jogadores de futebol. Na primeira consulta ela me ouviu por quase 2 horas. Foi super querida, acolhedora, disponível e tratou a gestação como um grande evento.” (Ceci,

²⁷ Ao consultar o percentual de cesarianas e parto normais desta obstetra chegamos, não sem espanto, à informação de que 85% de seus partos eram cirúrgicos e apenas 15% por via vaginal. Essa informação foi coletada na planilha elaborada de forma coletiva por ativistas da humanização, que se reuniram em busca das taxas de todos os médicos da Unimed e de alguns outros convênios. Ela está disponível em <https://goo.gl/IPj06V> (acesso em 22.09.2016). A informação sobre a taxa de parto normal ou cirúrgico de cada médico começou a ser obrigatoriamente informada pelos planos de saúde às beneficiárias que assim o requisitassem. Essa medida está descrita na Resolução nº386, da Agência Nacional de Saúde (ANS), que entrou em vigor em Julho de 2015. A recomendação da OMS é de até 15 a 20% de cesarianas apenas.

mãe, relato de próprio punho escrito depois da entrevista. Todas as citações posteriores desta mãe são originadas deste mesmo relato.)

O parto permanecia perturbador, a ideia das entranhas reviradas por alguém lhe trazia enormes dificuldades. O parto humanizado não era opção para ela, que o via como sinônimo de parto natural – e se eu quisesse analgesia? E se um procedimento fosse necessário? Entendia que não seria realizado, sem respeito ao seu desejo. O medo era de ser deixada sozinha. O parto humanizado, o Sofia Feldman, o SUS, a aproximavam, em sua percepção, da possibilidade do abandono e solidão. E o Sofia Feldman “forçava o parto normal”, sem respeito à necessidade da mulher. Doula nem lhe passou pela cabeça. O pacote do parto humanizado trazia essa figura a tiracolo e ela não se via em nenhuma daquelas escolhas e caminhos, dos quais desconfiava seriamente.

Ter acesso a informações de qualidade durante a gestação foi um grande desafio, especialmente diante da “web selva”. Fontes de informação confusas, refletindo brigas políticas entre as diferentes correntes, distantes para quem não desejava tomar partido de uma delas. As consultas de pré-natal eram restritas em relação aos assuntos abordados. Alguns assuntos importantes só foram percebidos em sua relevância posteriormente. A internet, terra de ninguém, local onde tudo se acha, das informações mais radicais às mais banais, sem filtro ou coerência. A violência obstétrica era realidade de outras mulheres, afinal, estava se cercando de todos os cuidados, médica competente, disponível e que tratava a gestação com a seriedade que ela deveria ter, dando-lhe a segurança de que não hesitaria em tomar uma atitude, se necessário, e seria favorável ao parto normal, como dizia o discurso e o quadro na parede.

Com relação à forma como a médica conduziu sua gestação e a percepção, sempre voltada para a busca do problema, ela conta que após ter tido um aumento de 3kg de peso por volta da 20ª semana de gestação:

“Ouvi por mais de uma hora o risco de se engordar demais e que tal condição poderia ceifar de vez o meu plano de ter parto normal por causa da chance de pré-eclâmpsia. Em razão do peso fiz exames para verificar a possibilidade de diabetes gestacional, que obviamente deu negativo. Apavorada com todos os riscos que ela me arrolou eu fiz dieta, continuei com meus exercícios físicos e então consegui manter um peso desejável. Engordei ao todo na minha gestação 10 kg, mesmo ouvindo, por volta da 38ª semana que deveria engordar mais um pouquinho pois senão o bebê nasceria muito magrinho.”

Depois do aumento de peso e da exaustiva pesquisa sobre a possibilidade de pré-eclâmpsia, uma indisposição levou a uma internação da entrevistada:

“Na 35ª semana tive uma indisposição, que na minha cabeça foi por causa de um bacalhau muito salgado que comi, e ela mandou que eu fosse para o Hospital Vila da Serra onde me examinaria. O diagnóstico foi que eu estaria em trabalho de parto precoce, pelo que fiquei internada por 3 dias. Mesmo já estando bem e pedindo para sair do hospital a resposta que eu ouvia era: “a gente tá aqui pra internar e não pra dar alta”. Apresentei alguma dilatação e tomei corticoide e Nifedipino. Depois deste evento ela mandou que eu parasse com todas as atividades físicas, não fizesse mais sexo, e mantivesse repouso.

Em razão do Nifedipino o coração do Miguel começou a ficar mais acelerado e este foi o pavor da vez, por algumas semanas. Ela mandou que eu fizesse um total de cinco cardiotocos. O médico responsável pelo exame já estava ficando incomodado e mandava recados para ela dizendo que estava muito estressada e que tem neném que é mais acelerado mesmo.

Depois da ameaça de parto prematuro ela recomendou que eu comprasse um exame específico, na loja de seu marido, para verificar se o meu parto estaria perto. Não me lembro o nome do exame. Comprei e ele apontou que nas próximas 2 semanas não ocorreria o parto. Por fim ela concluiu e me disse que Miguel estava bem tranquilo e que só nasceria por volta da 40/41 semana, **data que provavelmente aconteceria no natal ou no ano novo.**”

A ameaça da pré-eclâmpsia seria retomada na reta final de gestação. O excesso de exames e o estresse da possibilidade de tantos problemas já afetavam Ceci visivelmente. Somados à falta de exercícios físicos que lhe eram habituais, sua pressão começou a subir,

“Especialmente quando medida pela médica em seu consultório. Ela inclusive disse que eu estava com a síndrome do jaleco branco, pois quando chegava em casa depois de uma consulta e aferia a pressão ela voltava aos 12/8 que sempre me acompanharam. Com a pressão variando a preocupação voltou a ser a pré-eclâmpsia, pelo que passei a fazer incontáveis exames para verificar a proteína e enzimas do fígado. Exame chato e desgastante, cuja espera do resultado era quase uma sentença de morte. Nessas ocasiões nunca foi apontado positivo para pré-eclâmpsia.”

A médica acompanhava de forma obsessiva as escolhas da paciente. Ceci, já exaurida de tantos exames, tinha em mente postergar alguns, não realizar outros. A médica, por sua vez ligava, mandava mensagens no whatsapp, ligava para o marido, para a amiga que a havia recomendado, cercando de todos os lados para que não deixasse de realizá-los.

A médica realizava exame de toque em todas as consultas. Muito incômodo e perturbador. Toque íntimo era um desafio e a constância só dificultava o processo. No final da gestação, consultas semanais, o que fazia com que passar pelo toque se tornasse mais difícil. 39 semanas de gestação, novo toque, dessa vez muito dolorido. Ceci sentiu quando a médica correu o dedo dentro dela em torno de toda a placenta. Só depois de realizado o procedimento que ela avisou: descolou a membrana para acelerar o trabalho de parto. Não pediu permissão. Não explicou antes o que faria. Descolou a membrana

sem autorização de Ceci antes das 40 semanas de gestação, que seriam completadas próximo ao Natal. Era fim de tarde. Ceci voltou pra casa bastante abalada e se sentindo invadida pelo que tinha acontecido.

“Na sexta feira do dia 18/12, ao fazer o exame de toque, sem me avisar ou me consultar previamente, ela descolou minha membrana. No meio do procedimento ela apenas falou: vou dar uma ajudinha para ele e fazer uma manobra e vai doer um pouco. Disse isto quando já doía muito e não houve tempo para nada. Acredito que tenha ficado em estado de choque e não consegui sequer esboçar reação e manifestar a sensação de violação que me tomava. Para meu azar, esta foi a única vez que fui ao consultório desacompanhada. Somente escrevendo este relato agora que me lembrei disto. É, ela realmente foi muito rasteira.”

Parto

Contrações iniciando na madrugada. De manhã o tampão mucoso saiu. Ceci fez contato com a médica, que comemorou que Miguel chegaria naquele dia. Ceci preferiu aguardar ao máximo o trabalho de parto em casa, adiando a ida ao hospital, já que não se sentia segura ali. Às 14 horas chegou ao Vila da Serra e assim que pisou na entrada a bolsa estourou. Sentia muita dor. Gritava e sentia vontade de fazer cocô²⁸. Estava com 10 cm de dilatação. Para a equipe de assistência, Ceci era perturbadora da ordem daquele local:

“As enfermeiras mandavam eu parar de gritar porque gritar não iria trazer meu neném mais depressa. Se apressaram em me dar anestesia para eu parar de assustar as outras mães que estavam por lá.”

Depois da chegada ao hospital e da anestesia, o trabalho de parto se tornou um pouco mais lento. Ceci já estava apresentando no pré-natal a “síndrome do jaleco branco”, o que certamente pode ter atuado em alguma desaceleração de seu trabalho de parto, que iniciava o período expulsivo. O bebê, segundo a médica, estava muito alto. Esta então decidiu pela realização de uma cesariana:

“Às 16:30 ela constatou que o Miguel não ‘desceria’ e que seus batimentos estavam diminuindo e perguntou se eu queria fazer a cesárea. Naquele momento não tive outra opção a não ser acatar o parecer favorável dela.”

Como já havia o histórico de alteração de pressão, ele foi usado pra justificar que não seria possível aguardar. Logo após o nascimento, seu filho ficou por pouco tempo em seu colo, não mamou, e foi conduzido para os procedimentos padrão do hospital, que incluíam o banho, juntamente com o pai e a médica responsável. As únicas que

²⁸ É característico do final do trabalho de parto a vontade de fazer cocô, e eventualmente o defecar. A pressão da cabeça do bebê sobre o reto além de estimular o intestino de fato o comprime.

eventualmente a viam e poderiam oferecer alguma assistência eram duas enfermeiras, de trato grosseiro e amedrontador:

“17:15 Miguel nasceu, com 3.350 kg, sem chorar, de olho aberto olhando dentro dos meus olhos. Ficou no meu colo por alguns minutos. Não mamou. Todos saíram. Médica, pai e neném. Ficamos só eu e duas enfermeiras. Uma delas queria de qualquer forma achar uma tesoura usada na cirurgia e por fim insinuou que talvez tivesse ficado dentro de mim. Foram me colocar na maca para me levar para sala de recuperação e eu pedi cuidado para me colocar pois eu não estava sentido minhas pernas e uma delas grosseiramente disse que ela sabia fazer o serviço dela e se eu queria ser a primeira a ser jogada no chão.”

Depois da cesariana ficou por volta de três a quatro horas sozinha em uma sala de recuperação pós-parto onde nem mesmo as enfermeiras ficavam. Não havia ninguém com ela. O abandono que ela temia ocorreu ali e foi uma das piores partes da experiência. Era dele que ela tanto fugia ao fazer suas escolhas. Quando saiu da sala de recuperação do pós-parto foi para o quarto onde já estava o filho e o marido. Ela só havia visto rapidamente o filho até então.

Pós Parto

Na internação foi diagnosticada pré-eclâmpsia, mantendo-a no hospital por mais sete dias. Período vivido com muito sofrimento: “Foram os piores dias”. Frustração muito grande pelo parto cirúrgico, pelas violências que havia sofrido e por não dar conta de falar sobre elas com a médica que deveria ser sua referência. A médica era queridinha, muito agradável na fala, sabia conduzir a relação para que a paciente se tornasse dependente e ao mesmo tempo a considerasse uma pessoa “fofinha”²⁹.

O atendimento da equipe de enfermagem seguia sendo invasivo, pouco respeitoso. As enfermeiras pareciam esquecer que ali havia uma mãe e um recém-nascido, que necessitavam de descanso, silêncio e alguma privacidade:

“As enfermeiras entravam de duas em duas horas, inclusive de madrugada, batendo a porta e acendendo a luz, de forma que mais parecia ser a santa inquisição invadindo meu quarto do qualquer outra coisa. Sempre me assustavam e acordavam o neném para me dar medicação e medir minha pressão. Se isto não é considerado violência obstétrica deveria ser, porque me deixava completamente desestruturada.”

²⁹ As ativistas do parto humanizado habitualmente denominam profissionais que tem esse perfil de “GO Fofinho” (ginecologista fofinho), pelo claro uso dessa forma gentil e bem humorada para conseguirem conduzir a paciente e levá-la, sem que a mesma perceba, às escolhas que os médicos querem que sejam feitas.

Ceci duvidou do diagnóstico de pré-eclâmpsia. Não viu nada, nem exames, que comprovassem o que estava sendo dito. Tem vontade de pedir a cópia do prontuário médico para se certificar disso. A única alteração era da pressão, já percebida em uma potencial síndrome do jaleco branco. Quando, depois, voltou para casa, suspendeu por conta própria a medicação. Dois dias depois não apresentava qualquer sintoma.

A aversão à internação e a política do medo a marcaram profundamente. Não a ouviam, não a enxergavam em seu atendimento, passavam por cima de sua fala, mesmo quando isso a colocava em risco médico. Em suas palavras:

“Aquele ambiente para mim, naquele momento, era puro horror. Queriam que eu tomasse medicação para depressão, mesmo constando na minha pulseira alergia ao componente da formula. Queriam que eu desse fórmula para o Miguel. Queriam que eu desse chupeta para ele e quando ouviram minha resposta como negativa disseram: vocês são pais muito egoístas.

Escrevendo esse pequeno relato o que posso concluir é que esses hospitais e médicos desta escola a **são uma verdadeira indústria do medo**. Foi o que me levou até eles e **me fez experimentar medos – que nunca imaginei sentir - para tomar decisões que não queria.**” (grifos meus)

Ceci teve uma consulta de pós-parto pouco tempo depois da alta hospitalar. Na consulta a médica considerou que ela estava muito triste e que isso podia indicar início de depressão pós parto. Ceci se sentia frustrada por não exteriorizar para a médica sua frustração e sensação de ter sido violentada no processo, ao mesmo tempo em que tentava elaborar o ocorrido. A obstetra seguiu telefonando várias vezes, preocupada com a possível depressão pós-parto e indicando a consulta com psiquiatra.

Ceci fugiu da médica e não retornou mais. Desde então não consegue ir a uma consulta ginecológica de preventivo. No puerpério, enfrentando sua elaboração de tudo e apresentando dificuldades na amamentação, buscou atendimento com outro ginecologista e obstetra, reconhecido no campo do parto humanizado. A experiência foi ruim e nada acolhedora. O médico insistia que era sua responsabilidade ter se informado antes, na gestação, para não cair no conto do vigário do parto. Igualmente sobre amamentação ela precisaria ter buscado as informações enquanto grávida. Ele não poderia ajudar em muitas coisas e reafirmava que se ela tivesse procurado o Hospital Sofia Feldman, onde ele atende, a situação teria sido diferente. Disse que fazia um atendimento com equipe particular e que poderia ter oferecido um atendimento humanizado para seu parto, em estrutura privada. Insistia que tudo poderia ter sido diferente, mas Ceci não viu nele soluções para a situação em que ela já se encontrava.

Não obteve dele auxílio na amamentação e buscou por fim ajuda no banco de leite do Hospital Odete Valadares, que se tornou ponto fundamental de suporte. Se por um lado ela não havia buscado informações sobre amamentação durante a gestação, isso não havia sido tratado em nenhum momento durante o pré-natal, na internação ou no pós parto, mesmo sendo submetida a uma cesariana³⁰.

Ceci se sentiu traída. Gostaria de poder ter parido sem tomar partido nessa briga e nessa disputa de lugares, que para ela não interessava. Sua experiência negativa só a deixou com a sensação de estar mais sem lugar e é atualmente fator preponderante para o desejo de não voltar a engravidar, para não ter que se ver novamente na possibilidade de uma assistência tão danosa. Mesmo amando ser mãe, ter que parir novamente não está nos planos.

A frustração pelo parto vivido e, mais que tudo, por não conseguir dar voz aos seus desgostos e cobrar sobre o que tinha ocorrido à obstetra de referência foi imensa. A dor do parto não foi o pior. Ela suportou até os 10cm de dilatação dentro de casa sem analgesia. Mas chegar aos 10cm de dilatação e não conseguir fazer jus aos seus anseios, não se contrapor à proposta da médica, contrária ao seu desejo, parece ter doído mais naquele corpo e naquela pessoa.

2.3. Relato de experiência pessoal

Minha experiência pessoal segue relatada abaixo. Fiz breve resumo da gestação e parto, pois me interessava focar especialmente o período de internação hospitalar. O texto foi escrito e reescrito muitas vezes até que fosse possível resumi-lo e recortá-lo dentro do que interessa ao momento, mas aponta para a dificuldade em relatar experiências intensas e liminares, expondo parte da biografia de quem realiza uma pesquisa.

Resumo da Gestação e do Parto

³⁰ É mais comum às mulheres com cesariana eletiva ter problemas com a amamentação, uma vez que a falta de trabalho de parto dificulta a descida do leite. Desconheço maiores informações sobre problemas de amamentação no caso de indução de parto por descolamento de membrana, resultado em cesariana intraparto.

Nunca fui uma mulher que, antes de engravidar, passasse algum tempo imaginando sua maternidade. Eu não me via como mãe, apesar de todo o afeto pelo campo. Tive uma gravidez tumultuada por doenças familiares, falta de dinheiro, falta de casa, dificuldades de trabalho. Até quase oito meses de gestação a vida não havia se acalmado. As coisas se ajeitaram aos poucos. Pude contar com uma equipe de parto domiciliar composta por enfermeiras obstétricas que atuam em Belo Horizonte, incluindo a entrevistada Anna.

Nunca me imaginei parindo em hospital, não há nada naquele lugar que me atraia ou convide à segurança para parir, e nunca havia me passado pela cabeça a possibilidade de que meu filho nascesse nesse ambiente, mesmo que fosse na melhor casa de parto, na mais humanizada. Era o hospital que me repelia como lugar de doença, invisibilidade e, principalmente, obediência a regras que não me diziam respeito.

O parto, domiciliar e planejado, foi maravilhoso. A experiência mais marcante que tanto eu quanto meu marido pudemos vivenciar até hoje. Forte, arrebatador, nos inundou com sua potência e amor. Nem a melhor imaginação cobriria o que de fato vivenciamos, com todo seu vigor e acolhimento.

Primeira Internação

Dois dias após o nascimento, a equipe de parto domiciliar veio avaliá-lo. Muito amarelo. Fomos ser avaliados no Sofia Feldman. Bilirrubina muito alta, internação necessária por icterícia. Chorei longamente. Horas no pronto atendimento tentando decidir entre ser internados no Sofia Feldman ou Unimed, onde a promessa era de um quarto exclusivo para os três – Pedro, eu e Patrick. Eu estava exaurida do trabalho de parto e com pontos no períneo pela laceração que tinha tido no expulsivo. Na Unimed, no primeiro contato, a indicação de que precisaríamos da certidão de nascimento para a internação. Não a havíamos providenciado, não tínhamos ainda nem definido o nome completo de nosso filho, já que até o nascimento seu sexo não havia sido revelado ao pai, por sua escolha. Seu primeiro nome foi definido depois do nascimento e a saga para a composição do sobrenome ainda durou alguns dias. Optamos, já de noite, cansados e frustrados, por permanecer no Sofia Feldman.

Ficamos, Pedro e eu, em uma Unidade de Cuidados Intermediários, UCI. Uma ala imensa com muitos bebês e suas mães ao lado. Quatro fileiras de camas e berços, cada

uma com aproximadamente 06 conjuntos de mãe e bebê. Bercinhos com sua luz e sistema de aquecimento e ao lado uma cama para a mãe dormir e acompanhar o bebê. Sinfonia de choros na madrugada sonora, que refletiam a caixa torácica dos prematuros: acanhado, distante, soando bem diferente de bebês maiores. Quase todos ali eram prematuros ou muito prematuros. Bebês pequeninhos, por vezes alimentados por sonda, acompanhados por fonoaudiólogos para aprender a pegar o peito. Frágeis promessas do vir a ser, que pareciam uma pausa no ar, uma respiração segurada pela mãe, até que passe o susto e ela pudesse voltar a espirar. A mãe ao meu lado já estava lá há mais de um mês. E ficaria ainda um tempo. Ela estava esperando a filha alcançar a marca de 2,5kg para poder ser liberada para ir embora. Pedro tinha nascido com 4,130kg. A pergunta padrão era quantos meses ele tinha e eram apenas seus primeiros dias.

Internamos no Sofia na quinta-feira à noite, na sexta era meu aniversário. Eu me tornei uma participante dos trinta ali. Foi de certo meu aniversário mais angustiante. Nossas noites não estavam fáceis. Tínhamos dificuldade com a pega no seio e a amamentação a partir do terceiro dia de vida se tornou um suplício. Passamos a noite do meu aniversário em claro. Noite comprida, onde de um lado chorava meu filho de fome e do outro eu de desespero. A enfermeira sugeriu que de manhã eu passasse no banco de leite. Eu contava os minutos para que a manhã chegasse.

A manhã chegou. A moça do banco de leite transformou minha vida e me ensinou uma forma sem erro de amamentar. Mais tarde eu poderia amamentar até de ponta cabeça, mas até que tivéssemos intimidade com o processo era importante conseguir uma posição certa que me deixasse segura. Agradei muito, voltei ao banco de leite para novamente dizer da importância que aquela conversa teve. Doei um pouco de colostro. Eu estava muito grata por tudo que tinha recebido e desejava devolver a atenção que recebi.

As relações que estabeleci no Sofia Feldman foram incríveis. Tinham o poder de me mudar como pessoa. As pessoas foram educadas, delicadas, gentis. Os cuidados com Pedro eram vistos como algo de minha responsabilidade. Qualquer decisão de procedimentos com ele era tomada em comum acordo comigo. As enfermeiras me apoiavam para que eu pudesse vivenciar isso da melhor forma possível. Elas me viam, eu as via. Nós dialogávamos. Eu podia fazer escolhas e era estimulada a isso. Em

nenhum outro local de atendimento de saúde, em minha vida inteira, eu havia sido realmente vista, mas só me dei conta disso quando tive essa oportunidade. Ali eu não era elo fraco da corrente, receptáculo de informações e decisões do outro sobre meu corpo e minha vida. Eu já tinha lido bons relatos sobre o Sofia Feldman, conversado com mulheres que o elogiaram. Mas eu não imaginava o que me causaria de sensação de acolhimento e respeito, uma sensação que nunca havia experimentado nos cuidados biomédicos à saúde. O resultado desse cuidado se expressava nos laços que acabavam se formando entre enfermeiras e famílias. Circulavam fotos das crianças já grandes, que passaram por ali. Às vezes as enfermeiras se tornavam madrinhas. Algumas mães visitavam, para mostrar a cria grande e forte, entre elas famílias vindas do interior, com grandes deslocamentos. Outros casos perturbavam emocionalmente toda a equipe³¹. Nem eu nem nenhuma mãe ou filho ali éramos número. Até as plaquinhas de identificação do paciente traziam um sol iluminado e o nome do bebê, da mãe, do pai. Nós a guardamos de recordação, ao sair, tamanho o carinho que ela nos trazia.

Ali Pedro era o paciente, eu a acompanhante. Patrick, o pai, era visita e só podia ficar até às 21h. Mas o maior incômodo não era esse. O banheiro era um andar abaixo. As refeições eram feitas em outro andar e não era permitido manter comida na UCI. Para qualquer dessas situações era preciso deixar meu filho sozinho no berço. Havia as enfermeiras que transitavam e observavam os bebês, acudindo na ausência da mãe, mas para mim era perturbador sair e deixá-lo ali. Nesse período me doía intensamente o osso púbico. A sensação era de que ele permanecia aberto. Os pontos do períneo estavam inflamando. A falta de descanso contribuía para piorar minha situação.

De dois em dois dias os exames de sangue do Pedro eram refeitos para ver se havia baixado o nível da bilirrubina. A cada exame seus níveis estavam maiores. Explicaram do pico esperado no 5º dia de vida, mas a tristeza de permanecer no hospital nos invadia. Na sexta de noite um equipamento mais potente, o dobro do que vinham usando até então, foi colocado para ele. No sábado, quinto dia de vida, a bilirrubina

³¹ Em uma das minhas idas ao banheiro encontrei uma enfermeira aos prantos, com dificuldade de se conter. Perguntei a ela o que tinha ocorrido e se precisava de ajuda. Ela disse que aquela era uma profissão muito difícil e que ela se apegava muito aos seus pacientes. Uma menina de quem cuidava, na sessão dos bebês super prematuros, havia acabado de falecer. Ela não conseguia conter sua tristeza e saiu para não ser pior para a família. Ouvi seu relato, tentando lhe dar força, mas sem ter muito o que fazer diante da situação triste. Ao sair do banheiro já era uma sinfonia de choros. Toda a enfermagem não se conteve e desabou em choro. Tentavam escondê-lo baixinho, mas a sonoridade era devastadora. A equipe de assistência estava arrasada e mesmo tentando dar suporte emocional à família, era incapaz de conter a própria dor.

ainda subia. No domingo à tarde uma criança com icterícia mais grave, com a possível necessidade de transfusão de sangue e tudo mais, chegou ao hospital. O aparelho potente acabou direcionado a essa criança, evidentemente. Mas a bilirrubina do Pedro me preocupava, pois só tinha tido até então um movimento ascendente.

Nesse dia chegaram muitas crianças com icterícia no hospital. O equipamento que Pedro recebeu em troca do anterior era antigo e estava visivelmente deteriorado pelo tempo. Pensar em ficar com um equipamento de menor potência, que exigiria mais tempo de internação me preocupava. Juntando-se a isso o banheiro, a impossibilidade da permanência de Patrick, o meu cansaço, a percepção da necessidade dos equipamentos que estavam ali, a ilusão de que eu poderia ter um bom atendimento pela rede particular me balançaram nesse momento. Eu pensava que tínhamos escolha, pagava um plano de saúde e poderia optar por estar na sua estrutura. Outras crianças que estavam ali não teriam essa opção: elas precisariam ficar e ser tratadas com o equipamento que estivesse disponível, se estivesse disponível. E tudo isso pesou como chumbo em nossa decisão para migrar do Sofia Feldman para a Unimed.

Era domingo à tarde quando começamos a ligar de novo para Unimed para sondar a transferência. No novo contato disseram que não precisaríamos da certidão de nascimento, desde que a fizéssemos antes da alta hospitalar. Precisávamos apenas de um responsável médico que repassasse o caso por telefone e desse um laudo por escrito, para que quem nos recepcionasse na Unimed pudesse dar sequência no tratamento. Fomos atrás da plantonista, extremamente delicada e gentil, e que, mesmo com uma quantidade imensa de serviço, relatou três vezes as mesmas coisas por telefone e enviou o caso por escrito. Era simples, icterícia ao nascer, incompatibilidade ABO³², tratamento com fototerapia. Apenas isso. E ela explicou várias vezes. Conseguimos uma vaga na maternidade da Unimed, a dois quarteirões da casa de minha irmã, naquele domingo completando também suas 40 semanas de gestação. Minha sobrinha viria a nascer na quinta feira. Depois de várias idas e vindas, confirmação e desconfirmação, relatórios médicos e conversas ao telefone, conseguimos por fim a esperada vaga. Já

³² Podem ocorrer a filhos com sangue A ou B, nascidos de mães de sangue O, episódios de icterícia causados pela incompatibilidade sanguínea. No sangue O é comum que circule anticorpos anti-A e anti-B, e uma gestante O com filho de sangue A ou B repassa a ele esses anticorpos, gerando a reação em seu organismo. Meu sangue é O, do Pedro A.

devia ser umas 22h30 quando saímos do Sofia Feldman em uma ambulância da Unimed, rumo ao Grajaú.

Vira Lata na Cadeia

Chegamos ao hospital e fomos levados à Unidade de Cuidados Progressivos – UCP³³. Não entendemos porque fomos levados para lá e só o que recebíamos de resposta era que esse era o procedimento padrão. Na UCP, bem diferente da UCI do Sofia Feldman, havia várias crianças, cada qual em seu bercinho aquecido, sozinhas na madrugada. Não havia nenhuma estrutura para a manutenção das mães lá e não havia nenhuma mãe acompanhando seu filho. A cena ligou meu alerta interno. Ao sermos recebidos pela enfermeira do lugar a primeira fala dela foi: “mamãe, agora você pode ir descansar porque vamos cuidar do seu bebê.” Um segundo de silêncio de estupefação do meu lado. Recompondo-me do susto digo a ela que meu bebê é alimentado exclusivamente no leite materno e em livre demanda. E que por isso eu não deixaria nenhum segundo o lado dele. Ela então, também tomando seu susto, diz que ali não era proibido que as mães permanecessem, e que poderiam me arrumar uma cadeira para passar a noite.

Uma cadeira para passar a noite... Cheia de pontos inflamados... Pelve doendo... Criança que chora de hora em hora para mamar... Exaustão... Só eu poderia ficar... Patrick era visita... E o arrependimento começava a bater. Internação em uma unidade com preparo para CTI e meu filho só precisava de fototerapia. Mas esse era só o início da saga.

Nós ainda iríamos conhecer os protocolos de lá. Não que eles fossem ser de alguma forma apresentados, discutidos, nada disso. Eles eram realizados, de forma compulsória, por exemplo o uso de um aparelho para medir seus batimentos cardíacos e a suficiência de sua respiração, e o chamado “protocolo da dor”, usado insistentemente pela equipe do local. A seringa vinha com esta expressão colada nela. O protocolo consistia em

³³ O site da Unimed assim caracteriza a UCP: UNIDADE DE CUIDADOS PROGRESSIVOS NEONATAIS (UCP) - Para recém-nascidos com alguma complicação ou enfermidade, a Maternidade Unimed - Unidade Grajaú reserva uma moderna Unidade de Cuidados Progressivos Neonatais (UCP). Composta de leitos de CTI neonatal, leitos para cuidados intermediários e berçário, dispõe de equipe especializada, formada por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos e fonoaudiólogos. A UCP destina-se a todos os níveis de complexidade de assistência ao recém-nascido, priorizando a humanização do atendimento e o máximo possível de contato com a mãe. A vantagem é a assistência continuada ao bebê, em uma mesma unidade hospitalar e por uma mesma equipe, evitando-se, dessa forma, sua transferência. A UCP também está apta a atender internações pediátricas. Disponível em http://portal.unimedbh.com.br/wps/portal/inicio/home/estrutura_de_atendimento/hdmu/servicos_especiais acesso em 27.09.

sugar o dedo da enfermeira envolto em uma luva com glicose, a despeito de minha explícita recusa em querer associar o açúcar com o alívio da dor ou da tensão desde o nascimento.

Houve apenas uma enfermeira, muito gentil e com perfil bem diferente do restante da equipe, que topou tentar tirar sangue enquanto Pedro mamava. Brigávamos com Deus e o mundo para que fosse minimamente ouvida nossa vontade. Para que fôssemos informados previamente sobre o que queriam fazer em nosso filho. Para que levassem a sério que temos nossas escolhas e visão de mundo, e elas independem dos protocolos definidos por aquele hospital. Assim seguimos madrugada adentro. A cada momento uma potencial surpresa. Sentia-me acuada, na defensiva, irritada e completamente sem saída. Uma vez ali não havia retorno e estar ali significava vigilância constante, impossibilidade de descanso, piora do quadro de ambos.

Tudo na maternidade da Unimed se resume a uma expressão: “é o protocolo”. Eu nunca ouvi isso tanto na minha vida, num período tão curto de tempo. Meu filho nunca era o meu filho; nós éramos números e protocolos, ou no máximo os irresponsáveis que optaram pelo parto domiciliar e que estavam sofrendo as consequências³⁴. Passamos a madrugada em estado de tensão. Eu cochilava na cadeira ao lado e acordava com qualquer barulho em volta. Patrick foi dormir no carro.

A manhã chegou. As equipes foram trocando de turno, vendo aquele ser estranho sentado em uma cadeira ao lado de um bebê. Os bebês em volta todos sozinhos, eventualmente checados pelos enfermeiros para ver se haviam feito cocô, xixi, se precisavam ser alimentados por sonda ou mamadeira. Necessidades fisiológicas satisfeitas. Muita técnica e nenhum afeto. Nenhum toque. Nenhum abraço. Nenhuma pele. Nenhum acolhimento. Seres humanos vistos como máquinas, com regras e protocolos que deviam obedecer. Hora pra comer, hora pro cocô, hora pra mãe. Relógios em perfeito funcionamento e quando cediam, glicose para retomar a seu rumo de silêncio e obediência.

³⁴ É muito comum que pessoas que precisam de internação hospitalar, para mãe ou bebê, após parto domiciliar encontrem resistência, diferenciação no tratamento e até mesmo práticas de claro bullying. Acredito que este ponto possa ter dificultado mais nossa comunicação com a equipe local, reiterando a ordem de autoridade e conhecimento autoritativo da instituição (DAVIS-FLOYD, 1994).

Mais tarde na manhã começaram a chegar algumas mães para amamentar seus filhos. Uma delas conversando comigo lá fora me alertou sobre atrocidades que já havia visto com outros bebês ali dentro, da falta de paciência dos enfermeiros e do esforço de estar sempre o máximo de tempo possível junto com sua filha, que havia nascido com problemas respiratórios. Quando tentei conversar com outras mães, já dentro da UCP, fui informada de que isso era proibido, pois não era permitida a circulação entre os berços, como forma de controle de contaminação cruzada das crianças. Os enfermeiros estranhamente podiam passar de um leito a outro, mas as mães não poderiam chegar perto de outros leitos, e preferencialmente não deveriam conversar, pois a distância imposta não permitia um tom adequado de voz e havia sempre bebês dormindo. Uma bela estratégia de segregação.

Fim da manhã, depois de onze horas, a médica coordenadora da UCP me chama para avisar que houve vaga em um quarto e que nos liberariam para lá. Alívio. Íamos finalmente descer para quem sabe ter o que tinham nos dito pelo telefone – um quarto para nós e sossego. Ou pelo menos um banheiro, pois eu continuava tendo que sair da UCP para ir a um.

A noite não dormida em cima da cadeira, sobre meus já doloridos pontos, estavam pesando sobre mim. O estresse da vigilância e argumentação constantes contribuía para a exaustão chegar a níveis realmente difíceis de lidar. Quando descemos para o quarto tudo que eu queria era dormir um pouco e descansar. Temos um plano de saúde de apartamento. Nesse momento era tudo o que eu queria ter: um pedaço de sossego e Patrick perto, para que eu dormisse um pouco sem me preocupar. Quando chegamos ao quarto, ele era enfermaria. Duas camas e berços ao lado. Fui atrás de saber o porquê, explicaram que a pediatria da Unimed não tem opção de apartamento. E por ser enfermaria, a presença do pai era apenas no horário de visita. De volta à situação da qual nunca saímos.

Na primeira noite ficamos sozinhos, pois nossa companheira de quarto recebeu alta no fim da tarde. Patrick dormiu ali. Uma noite de sossego. Banheiro ao lado. Banho, depois de um bom tempo em meio aos embates. Alívio. Isso era segunda feira. Nós ficaríamos no hospital até quarta. O restante desta internação teve níveis toleráveis de loucura. O estranhamento maior era com a forma de lidar com os bebês. As enfermeiras eram treinadas a chegar e “resolver os problemas”, o que significava dar elas mesmas o

banho, trocar a fralda, colocar roupa, uma roupinha da própria maternidade, com emblema da Unimed! Sempre causava estranhamento que eu anunciasse que eu gostaria de dar o banho, trocar a fralda e usar a roupa que eu mesma havia trazido.

Quando saímos do hospital na quarta feira eu só queria ir para casa e descansar. Estava exaurida desse processo todo. Queria de volta meus cheiros, meu lugar, meus bichos, minha cama, minhas panelas, meu banheiro. Ah, meu banheiro! E eu precisava curar meus pontos para que as dores físicas comessem a cessar.

Em casa tudo corria muito bem. Fora um dia ou outro de choro que demorávamos a entender, tudo estava tranquilo. Mas um dia Pedro teve febre. Mais ou menos uns 12 dias depois da saída da internação. Era por volta do dia 15 de dezembro.

Segunda Internação

A princípio tentei ficar tranquila. Conversei por mensagens com o Dr. Francis³⁵. Ele indicou dipirona. Eu dei uma dose, mas no resto do tempo observei. Pedro passou uma noite toda com febre. As antenas da preocupação ligando. Não conseguíamos marcar consulta com nenhum pediatra indicado por conhecidos, muito menos antroposóficos ou pelo menos homeopatas. Eu estava fugindo dos alopatas e de toda a loucura que tínhamos enfrentado. Não havíamos tido tempo suficiente de buscar um pediatra, estávamos ainda construindo nossa rotina e entendendo nossos novos lugares. Quando precisamos de novo e eu não consegui fugir de alopatas quase enlouqueci.

Minha mãe sugeriu levar na médica que fora minha pediatra na infância. Resolvi ligar e explicar o que estava ocorrendo. Ela disse da gravidade de haver febre em recém-nascido, da probabilidade maior de terem infecção generalizada e que era urgente descobrir o que estava ocorrendo. Rápido, pois havia risco de vida. Não adiantaria me receber, exames eram fundamentais para detectar de onde vinha a infecção e, portanto, a solução era um pronto atendimento. Desliguei o telefone desabando em choro. Risco de

³⁵ Quando da alta do hospital da Unimed é necessário já deixar marcado um retorno com algum dos médicos do hospital, em um claro favorecimento do próprio plano de saúde. Nós fizemos o retorno com o Dr. Francis, um médico simpático e solícito, apesar de ter comentários infelizes sobre práticas de amamentação, no caso de livre demanda, que era nossa escolha. Nosso contato com ele havia sido então pequeno, sendo um dos profissionais a acompanhar o caso da icterícia de Pedro na primeira internação e o avaliado novamente dias depois da alta.

vida. Infecção, infecção generalizada, hospital, falta de referência de pediatra. Era um conjunto amargo.

Em tese o Hospital Sofia Feldman não nos atenderia, já que não era hospital pediátrico, mas maternidade, e se limitava a atender as crianças que nascem ali, como já haviam me explicado. Na dúvida rumamos para a Unimed. Não sei o que tínhamos na cabeça em achar que só faríamos os exames e voltaríamos para casa. Era uma armadilha já conhecida e eu acreditei que escaparíamos dela. Mas lá estávamos de novo. A mesma fala encontrada para a outra instituição, normalmente não atenderiam meu filho, só atendem às crianças que ali nascem ou para lá são transferidas, nós não nos enquadrávamos³⁶. Aceitaram nos ver diante da febre. Colheram sangue e urina. O exame de urina deu contaminação com o saquinho coletor e foi necessário o uso de sonda na uretra. Esperamos longas horas até termos o resultado. Ao chegar o resultado dos exames o veredicto: infecção urinária. Ouvimos novamente da gravidade de infecções em recém-nascidos, na possibilidade de infecção generalizada. Disse que Pedro precisaria ficar internado, mas que se Deus quisesse ele sairia dessa, com o acionamento do exército de antibióticos salvadores.³⁷ Quis morrer com essa frase. Se Deus quisesse ele sairia dessa? Estávamos nesse estágio? Sua vida estava em tamanho risco?

Mal podia acreditar que nossa sina ia reiniciar. E reiniciou pelo mesmo lugar: Unidade de Cuidados Progressivos. E com a mesma e conhecida fala: “é o protocolo”. Primeiro prognóstico: pelo menos duas semanas de internação e uso contínuo de antibióticos no período. Possivelmente boa parte do tempo na UCP, com a cadeirinha já conhecida. Achei que iria surtar. Já era fim da tarde, a mesma cadeirinha me esperava. Além dos aparelhos de acompanhamento de tudo, crescia-se dessa vez o soro e os remédios intravenosos. Foram mais de três horas para conseguir colocar um acesso intravenoso para o soro. Pedro chorou o tempo inteiro. Mais de vinte picadas, nos braços, mãos, pernas, pés. Por algum tempo depois da internação o impacto ainda era sentido: qualquer aperto em seus pés e mãos, segurando-os, fazia uma crise de choro e desespero se instalar nele.

³⁶ Essa parece ser a regra geral, de que as maternidades atendam apenas os recém-nascidos que nasceram ali. Os partos domiciliares realizados por equipe particular ficam em um limbo de referência na atual organização do sistema de atendimento.

³⁷ Essa mesma médica iria nos dizer depois que ficássemos tranquilos, que o atendimento da Unimed era muito humanizado, que eles até deixavam a luz baixinha. Humanização vista de forma plena!

Eu já não sabia o que fazer. Era desesperador vê-lo chorando daquela forma. A cada nova tentativa eu queria ir embora. Mas o fantasma do risco de vida nos rondava. Ele é cruel, o coração da gente fica confuso, miúdo, sem saber exatamente o rumo a tomar. É a política do medo, em toda sua falta de diálogo e capacidade de fragilização. Quando finalmente, depois de três horas, conseguimos colocar e manter o acesso, cuidávamos dele de forma obsessiva, apesar de não sermos levados a sério pela equipe médica, que quando se alternava sempre considerava excessiva qualquer preocupação nossa neste sentido. O habitual dali é considerar que as impressões, percepções, pedidos por parte dos pais são sempre de menor valor, não importa o conteúdo ou a circunstância. É uma reação automática de desqualificação. O diálogo conosco se perdia em um vácuo de sentido impossível de ser preenchido entre uma parte e outra. Era uma cilada.

A manhã chegou. Continuávamos sem previsão de quanto tempo seria preciso permanecer na UCP. A previsão de tempo total de internação era de duas semanas, mas ninguém sabia dizer quantos dias seriam ali. A enfermeira responsável por meu filho nesse turno foi terrível. Teimosa, gostava de empurrar os nossos limites ao extremo. Em qualquer situação em que discordássemos não dialogava conosco, buscava imediatamente a médica superiora para que pudesse nos enquadrar, nos desse a ordem de obedecer ao que a enfermeira havia dito. Era violenta. A médica desse turno era alguém que coadunava com esse perfil.

Nessa internação os exames de sangue eram frequentes e Pedro estava assustado. O trauma era já evidente. Além de tudo pelo que estava passando, a obrigatoriedade de mantê-lo em um berço aquecido sob uma luz artificial, com acesso venoso e mil equipamentos de mensuração, ao invés de ficar no meu colo, era insano. E tudo incomodava a equipe. Nossa presença, nosso embate, nosso questionamento. Nosso colo. Nossa proximidade física de nosso filho incomodava. Desafiava. Eu não tinha clareza disso naquele momento. Mas hoje é claro como nossa presença era perturbadora da ordem instituída.

Não queríamos que fosse dada a glicose para dor. A enfermeira novamente utilizou da fala direta com a médica para que esta nos enquadrasse. A médica nos chamou então, a ambos, eu e Patrick, para fora da UCP, saindo de perto para que a enfermeira ficasse livre para fazer o que quisesse com nosso filho. Deliberada violação. Do lado de fora a conversa mais absurda que eu ouvi em toda a internação. Uma médica histérica gritava

sobre como não sabíamos nada, que teríamos que estudar muito para entender qualquer coisa, e que em um plantão sob sua responsabilidade nenhuma criança sentiria dor. Ela repetia que eu não sabia de nada, que não tinha estudado, que precisava ir estudar para saber o impacto da dor em recém-nascidos, e que vários estudos apontavam que sentir dor nesse período poderia levar meu filho às drogas na adolescência. Ouvi umas vinte vezes sobre como meu filho iria para as drogas na adolescência pela minha irresponsabilidade.

O ódio, a frustração, a raiva, tomaram conta. As reações só não se tornaram físicas, com direito a bofetes, para não sair dali presa. Tentando manter a calma, disse que não queria associar o açúcar ao tamponar das frustrações e nem mesmo induzir ao vício dessa substância, como várias pesquisas atuais sugerem. Ela não ouviu sequer uma palavra, já que não parava de gritar para me escutar. Ela, gritando, ainda dizia que era uma médica muito humanizada, que tinha trabalhado anos no Sofia Feldman e sabia o que estava fazendo.

A essa altura eu só pensava em meu filho lá dentro. Minhas antenas ligadas pelo fato de quererem nos manter longe dele. Tive nojo do discurso de autoridade, da desqualificação, do desleixo, daquilo que não há como nominar. Tive ódio. E me senti fera acuada em jaula, sem autonomia alguma. Eu não era gente, nem dona de qualquer escolha a ser realizada. Em teoria tudo aquilo, toda a grosseria, autoritarismo, e procedimentos que passavam por cima da minha vontade tinha algo a ver com o direito de meu filho, de ter o melhor tratamento, a despeito do que eu pensasse dele. Mas de quem é o direito de definir o que é melhor para o meu filho? Sob quais aspectos será feito este julgamento?

Na UCP era preciso revezar quem estava com Pedro. Ou eu ou Patrick, nunca os dois. Como o excesso e abuso nos procedimentos estava constante, nossa intenção era de nunca deixá-lo sozinho. Havia ainda um procedimento terrível. Até hoje dói saber que Pedro passou por ele. É a minha pior lembrança, de todas. A punção lombar. A justificativa era saber se a infecção tinha se espalhado para outras partes do corpo, se tinha risco de se generalizar. Tudo isso sem saber nem o nível de infecção, se era grave, se de fato havia essa necessidade ou se era apenas mais um protocolo absurdo, generalista, que não reconhece quem está do outro lado, recebendo os “cuidados”. Já sabíamos que seu foco de infecção era urinário, pelos outros exames feitos. Depois eu

viria a saber, através de um médico de fora do hospital, que sua infecção foi relativamente branda e provocada por uma bactéria comumente encontrada em ambiente hospitalar – o que me faz imaginar que o procedimento de punção poderia ter sido plenamente descartado e a avaliação feita através de outras circunstâncias, especialmente clínicas.

A punção lombar era exatamente o que o nome sugere. Uma agulha puxa o líquido da medula, na região lombar. Eu estava em pânico com o procedimento. Nem passava pela minha cabeça não estar com Pedro nesse momento. A enfermeira renitente e violenta veio me dizer que eu não poderia estar presente. Eu disse que não sairia dali. A médica abusiva veio dizer que eu não poderia estar presente. Eu disse que não sairia dali e queria falar com a coordenadora da UCP. Mandaram – óbvio – que eu fosse procurá-la lá fora. Ela continuou escrevendo em seu computador e não dirigiu os olhos a mim. Disse que eu não poderia acompanhar o processo. Mais uma cilada: havia saído da sala e agora não tinha permissão para voltar. Patrick não estava naquele momento. Eu ouvia o choro do Pedro, seus berros, e eu não podia voltar. Eu queria chutar a porta e entrar à força, mas lapsos de consciência me faziam seguir tentando não sair de lá presa – e a autoridade se expressa nesses casos através de todos os poros da instituição. Do lado de fora da sala eu sofria com o tempo que não passava. Os choros se confundiam, eram tantos os bebês no desamparo da frieza e da técnica. Eu chorava muito então. Ver Pedro daquele jeito me magoava de formas profundas.

Deve ter se passado quase meia hora com Pedro lá dentro e eu do lado de fora, esperando o final do procedimento. Quando entrei sua cara de pânico foi a coisa mais difícil que vi em toda minha vida. Eu queria escrever essa frase em câmera lenta. Foi como o vi. Pedro estava em completo pavor. Não apenas chorava e soluçava, mas era o total desespero que tomava conta de sua feição. Segue sendo incompreensível para mim que quem é responsável pelos cuidados de saúde de um bebê veja em seus olhos o pavor e esteja imune a isso, que não lhes provoque nenhuma reação a não ser desinteresse e indiferença. A médica que havia feito o procedimento, que eu nem mesmo havia conhecido antes, não cruzou olhares comigo, desviou quando eu os procurei. As enfermeiras acabavam de limpá-lo, com ares de irritação pelo choro, como quem perde a paciência com uma criança que está fazendo manha para a presença da mãe. Meu filho tinha pouco mais de vinte dias! Não há palavras para descrever o que nós três sentimos.

É incompreensível a crueldade, a indiferença, os protocolos abusivos. Nesse período Pedro engordava meio quilo por semana. Estava corado, bem disposto, sem qualquer outro sinal a não ser uma febre branda. E uma punção lombar foi feita, com afastamento dos pais, passando pela cena mais terrível e marcante de nossa história até hoje.

Não há palavras que descrevam o que vi em meu filho. Nem sei quanto tempo demorou até que ele se acalmasse de novo. Mamou, chorou, mamou, chorou, movimento contínuo. Exaurido, caiu no sono. Eu tinha perdido. Pedro tinha passado pelo maior trauma possível, sem amparo, sem minha presença, sem qualquer pessoa que lhe fizesse sentido. Por meses carreguei um peso imenso por ter permitido que isso ocorresse, até conseguir achar algum lugar interno onde acolher o fato de que eu não conseguiria ter feito diferente, o que permaneceu ferida aberta em mim. Depois de sair do hospital, em uma consulta de pós-parto, viríamos a saber que pelo Estatuto da Criança e do Adolescente o que eles fizeram foi ilegal. A criança e o adolescente têm direito a acompanhamento 24hs por dia, durante qualquer internação, e impedir isso contraria a legislação. Possivelmente essa é uma regra conhecida pela equipe, mas como ocorre em outros casos, contam com a ignorância de quem é assistido ³⁸.

Depois disso nem ao banheiro eu queria ir, para não sair de perto do berço. A cadeira estava novamente acabando com meus pontos. A pelve dolorida, seios doloridos pela voracidade de Pedro ao mamar, ao buscar algum conforto para enfrentar aquela loucura. Depois da punção lombar nos foi permitido descer para a ala da pediatria e sair da UCP. Eu desejava intensamente esse momento. Eu precisava sair do modo de batalha.

A família que estava no quarto para onde fomos havia recebido alta e vivemos por um curto período de tempo a ilusão de que conseguiríamos um quarto nosso para descansar, ao menos por uma noite. Era um quarto pequeno e sem espaço para Patrick permanecer, composto por uma cama, o bercinho do lado e uma cadeira de amamentação que já ficava colada na cortina que separava o espaço do outro conjunto de cadeira, cama e berço. Por volta das 22h30 a porta se abriu. Chegava uma mãe com seu filho, para ser internado. Barulho, movimento, luz acesa, enfermagem, médicos, conversa. Claro que Pedro acordou e se manteve acordado por algum tempo. Explicaram o caso, a criança

³⁸ Frequentemente a lei do acompanhante para o momento do parto é ferida, já que pacientes não sabem de sua existência. Na internet encontram-se vários relatos da decisão deliberada de não permitir o acompanhamento, a despeito da lei, com a justificativa de que ‘eles não sabem’.

também tinha infecção urinária. Mas a diferença de idade era imensa: 04 anos. Além disso, a criança tinha um distúrbio próximo ao autismo e havia desenvolvido grande fobia social. Ele tinha infecção urinária de maneira recorrente desde que nasceu, sempre era internado e a mera visão das pessoas vestidas de branco lhe causava pânico. Não falava nenhuma palavra, mas soltava gemidinhos o tempo inteiro. E tinha brinquedos com música e barulho. Gostava de caminhões e vídeos de caminhões, com som alto. A mãe falava alto, contava tudo das internações anteriores. Como resultado dessa combinação, Pedro não conseguia dormir com tantos barulhos, gemidos, conversas, musiquinhas e brinquedos. E Pedro sem dormir era automaticamente eu sem dormir.

A exaustão fazia com que beirássemos a loucura. A noite foi completada por enfermeiras que acendiam a luz de todo o quarto em plena madrugada, além de entrar conversando em voz alta umas com as outras, acordando e assustando a todos. Ali, dentro do quarto, um recém-nascido. O dia foi terrível. A mãe falava muito, tinha necessidade de contar as suas questões. Recebeu visitas, atendeu tantas vezes o celular. O filho assistia a vídeos e brincava em sonoros brinquedos. Eu precisava de silêncio para o sono o meu filho e tudo aquilo já me era apavorante. Seguíamos para a segunda noite no quarto compartilhado, depois de uma noite na UCP. Pedro chorava o tempo inteiro. Eu queria chorar também, já não suportava mais. O estresse era interminável.

Mais uma noite atravessada na companhia daquela criança e eu estava realmente enlouquecendo. Àquela altura eu já sabia que estava com um pé na depressão pós-parto. O que eu sentia era horrível. Eu tinha vontade de sair correndo, abandonar tudo, ir embora dali. Tive algumas vezes vontade de ir embora dali e não levar meu filho junto. Dói escrever essas palavras, mas dói muito mais tê-las sentido. Quando passava o ápice da exaustão eu olhava para essa vontade e ela doía, doía, doía. Como eu podia querer abandonar meu filho ali? Quem me trouxe o maior êxtase, amor e alegria? Mas meu limite já tinha sido ultrapassado há muito. Eu estava perdendo a briga.

Patrick começou a pressionar mais e mais por outra acomodação. Desde o primeiro dia já estávamos falando dessa necessidade. Fomos realocados no fim da tarde, depois de duas noites e dois dias inteiros dividindo aquele quarto. Colocaram-nos em um quarto inicialmente vazio, sem necessidade de dividir com ninguém. Eu só precisava dormir. Eu não poderia nem ser chamada de pessoa naquela hora, eu era em cacos, com uma

cola frágil que ameaçava desandar. Pedi ao Patrick que não nos deixasse sozinhos. Eu tinha medo de mim.

Patrick ficou o tempo que conseguia. Mas precisava cuidar de várias coisas, cuidar de nossos bichos em casa, conversar com médicos e tantas vezes se ausentava. Ele tinha sua exaustão, mas via a gravidade da situação. Olhou bem nos meus olhos e me chamou à realidade. Tinha passado, estávamos ali, nosso filho era tudo o que importava e ele estava melhorando. Eu conseguiria descansar e me reaver, eu precisava de calma. Eu nem sabia direito mais o sentido das palavras, não era capaz de processá-las. Lembro com pouca clareza desse primeiro fim de tarde e primeira noite. Quase não conseguia fazer além de amamentar meu filho. Não conseguia fazer mais do que sobreviver e a sobrevivência por si só não tem um pingão de aconchego.

Dormimos. Acordamos várias vezes, por certo, mas dormimos. Descansamos. Nessa noite Patrick dormiu com a gente. No meio do dia seguinte eu estava começando a ter alguma percepção do entorno de novo. Via que os médicos que passavam ali nos olhavam com preocupação. Dr. Francis e Dra. Mariana, os mesmos da primeira internação, foram nos ver, acho que na primeira tarde. Lembro-me de eles darem alguma notícia, sobre tempo de internação, e eu desabar a chorar. Lembro-me de ver os olhos de ambos e ser evidente a preocupação comigo. Eu sabia que estava entrando em uma depressão pós-parto. Eu não sabia o que esperar dela, estava lutando para não me entregar, mas sabia da minha fragilidade naquele momento. Nos deram dois dias sem ninguém junto no quarto. E eu precisava muito desse tempo.

Os dias começaram a ter um pouco de tranquilidade de novo. Pedro dormia e isso me permitia também dormir. Estávamos quietos, tranquilos, mais serenos, o que nos permitia recuperar as forças. Identificaram qual a bactéria que estava causando a infecção. Diminuíam os antibióticos de três para apenas um. Dr. Francis era bem mais moderado nas escolhas e isso era muito positivo num lugar de tantos exageros. Nesse dia nos disse sobre a possibilidade de darmos sequência ao tratamento por via oral, dentro de casa. Poderíamos ir embora. Era tudo o que eu queria ouvir. Precisávamos do resultado de alguns exames para conseguir essa liberação. Não conseguimos nesse dia, apenas no dia seguinte, quando Dr. Francis nos liberou para finalizar o tratamento em casa. Saímos da Unimed com retorno marcado com ele e a incumbência de conseguir o exame de vias urinárias e a marcação de consulta com especialista renal.

Quando saímos do hospital passamos os primeiros dias na casa de minha mãe. Eu era pura exaustão. Era perto do Natal, saímos do hospital no dia 23. Meu cansaço era meu pior inimigo. Pedro acordava de hora em hora para mamar durante a noite – foi assim nos três primeiros meses, onde os traumas eram evidentes. Eles só foram curados através de um tratamento alternativo, com medicamentos chamados de holoíntimos, que atuam no nível sutil e emocional, indicados pela pediatra, dessa vez homeopata e antroposófica. Após o tratamento, sua personalidade se alterou radicalmente e o nível de choro e estresse caiu consideravelmente, indicando relação com o que havia passado como experiência.

2.4. Porque escrever e disponibilizar relatos?

A intenção de disponibilizar relatos como introdução às informações de campo com as quais lidei se relaciona ao desejo de provocar um encontro das sensações do leitor com a experiência das mulheres aqui relatadas. É através de suas experiências que me interessa olhar o campo da assistência à saúde e problematizá-lo em busca de uma percepção dos limites e possibilidades de relação entre quem assiste e quem é assistido. Interessa-me, assim, tatear sobre os sentidos que foram atribuídos aos seus percursos, contrapondo-os eventualmente à rotina de procedimentos e intervenções às quais foram submetidas as mulheres e bebês em suas experiências.

O atual cenário de debate sobre a assistência obstétrica no país vê se fortalecer a cada dia uma grande quantidade de relatos de parto, que atualmente conformam praticamente um gênero textual, com estrutura comum, como afirmam Müller e Pimentel (MÜLLER; PIMENTEL, 2013). Em sua maioria estes relatos refletem ou situações de parto e vivência da partolândia, em partos fisiológicos, ou, por outro lado, experiências negativas que servem como aviso a outras gestantes para que não tomem aquele caminho. Estas autoras defendem a relevância desse tipo de narrativa no contexto atual, como uma maneira de visibilizar a experiência das parturientes:

Elas [as narrativas] trazem a perspectiva “da nativa”, de quem “esteve lá” e vivenciou o parto, e que se posiciona de maneira ativa diante desta experiência, ainda que a posteriore. Neste sentido, os relatos dos atendimentos violentos e desrespeitosos talvez sejam o principal indicativo de que dispomos sobre o que temos chamado de violência obstétrica ou institucional.

Os relatos, trazendo as emoções de suas narradoras, nos levam a pensar sobre as marcas que as intervenções feitas desnecessariamente e de forma agressiva podem deixar nas mulheres. Uma pesquisa realizada pela Fundação Perseu Abramo (2011) aponta que 25% das mulheres relatam ter percebido alguma forma de agressão durante o atendimento ao parto. Esta porcentagem poderia ser muito maior, caso muitas das intervenções relatadas como tendo desrespeitado a integridade física e/ou emocional da mulher, não fossem hoje profundamente arraigadas e tidas como o “normal” e esperado no atendimento hegemônico ao parto. (MÜLLER; PIMENTEL, 2013, p. 9)

Por isso, considero ser o relato de parto uma maneira apropriada de apresentação do olhar de quem passou pelo processo de gestação e parto, quem atravessou este processo, que pode ser considerado de certo modo como um ritual de passagem, e guarda na pele e na memória as marcas, sejam boas ou ruins, de sua travessia. No caso desta dissertação, os relatos aqui apresentados foram elaborados por mim, a partir das

informações das entrevistas realizadas e eventualmente de consultas realizadas às mães, em momento posterior à entrevista. Estes relatos ajudam a perceber pontos de sentido relevantes às mulheres e que passam pouco percebidos no cotidiano assistencial, os quais serão elencados a seguir. As entrevistas da equipe assistencial serão avaliadas no capítulo 3, ajudando a perceber como as contraposições entre os dois lados ocorrem na prática.

2.5. Espiritualidade e gestação: gerando vidas físicas e metafísicas

O lugar da espiritualidade, para a experiência de gestação, parto e maternidade de Maria tem lugar preponderante na formação de suas expectativas, na maneira como ela se relaciona aos acontecimentos e mesmo no desenrolar dos acontecimentos clínicos de seus partos, afetando diretamente as escolhas assistenciais a partir de sua relação com o universo espiritual. Assim, o primeiro parto se desenrolou para o expulsivo após o pedido de ajuda espiritual e seu segundo filho não nasceu de parto normal, o que para a mãe aconteceu devido a suas experiências em vidas anteriores. Deste modo, para a entrevistada, o parto está acima de uma decisão apenas da mãe, guardando relação com os desejos do ser que chega ao planeta.

Independente das nossas opiniões acerca da vivência da espiritualidade e de como, individualmente, realizamos nosso percurso nessa área, o que está em pauta aqui é a característica fundante da espiritualidade para a experiência de Maria e para sua trajetória de gestação e parto, conformando percepções que dão origem a expectativas, sentimentos e reelaborações das situações vivenciadas. Sendo algo de tamanha relevância para sua trajetória particular, cabe-nos perguntar qual o lugar que este quesito tem na assistência desenvolvida pelas equipes. Ainda que a dimensão espiritual possa ter preponderância na experiência de algumas mulheres, em geral ela não é percebida no cotidiano das instituições obstétricas, o que foi confirmado pelas entrevistas com médicos. Nelas as opiniões divergiram, e apenas em uma entrevista apareceu a possibilidade de que essa dimensão pudesse ser relevante na situação de gestação e nascimento. Nenhum dos médicos, no entanto, considerou a necessidade de alguma ação particular nessa direção por parte do profissional ou da instituição. Uma versão mais tímida do reconhecimento da dimensão espiritual percebia-a como algo a ser

vivenciado de maneira internalizada, e não algo colocado em prática pela equipe na assistência.

Em entrevista com um dos médicos, a preocupação com o registro da religião da paciente aparecia como forma de cumprimento das regras para alcance de um credenciamento internacional, que parte do pressuposto que esta deve ser uma questão valorizada entre as gestantes. A preocupação era, por isso, técnico-burocrática, e a suposta valorização da espiritualidade materna ou familiar se limitava ao reconhecimento e registro de que as pacientes poderiam ter uma vinculação religiosa específica, o que não se configura como qualquer diferenciação no tratamento dado. A única circunstância diferenciada lembrada pelo profissional foi em relação às famílias de Testemunhas de Jeová que, por definição religiosa, não recebem doação de sangue nem de seus componentes. A Testemunha de Jeová se torna então uma paciente difícil de ser atendida, sempre fonte de muitos conflitos na assistência, a respeito da conduta a tomar no caso da necessidade vital de transfusão.

“Testemunha de Jeová eles são contra qualquer tipo de produto, de transfusão sanguínea. Então a gente deveria respeitar a decisão dessa paciente no máximo possível. Mas chega num momento em que ela está entre a vida e a morte, que ela tá com uma hemorragia grave, que ela precisa de tomar a transfusão de sangue, é um dilema muito grande pra gente, porque, é, você salva a vida física da paciente ou você salva a vida espiritual? Se ela tomar o sangue ela vai, teoricamente, ela vai pro inferno. Ela é segregada da comunidade, ela não pode nem participar do culto mais. Então pra ela muitas vezes ela prefere garantir a vida eterna dela do que garantir a vida terrena.”
(Luís Carlos, ginecologista obstetra não envolvido com o movimento de humanização)

Segundo este profissional, contudo, as famílias que têm a oportunidade de manter essa decisão em sigilo em geral optam pelo recebimento da transfusão sanguínea ou de seus derivados, desde que respeitada a necessidade de que essa informação não circule, para não alcançar os grupos religiosos do qual fazem parte, sob pena de serem execrados de suas comunidades. A espiritualidade no momento do parto ou a relação da gestante com este lugar, no entanto, não aparece na entrevista e parece não ser algo de relevância, a não ser no que impacta como campo de proibições da ação médica. Mesmo ao impactar, a avaliação deste profissional é de que essa é uma circunstância criada por pressão externa e social, não como genuíno desejo religioso, e que por isso é possível encontrar junto com familiares as brechas para a atuação protocolar e o uso dos derivados de sangue, por exemplo.

Outro médico aponta que a espiritualidade pode ser algo de grande relevância para a mulher e é comum que grupos menores e mais fechados, que circunscrevem comunidades espirituais específicas, tenham uma relação diferenciada com o momento do nascimento. Ele diz que é possível perceber, por exemplo, quando há um parto cigano no hospital, já que todo o grupo fica aguardando para festejar o nascimento, se necessário acampando na porta.

“(...) eles vão todos pra porta da maternidade e ficam fazendo um fuzuê lá na porta, às vezes eles fazem até as cabanas na porta lá mesmo, ficam acampados lá na porta até o bebê nascer. Na hora do parto todo mundo quer entrar pra assistir o bebê nascer, né, como não tem como deixar todo mundo, fica aquele fuzuê lá fora.” (Paulo, ginecologista obstetra defensor da humanização)

O material das entrevistas indica que entre as enfermeiras obstétricas, por outro lado, a percepção a respeito do lugar da espiritualidade no processo de gestação e parto é bastante diferenciada. Mesmo reconhecendo que nem sempre esta é uma demanda explicitada pela mulher ou familiares, há um tom geral, entre as enfermeiras entrevistadas, de valorização deste aspecto, que dá forças ao momento de parturição e simultaneamente provoca a equipe de assistência pela beleza e impacto que proporciona. A enfermeira Sol conta de casos de rezas, uso de línguas rituais, desenhos pelo corpo, velas acesas e imagens de santa e muita variedade com relação à vinculação religiosa. Ela em particular professa a fé católica e, quando está vivenciando uma situação difícil de assistência, recorre a Maria e a orações, em silêncio, como forma de suporte ao atendimento que está prestando.

Iracema, enfermeira obstetra em hospital público, relembra casos marcantes da dimensão da espiritualidade em relação ao evento do parto. Por exemplo, mulheres que anunciam, antes do parto, sua morte ou a de seus filhos, pedem que sejam dados recados a familiares ou entregue algum objeto – como a aliança ao marido –, por saber de antemão que não sairão dali vivas, o que frequentemente se tornou realidade. Ela diz que hoje quando uma mulher faz qualquer comentário como esse durante a realização do pré-natal já se sente ansiosa, por saber que existe a possibilidade de vivenciar uma situação limite destas. Iracema conta também com o apoio espiritual de Maria, para quem recorre em casos particulares de dificuldades na assistência. Ela reforça, contudo, o respeito profundo pela crença de cada mulher atendida, que sempre é colocada em primeiro lugar, sendo sua própria forma de espiritualidade mantida em silêncio. Cabe

chamar atenção para o fato de que as enfermeiras obstetras entrevistadas eram todas envolvidas, em alguma medida, com o campo da humanização, o que provavelmente teve impactos consideráveis sobre a conformação de percepções sobre a mulher e o atendimento a ser a ela prestado.

Para as doulas entrevistadas a dimensão espiritual auxilia a mulher a ter forças e, em alguns casos, alcançar uma plenitude que lhe permita ir adiante de forma positiva no trabalho de parto, a despeito de complicações que surjam. Todas elas reconheceram a relevância dessa dimensão e de seu trabalho, tanto anteriormente ao parto quanto no momento do nascimento. A doula comunitária Gabriela disse que se aproveitava caso houvesse qualquer manifestação da gestante sobre sua vinculação religiosa e se apegava ao que tivesse sido dito, para que houvesse uma forma de conforto e auxílio diante da tensão e medo ali presentes. Indira, doula particular, por sua vez, contou que sempre busca estabelecer esse espaço e que encontra as brechas nas instituições para que essa conexão permaneça presente. Ela costuma estimular as gestantes que acompanha, perguntando se gostariam de levar algum objeto, imagem, algo para o evento do nascimento, e ela costuma carregar velas para acender em momentos difíceis e simbolicamente resgatar o fio de conexão com o universo metafísico da gestante, auxiliando-a a atravessar suas eventuais dificuldades.

Entre as mães este aspecto apareceu com maior potência na entrevista de Maria, mas esteve ausente em apenas uma das cinco entrevistas realizadas, o que aponta que essa dimensão pode ter um lugar relevante para esta categoria. A espiritualidade se mostrou um quesito relevante de esfera de sentido e auxílio à gestante e familiares, mas também a parte da equipe assistencial, que reconhece seu impacto para o desenvolvimento do trabalho de parto. Deste modo, é importante que este aspecto seja levado em consideração ao pensar a dimensão da diversidade na assistência ao nascimento.

2.6. Autonomia e escolha da mulher

Retomando a experiência de parturição de Maria, podemos perceber como seu processo de escolhas acarretou consequências, indesejadas, mas acolhidas, no parto de sua primeira filha, como o pedido precoce de ocitocina que originou na sequência uma

antecipação de desejo de analgesia. Ciente de sua opção, contudo, ela avalia que suas escolhas não tiveram grande impacto emocional em seu puerpério, tendo, no entanto, estimulado um aprofundamento nos estudos sobre parto e na preparação para uma possível futura gravidez.

Sua segunda gestação foi vivenciada em uma fase muito diferente de sua vida, no que se refere ao entendimento e grau de informação a respeito do parto e sistema obstétrico. Já tinha então formação e alguma experiência como doula, havia passado por um parto normal em instituição de referência da humanização em Belo Horizonte, militava pelo parto humanizado ao mesmo tempo em que gestava seu filho Teo. Avaliando posteriormente, Maria viu na convergência entre ativismo e gestação um equívoco que ela não repetiria, por considerar que o ativismo não deixa espaços para o parto que não sai como planejado. O parto que foge às expectativas e acaba em uma cesariana – tão combatida diante do alto número de nascimentos cirúrgicos desnecessários no país – não encontra o mesmo acolhimento por parte do movimento de humanização e suas ativistas. Maria sentiu um vácuo de pertencimento nesse sentido, e teve dificuldades em lidar com o desfecho assistencial de sua segunda gestação.

O grupo presencial de troca entre gestantes, acompanhado parcialmente durante a pesquisa, organiza uma reunião, específica e de baixa periodicidade, para trabalhar a dor do parto vivenciado de forma a frustrar as expectativas das mulheres envolvidas. A reunião é privativa a quem deseja partilhar desse tipo de experiência e que por ela já passou, com endereço enviado de forma sigilosa às participantes. O assunto é pouco trabalhado na esfera ampla e pública, como respeito à dor das envolvidas. Há ausência, contudo, de seu debate de forma expressiva e aberta a todas as interessadas, permanecendo uma aura de mistério e silenciamento.

Em diálogos ocorridos em ambientes virtuais, por outro lado, o parto que “não deu certo” é muitas vezes percebido como uma responsabilidade prioritariamente da mulher que não realizou o percurso que era necessário para a garantia de desfechos favoráveis. A despeito de haver a oportunidade de definição de trajetórias muito distintas a depender do processo de empoderamento, informação e decisões tomadas pela mulher, o fato de responsabilizá-la de maneira incisiva quando algo não vai bem reforça uma falsa percepção de controle sobre o desenrolar dos acontecimentos e a capacidade individual de agir sobre eles.

Maria demorou quase um ano para processar sua experiência de parto cirúrgico, e para ela a falta de oportunidade de uma partilha com mulheres do ativismo pela humanização que prescindisse de um julgamento sobre o que deveria ter ocorrido em sua assistência foi bastante sentida. Seu registro de vídeo do nascimento de Teo, concluído com um diálogo sensível, falando de suas dificuldades em torno da cesariana e do que ela lhe trazia de explicações sobre o sentido daquela experiência, foi partilhado em redes sociais, ensejando que outras mulheres em situações semelhantes a procurassem para agradecer a partilha, solidarizar-se com a situação e se perceber igualmente com espaço limitado para falar sobre seu parto cirúrgico ou diferente de suas expectativas iniciais, especialmente entre pessoas no contexto do ativismo pela humanização.

Pode ser que estejamos, portanto, diante de outro formato no gênero de relatos de parto, nesse caso o relato de parto com desfechos frustrantes, mesmo após a construção do percurso de empoderamento e informação por parte da mulher³⁹. Vivenciar, nesse sentido, uma cesariana indicada ou, o que é mais dramático, ter a oportunidade de realizar a escolha de intervenção para um nascimento cirúrgico, pelo aumento do risco de um desfecho desfavorável – que não era, contudo, indicação absoluta de intervenção cirúrgica – coloca a mulher em um limbo entre o pertencimento à humanização e a frustração à sua possibilidade de parir por via vaginal. Se antes ela pertencia e se identificava com o movimento de humanização do parto, depois do nascimento ocorrer de maneira a fugir do que era esperado, ela passa a não contar com o mesmo apoio, o que aumenta a angústia relatada.

Fica a pergunta: até que ponto o processo de empoderamento ensejado pelas trocas entre mulheres no movimento de humanização consegue responder a desfechos desfavoráveis de forma positiva e devolver mais uma vez a autonomia à mulher? Falar em autonomia nesse caso pressupõe a aceitação de que a mulher precisa exercer suas escolhas de forma consequente, o que pode significar estar no pequeno percentual de complicações de parto que necessitam de intervenções contundentes, equivocar-se, errar, fazer escolhas das quais poderá se arrepender e ainda assim construir o sentido da sua história

³⁹ Muller e Pimentel indicam, como citado acima, dois tipos recorrentes de relatos de parto, o que entusiasticamente reforça a intensidade do momento, da partolândia e da vivência positiva da mulher e outro que registra o que ela não deveria ter feito e serve como aviso a outras gestantes para que se empoderem previamente ao parto (MÜLLER; PIMENTEL, 2013).

diante do que foi vivenciado na pele, e não do que constituía a imaginação prévia sobre o evento do parto.

2.7. Modelos assistenciais de atendimento obstétrico

Davis-Floyd (DAVIS-FLOYD, 2000) propõe uma distinção dos modelos assistenciais de nascimento, dando àquele centrado no hospital, no médico e no aparato tecnológico a denominação de modelo tecnocrático, contraposto ao humanizado e ao holístico. O tecnocrático está voltado para a relação com a instituição e com os profissionais que a representam, e estes profissionais, por sua vez, foram forjados num determinado padrão de ensino. Este tem suas características próprias e, através da repetição, redundância, trote e exaustão, conforma alunos inicialmente bem intencionados em profissionais cada vez mais vinculados à tecnologia, aos aparelhos e exames, e menos capazes de se relacionar diretamente com seus pacientes.

O modelo tecnocrático, para a autora, seria formado por doze características fundamentais, descritas a seguir. Em primeiro lugar, ele se baseia no conceito de separação e dualidade, (1) separando mente-corpo e (2) corpo como máquina. A segregação em partes que formam um todo e que podem ser separadas, divididas e unidas traz em si a noção de que o evento do nascimento possa ser separado do fluxo geral da vida, tratado como uma parte específica de um todo de vivência. Dessa maneira, toda a assistência pensada para este evento não o percebe como parte de um todo complexo e feito de sentidos que são de quem recebe a assistência *e não de quem a presta*. Davis-Floyd critica o fato de que o hospital se torna a fábrica, o corpo da mulher a máquina e o bebê o produto de um processo de manufatura industrial, em uma lógica fordista de assistência ao parto. Perceber (3) o paciente como objeto e (4) ter uma relação alienada do profissional em relação ao paciente são outras facetas que ela considera na descrição do modelo tecnocrático. Há uma separação inequívoca entre a assistência profissional dada e quem a recebe, e esse distanciamento libera o profissional do sentimento de responsabilidade perante o paciente enquanto sujeito mental e espiritual, o que possibilita a lógica fordista de se perpetuar. O treinamento médico durante seus intensos anos de graduação e residência serve para forjar esse distanciamento emocional como construção de um ethos particular.

O (5) diagnóstico e tratamento de fora para dentro se relaciona à ideia de que máquinas são consertadas por alguém e exigem uma ação externa sobre seu corpo para voltar a funcionar em caso de anormalidade. Da mesma forma, as mulheres necessitam dessa ajuda e intervenção externas para regulação de seus corpos-máquinas. A (6) organização hierárquica e (7) padronização dos cuidados são percebidas como componentes fundamentais desse sistema. A (8) autoridade e a responsabilidade na cena do parto são do profissional e não da paciente, a despeito de como ela se posicione a esse respeito, cumprindo uma retirada de autonomia por parte da mulher que dá à luz. A (9) valorização excessiva da ciência e da tecnologia diminui os espaços de negociação entre paciente e equipe de assistência. Além disso, considera-se que os médicos são pessoas envolvidas no fazer científico, mas ocorre que a formação dos mesmos inclui muito pouca metodologia de pesquisa, e em geral os mais recentes debates científicos na área médica não são incorporados pela prática e muitas vezes não são nem mesmo conhecidos. As (10) intervenções agressivas têm ênfases em resultados em curto prazo e (11) a morte é tida como fracasso, ambas as situações tidas parte da obsessão de controle da natureza e da capacidade de alterar o destino melhorando a natureza através da criação humana. Os procedimentos têm a intenção de tentar recriar uma segurança absoluta impossível de se realizar e as rotinas obstétricas são conformadas na relação com o medo da morte, a despeito do uso de todo o aparato tecnológico. Por fim, ela indica a hegemonia tecno-médica com (11) um sistema guiado pelo lucro e (12) a intolerância com outras modalidades de tratamento e de cura. O rendimento financeiro efetivamente obtido por todo esse sistema de intenso uso tecnológico e farmacêutico, além de grande dependência das equipes de assistência, faz com que se recrie continuamente a hegemonia do modelo tecnocrático. (DAVIS-FLOYD, 2000, p. 1-4)

O modelo humanizado, por outro lado, seria formado por outras 12 características, também resumidas a seguir. A primeira é o destaque (1) para a conexão mente-corpo, com ênfase em formas de cura que integrem essas duas áreas e influenciem sobre ambas. Isso leva a considerar que as emoções de parturientes e gestantes podem ter alto grau de influência no trabalho de parto, por exemplo, e exigir apoio emocional, ao invés de intervenções tecnológicas. (2) Corpo como organismo que, a despeito de não se distanciar completamente da percepção do corpo como máquina, faz com que esse entendimento necessite de uma extrapolação, reconhecendo o poder de cura do próprio organismo como fundamental para qualquer tratamento realizado. (3) Pacientes como

sujeitos na relação, com interesse em sua condição como indivíduo e para além da situação assistencial específica ofertada para o trabalho de parto ou a gestação. Implica também no reconhecimento da condição diferenciada que o suporte emocional pode trazer para os desfechos favoráveis de nascimento e sua repercussão positiva sobre mulheres e famílias. (4) Relação e cuidados entre o profissional e a paciente, com o processo de cura centrado nas relações estabelecidas. O exemplo mencionado pela autora é o fato da presença da doula, em muitos casos, diminuir distócias de parto⁴⁰ e asfixia fetal, além do tempo de trabalho de parto, reforçando o vínculo da mãe com seu bebê. Esse exemplo aponta para a relevância das relações estabelecidas antes do parto e durante o mesmo para os resultados do processo de parturição. (5) Diagnóstico e cura de fora para dentro e de dentro para fora, acessando informações profundas da paciente no auxílio ao entendimento de suas questões pessoais e de como elas afetam a condição de gestação e parto. (6) Equilíbrio entre as necessidades do indivíduo e da instituição. (7) Informação, tomada de decisão e responsabilidade repartida entre o profissional e a paciente. (8) Ciência e tecnologia contrabalançada pela humanização, com disponibilidade a esperar o tempo da paciente antes de decidir pela intervenção, sempre que possível. (9) Enfoque na prevenção e não na intervenção. (10) A morte como possibilidade aceitável e não isolada do contexto mais amplo onde está inserida a paciente e seus familiares. (11) Cuidados movidos pela empatia, desafiando o modelo de competência técnica que afasta a condição falha e humana. (12) Mentalidade aberta frente a outras modalidades (DAVIS-FLOYD, 2000, p. 4-7)

A distinção de Davis-Floyd é útil para pensar a contraposição dos sistemas na prática e esclarecer suas consequências práticas mais habituais. Com relação à caracterização do movimento pela humanização do parto veremos também como o mesmo é percebido, no Brasil, na discussão proposta no início do capítulo 3.

2.8. A política do medo e a responsabilidade impotente

Imaz Martinez chama a atenção para o deslocamento progressivo da preocupação médica, migrando a ênfase sobre o evento do parto para o processo de gestação. Para a

⁴⁰ Parto distócico é aquele em que o bebê não consegue sair do canal vaginal por algum bloqueio físico, apesar de a mãe apresentar contrações regulares.

autora, até século XVIII a maternidade era intimamente vinculada e percebida através do sofrimento, que tinha como expoente máximo a dor do parto, e a maternidade atual se vê apreendida por um deslocamento de interesses do sofrimento do parto para o controle e o cálculo de risco do período de gestação. Este movimento dá origem ao que ela chama de “bebologia”, uma nova ciência constituída de diferentes profissionais que teriam como fim trazer ao mundo um bebê mental e fisicamente são. Com isso, “*el vientre materno se convierte nel lugar idóneo de la prevención, y desde el principio de la gestación, la evitación del riesgo por médio del control, será el objetivo*” (IMAZ MARTÍNEZ, 2001, p. 101). A proliferação de exames e procedimentos que têm por base a diminuição do risco de problemas para o bebê – e eventualmente para a mãe – é enorme, e o discurso do risco se torna cada vez mais presente e potente no imaginário assistencial.

A experiência de Ceci traz à luz a necessidade de ser perceber a trajetória de escolhas e a (in)segurança relacionada a eles. A insegurança e o medo foram mediadores na construção da sua experiência de gestação. O desfecho cirúrgico lhe manteve insatisfeita e com clara desconfiança de que os procedimentos adotados pela profissional refletissem antes um conjunto de interesses particulares – como não necessitar da assistência na semana entre o Natal e o Ano Novo –, do que as melhores opções assistenciais para a mãe e o bebê. A despeito da maneira como a mãe se posicionasse, a assistência seria oferecida de acordo com o que a profissional considerasse como relevante no processo decisório em relação àquela gestação. Dois momentos importantes nesse sentido foram o descolamento artificial das membranas, sem consentimento ou informação prévia à gestante, aproveitando-se de uma consulta em que foi sem a presença do companheiro; e, posteriormente, a realização de uma cesariana já no período expulsivo, com fracas indicações de sua necessidade. A mãe, portanto, está em papel de obediência e subserviência ao conhecimento especializado trazido pela profissional, que preferencialmente não deve ser nem mesmo questionado.

O percurso de Ceci pode ser visto como o que Imaz Martínez (2001) chama de *responsabilidade impotente*. O bebê é completamente dependente da mãe, mas ela é insistentemente alocada no lugar de alguém incapaz de cuidar dele sozinha, sendo vista como ignorante frente à variedade inesgotável de conhecimentos especializados necessários à maternidade. Este processo de impotência tem início nas escolhas

assistenciais da gestação e parto, mas se prolonga indefinidamente nas escolhas referentes ao filho durante seu crescimento. Essa impotência da responsabilidade materna gera a permanente necessidade de um guia em seu exercício, e um distanciamento constante entre o conhecimento especializado e valorizado, oferecido pela assistência perita, e o conhecimento leigo e insuficiente da mãe.

O medo foi percebido em todas as entrevistas realizadas com as mães. Medo de parir, de morrer no parto, de ter filhos com problemas ou nascidos mortos, de não suportar dor do parto, de não ser capaz de fazer as escolhas necessárias para um bom percurso de gestação e nascimento. Mesmo mulheres bem informadas e questionadoras serão alvo da política do medo, como forma de fragilizar suas escolhas e trazê-las para a insegurança e a necessidade de permanente relação – desigual e, frequentemente, desrespeitosa – com as estruturas de poder envolvidas no aparato médico e hospitalar. O medo se vincula diretamente à necessidade da assistência, à necessidade de recorrer aos especialistas, em um embate de poder e informação. Ele é também reforçado na guerra de informações travada, entre especialistas que politicamente estejam em choque – como, por exemplo, os modelos tecnocrático e humanizado. A internet revela a multiplicidade incrível de discursos sobre a maternidade, gerados entre mães, profissionais de assistência à saúde, indústria farmacêutica, comércio, entre outros, recolocando a questão das fontes de informação como algo fundamental no processo de construção da gestação e preparação para o parto. Com uma explosão discursiva em torno do tema da maternidade, encontrar a fonte de informação apropriada e que dê segurança para a construção da trajetória materna pode se tornar uma tarefa difícil. Entender como uma gestante alcança informações pode ser um interessante tema de pesquisas futuras, bem como entender a relação entre as fontes de informação e a sensação de empoderamento sobre o processo de nascimento.

As conversas envolvendo gestação e parto estão sempre, aparentemente, cercadas de perigo. Em grupos de discussão de gestantes é comum ouvir a recomendação de mentir sobre o local de assistência ao parto ou a idade gestacional do bebê, de maneira a evitar os comentários de final de gestação e a pressão sobre a família, especialmente quando já se completaram 40 semanas. Nicolas, obstetra, reconhece que as falas em torno da gestante são, na maioria das vezes, contando sobre experiências ruins e sobre o estado de permanente tensão em que as mulheres permanecem durante a gestação:

“Eu vejo como que a gravidez hoje deixou de ser um estado prazeroso pra ser um estado de ansiedade contínua. O tempo todo as grávidas estão ansiosas e tem um outro problema, me parece, que é as mulheres, as que já engravidaram e tiveram problemas, fazem questão de transmitir isso pras grávidas que elas conhecem. É muito raro você encontrar uma grávida que diz que outra mulher falou coisas boas pra ela. Sempre falam coisas ruins, negativas. Que a coisa negativa fica mais presente na memória né? Então as grávidas recebem muitos apelos negativos na gravidez também, de mulheres ou então vão pra internet, então... Esse acesso à informação hoje, ou a disseminação de informação como tá aí tem esses dois lados né?” (Nicolas, ginecologista obstetra não envolvido com o movimento de humanização).

Uma vez que o cenário geral de atenção obstétrica no país é bastante conturbado, com inúmeras histórias de violência obstétrica, procedimentos desnecessários, agressividade no trato com as gestantes, não é de se espantar que haja muitos casos ruins a serem relatados por outras mães. Há uma cultura de parto e maternidade que parece naturalizar o sofrimento feminino. Também poucas mulheres tiveram a oportunidade de experimentar vivências diferentes. As experiências traumáticas já alcançam gerações de famílias, dificultando o estabelecimento de conexões que sugiram outra possibilidade para a maternidade e o parto, que extrapole a sensação de medo, impotência e sofrimento, típicos da assistência que vem sendo prestada como padrão no país. Ao mesmo tempo, este padrão já duradouro fragiliza as próximas mulheres na linha sucessória em cada família, por terem menos oportunidades de alcançar, entre conhecidas, mulheres com experiências diferenciadas e positivas, reiterando, pelo contrário, situações traumáticas às quais se deve temer e pelas quais de alguma forma já se espera que precisem passar.

Para a autora Imaz Martínez (IMAZ MARTÍNEZ, 2001) historicamente o sofrimento da mulher no parto foi percebido como a renovação do pagamento pelo pecado original de Eva, que teve como punição receber com dor cada filho. Ela sustenta que os padres da igreja católica reconhecem este evento como expiação do pecado original, entendido como genericamente feminino, e sustenta que esta é uma imagem potente para a formação da cultura de sofrimento e dor da mulher ocidental. O parto, então, inaugura a relação de amor e dor que as mulheres estabelecerão com seus filhos por toda a vida, concebida como permanente sacrifício em nome dos mesmos. O processo de transposição do nascimento de um evento através de parteiras, feito no domicílio, para o ambiente hospitalar e sob comando médico teve, nesse sentido, seu impacto. O início do uso de procedimentos anestésicos para o parto foi percebido de forma polêmica:

“Los comienzos de la anestesia aplicada al parto –mediados del siglo XIX– despertaron largas polémicas sobre su conveniencia: primero porque sustraía a las mujeres de la maldición de Eva y a Dios la gloria de los gritos de auxilio; y segundo, más interesante desde nuestro punto de vista, porque ponía en peligro el amor de la madre. ¿Podría una mujer amar al hijo por el que no había gritado su dolor? El amor materno nacía en los padecimientos del parto: el dolor físico antecede el sufrimiento de una madre concebida como mater dolorosa.” (IMAZ MARTÍNEZ, 2001, p. 101)

Para a autora, a imagem de mãe dolorosa vai aos poucos se transformando, ao mesmo tempo em que o momento do parto perde proeminência e o foco gradualmente se direciona à gestação, tratada como enfermidade. Esta transferência dá origem, como vimos, ao protótipo da responsabilidade materna impotente – cada vez mais dependente da atuação médica, da constante guia de suas ações. Tanto o caráter de sofrimento quanto a impotência diante de escolhas a serem guiadas por outros profissionais colocam as mães em lugares de dúvida de sua capacidade, medo em relação ao processo, e uma árdua busca por vias menos agressivas diante dos fatos relatos violentos.

2.9. Iniciação à maternidade

Davis-Floyd (1994) utiliza-se da descrição feita por Van Gennep a respeito dos ritos de passagem para aplicar essa condição à maternidade. Deste ponto de vista, esta seria produzida por um percurso de iniciação, que passa pelo compartilhamento de um determinado código e uma transformação da percepção dos indivíduos sobre si mesmos e da sociedade em relação a eles. Segundo ela:

“A ritual is a patterned, repetitive, and symbolic enactment of a cultural belief or value; its primary purpose is alignment of the belief system of the individual with that of society. A rite of passage is a series of rituals that move individuals from one social state or status to another as, for example, from girlhood to womanhood, boyhood to manhood, or from the womb to the world of culture. Rites of passage transform both society's perception of individuals and individual's perceptions of themselves.” (DAVIS-FLOYD, 1994, p. 325)

Para esta autora, o ritual tem, portanto, padrão repetitivo e simbólico que conforma a experiência individual e garante sua inserção na sociedade, marcando transições relevantes da vida, como a passagem para a condição adulta. Partindo do mesmo autor, Imaz Martínez também percebe a maternidade como um rito de passagem que, em nossa sociedade, se tornou mais potente às mulheres como reconhecimento da entrada

definitiva no universo adulto, uma vez que outros ritos liminares, como o noivado ou o casamento, perderam sua centralidade na construção do lugar social da mulher (IMAZ MARTÍNEZ, 2001).

Davis-Floyd indica as três fases que Van Gennep reconhece como integrantes dos ritos de passagem: a separação dos indivíduos de sua condição anterior; o período de transição, em que as pessoas não são nem uma coisa e nem outra; e o período de reintegração, quando podem novamente tomar lugar na sociedade, já dispostas em seu novo papel. No caso da sociedade norte-americana, analisada por ela, a autora percebe que a primeira etapa do rito, da separação, se inicia pela notícia da condição de gravidez; a segunda fase, transicional, permanece por algum tempo depois de parir; e a terceira, de reintegração, somente ocorre meses depois do evento do nascimento. Para Davis-Floyd, o momento do nascimento é privilegiado para que se faça uso do processo de ritualização como forma de transmissão dos valores básicos de uma comunidade. Os três novos membros da sociedade (o bebê, a mãe e, eventualmente, o pai) serão responsáveis por passar adiante os valores de sua comunidade. Atenção especial é dada à mãe, que será em grande parte responsável por repassar estes valores à criança, e é necessário que haja um processo adequado de conformação às regras do novo lugar social que lhe é empregado e por isso é relevante a ênfase no enquadramento de seu comportamento, da forma partilhada pelo novo código de conduta.

A assistência obstétrica oferecida e a situação de violência ali eventualmente engendrada têm o potencial de exigir da mulher a submissão ao poder instituído, sobrepondo-se à sua vontade e ao seu corpo. Quando, ao contrário, a assistência obstétrica oferecida fortalece a mulher e sua capacidade de construção de uma trajetória particular de gestação e parto, abre-se a possibilidade de revisão da maneira como suas relações são construídas, ganhando espaços além do campo da obstetrícia. Para Indira, doula particular entrevistada, os dois caminhos percorridos pela gestante são dados através da maneira como a mulher se relaciona ao campo obstétrico e posteriormente pediátrico, e podem ter atuação libertadora ou de opressão:

“Eu me lembro que quando eu estava grávida, alguém falou pra mim que eu poderia fazer um plano de parto e que procedimentos você quer ou não quer. Opa! Como assim? E é você tem que escolher aquilo que você aceita ou posso não querer nada! E acho que isso, o parto, ele convida, porque é pouco tempo e ele te convida provocativamente muito rapidamente a assumir outro protagonismo, em que nenhum outro momento da sua vida você é convidada

ou vai ter essa possibilidade. Nem quando você ficou menstruada, nem quando você perdeu a virgindade e nem outra estrutura tem tantos fatores sociais, emocionais e espirituais, envolvidos como o pensar na hora do nascimento, é muita coisa em pouco tempo. Claro que daí eu percebo que a maternidade vai ser mais ou menos uma extensão disso, sei lá. Às vezes a gente tem também uma visão deturpada, trabalhar com um público mais específico né. Mas você vê mais ou menos assim, uma mulher que peitou sistema e o pediatra falou isso, ela peita o pediatra e procura outro, até que encontre outro. Essa mulher que permitiu que o sistema falasse pra ela; olha você não é capaz de parir e não questionar muito, ela vai ao pediatra de cara e não vai questionar muito. E aí ela vai ser entregue ou segue assim. Agora quando você fez um movimento, opa! Tem alguma coisa errada no sistema, porque não pode tomar tanto antibiótico assim. Então acaba que tudo convida ou segue pra uma coisa assim... Ou tem aquela mulher, sei lá, foi roubada na cesárea e depois quer fazer de tudo pra amamentar muito. E mulher que fala; ah, não faz muita diferença no parto, você vai meio que entrando, como o sistema é opressor e as mulheres aceitam né, então acaba sendo uma coisa meio inevitável.” (Indira, doula particular)

Segundo Davis-Floyd, o caráter ritualizado da rotina obstétrica traça uma relação simbólica entre gestantes, acompanhantes e equipe de assistência. Este caráter ritualizado da assistência conduz as relações através de uma comunicação não intencional, feita no interstício das palavras. Assim, por exemplo, a entrada da gestante no hospital em uma cadeira de rodas reafirma seu caráter de incapaz; ser colocada em uma maca hospitalar reafirma o simbolismo de doença. Esses elementos contribuem para constituir uma percepção de profunda dependência da mulher em relação ao hospital e às instituições como um todo:

“By making her dependent on the institution for her life, the IV conveys to her one of the most profound messages of her initiation experience: in American society, **we are all dependent on institutions for our lives**. The message is even more compelling in her case, for *she* is the real giver of life. Society and its institutions cannot exist unless women give birth, yet the **birthing woman in the hospital is shown, not that *she* gives life, but rather that the *institution* does.**” (DAVIS-FLOYD, 1994, p. 326. Grifos meus.)

Jogar o foco sobre as instituições e retirar, com isso, a autonomia da mulher e sua possibilidade de escolha é chave para compreender o rito de passagem à maternidade do modelo tecnocrático. Ele reafirma a necessidade e a dependência das pessoas em relação às instituições. Além disso, o hospital tem mais possibilidades de forçar a submissão às suas regras, sendo uma unidade socialmente mais significativa do que uma família ou indivíduo. Davis-Floyd percebe em sua pesquisa que seus entrevistados notavam o fato da configuração do trabalho da instituição ser pensada em termos de conveniência dos médicos e enfermeiras, mais do que voltada à experiência familiar ou individual de quem está recebendo a assistência. Uma vez que a ênfase recai sobre o

bebê, que não terá condições de se expressar ou se contrapor às práticas ali estabelecidas, a mãe se torna secundária e sua experiência deixa de ser ponto de preocupação para a equipe que a atende:

“The most desirable end-product of the birth process is the new social member, the baby; the new mother is a secondary by-product. One obstetrician commented, ‘It was what we were all trained to always go after-- the perfect baby. That's what we were trained to produce. The quality of the mother's experience - we rarely thought about that.’” (DAVIS-FLOYD, 1994, p. 329)

O modelo assistencial tecnocrático de base hospitalar é atualmente a grande referência obstétrica brasileira, que origina ritos de iniciação à maternidade que buscam a conformação das mães ao sistema. Os partos domiciliares, ao se inscreverem em outro modelo de assistência e de iniciação à maternidade, têm grande impacto simbólico, mesmo que ocorram em quantidade ínfima. O parto domiciliar planejado, em grandes centros urbanos, em geral não se percebe como equivalente aos partos domiciliares realizados por parteiras em localidades de acesso distante a outros serviços de saúde⁴¹, enquadrados frequentemente como falta de outra oportunidade assistencial – ainda que possam ser muito mais do que isso. Os partos domiciliares urbanos, contudo, guardam em si algum potencial disruptivo, por inaugurar a maternidade através de um planejamento deliberado de uma condição diferenciada de assistência, em contraposição ao sistema médico hegemônico instituído e também por isso são frequentemente combatidos abertamente. Nesse sentido, não é surpreendente que mulheres que buscam assistência médico-hospitalar depois de terem passado por um parto domiciliar planejado sejam alvo de uma tentativa enfática de enquadramento nas regras da instituição, como aconteceu na minha própria experiência, descrita brevemente neste texto.

Por outro lado, a contraposição às regras declaradas pelo hospital é também vista como potencialmente perturbadora da ordem instituída e, portanto, alvo de investidas pela normalização dos ritos. Avalio que minha experiência de internação, relatada anteriormente, tenha causado por um lado o estranhamento pela opção de parto domiciliar planejado, e, por outro, o incômodo da contínua contraposição às indicações e regras definidas pela instituição, gerando uma vigorosa tentativa de retomada do

⁴¹ Essa é, na maioria das vezes, a percepção do lugar atual das parteiras, entre os entrevistados pela pesquisa e praticamente a única forma de percepção positiva sobre essas mulheres. Esse assunto será abordado no capítulo 3.

controle por parte dos profissionais que nos atenderam; uma retomada do enquadramento na responsabilidade impotente que caberia ser vivenciada pelas mães.

O lugar da autonomia dos pais frente às decisões de cuidados de saúde do filho é revelador da condição tecnocrática, bem como do progressivo deslocamento de atenção e cuidados da mulher para a criança. Esse deslocamento cria situações onde o bem estar do bebê é percebido como algo objetivo e verificável, a ser identificado e trabalhado pela equipe de assistência, a despeito da percepção que porventura mães e pais possam ter deste processo em cada um de seus detalhes. Assim é que, por exemplo, a glicose será usada como protocolo da dor, em quantas vezes houver o choro do bebê durante qualquer procedimento da equipe de assistência, por quaisquer motivos, a despeito da percepção dos pais sobre o uso de açúcares na dieta alimentar do bebê ou da sua vinculação afetiva a momentos de estresse. A autonomia decisória recai sobre os profissionais de assistência e não sobre quem pariu e irá criar o bebê, em um imenso esforço normalizador e de criação da responsabilidade impotente, e também em uma clara situação de invisibilidade e irrelevância das escolhas pessoais, culturais e informacionais familiares, em contraposição à força da regulamentação institucional e ‘técnica’.

Davis-Floyd (DAVIS-FLOYD, 1994) faz uma comparação em sua pesquisa entre as mulheres que tiveram experiências satisfatórias de parto – tanto as que conseguiram ter seus filhos escapando do modelo tecnocrático ou de sua rigidez quanto aquelas que se encontravam com seus desejos pautados por este modelo – e aquelas que consideravam sua experiência de parto ou de assistência negativa. As primeiras em geral não apresentavam grandes problemas no puerpério, ao passo que aquelas que vivenciaram situações negativas na assistência na maioria das vezes passavam por algum grau de depressão pós-parto. Entre minhas entrevistadas – as duas que tiveram experiências negativas de assistência Ceci, com história de abusos por parte da médica de referência e Maria, que teve que lidar com o desfecho considerado desfavorável, de realização de uma cesariana em sua segunda gestação – e em minha experiência pessoal, o estresse, o desgaste de embates, a frustração e a necessidade de ressignificar o início da relação com o bebê atuaram de forma a criar algum grau de distúrbio emocional, fazendo com que o puerpério fosse mais desafiador, na comparação com situações positivas de parto e pós parto.

2.10. A cesariana e a autonomia feminina: O caso Adelir

Adelir Goés, uma mulher de 29 anos, cigana, mãe de um menino de 7 anos e uma menina de 2 anos, em sua terceira gestação, foi obrigada, em 01 de abril de 2014, pela justiça do Rio Grande do Sul a realizar uma cesariana, na cidade de Torres. Ela já havia passado anteriormente por duas cesarianas que considerava potencialmente desnecessárias e havia se informado sobre os riscos relacionados a uma terceira. Por isso, durante a gestação buscou informações para entender melhor suas opções e possíveis caminhos, contratou uma doula e estudou bastante. A intenção era permanecer em casa até que o trabalho de parto estivesse avançado, para só então ir ao hospital, fugindo da possibilidade tanto de uma indução do parto, que aumentaria a possibilidade de ruptura uterina, associada às duas cesarianas prévias, quanto de uma nova cesariana desnecessária.

Adelir havia ido ao hospital na tarde do dia 31 de março de 2014, juntamente com sua doula, já com sinais de trabalho de parto. Ela havia feito o pré-natal pelo SUS. A médica de plantão avaliou-a em exame clínico, não apresentando a ela o ultrassom realizado, segundo o relato da gestante. A conclusão era de que o bebê estava pélvico⁴². Justificando que esta era uma condição perigosa para quem havia já passado por duas cesarianas prévias, a indicação imediata era de uma nova cirurgia para parto abdominal. Adelir se recusou, assinou um termo de responsabilidade e voltou para casa com sua doula. Continuava por lá para avançar no trabalho de parto e ter condições de ir adiante com o plano inicial.

Durante a madrugada, porém, Adelir foi interrompida. Pelo menos seis policiais em duas viaturas foram busca-la para que realizasse a cesariana. Isso porque a médica que a havia atendido, em conjunto com outra do mesmo hospital, resolveu entrar na justiça, baseando-se no direito do nascituro e alegando que o comportamento de Adelir colocava a vida do bebê em risco.

Depois de o pai da criança e companheiro de Adelir ser quase algemado por entrar em conflito com a polícia, na tentativa de que não a levassem à força para o hospital, ela

⁴² O bebê pélvico é aquele que não se ajustou ao posicionamento habitual de nascimento (iniciando pela cabeça, que fica posicionada para baixo). O feto pélvico permanece sentado e seu parto tem maior grau de dificuldades, podendo exigir a intervenção de uma equipe treinada para a situação. A cabeça é a maior parte do corpo do bebê e o fato de ser a última a passar, em partos pélvicos, origina a maior probabilidade de complicações, embora não seja indicação absoluta de cesariana.

cedeu e foi. Sua filha nasceu por cesariana, sem a presença de acompanhante, que foi negada pela condição emocional de todos os envolvidos. Não foi apresentada à parturiente a ecografia que comprovasse o posicionamento pélvico do bebê. Não havia outras pessoas além de Adelir acompanhando o parto, que foi realizado de forma cirúrgica e com campo cirúrgico levantado durante todo o processo, ou seja, sem permitir a visão da mãe sobre o nascimento. Dessa forma, não havia como ter qualquer esclarecimento a respeito de seu real posicionamento, pélvico ou o habitual.

Em diferentes reportagens sobre esse caso, podemos ver como ecoam as questões deste surpreendente processo. A compreensão do direito do feto sobrepondo-se ao direito da mãe se impõe em parte dos comentários e defesas realizadas, incluindo aí a defesa da juíza que expediu uma ordem judicial coercitiva obrigando Adelir a se apresentar à cesariana. Uma variedade de justificativas para o procedimento foram usadas. Segundo o jornal gaúcho Zero Hora, o laudo médico apresentado pelas duas obstetras à justiça mencionava situação podálica e dorso à direita, bem como prolapso de cordão⁴³ e cabeça derradeira⁴⁴, essas duas condições somente sendo possíveis de ocorrer durante o trabalho de parto e ao final dele, respectivamente. O laudo mencionava ainda o risco de ruptura uterina.⁴⁵ Posteriormente o diretor técnico do Hospital Nossa Senhora dos Navegantes, Marcelo Fagundes, afirmou que durante o parto foi constatada presença de mecônio no líquido amniótico, que ele alega ser sinal de sofrimento fetal, e a parede do útero da paciente estava fina, o que poderia indicar início de ruptura uterina. Concluiu dizendo que “se há situação que pode colocar em alto risco tanto a mãe quanto o bebê, a gente indica a cesariana como tratamento mais adequado. **Essa é uma questão técnica, não pode ser ideológica.** Somos partidários do parto normal, mas cada situação médica é única. A avaliação é importante e, nesse caso, houve indicações de que haveria riscos - afirma Fagundes, que informou que 60% dos nascimentos no hospital em pacientes

⁴³ O prolapso de cordão ocorre quando o cordão umbilical sai pelo canal vaginal antes da cabeça do feto, sendo comprimido por ela na tentativa de descer. É uma complicação grave, por impedir a circulação do cordão para o bebê e exige atendimento imediato, sob risco de morte fetal. Ainda que esta situação seja mais frequente em bebês pélvicos, não faz sentido falar nela antes do efetivo trabalho de parto e o alcance de uma dilatação que permita ao cordão a descida. Além disso, caso houvesse naquele momento prolapso de cordão, haveria indicação imediata de intervenção, por manobras e/ou extração cirúrgica do feto, não sendo possível que o bebê sobrevivesse com a compressão para que a mãe fosse para sua casa, como ocorreu com Adelir.

⁴⁴ A cabeça derradeira é uma das complicações possíveis do parto pélvico, quando há dificuldades de desprendimento do pólo cefálico derradeiro. Mais uma vez, é uma complicação que só ocorre no fim do período expulsivo do trabalho de parto, não havendo sentido fazer menção a ela antes que se desenvolva.

⁴⁵ Disponível em <http://zh.clicrbs.com.br/rs/noticias/noticia/2014/04/para-juiza-que-decidiu-pela-cesariana-contra-vontade-da-mae-direito-a-vida-do-nascituro-e-preponderante-4463785.html> Acesso em outubro de 2016

atendidos pelo SUS ocorrem por parto normal”.⁴⁶ O percentual de 40% de cesarianas é citado em quase tom celebrativo pelo bom trabalho com partos normais, a despeito das recomendações da Organização Mundial da Saúde de manter este percentual entre 10 a 15%.

O suposto risco aumentado para a vida do bebê foi suficiente para que as recomendações médicas se sobrepusessem— e fossem acatadas por uma juíza — obrigando a uma intervenção sobre o corpo materno e levando a uma clara sobreposição do direito da criança, que ainda não nasceu, ao da mãe. Tudo isso, é importante ressaltar, a despeito do risco de morte materna se elevar de maneira muito mais dramática que o de morte fetal, em cirurgias cesarianas consecutivas. A decisão judicial foi tomada embasada em apenas um laudo médico, sem direito ao contraditório, sem ouvir a mãe, com a justificativa de proteção à vida do nascituro. Quem a tomou foi uma juíza, sem formação na área médica. O presidente do Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul (Cremers), afirmou que abriria a sindicância pedida sobre o caso, mas se pronunciou imediatamente afirmando que “acho que toda a conduta está correta, nós temos de ver **sob o aspecto científico-médico**”. No entanto, ele reconhece que a resistência de Adelir “não é comum”, afirmando que “normalmente as mães aceitam o posicionamento médico sem maiores problemas”.⁴⁷ O problema não parece estar, portanto, no posicionamento médico ou na interferência sobre o corpo da paciente, obrigada por lei e a despeito de sua vontade, *mas na recusa desta em aceitar o tratamento definido pela assistência*. Novamente há predominância do aspecto médico e científico e da recusa na discussão técnica sobre ele, muito menos através de qualquer outra perspectiva. O desenrolar dos fatos pressupõe que, em caso de uma indicação correta de cesariana, o que nesse episódio era discutível, a autonomia feminina não é suficiente para que a mulher faça suas escolhas, ainda que informadas, devendo prevalecer as escolhas do corpo técnico e informado. Isto evidencia a noção de responsabilidade impotente das mães (IMAZ MARTÍNEZ, 2001), mencionada anteriormente, e a constante necessidade de guia por especialistas, que neste caso chega a ser absolutamente imperativa.

⁴⁶ Disponível em <http://zh.clicrbs.com.br/rs/noticias/noticia/2014/04/foi-uma-frustracao-diz-pai-da-menina-que-nasceu-apos-cesariana-determinada-pela-justica-4463683.html> . Acesso em outubro de 2016. Grifos meus.

⁴⁷<http://g1.globo.com/rs/rio-grande-do-sul/noticia/2014/04/conselho-de-medicina-vai-investigar-cesarea-por-ordem-da-justica-no-rs.html> Acesso em outubro de 2016. Grifos meus.

Diniz (DINIZ, 2005) já anunciava o perigo da adesão à técnica e da validade científica como um dos aspectos primordiais da humanização do nascimento. Esta adesão acaba conduzindo gestantes por um caminho de árduo aprendizado que depende de um complexo conhecimento acadêmico e obstétrico, na maior parte das vezes ausente da sua formação e realidade. É preciso, para isso, o aprendizado de novas linguagens e conceitos. Esta capacidade de estudo e a disponibilidade para ela não são acessíveis a qualquer mulher ou a qualquer grau de instrução formal, inserindo um aspecto social e econômico sobre as possibilidades da humanização. O fato de lançar mão da ciência como argumento de adesão também por parte da gestante de alguma maneira parece contribuir para que outros aspectos – como características culturais, sociais, comunitárias ou de desejo e autonomia da mulher, sejam menos valorizadas na defesa de outra forma de nascimento, em contraposição ao argumento científico.

A racionalidade científica e médica como argumento último de poder faz sucumbir outras formas de relação ou de procedimentos de escolha e deixa transparecer uma face autoritária de nossas construções e expectativas sociais. Brigitte Jordan (JORDAN, 1993) argumenta que há uma relação desigual de conhecimentos e expectativas que se expressam na relação entre equipe de assistência e gestante a ser atendida. Segundo ela, a despeito das pessoas vivenciarem de forma cotidiana diferentes sistemas de conhecimentos, acionados em momentos adequados, em determinados momentos um dos sistemas se torna ascendente e mais legítimo que todos os outros, formando o conhecimento autoritativo. Esse tipo de acontecimento faz com que as pessoas que integram outros tipos de sistemas de conhecimento sejam percebidas como ignorantes, ingênuas ou simplesmente causadoras de problemas. O que quer que essas pessoas digam será desconstruído como algo irrelevante, não embasado ou simplesmente não sendo o ponto de discussão. A força do conhecimento autoritativo o coloca em evidente relação de poder com uma comunidade de práticas, e esse conhecimento é frequentemente tomado como algo “natural”. Somado a isso, sua defesa pode levar à prática de sanções e coerções para garantir sua posição diferenciada diante de outros sistemas de conhecimento.

“The constitution of authoritative knowledge is an ongoing social process that both builds and reflects power relationships within a community of practice (Lave and Wenger 1991; Wenger 1990). It does this in such a way that all participants come to see the current social order as a natural order, i.e. the way things (obviously) are. (...) Authoritative knowledge is persuasive because it seems natural, reasonable, and consensually constructed. For the same reason it also carries the possibility of powerful sanctions, ranging from

exclusions from the social group to physical coerciveness (Jordan and Irwin 1989). Generally, however, people not only accept authoritative knowledge (which is thereby validated and reinforced), but are actively and unselfconsciously engaged in its routine production and reproduction” (JORDAN, 1993 citado em DAVIS-FLOYD; SARGENT, 1996. p. 113)

O caso Adelir faz transparecer o embate entre o conhecimento da gestante e seu desejo sobre seu corpo, sua vida e sua trajetória obstétrica, e o encontro com uma indicação médica contrária aos seus propósitos. Nesse episódio, o conhecimento autoritativo permitiu o abuso sobre o corpo da gestante, com a obrigação, inédita, da realização de uma cirurgia em uma paciente, contrariamente à sua expressa vontade. Os argumentos técnicos – muitos deles falhos e exagerados –, denotam o desejo de justificativa, em âmbito especializado e, portanto, inacessível à maioria, dando a perceber o jogo de poder por trás das escolhas assistenciais indicadas. A reação de defesa ao que seria indefensável garante a proteção da classe assistencial e, no limite, a proteção da condição de conhecimento autoritativo a respeito da gestação e parto. Logo, essa inversão do discurso desqualifica e culpabiliza a mulher em sua insubmissão ao modelo vigente. A característica rebelde da paciente pode ter sido um dos principais motivos para a reação potente, orquestrada a seguir. A negação de uma mulher pobre, cigana, moradora da periferia, a cumprir o percurso indicado pelo médico, dentro do Sistema Único de Saúde, tensiona os limites da autonomia e revela o poder da possibilidade de informação, ao mesmo tempo em que desvela a reação violenta originada pelo seu questionamento.

2.11. Sobre autonomia e desejo

A autonomia parece ser um dos pontos mais fulcrais do debate obstétrico atual e coloca em cheque a maneira como se estabelecem as relações e se dividem as responsabilidades do cenário médico. Autonomia da paciente – que pela própria denominação de paciente já está referido como aquele que aguarda, tem paciência e é conformado à situação – e autonomia da equipe de assistência frequentemente se chocam na cena de parto, com as mais variadas justificativas. No embate, prevalecem sanções do conhecimento autoritativo e suas formas de garantir a predominância de um sistema sobre o outro.

Nas entrevistas realizadas para este trabalho, a necessidade da autonomia da paciente aparece com vigor em relatos de enfermeiras obstetras e doulas, sendo bem menos presente nas falas de médicos. Anna, enfermeira obstetra, assim a percebe:

“é, acho que a autonomia principal, assim, do processo, é a mulher. É o filho dela, é o corpo dela, né? Eu acho que isso é em primeiro lugar, é a autonomia dela. Até se a opção dela for algo que a leve para um desfecho ruim, é a autonomia dela em primeiro lugar. Isso aí, acho que a autonomia é um princípio da bioética, né? Que o usuário tem autonomia e acabou. É, algumas coisas ainda são complexas por conta do direito do bebê né? Que ele, existe aquelas pessoas que advogam pelo bebê. Então se a decisão da mulher tá colocando muito em risco o bebê, tem um limite aí. Que é uma questão complexa, até no próprio direito. Mas eu acho que autonomia é da mulher em primeiro lugar, pronto.” (Anna, enfermeira obstetra - equipe particular)

Anna experimentou a oportunidade de uma situação de radical necessidade de respeito à autonomia da mulher, e decidiu pela negociação de conhecimentos e o desejo da gestante, como relata no caso abaixo:

“Eu tive uma, uma menina muito interessante, ela vive numa comunidade de pessoas, eles são muito contra o sistema em tudo. (...) Então ela quis ganhar neném, (...) chegou num dia e falou pra mim que tinha escolhido o local, que ela ia ter o bebê numa cachoeira, num poço, perto de um poço que tinha uma água azul, lá na serra do cipó. (...) e se eu quisesse eu podia ir lá. Eu falei, não, não é pra mim ne? Aí não é pra mim. A decisão dela... porque, aí ela colocou assim: qual que é o limite? O que que pode acontecer no limite? É eu morrer, meu filho morrer? É. Eu aceito a morte, a morte pra mim ela é um evento aceitável, eu não aceito a intervenção nesse processo. Não aceito, nem pra mim nem pro meu bebê, se tiver que morrer vai morrer. Uai, é uma opção, só que aí eu não posso tá lá junto, porque não é a minha opção essa. A minha opção é intervir se precisar. Então eu falei, então você tem que assumir isso. (...) Quando ela veio pra cá, eu fui lá depois, um dia depois, visitei, olhei o neném, olhei ela, olhei o sangramento. Então assim, eu dei a minha ajuda, mas é uma opção dela e eu respeito. Aí tinha aluna comigo na sala, as alunas assim... mas professora, você não falou nada professora? Vou falar o que? (...) Ela tá assumindo a autonomia dela. Ela tá assumindo a responsabilidade. O que eu falei é o que podia dar errado, se ela resolvesse vir nessas situações ela tinha que vir mesmo, né? Mas foi a opção dela. E aí ela graças a Deus pariu lá direitinho, lá. Entendeu? Então é, essa sim eu acho que esse é um exemplo do máximo da autonomia.” (Anna, enfermeira obstetra - equipe particular)

Por outro lado, a assistência que realiza como profissional e que está localizada em uma determinada instituição responde a outras lógicas, que não apenas à do respeito à autonomia da mulher, o que certamente complexifica a relação e a percepção sobre cada acontecimento de assistência. Dessa maneira, em uma assistência em que a responsabilidade de Anna está implicada ela afirma que:

“(...) quando você entra dentro de um serviço de saúde ou quando você tem uma pessoa ali que você contrata pra tá junto com você, aí já não é assim, aí já tem outras, a responsabilidade do profissional envolvido também. Aí tem que ser discutido as coisas, aí o profissional tem que basear na evidência e

tem um contrato de corresponsabilidade aí. Entendeu? Aí não dá pra entrar assim em conflito. Pelo menos eu nunca vi assim. Nunca vi e vi né. Porque aí você, você tem os combinados assim né? Aí a pessoa já sabe, a situação que aí as coisas podem precisar, tipo parto domiciliar. A gente já manda, ó, essas situações são indicações de transferência. Então a pessoa já tá sabendo o que que ela tá, o que que ela tá acordando ali né? É diferente da paciente que vai lá sozinha.” (Anna, enfermeira obstetra - equipe particular)

O fato de ser implicado em uma decisão de assistência de saúde faz com que juridicamente o profissional possa ser questionado. Por este motivo comportamentos defensivos são suscitados, como a mesma entrevistada relata, exemplificando uma de suas assistências. Ela acompanhava uma gestante em seu segundo filho que, quando já bem próxima de parir a criança, o feto começou a apresentar frequentemente desacelerações cardíacas:

“(...) quase corava, e voltava. E muito desacelerando e aí eu chamei a médica. E eu fui anotando no prontuário as desacelerações, mas pra mim era ali do processo final, né, o bebê tava bem. Tava ainda desacelerando, na época a gente nem tinha ainda cardio, assim, disponível pra ficar fazendo. Eu sei que a médica olhou o prontuário, examinou, viu a força onde é que ela fazia, e falou assim vamo pra cesárea. Aí eu, você acha que não vem mesmo? Não é o primeiro filho, eu acho que ela segura. Você não acha? Ele desce tanto. Eu posso até achar, ela falou desse jeito comigo, eu posso até achar, mas o homem do babador ele não acha. Ele vai ver lá que tá desacelerando e vai me perguntar por que que eu não fiz uma cesariana. Então eu vou fazer uma cesariana. Entendeu? Ela falou assim. Aí, tá bom. Porque o homem do babador não vai ter.... O juiz. Então essa é um exemplo da prática defensiva.” (Anna, enfermeira obstetra - equipe particular)

O juiz, neste caso, adquire um poder de barganha sobre o cenário obstétrico, apesar de não participar dele tecnicamente. Em termos de embate de conhecimentos autoritativos, o jurídico parece ter o potencial de se sobrepor ao médico, que já se distinguia na relação com a paciente. Essa conjunção concorre para uma diminuição ainda maior da capacidade de autonomia da mãe no cenário do parto.

Autonomia da parturiente: o caso da episiotomia

A episiotomia⁴⁸ aparece como grande símbolo do embate entre equipe assistencial e parturiente no que se refere à sua autonomia. Em um pequeno texto no qual traça diferentes referências de revisão sobre o uso da episiotomia na obstetrícia e no Brasil, Diniz afirma que, a despeito da falta de evidências científicas e clínicas de resultados benéficos e da abundância de relatos de mulheres que encontram na episiotomia o início

⁴⁸ Corte na vulva e vagina, envolvendo sua musculatura, tecidos eréteis, vasos e nervos, para alargamento do canal vaginal ao final do trabalho de parto.

de vários problemas graves, como a inflamação, dor intensa, problemas cicatriciais, deformidades genitais e dispareunia⁴⁹, o procedimento segue sendo utilizado de forma rotineira em boa parte da prática assistencial brasileira (DINIZ, 2005 b). A episiotomia já foi considerada como caso exemplar de violação de direitos humanos na saúde, e segundo ela

“Trata-se de uma violação dos direitos sexuais e reprodutivos, dos direitos à integridade corporal, à informação e escolha informada, à condição de pessoa e à equidade no acesso à saúde (5). No caso brasileiro, o problema da episiotomia é marcadamente uma questão de classe social e de raça: durante o parto, enquanto as mulheres brancas e de classe média que usam o setor privado da saúde, em sua maioria serão “cortadas por cima” em uma cesárea desnecessária, a maioria das mulheres que dependem do SUS (mais de dois terços delas) serão “cortadas por baixo”, passarão pelo parto vaginal com uma episiotomia. Como as mulheres negras têm características diferentes em termos de cicatrização, pela maior tendência a formação de queloides (cicatrices tumoriformes mais comuns nos indivíduos de raça negra), é plausível que estejam mais sujeitas a complicações cicatriciais da episiotomia (5).” (DINIZ, 2005 b, p. 1)

Além de “cortadas por baixo”, as usuárias do SUS são muitas vezes submetidas a este procedimento sem o uso de anestesia peridural, apenas com aplicação de anestésico local, que estudos anteriores já demonstraram que é ineficaz no bloqueio da dor (DINIZ, 2005 b). Não à toa, o momento mais dolorido de partos relatado, de acordo com Diniz, foi o da sutura da episiotomia – e não da saída do bebê. Segundo Diniz, o fato da episiotomia se manter como prática, a despeito de sua comprovada ineficácia em prevenir a integridade do assoalho pélvico⁵⁰, faz com que se enquadre como uma forma de mutilação genital e violência de gênero cometida por profissionais e instituições. Existem sugestões para visibilizar essa violência, como a alteração de seu nome para lesão genital iatrogênica no parto, ou agravo sexual iatrogênico⁵¹.

Mais um elemento de violência de gênero comumente encontrado é a tentativa de dar à mulher o retorno à sua condição virginal, tanto com o uso da episiotomia, muitas vezes

⁴⁹ Dor durante o ato sexual.

⁵⁰ O assoalho pélvico é composto por músculos na região do períneo, que são responsáveis pela sustentação de órgãos como a bexiga, o útero e o intestino, além de controlar a musculatura da vagina e do ânus. A prevenção do enfraquecimento desta musculatura pode ser feita através de exercícios que poderiam integrar a educação sexual feminina, e especialmente o período de atendimento do pré natal e puerpério, quando é positivo que se dê maior atenção a essa musculatura. Com um assoalho pélvico saudável, a condução do parto vaginal pode ser beneficiada, motivo pelo qual algumas mulheres têm optado pela realização de sessões de fisioterapia obstétrica durante a gestação.

⁵¹ A obstetra Melania Amorm, que mantém um importante blog para debate a respeito de práticas obstétricas, a partir da revisão de conhecimentos científicos, realizou um chamado a mulheres para que relatassem suas experiências de vivência da episiotomia, enviando por escrito para publicação virtual. A intenção era ajudar a sensibilizar colegas obstetras sobre o impacto real na vida das mulheres que passam pelo procedimento. O resultado pode ser conferido no link abaixo. Acessado em novembro de 2016.
<http://estudamelania.blogspot.com.br/2012/08/estudando-episiotomia-voz-das-mulheres.html>

finalizada com a sutura final sendo feita com um ponto a mais, denominado de “ponto do marido”, como com o uso da cesariana para que não haja um “alargamento” da vagina pela passagem da cabeça do bebê. A capacidade de relaxamento e contração da vagina, bem como o treinamento de sua musculatura, são questões completamente ausentes do pré-natal no Brasil, a despeito de sua relevância na saúde reprodutiva feminina e do desfecho favorável do parto vaginal.

“Como explicar o silêncio e a invisibilidade em torno da episiotomia? É possível que uma das razões seja a "conveniência simbólica" desse procedimento (13). O apelo da episiotomia para "devolver a mulher à sua condição virginal", (...) teve grande eco na cultura brasileira. (...). A concepção dos genitais femininos como passivos ratifica a idéia da vagina "apertada" ou "frouxa" (...). Isto dificulta a compreensão da vagina e vulva como órgãos ativos, capazes de se contrair e relaxar, de acordo com a vontade feminina, até por se tratar de musculatura voluntária, tal como re-descrito pelos estudos mais recentes da anatomia e fisiologia genital feminina.” (DINIZ, 2005 b, p. 2-3)

Anna, enfermeira obstetra, tende a ver a episiotomia como procedimento que deve cair, gradualmente, em desuso. No entanto, ela chama a atenção para sua relevância, ainda hoje, no caso de atendimentos realizados por uma enfermeira obstetra. A atual legislação impede que a categoria faça uso de vácuo ou fórceps, diferentemente do que ocorre com as *midwives*⁵² em outros países, mas é permitida a realização da episiotomia. Por isso, a depender das circunstâncias assistenciais e da inviabilidade de um apoio médico em tempo, em um parto assistido pela enfermagem, pode ser necessário seu uso.

Entre os médicos entrevistados, a episiotomia foi mencionada de forma ostensiva apenas por um deles, não alinhado à vertente humanizada do parto. Um dos profissionais alinhados ao movimento de humanização relata que em um parto assistido em maternidade particular, sem uso de episiotomia, teve que ouvir um plantonista que relatava a uma residente que ali estava a importância da episiotomia para evitar queda de bexiga e proteger o assoalho pélvico, em voz alta para que a gestante pudesse ouvir.

Nicolas, o mais velho entre os entrevistados e único aposentado, diz de seu incômodo ao ver procedimentos obstétricos sendo tratados como violência obstétrica e violência de gênero. Ele considera que houve diminuição, ao longo do tempo, nas intervenções

⁵² A midwife é a profissional da área de saúde, em geral com uma formação similar à enfermagem obstétrica, que se dedica aos cuidados da gravidez, parto e puerpério. São personagens importantes de sistemas obstétricos de países considerados exemplares em termos de boas práticas, baixa intervenção tecnológica desnecessária e resultados maternos e neonatais positivos, como a Inglaterra, o Canadá, a Holanda ou a França.

como amniotomia⁵³, episiotomia e uso de fórceps. E revela preocupação com a categorização dessas práticas como violência obstétrica, termo que o preocupa e causa grande incômodo. A possibilidade de ser exigido do médico a consulta à paciente a respeito dos procedimentos a serem realizados no momento do parto aparece como inviabilidade técnica com consequências potencialmente graves:

“Então fazer episiotomia, fazer amniotomia, ligar um soro, quer dizer, qualquer atitude que se tenha de intervenção é considerada violência. (...) tem um projeto de lei que copia bastante dessas duas legislações e na parte, é mais basicamente sobre violência obstétrica, e lá, assim, aquele projeto de lei se for aprovado vai dificultar muito a assistência do médico no parto, no cenário do parto. Porque vai estar dito lá que não pode fazer amniotomia, episiotomia, não pode aplicar fórceps, não pode fazer nada que não tenha a autorização da mãe. Então imagina um cenário, um trabalho de parto difícil, um período expulsivo difícil, tem que aplicar um fórceps, o bebê tá em sofrimento, tem que aplicar um fórceps, o obstetra... olha, tem que aplicar o fórceps. Ah, não quero que passe o ferro no meu bebê. Como é? O que? Como é? Qual a atitude que o médico vai tomar nesse momento sabendo que se não aplicar o fórceps o bebê pode falecer, né?” (Nicolas, ginecologista obstetra não envolvido com o movimento de humanização)

Questionamento semelhante já havia sido levantado pela enfermeira obstetra Anna, quando refletindo sobre a autonomia num contexto de assistência que tem responsabilidades compartilhadas. Nesse caso não há como entregar a autonomia decisória frente aos procedimentos apenas à mãe ou aos familiares. Definida a circunstância de assistência e os profissionais que a acompanharão, a responsabilidade precisa ser partilhada entre equipe assistencial e parturiente e seus familiares. Há, por um lado, um descompasso técnico nos conhecimentos e, por outro, a implicação jurídica, além de ética, da equipe assistencial.

Mas certamente é na entrevista de Luís Carlos, ginecologista obstetra não envolvido nos processos de humanização do nascimento e diretor clínico de uma maternidade belorizontina, que a episiotomia surge como assunto de força. Enquanto nas outras entrevistas foram feitas aproximadamente 4 a 8 citações sobre o procedimento, este médico se referiu a ela 28 vezes, em uma entrevista de aproximadamente uma hora de duração, que não tinha esse como assunto principal. Quando se refere às gestantes a imagem utilizada é invariavelmente a da mulher que está morrendo de dor, e por isso não é capaz de tomar as melhores decisões assistenciais. Embora atenda em consultório particular em um período de tempo pequeno – apenas em um dia da semana – ele

⁵³ Ruptura intencional da membrana amniótica que envolve o feto, liberando o líquido amniótico e provocando a aceleração das contrações.

identifica perfis bastante diferenciados para atendimentos privados e via SUS. As pacientes atendidas pelo SUS são muitas vezes enquadradas no conceito de pacientes humildes e simples, que provavelmente não compreenderiam a tentativa de explicação sobre episiotomia. A fala técnica ajuda no distanciamento da realidade:

“Às vezes pra uma pessoa muito humilde você dar informação demais acaba gerando uma ansiedade desnecessária nela. Às vezes ela quer saber o mínimo e você tá informando coisa demais, né? Você chega pra ela e fala assim, você gostaria que fizesse episio, que não fizesse, não sei o que, não sei o que. Ela nunca ouviu falar de episiotomia, não tem a menor ideia do que seja isso, ela tá morrendo de dor, você vai acabar criando uma coisa na cabeça dela que vai ser pior.” (Luís Carlos, ginecologista obstetra não envolvido com o movimento de humanização)

A técnica provoca o distanciamento necessário para que não haja a obrigação da tradução do termo para a compreensão de quem está sendo assistida, protegendo assim o profissional. Com relação aos pedidos de não utilização da episiotomia, ele assevera que isso é a retirada de uma importante ferramenta médica, que deve ser usada de acordo com a conveniência médica. A paciente precisaria ser, portanto, esclarecida sobre essa possibilidade no pré-natal, e ele compreende que ela precisa confiar na assistência e no profissional que a está atendendo.

“Episiotomia é uma ferramenta útil. É a mesma coisa que você virar pra um, pra um marceneiro e falar assim, você vai fazer esse móvel, mas você pode usar só o serrote, você não pode usar o formão. Você tirou uma ferramenta dele, ele fica sem uma das ferramentas que ele tem pra trabalhar. então eu acho que existe essa questão também de pessoas leigas dando palpite onde não deveriam, uma decisão técnica na hora que o médico tem que tomar ou não tem que tomar. (...) Então é isso que eu tô te falando, isso deveria ser conversado no pré-natal. A pessoa tem que falar assim, desejo, respeito seu desejo de não querer a episiotomia, mas você também tem que ter a confiança em mim que se for necessário eu vou fazer. Porque é uma decisão que às vezes não tem como a gente ter uma discussão de trinta minutos a respeito se vale a pena ou não vai. (...) Quero um parto sem episiotomia. Ok, nós vamos fazer um parto sem episiotomia até que exista uma indicação formal.” (Luís Carlos, ginecologista obstetra não envolvido com o movimento de humanização)

Luís Carlos insiste a todo momento na necessidade das decisões terem caráter técnico, e consequentemente serem debatidas por quem tem a formação para tal. Ele contrapõe a técnica à paixão, e reafirma o papel do médico como decisor técnico que deixa a paixão de lado para averiguar a melhor conduta com a paciente. E se irrita com o que considera a opinião de leigos sobre o assunto:

“(...) Mas eu acho que isso tem que ser discutido com a paciente. Muitas vezes a paciente lê na imprensa leiga assim episiotomia é uma violência obstétrica, e não aprofunda no assunto. Então ela, o médico do pré-natal, cabe

a ele discutir isso. Olha, episiotomia não é necessariamente uma violência. Episiotomia bem indicada e realizada na hora certa é uma proteção pra sua vida, pro seu períneo e pra sua vida futura, em termos de incontinência fecal ou até disfunção sexual, etc.(...) A episiotomia equivale a uma laceração de segundo grau, porque ela corta pele, mucosa e músculo. (...) Incomoda na hora, tem que tomar analgésico, mas a paciente fica sem sequelas.”(Luís Carlos, ginecologista obstetra não envolvido com o movimento de humanização)

Este médico definiu espontaneamente na entrevista o que considera um modelo assistencial ideal. Ele ocorreria em hospitalar, acompanhado de uma enfermeira obstetra e um obstetra, com analgesia, monitoramento fetal e eventualmente episiotomia, para todas as gestantes. Em consultório particular todas as suas pacientes recebem esse tipo de assistência. Sua experiência pessoal é, para ele, considerada exemplar nesse sentido, pois sua esposa teve parto normal, conduzido por ele, com uso de analgesia e episiotomia.

“E eu tenho um viés porque eu... minha esposa teve dois partos normais que eu que fiz, com anestesia desde a hora que ela desejou, com o feto escutado o tempo todo e com episiotomia, porque **eu era o maior interessado que o períneo dela ficasse íntegro depois**. Então assim, o meu viés é esse, eu faço com as minhas pacientes o que eu gostaria que fosse feito pra minha esposa e que eu felizmente consegui proporcionar pra ela.” (Luís Carlos, ginecologista obstetra não envolvido com o movimento de humanização. Grifos meus.)

Apesar de todas as justificativas de Luís Carlos a respeito da realização da episiotomia serem dadas considerando fatores como queda de assoalho pélvico, de bexiga, incontinências urinária ou fecal, o motivo fundamental que parece tê-lo levado à decisão a respeito da episiotomia em sua esposa foi a garantia da integridade sexual de sua vagina, o que reforça o caráter de gênero em torno do procedimento.

Em estatísticas do final da década de 1990, Diniz e Chacham afirmam que a episiotomia era feita em 94,2% dos partos normais brasileiros (DINIZ; CHACHAM, 2006). A divisão da assistência obstétrica era então claramente baseada entre as 30% que podem custear algum tipo de plano de saúde – e irão ser “cortadas em cima”, através da cesariana – e os outros 70% que não poderão custeá-lo e serão “cortadas embaixo”, na episiotomia.

A realidade obstétrica do SUS envolve o atendimento no pré-natal pelo médico do posto, e um parto assistido por um plantonista que muitas vezes não diz à paciente nem mesmo o seu nome. Segundo Diniz e Chacham, a falta de leitos, gerando peregrinação materna, segue sendo um problema grave de saúde pública, a despeito dos esforços em melhorar essa situação. Como um reforço mútuo, a tentativa de “liberar mais rápido os

leitos dos hospitais” acaba levando à maior indução dos partos, com uma lógica próxima à da linha de montagem: todas as mulheres precisam seguir um determinado ritmo e padrão, ou serão novamente realinhadas pelos métodos de intervenção disponíveis aos profissionais de saúde. Motivos como esvaziar a enfermaria para poder dormir um pouco antes do próximo plantão, ou resolver o plantão antes que ele acabe, são frequentes nas justificativas de procedimentos invasivos, como a cesariana ou a indução do parto. Procedimentos adotados como padrão a despeito do quadro clínico reinam, especialmente em hospitais escola, onde há a oportunidade de ensino dos médicos. As autoras relatam que hospitais universitários por vezes aplicam fórceps em todas as primíparas para acelerar o trabalho de parto e ao mesmo tempo permitir o treino dos médicos em formação (DINIZ; CHACHAM, 2006).

É possível perceber que a autonomia feminina é negligenciada no cenário obstétrico, sendo irrelevantes aspectos percebidos como importantes à mulher – como sua própria espiritualidade, o desejo de não ter sua vagina mutilada ou a possibilidade de contraposição informada a procedimentos feitos de forma rotineira. A política do medo se estabelece como forma padrão de relação com as gestantes e parturientes e informações são oferecidas de maneira confusa e deturpada, gerando insegurança e a possibilidade de uma condução para intervenções e processos cirúrgicos desnecessários e, tantas vezes, indesejados pela mulher. A atriz principal da obstetrícia, a gestante em si, parece não precisar ser considerada de forma plena e consequente, como ativamente construtora de seu processo de parturição e maternidade, mas antes ser percebida como cenário sobre o qual agir. Caso seja uma paciente comum, com baixo nível de informação, será facilmente conduzida pelas vias desejadas de atendimento, com pouca resistência a ele. Caso seja uma paciente que buscou informações e contraposições ao sistema obstétrico vigente – como Adelir Góes, no caso relatado acima – toda justificativa pautada sobre o medo será utilizada para fragilizar a mãe ou culpabilizá-la por escolhas potencialmente equivocadas que poderão custar a vida de seu bebê, em um pesado jogo de poder e gênero.

O campo obstétrico por fim também parece frutífero para a retomada da análise foucaultiana sobre o desaparecimento do sujeito na relação médico-paciente e a inserção, impessoal, de seu caso em séries estatísticas que organizam a nosologia e a possibilidade de manifestação de uma condição de saúde/doença e de seu tratamento. A

permanente inserção dos riscos no diálogo com gestantes e parturientes, analisados através da possibilidade estatística de sua intercorrência e usados como justificativa para a opção por um determinado conjunto de procedimentos, ajuda a distanciar ainda mais a relação médico-paciente, facilitando a adoção de medidas coercitivas e violentas por parte da equipe assistencial, que pouco dialoga com as características particulares, pessoais, familiares e comunitárias de quem está recebendo a assistência. O parto se torna, assim, um ato médico, da qual a paciente participa apenas como o distúrbio necessário.

3º Capítulo - Parto humanizado – o que é isso afinal?

O presente capítulo concentra esforços na análise dos resultados das entrevistas realizadas, dedicando especial atenção à compreensão dos sentidos da humanização do parto em Belo Horizonte, os profissionais envolvidos nesse cenário, bem como a inserção das instituições no contexto da cidade, sempre a partir das referências trazidas pelos entrevistados. Também serão tratadas as formas de percepção sobre o parto e a preparação para seu evento. Ao final, é feito o debate sobre financiamento da assistência obstétrica e as implicações de suas características no atendimento prestado.

Em artigo sobre os sentidos possíveis da humanização, Diniz recupera o histórico do uso deste termo aplicado à saúde e ao parto para demonstrar que seu significado variou ao longo do tempo. Algumas das acepções surpreendentes que o histórico do termo revela são, por exemplo, a defesa de que a narcose e o uso de fórceps buscariam humanizar o nascimento, afirmações feitas no início do século XX, mas repetidas também na segunda metade do século.

A humanização da assistência busca uma revisão sobre o que fazer diante do sofrimento do outro. O modelo anterior a este questionamento, com a tutela da assistência pela Igreja Católica, descrevia o parto como reescritura do pecado original, desígnio divino pelo qual mulheres devem passar. Parir com dor era por isso obrigatório e era dificultado e por vezes ilegalizado formas de amortecimento da dor (DINIZ, 1997, apud DINIS 2005, p.628). A obstetrícia médica passa a reivindicar o papel de resgate das mulheres da situação de parto, ofertando possibilidade de alívio, revogando a sentença divina. Segundo Diniz, dessa maneira a mulher sai da situação de culpa em relação à dor para a de vítima do processo (DINIZ, 2005). Nesta concepção a dor extrema no parto, visto como evento medonho, exigia que se buscasse salvar as mulheres dessa vivência, com o apagamento da experiência ou a diminuição radical nos seus sentidos. A obstetrícia apareceria como redentora da mulher, que permite que ela se salve de seu destino inevitável de dor. Por ter a ação de libertação, seria então vantajosa frente ao atendimento prestado por parteiras, que não incluía as possibilidades de amortecimento.

Na intenção de apagamento da experiência Diniz relata que no anos 1910, na Europa e Estados Unidos, começou a ser usado o parto sob sedação total, chamado de sono crepuscular ou *twilightsleep*. Nele as mulheres recebiam doses de morfina e de um

amnésico, de maneira a não ter consciência, posteriormente, do que haviam vivido. Era feito o uso de ocitócitos para dilatação do colo e o bebê nascia através de fórceps. Como o amnésico era também alucinógeno e causava agitação nas pacientes, estas eram amarradas e frequentemente ficavam com hematomas. Para não serem vistas de maneira vexatória tinham seus leitos cobertos em forma de barraca. Posteriormente, este modelo acabou sendo abandonado pela alta taxa de morbimortalidade materna e fetal. A partir do desenvolvimento de novos anestésicos, no entanto, é renovado o interesse no amortecimento da experiência, agora organizada, segundo Diniz, numa espécie de linha de montagem, com as suas várias estações de trabalho: pré-parto, parto e pós-parto (DINIZ, 2005).

O desenvolvimento do parto hospitalar, especialmente a partir da segunda metade do século XX, era feito com as mulheres conscientes e imobilizadas, com as pernas abertas e amarradas, com a contratilidade de seu útero sendo acelerada ou reduzida através de fármacos. As mulheres eram separadas de suas roupas, pertences e de pessoas conhecidas, e submetidas a procedimentos sobre os quais não tinham autonomia para decidir. Muitos destes procedimentos continuam tendo lastro nos dias de hoje. O uso excessivo de tecnologia e fármacos, a posição litotômica⁵⁴ adotada para conforto médico, a separação dos pertences pessoais em uma desqualificação das características particulares de cada parturiente, eventualmente ainda a amarração de braços e pernas, o desejo de controle sobre o processo de trabalho de parto, com a constante correção de seu tempo e expectativa de padronização do seu acontecimento. Na atualidade a episiotomia é feita como rotina para quase todas as parturientes do SUS, e no caso de hospitais escolas há uso recorrente de fórceps em primíparas⁵⁵. No setor privado a agressividade do processo de parturição é prevenida através da cesariana eletiva (DINIZ, 2005).

Diniz encontra em sua pesquisa ao menos sete sentidos atualmente acionados para a compreensão da expressão humanização do parto, que seguem descritos abaixo:

⁵⁴ A posição litotômica ou litotomia é a posição deitada, com as costas encostadas na maca ou cama. A litotomia é percebida atualmente como anti-fisiológica, pois além de não aproveitar a lei da gravidade como forma de impulsionar a descida do bebê, como ocorre no parto vertical, o final do canal vaginal possui uma elevação em relação ao útero, o que faz com que o bebê precise ‘subir’ para sair, dificultando o movimento de saída. A posição litotômica vem, muitas vezes, acrescida da negação à mulher da possibilidade de se movimentar no hospital (deambular), o que aumenta a dor das contrações e diminui o ritmo do trabalho de parto, que é favorecido pelo movimento da parturiente.

⁵⁵ Primíparas são mulheres que estão parindo pela primeira vez. Multíparas são mulheres em seu segundo parto ou nos subsequentes.

1) “Humanização como a *legitimidade científica* da medicina, ou da assistência baseada na evidência. (*evidence-based*)”. A humanização do parto, nesse caso, necessariamente pressuporia que a técnica é política e que as relações sociais de desigualdade se expressam através de seus procedimentos de rotina. A adesão à humanização seria então uma “apropriação política do discurso técnico” (DINIZ, 2005, p. 633), que como ela mesma diz, não é isenta de riscos. Percebemos que esse sentido leva, como veremos, a uma naturalização do uso de termos técnicos e à expectativa de que todas as parturientes tenham alguma capacidade de assimilar o discurso técnico para contrapor-se à obstetrícia corrente.

2) “Humanização como a legitimidade política da reivindicação e defesa dos direitos das mulheres (e crianças, e famílias) na assistência ao nascimento. Uma assistência baseada nos direitos (*rights-based*)” (DINIZ, 2005, p. 633). Nesse contexto de entendimento da humanização estariam incluídas as ideias de assistência não violenta, direitos humanos e humanismo, com diálogo com as usuárias para que possam ter o direito de conhecer e decidir sobre os procedimentos realizados num parto habitual. Para Diniz, esta é uma estratégia mais dialógica e diplomática do que falar em violência obstétrica ou violência de direitos, assegurando melhor comunicação e relação com os profissionais de saúde.

3) “Humanização referida ao resultado da tecnologia adequada na saúde da população. Além dos melhores resultados nos *indivíduos* de uma assistência apropriada, esse resultado é visto em sua dimensão *coletiva*” (DINIZ, 2005, p. 634). Para essa percepção do movimento de humanização, a racionalidade no uso dos recursos apropriados é algo diferente do quantitativo de leitos, procedimentos ou consultas de pré-natal e relaciona-se ao uso adequado da tecnologia disponível. Essa racionalidade impõe uma avaliação sobre os usos da tecnologia na assistência obstétrica e se fortalece diante dos achados de aumento da morbimortalidade materna e fetal em contextos do uso indiscriminado desses recursos.

4) “Humanização como *legitimidade profissional e corporativa* de um redimensionamento dos papéis e poderes na cena do parto” (DINIZ, 2005, p. 634), com o deslocamento de função principal das mãos dos médicos para a enfermeira obstetra. A consequência é também o deslocamento do local do parto do centro cirúrgico (lugar do

médico) para sala ou casa de parto (lugar em que a enfermagem pode ganhar proeminência), o que intensifica a disputa entre as categorias.

5) “Humanização referida à *legitimidade financeira* (sic) dos modelos de assistência, da racionalidade no uso dos recursos. Esta racionalidade é argumentada tanto como desvantagem (economia de recursos e sonegação do cuidado apropriado para as populações carentes, uma “medicina para pobres”), quanto como vantagem (economia de recursos escassos, propiciando um maior alcance das ações e menos gastos com procedimentos desnecessários e suas complicações).” (DINIZ, 2005, p. 634). Nesse último caso, a economia funcionaria como elemento definidor da adesão ao modelo pelo setor público, dada a relação de custo-benefício. O setor privado, por outro lado, tem a lógica oposta: a tecnologia já existente em uma instituição precisa se pagar, e para isso precisa ser utilizada.

6) “Humanização referida à *legitimidade da participação da parturiente nas decisões sobre sua saúde*, à melhora na relação médico-paciente ou enfermeira-paciente – ênfase na importância do diálogo com a paciente, inclusão do pai no parto, presença de doulas (...), alguma negociação dos procedimentos de rotina, a necessidade da gentileza e da “boa educação” (DINIZ, 2005, p. 634). De forma distinta da corrente anteriormente citada, que entende a humanização do parto como referida a direitos sociais, essa corrente privilegia a tradição liberal com foco no indivíduo, em relações de mercado e no direito do consumidor à escolha, e cria uma rede privada de assistência humanizada, “padrão ouro”, onde ecoa a legitimidade da medicina baseada em evidências.

7) “Humanização como direito ao *alívio da dor*, da inclusão para pacientes do SUS no consumo de procedimentos tidos como *humanitários*, antes restritos às pacientes privadas – como a analgesia de parto” (DINIZ, 2005, p. 635). Esta noção recupera a percepção histórica de obstetrícia humanizada como alívio da dor da paciente e aparece mais frequentemente entre os médicos menos próximos do ideário da humanização. Ela se configura como praticamente sinônimo de acesso à anestesia peridural⁵⁶, o que já ocorre de forma massiva em casos de partos normais em consultório particular. Nesse ponto, Diniz aponta que o desejo de alívio da dor da paciente também se relaciona ao

⁵⁶ A anestesia peridural é uma das formas de analgesia regional, quando há o bloqueio de dor para uma parte do corpo. Ela é aplicada no espaço na coluna e bloqueia as raízes nervosas, se fixando ao tecido nervoso e impedindo a propagação da dor.

fato de que boa parte desta é iatrogênica⁵⁷, causada pelos procedimentos, muitas vezes desnecessários. Realizá-los sem o uso de analgesia se torna então uma experiência penosa também para o profissional.

As diferentes percepções sobre a humanização do nascimento aqui apresentadas fazem parte da disputa simbólica e política realizada entre parturientes, ativistas, gestores, profissionais de saúde. No entanto, a “gestante comum”, que não se encontra inserida no ambiente de discussão a respeito de humanização, muitas vezes a percebe de forma diferente do exposto acima. Em debates virtuais de mulheres que não estão alinhadas à lógica da humanização do parto é relativamente comum encontrar referências ao parto humanizado como um parto natural, sem analgesia (algo amedrontador para boa parte delas), ou como “parto de índia”, sendo bastante comum uma visão pejorativa a respeito. Um médico da faculdade de medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, envolvido em debate com estudantes após a exibição do documentário “O Renascimento do Parto”, ocorrido ali em 2014, assegurou que parto normal era algo medieval e que nesse momento de desenvolvimento da tecnologia não havia necessidade alguma de submeter as mulheres a tamanho retrocesso.

Entre as mães entrevistadas, quatro de cinco no total consideraram que o parto humanizado se relacionava, em algum grau, ao respeito ao processo fisiológico da mulher, em busca de um parto mais natural e com menor grau de intervenção. Uma delas via o aspecto natural de maneira negativa e duvidava da capacidade deste modelo de fazer frente a uma emergência obstétrica no tempo adequado, bem como imaginava a possibilidade de se sentir desamparada frente à tentativa desta vertente de forçar a realização o parto normal. Outras duas tinham desenvolvido algum horror à possibilidade da intervenção máxima no parto: a cirurgia de cesariana, justamente no processo de apreensão das informações obstétricas ao longo da gestação. Entre as mães foi bastante forte o sentido de humanização como naturalidade fisiológica do processo. A humanização também acaba derivando, ao menos para uma delas, em uma série de escolhas consequentes do processo de estranhamento iniciado pelo questionamento do parto. Isso pode se desenrolar no desejo, por exemplo, do uso de fralda de pano, como opções mais ecológicas na relação com o mundo e outras mudanças na postura familiar

⁵⁷ A iatrogenia se refere a doenças, efeitos adversos ou complicações que são originadas de um tratamento médico, reconhecendo a existência de um potencial lesivo nas ações de quem tenta oferecer práticas de cura.

com o que está em volta, num acréscimo de responsabilidades deste núcleo frente ao futuro individual e coletivo.

O tensionamento entre natureza e cultura aparece de forma permanente, e se reflete em noções como as de “parto de índia” ou “natural”; e “parto medieval” porque sem uso de tecnologia⁵⁸. A tecnologia aparece em alguns casos como redenção, viabilizando a possibilidade de não entrar em contato com facetas selvagens da própria experiência, além de garantir o amortecimento da dor. Entre ativistas, especialmente doulas, em Belo Horizonte a noção de “natureza selvagem”, por outro lado, é trazida à tona como algo favorável e a ser resgatado entre as mulheres, que se beneficiariam pelo contato com sua força feminina selvagem para parir “como deusas”. De toda forma, a tensão tecnologia versus “natureza” é colocada como plano de fundo de boa parte dessas discussões, seja entre gestantes e ativistas do parto humanizado, seja por quem não se percebe dentro desta esfera.

Fleischer identifica o mesmo padrão de tensionamento entre natureza e cultura ao avaliar a atuação e formação de doulas. Segundo ela, esta categoria, que tem íntima relação com o movimento de humanização, percebe-o como a possibilidade de resgate de uma naturalidade fisiológica do parto.

“Para elas, o parto prima pelo desdobramento “normal” da biologia. As doulas querem que músculos, ossos, ligamentos, cartilagens, mucosas funcionem como foram programados. E isto, mesmo que semanticamente contraditório, é o que baseia um parto humanizado. Ou seja, humanizar é, justamente, atrelar o ser humano ao que ele tem de mais natural seu arcabouço fisiológico. Mas, em outros momentos, humanizar pode significar completamente o contrário, ou seja, criar condições (tidas como positivas) no ambiente social para que o parto aconteça. Assim, a doula proporciona conforto físico e emocional, para que, só então, o mesmo arcabouço fisiológico relaxe e cumpra seu papel programado.

Neste curso, as doulas demandam que o parto passe do médico à mulher e do bisturi à natureza. Há uma resistência generalizada à tecnologia. Além da operação cesariana, querem ainda dispensar camas, tubos, lâminas de barbear, remédios, etc.” (FLEISCHER, 2005, p. 16-17)

A dimensão natural, no entanto, parece não conflitar com a cultural, mas ser reforçada por ela, em um movimento de contato com uma situação primordial, anterior ao uso das tecnologias aplicadas ao momento do nascimento. Assim, como advoga Fleischer, as

⁵⁸ O tema natureza e cultura é clássico na história da antropologia e poderia ser retomado para futuras análises a respeito da humanização do nascimento, onde esta tensão é recolocada de maneira permanente. Não foi possível, neste momento, realizar o aprofundamento neste campo de estudos, motivo pelo qual me limito a apontar sua existência, mas não entrar em seu debate.

doulas realizam uma combinação de natureza e cultura de maneira a reforçar ambos os lados. A natureza precisa ser reaprendida pela mulher, o que ocorrerá através do papel ativo, por exemplo, de doulas:

“Segundo doulas e ativistas, nos tempos de hoje, tão mediados pela tecnologia, é preciso ensinar as mulheres a como ser natural. Ou seja, segundo estas doulas, é preciso reconduzi-las de volta ao passado, à primitividade e aos “instintos” de sua espécie: Pela proposta das doulas, a mãe deve dar à luz da forma mais natural possível, como ocorria até o século XVII, antes de ser realizada a primeira cesariana no mundo” (Giraldi, 2003). As doulas estão, portanto, socializando os corpos para serem mais naturais [...]

Afinal, segundo foi notado repetidamente no curso, nas entrevistas e nos manuais: 1. O parto sempre foi um fenômeno natural, sendo programado evolutivamente para acontecer de forma normal; 2. As mulheres sempre estiveram no centro da cena de parto, tanto parindo como ajudando a parir; 3. As parturientes sempre tiveram partos mais fáceis com o apoio de outras mulheres, sejam estas suas parentes, amigas ou vizinhas.” (FLEISCHER, 2005, p. 17)

A cultura como mediadora para o alcance da natureza é, posteriormente, descartada como desnecessária. Como a autora sugere, o tema da diversidade cultural nas formas de parturição é levado em consideração apenas enquanto forma de se contrapor à hegemonia biomédica, sendo também desconsiderado no momento posterior.

Em Belo Horizonte movimento similar parece ocorrer na categoria de doulas, que se mostrou propensa à reificação da imagem da mulher, enquadrando-a em caracterizações restritas. A diversidade cultural praticamente não é considerada e a dimensão de retorno a uma naturalidade emerge, para algumas delas, como a vivência máxima da feminilidade e da condição divina da mulher na terra. Essa naturalidade tem contornos culturais bastante específicos e nem sempre partilhados com outras formas de vivência de feminilidades diferentes, o que não parece, contudo, ser uma preocupação.

No que tange ao uso da ciência como justificativa para seus procedimentos, entre os médicos a diferença ficou clara entre aqueles que aderem ao movimento de humanização e aqueles que não o fazem. No primeiro grupo a legitimidade científica é bastante presente e os estudos servem para balizar a conduta obstétrica, amparada na revisão sistemática, da chamada Medicina Baseada em Evidências Científicas (MBE). Tornquist (TORNQUIST, 2004) já chamava a atenção para o fortalecimento da medicina baseada em evidências científicas no debate sobre a humanização do parto, com a íntima relação entre esta e a REHUNA, Rede pela Humanização do Parto e

Nascimento. A MBE, não se limita à área obstétrica, e tem por pressuposto a revisão do padrão de atendimento prestado à população, à luz de revisões científicas sistemáticas que permitam a chancela ou o desaconselhamento de práticas. As evidências científicas são divididas por grau de recomendação, sendo o A o melhor deles. Estes graus são desenvolvidos a partir da análise da revisão a respeito da prática, divididos a partir das características dos estudos e da quantidade dos que compõem a amostra da revisão.

“Os quatro princípios fundamentais para estruturar a MBE são: a identificação da questão clínica que suscita dúvida, a realização de revisões sistemáticas de publicações científicas contemporâneas, a análise crítica das evidências encontradas nos artigos e, finalmente, a ação de implementar, na prática clínica, a decisão validada pelas revisões sistemáticas (1,4,6). Este novo paradigma determina ao médico que aceite a limitação do saber científico e da experiência pessoal e reconheça a necessidade de uma pesquisa sistemática em situações que suscitem incertezas (7). Ao mesmo tempo, exige, também, o uso da experiência pessoal e da intuição clínica para a elaboração de uma hipótese diagnóstica (5, 6). Dessa forma, a MBE exige que o profissional desenvolva perícia em avaliar e validar, de forma crítica, as publicações científicas, a fim de que a tomada de decisão seja embasada em evidências (4, 8).” (MEDEIROS; STEIN, 2002)

No caso da obstetrícia, a principal iniciativa de revisão sistemática de práticas é encontrada na Biblioteca Cochrane – *International Cochrane Collaboration* – que reúne estudos sobre parto e se tornou a principal referência para o desenvolvimento das recomendações da Organização Mundial de Saúde para a humanização do parto (TORNQUIST, 2004). A Iniciativa Cochrane é frequentemente referida na equipe médica e, por outro lado, na equipe de doulas.

A legitimidade científica é retomada com vigor na categoria de doulas, que utilizam desse mecanismo como fonte de interlocução e, eventualmente, contraposição junto à assistência médica, quando em atendimento a uma gestante. Assim, em Belo Horizonte, cabe à doula sugerir à gestante fontes de informação e textos diferenciados, que trazem conhecimentos científicos para dar suporte às decisões assistenciais, ao mesmo tempo em que municiam gestantes e familiares para a guerra do parto. Além disso, a humanização foi percebida, por uma das doulas, como um atendimento integral da pessoa humana, considerando todas as suas facetas, complexificando o atendimento hospitalar.

Entre médicos que não aderiram à humanização, esta é tida frequentemente como atuação no ambiente hospitalar, para que ele seja mais aconchegante à gestante e seus familiares. Um dos médicos chegou a dizer que o que leva as mulheres à busca pela

humanização é o desejo de festa e que os quartos PPP, ao permitirem a proximidade maior com o ambiente caseiro, propiciam isso às mulheres. No sentido negativo, a humanização é o abuso, por parte de pessoas leigas, da contraposição de informações técnicas e uma violência ao médico, que é acusado frequentemente de violência obstétrica por agir de acordo com as ferramentas às quais tem acesso.

Entre as enfermeiras obstetras a humanização está vinculada à autonomia da mulher, seu protagonismo na hora do parto, tendo capacidade de escuta e também de bancar o ritmo e o tempo do processo de cada uma, como tarefa da equipe assistencial e em especial da enfermeira. Duas enfermeiras avaliaram que a humanização é a oportunidade de uma relação diferenciada com a gestante, em um sentido de vínculo mais aprofundado, o que remete à imagem das parteiras leigas, percebidas como pessoas ligadas à intimidade emotiva da parturiente. A continuidade da relação entre mães e enfermeira também é presente na percepção da humanização.

Vale dizer que uma parte significativa das mulheres (e de alguns homens) defensoras do parto humanizado em Belo Horizonte são envolvidas na defesa da presença de doulas antes e durante o parto; da possibilidade do parir naturalmente, sem uso de analgesia ou qualquer tipo de intervenção; além do tão falado parto domiciliar. Isto em parte explica porque a imagem da humanização do nascimento, ao menos em Belo Horizonte, se cola parcialmente à imagem de uma “naturalização” do parto, como proposta de vivência integral inclusive da dor, além de integrar a doula como parte do “pacote completo”. O movimento de humanização em Belo Horizonte tem nas doulas figuras de referência, que atuam como catalisadoras de processos e grandes mobilizadoras públicas do debate. Elas habitualmente oferecem fontes de informação que se contrapõem às práticas obstétricas correntes. A maior parte dessas profissionais se tornam extremamente capacitadas ao debate técnico e científico sobre as melhores evidências disponíveis, em uma adesão à apropriação política da técnica no contexto da humanização. As doulas parecem figuras fundamentais para a compreensão do campo do parto humanizado em Belo Horizonte e se vinculam a ele de forma importante.

3.1. Parir – um campo de batalha

Parir no Brasil e ser capaz de fugir à estatística avassaladora de cesarianas, no país que é campeão mundial de nascimentos por essa via, pode ser tarefa árdua. Belo Horizonte teve em 2014 uma proporção de partos cesáreos de 50,4%, considerando os nascimentos tanto do setor público quanto do privado⁵⁹, percentual semelhante aos 52% de cesarianas do país, conforme dados da pesquisa Nacer No Brasil (LEAL; GAMA, 2014). A proporção no setor privado, no entanto, é certamente maior do que no setor público, alcançando para o país 88% dos partos⁶⁰, e aproximadamente 74% em Belo Horizonte. Apenas 5% das mulheres no Brasil puderam vivenciar um parto sem intervenções, o que certamente acende o alerta vermelho para que as gestantes busquem vias de “preparação para parir”. 70% das gestantes desejavam um parto vaginal no início da gestação, e dessas apenas 15% de primíparas conseguiram realizá-lo. É impossível circunscrever esse percentual de cesarianas apenas a processos patológicos que levaram a indicações clínicas de partos cirúrgicos, sugerindo também a relevância do pré-natal como percurso para a preparação de uma cesariana (LEAL; GAMA, 2014). A ocorrência de segundo parto por via abdominal, justificada por ter havido uma cesariana prévia, é algo recorrente e acaba fazendo com que seja ainda mais urgente a atuação para evitar o primeiro desfecho cirúrgico, já que os seguintes serão ainda mais dificilmente alterados. Entre as gestantes com parto vaginal,

“(…) observou-se a predominância de um modelo de atenção extremamente medicalizado que ignora as melhores evidências científicas disponíveis. A maioria das mulheres foi submetida a intervenções excessivas, ficou restrita ao leito e sem estímulo para caminhar, sem se alimentar durante o trabalho de parto, usou medicamentos para acelerar as contrações (ocitocina), foi submetida à episiotomia (corte entre a vagina e o ânus) e deu à luz deitada de costas, muitas vezes com alguém apertando sua barriga (manobra de Kristeller).” (LEAL; GAMA, 2014, p. 4)

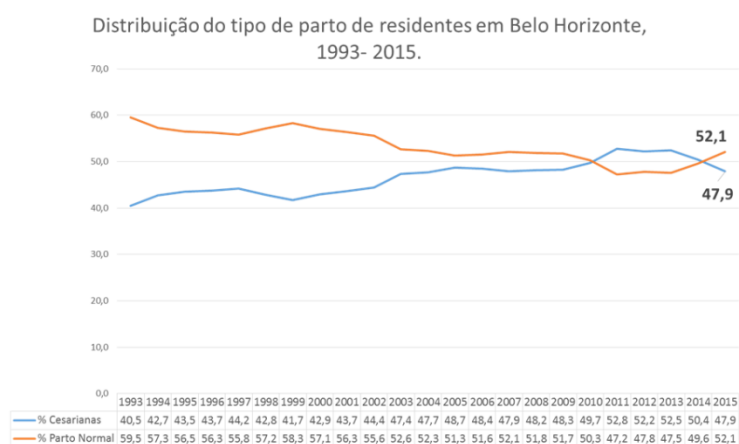
Portanto, há dois desafios simultâneos a serem enfrentados: a diminuição do número exorbitante de cesarianas, transformando-as em experiências, positivas, de partos vaginais, o que não têm sido prática corrente.

⁵⁹ Fonte: Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informações Sobre Nascidos Vivos (SINASC) / Secretaria Municipal de Saúde (SMSA) / Dados informados pela Secretaria Municipal de Saúde (SMSA) / Comitê de Prevenção de Mortalidade Materna, Fetal e Infantil- BH Vida SMSA- BH.

⁶⁰ A pesquisa Nacer no Brasil informa que mesmo entre adolescentes o percentual de cesarianas chegou a 42% e que a amostragem da pesquisa para essa faixa etária tinha mais de dois terços de adolescentes de classes D e E, pretas e pardas, com situação de atraso escolar ou fora da escola. Apenas 4,5% delas pariram em hospitais privados.

A Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA) lançou em 2007 o Movimento BH Pelo Parto Normal, com o objetivo de redução das cesarianas desnecessárias a fim de melhorar os resultados de saúde materna e infantil. Há um acompanhamento sistemático do Comitê de Prevenção de Mortalidade Materna, Fetal e Infantil- BH Vida SMSA- BH, avaliando a evolução dos resultados perinatais e de assistência prestada no município. Os resultados da ação conjunta deste movimento podem ser vistos em um gradual aumento da taxa de partos normais e diminuição das cesarianas, como demonstra o gráfico abaixo:

Figura 1 - Distribuição do tipo de parto em Belo Horizonte

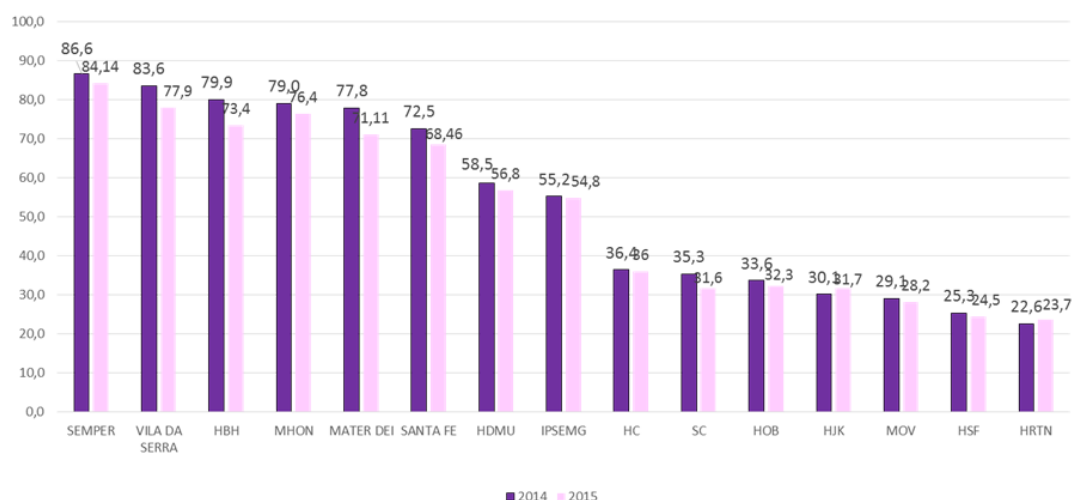


Fonte: Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informações Sobre Nascidos Vivos (SINASC). Dados informados pela Secretaria Municipal de Saúde (SMSA) / Comitê de Prevenção de Mortalidade Materna, Fetal e Infantil- BH Vida SMSA- BH.

É importante dizer do esforço realizado no município para a diminuição das taxas de cesariana, com resultados relevantes, especialmente no SUS. Quando avaliadas separadamente as instituições, é possível perceber a diferença entre as taxas referentes ao setor privado e ao setor público, como o gráfico abaixo demonstra:

Figura 2 - Taxa de cesarianas por maternidade em Belo Horizonte

Taxa de cesariana por maternidade 2014-2015



Fonte: Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informações Sobre Nascidos Vivos (SINASC). Dados informados pela Secretaria Municipal de Saúde (SMSA) / Comitê de Prevenção de Mortalidade Materna, Fetal e Infantil- BH Vida SMSA- BH. Na ordem de aparecimento: Hospitais privados:Semper; Vila da Serra; HBH- Hospital Belo Horizonte; MHON- Maternidade Hospital Octaviano Neves; MaterDei; Santa Fé ; HDMU- Hospital Dia e Maternidade Unimed; Hospitais públicos: IPSEMG- Hospital Governador Israel Pinheiro;HC- Hospital das Clínicas; SC- Santa Casa; HOB- Hospital Municipal Odilon; HJK- Hospital Júlia Kubitschek; MOV- Maternidade Odete Valadares; HSF- Hospital Sofia Feldman; HRTN- Hospital Risoleta Tolentino Neves.

Entre as maternidades particulares de Belo Horizonte, a única que tem taxas abaixo de 70% para o ano de 2014 é a Maternidade da Unimed (HDMU – Hospital Dia e Maternidade Unimed). Esta operadora de plano de saúde vem realizando esforços pela valorização do parto normal, como veremos a seguir. O HDMU implantou estrutura para quarto PPP (pré-parto, parto e pós parto), com banheiras, chuveiros e bolas suíças, oferecendo suporte não farmacológico para alívio da dor. Apesar do empenho pelo parto vaginal, no entanto, a maternidade ainda é cenário de intervenções desnecessárias e experiências contraditórias, como veremos adiante.

3.2. Tipos de parto, segundo ativistas

Diante da complexidade de cenário que encontram, com variadas experiências de parturição, ativistas do parto humanizado de Belo Horizonte caracterizam pelo menos cinco tipos de parto, que são usados como referência no diálogo com outras gestantes, exemplificando possibilidades obstétricas que serão encontradas na cidade. O parto

vaginal, por exemplo, pode ser descrito como o “normal frankstein”, referindo-se ao parto realizado com uma série de intervenções ao processo, que causam um aumento da dor na gestante e em geral uma satisfação reduzida em relação ao atendimento como um todo. O parto “normal normal”, com a possibilidade de intervenções pontuais e efetivamente necessárias, com bom uso de fármacos a critério da necessidade e do diálogo com a gestante; ou o “parto natural”, quando não há nenhum tipo de intervenção nem uso de fármacos ao longo de todo o trabalho de parto e parto. A cesariana pode ser desnecessária ou acertada, e embora seja referida como uma possibilidade, raramente é percebida como humanizada.

Um segundo tipo de identificação do parto aparece frequentemente relacionado ao local de sua realização: hospitalar, em casa de parto (Centro de Parto Normal) ou domiciliar. Entre as doulas e parte das enfermeiras entrevistadas, o parto domiciliar vem se tornando parte do “padrão ouro” da assistência humanizada e cresce a cada dia o apelo por ele. Uma das gestantes entrevistadas na pesquisa disse que com a contratação da doula a pressão feita para que seu parto fosse domiciliar cresceu muito e acabou se tornando uma dificuldade de negociação de seus próprios desejos, que não envolviam parir em sua residência. Se o desenvolvimento da humanização do nascimento em Belo Horizonte parece de alguma maneira empurrar a barreira em direção ao aumento do parto domiciliar, este ainda encontra resistências, seja por parte de médicos ou de gestantes, inseguras com o modelo ainda pouco usual no país como um todo. Cabe também chamar a atenção para o risco das receitas prontas para o que seria uma experiência de humanização no nascimento, forjando padrões que devem ser seguidos por gestantes e que por vezes não se relacionam ao seu rol de desejos, segurança ou possibilidades.

O parto natural aparece com grande frequência nos diálogos entre ativistas como ideal a ser alcançado. Nele nenhum tipo de intervenção é realizado, o que inclui anestesia, fórceps, ocitocina e quaisquer outras. No entanto, mesmo mulheres que aderiram ao desejo de realização de um parto natural nem sempre tiveram a oportunidade de levá-lo a cabo como planejado, dada a imprevisibilidade do evento do nascimento. As intervenções no trabalho de parto costumam ser recebidas pelos grupos de apoio virtuais com grande desconfiança a respeito da sua real necessidade, ainda quando apresentados por mulheres que estavam construindo conjuntamente com o grupo sua experiência de

preparação para o parto. Há uma predisposição para a demonstração da falibilidade do caminho escolhido pela assistência de pré-natal, além da apresentação de exaustiva lista de evidências que potencialmente poderiam comprovar casos com oportunidades de desfechos diferentes, semelhantes aos então relatados.

Uma das entrevistadas, Mirela, teve um longo e lento trabalho de parto, com ruptura precoce de bolsa⁶¹. Necessitou fazer uso de ocitocina sintética ao fim do trabalho de parto, recebeu antibióticos por via venosa, como profilaxia pelas horas de bolsa rota. Embora tenha passado por 40h de trabalho de parto, sem analgesia ou qualquer outra intervenção, a ocitocina utilizada era suficiente para que ela não tivesse alcançado o parto natural. Seu parto estava planejado para ocorrer em seu domicílio mas teve que ser transferido para o hospital devido à ruptura da bolsa⁶². Mirela havia se preparado para uma circunstância diferente do que ocorreu, e diante das duas condições – perda do parto domiciliar e perda do parto natural– ela diz ter sentido a falta de acolhimento e lugar, dentro do movimento de humanização. Há algum grau de frustração em não ter os planos tornados reais, na intensa preparação para o parto, que se tornou maior ao ser inviável o compartilhamento e elaboração conjunta da sua não realização.

Mesmo que o uso da ocitocina possa ser um fator objetivo de separação entre o parto natural (sem intervenções) e o parto normal, a insistência de parte do movimento de humanização na valorização do primeiro em detrimento do segundo, não só julgando a experiência ideal como “natural”, mas polarizando entre experiências reais vivenciadas a partir de um tipo de parto ou outro, mostra como a radicalização de uma parte desse movimento se torna pouco acolhedora às mulheres que não corresponderam à suas expectativas iniciais. Este questionamento também apareceu por parte de mulheres que tiveram cesariana intraparto⁶³ e que não se sentiram acolhidas por parte do movimento

⁶¹ A ruptura da bolsa é considerada precoce quando ocorre antes do início efetivo do trabalho de parto. No caso dessa parturiente as contrações eram esparsas e fracas, típicas de pródromos, e demoraram a de fato engrenar em um trabalho de parto da fase ativa.

⁶² O protocolo do hospital que a estava atendendo, é iniciar a administração intravenosa de antibióticos após 18h de bolsa rota. Para isso antes que se complete o período a equipe de parto domiciliar indica a remoção da paciente para o hospital – a menos que esteja entrando no período do expulsivo. Este hospital presta gratuitamente o serviço de atendimento domiciliar de parto, para usuárias do SUS, desde que as gestantes se enquadrem nas prerrogativas de baixo risco e estejam a uma determinada distância máxima do hospital.

⁶³ Ou seja, mulheres que foram submetidas à cirurgia cesariana depois de entrar em trabalho de parto. A decisão desta intervenção foi tomada por isso durante o trabalho de parto, diante de circunstâncias até então imprevisíveis. A Organização Mundial de Saúde considera que entre 15 e 20% dos partos possa necessitar da intervenção cirúrgica para promoção de melhores resultados fetais e maternos, portanto há

onde anteriormente eram defensoras ou militantes. Maria, entrevistada que é mãe e doula, cujo relato dos partos se encontra no segundo capítulo, diz ter sentido falta de acolhimento no seu caso, quando o desenrolar do trabalho culminou em uma cesariana. Com necessidade ou sem necessidade, aquela é a vivência real relatada, e por isso é o que importa ser trocado e compreendido. De alguma forma o embate entre as expectativas de performance e a realidade vivida acaba sendo cobrada como uma responsabilidade da mulher, em geral percebida como falta de preparo ou ingenuidade na relação com a equipe de atendimento.

Anna, enfermeira obstetra entrevistada, comenta sobre o assunto ao relatar o caso de uma paciente que precisou passar por indução de parto. Ela tinha chegado a 41 semanas de gestação e foi pedida a realização de um ultrassom, para verificação do volume de líquido amniótico. A gestante optou por realizar este ultrassom na mesma clínica dos anteriores, feitos durante a gravidez, e o resultado indicava baixo volume do líquido. Anna então ponderou a possibilidade de repetir o exame em outro local para confirmação⁶⁴, mas a gestante se sentia segura neste quesito e optou por não repetir. O diagnóstico diante do ultrassom exigia indução, ao que ela concordou. Durante o trabalho de parto, em indução dolorida, a gestante pediu precocemente por analgesia, não teve boa evolução e terminou realizando uma cesariana. Ao relatar seu caso no grupo virtual de apoio que participava, teve como resposta a assertiva de que ultrassom no final da gestação só poderia dar nisso: uma desculpa para a realização da cesariana. A desconstrução do caso clínico e a insistência no fato de que ultrassons em fim de gestação são em geral usados como forma de indução a procedimentos, em geral com desfechos de partos cirúrgicos, incomodou gestante e enfermeira. Ao que Anna contrapôs:

“Mas aí uma coisa que eu falei com ela, olha, as pessoas que tão falando isso pra você elas tão implicadas nas responsabilidades? Se houver um resultado, um desfecho negativo com seu bebê, o que que essas pessoas vão falar? Existe uma responsabilidade técnica né, do que que tá acontecendo, que por mais que cada um tenha a sua crença do que vai acontecer, tinha que acontecer, ou o que for, o que a gente estuda, é, o que a gente pesquisa e tudo é pra tentar intervir nessas coisas né? Obviamente se ela tivesse feito um ultrassom e tivesse tudo normal ela podia esperar. Mas não deu. Então, é... tem muito ultrassom errado? Tem. Mas ela sentiu que tava segura, ela não quis repetir outro pra confirmar. Então, ah, porque antigamente nem tinha e

percentualmente uma chance razoável de que uma mulher passe pela real necessidade de enfrentar esta cirurgia.

⁶⁴ São recorrentes os casos de ultrassons feitos que dão resultados falsos, para induzir cesarianas e intervenções no parto e a sua realização passou a ser ponto de discordância para ativistas.

ficava esperando. É, mas a ideia, todo o conhecimento que você tem e tal a busca é diminuir a mortalidade perinatal, diminuir a mortalidade neonatal, né? É isso." (Anna, enfermeira obstetra – equipe particular)

A despeito do fato de que ocorrem ultrassons realizados para a indicação de cesariana ou intervenções médicas, e que o papel dos grupos se circunscreve na desconstrução de falsas indicações assistenciais, tarefa certamente complexa, a necessidade de uma condição mais dialógica com gestantes que se apoiaram nos mesmos parece algo a ser levantado. Avaliar o limite das necessidades de intervenção no parto envolve uma série de fatores técnicos, somado às condições psicológicas e emocionais da parturiente, num todo complexo de difícil recuperação para ser julgado entre pares do movimento posteriormente. Eventualmente a simplificação dos casos com vistas à desconstrução da sua real necessidade pode ter consequências difíceis às gestantes que vivenciaram esta experiência, criando embates e/ou silenciamentos de mulheres que também buscavam seu grau de autonomia no processo.

O clima de desconfiança, recorrente na relação médico-paciente, acaba eventualmente se expandindo para as relações entre ativistas do movimento de humanização, ou entre ativistas e gestantes, ao avaliar retrospectivamente as experiências de parto. O caráter técnico do debate parece assumir novamente preponderância e assume-se a necessidade de que as mães estejam capacitadas a dele participar, em condições próximas à igualdade de conhecimentos frente à equipe assistencial, apesar de não possuírem formação na área.

A naturalização da adesão à técnica e a intenção de um debate onde todos partilham de informações extremamente especializadas de alguma forma permite que, se a mulher “foi enganada” ou seu parto não seguiu como o planejado, ela esteja entre as principais responsáveis por isso. Vale lembrar que o parto, como evento altamente imprevisível, pode fazer com que a mulher enfrente questões emocionais, psicológicas, espirituais e médicas que a façam tomar rumos diferentes dos almejados inicialmente, e impossíveis de prever antes da experiência de parturição.

Como o processo de autonomia da mulher inclui tomar responsabilidades sobre as escolhas feitas, seria de se esperar que houvesse mais abertura frente a qualquer trajetória feita de maneira informada e autônoma pela mulher. Percebe-se algum nível de tensão entre a autonomia da mulher, nesse caso, e a adesão aos princípios do

ativismo pelo parto humanizado, em especial ao que Diniz chamou de legitimidade científica da medicina. É importante avaliar até que ponto a responsabilização da mulher, nesses casos, não escorrega para algum grau de culpabilização, como quem deveria, de antemão, estar preparada – tecnicamente, frise-se – para se contrapor a quaisquer eventos ocorridos na gestação, parto e pós-parto, em uma expectativa irreal de absorção de conhecimento técnico altamente especializado durante o período de gestação. Mas o que seria essa responsabilidade técnica, por parte da gestante? Qual o grau de conhecimento técnico necessário para parir, em tese um processo fisiológico e natural, como advoga o mesmo movimento pela humanização do parto?

3.3. Quem forma o campo do parto humanizado em Belo Horizonte?

A maioria das ativistas pela humanização do parto em Belo Horizonte é mulher. A presença de doulas como mobilizadoras de gestantes, atuando como importante referência para informações, disponibilização de relatos, construção conjunta – virtual e presencial – das expectativas das gestantes, de seus planos de parto, da apresentação das possíveis formas de assistência obstétrica na cidade, e do espaço do debate público que envolve a legislação de referência é proeminente. Enfermeiras obstetras formam uma área praticamente dominada pelas mulheres em Belo Horizonte. O contraponto vem da área médica, onde a maior parte dos obstetras, referências no cenário da humanização, são homens. Obstetras estão presentes em institutos e associações criados com o intuito de visibilizar e viabilizar a defesa da humanização do parto – que estão entre os primeiros no cenário belorizontino, na defesa de outra forma de parir –, e, por outro lado, vinculados de alguma maneira ao Hospital Sofia Feldman, seja essa uma vinculação atualmente ativa ou de formação do profissional. Em termos de classes sociais, há uma concentração em classes médias e altas, tanto para ativistas quanto para gestantes que aderem ao ideário da humanização. Entre as mães entrevistadas desta pesquisa todas eram de classes alta ou média, de alto grau de escolaridade.⁶⁵

No que se refere à vinculação espiritual, encontrada por exemplo por Tornquist (TORNQUIST, 2004), o cenário parece se configurar mais fortemente em termos de

⁶⁵ Estes fatores apontam para questões tanto políticas e sociais quanto de gênero que não foram possíveis de serem aprofundadas neste trabalho, mas que apontam para oportunidades futuras de continuidade da pesquisa.

adesão à técnica e ao discurso científico, com a vinculação à medicina baseada em evidências, do que com aspectos místico-religiosos, apesar de presentes para uma parte do ativismo.

O Hospital Sofia Feldman desponta, em praticamente todos os relatos dos profissionais do campo da humanização – seja médicos ou enfermeiras –, como local de formação para outra prática obstétrica, contrapondo-se à formação recebida nas escolas de medicina ou enfermagem. Apenas um dos médicos entrevistados havia tido a experiência de atuar por alguns anos em outros dois países com sistemas obstétricos diferenciados. O relato de sua formação, no entanto, conta com o mesmo tipo de estranhamento sentido pelos profissionais que aprenderam outra prática no Sofia: o susto por descobrir que havia outra maneira de conduzir a obstetrícia; o reconhecimento da oportunidade de aprendizado de algo diferenciado ali; e, aos poucos, a adesão ao novo modelo. Hoje, de volta a Belo Horizonte, ele se encontra vinculado ao Sofia Feldman, como médico plantonista, além de ter consultório particular.

O contato inicial de médicos e enfermeiras que atuaram no Sofia Feldman aconteceu muitas vezes de forma despretensiosa e se desenrolou como uma experiência profissional marcante:

“(...) aí eu fui trabalhar no Sofia Feldman, quando eu, durante a residência que eu comecei a dar alguns plantões e trabalhar no Sofia Feldman pra ter uma renda adicional, e lá comecei a trabalhar com as enfermeiras obstetrias e mudou totalmente a minha visão. E vi que era um hospital que tinha uma filosofia de trabalho e uma visão do parto totalmente diferente. Então o parto como um ato familiar, não um ato do hospital, mas um ato da família, e os profissionais atuando de forma multidisciplinar, interdisciplinar no parto. Então psicólogo, enfermeira, médico, doula, né? Então, e o médico fazendo parte desse processo. E aí fez mudar muito a minha forma de pensar, e a gente vê que o modelo tecnocrático é um modelo que tá falindo no mundo.” (Paulo, ginecologista obstetra defensor da humanização)

O Sofia também foi escola para enfermeiras, tanto as que ali estiveram desde sua construção, quanto as que foram chegando aos poucos. Sol, enfermeira obstetra deste hospital, diz que não saberia atualmente trabalhar em outra área senão a obstetrícia e que o prazer em trabalhar no Sofia é imenso. Ela integra a equipe de parto domiciliar que o hospital possui há pouco mais de dois anos⁶⁶. Para ela, integrar esta equipe foi natural, algo que ocorreu porque, como diz, “gambá cheia gambá”. Por isso, é possível

⁶⁶ No Hospital Sofia Feldman, em Belo Horizonte, acontece, desde 2014, o atendimento por via do SUS para parto domiciliar planejado, com a disponibilização de uma equipe de parto domiciliar pelo hospital, assistindo a gestante em sua residência, se ela assim o desejar.

perceber quem está ao seu lado partilha de seus valores e tem os mesmos ideais. Nesse sentido, Sol percebe uma “linha mais humanizada dentro do campo humanizado”, referindo-se a uma linha mais delicada e mais sutil nas suas formas de atuação, que mesmo dentro do campo humanizado – e dentro do Sofia Feldman – se destaca.

Para Anna, enfermeira obstetra de referência para a humanização em Belo Horizonte, que atualmente tem como foco o atendimento domiciliar particular, a entrada na humanização moveu-se tanto pelo aprendizado da assistência proposta no Sofia Feldman quanto pelo que houve de impacto na reavaliação de sua própria trajetória de duas cesarianas, posteriormente percebidas como desnecessárias:

“(…), uma colega que eu tinha (…) ela foi trabalhar no Sofia, e começou a me falar das coisas lá, inclusive de parto vaginal após cesárea e tal. E aí eu comecei a questionar, aí que eu comecei a questionar minha experiência né? E aí eu já tinha dez anos de formada, tinha um emprego público né, era funcionária federal no Hospital das Clínicas, eu comecei como voluntária no Sofia. (...). Eu falei, não, eu tenho que aprender esse negócio porque no fundo fica aquela frustração por você não ter parido. Aí eu acho que na época eu nem sabia assim, não entendia muito, né, eu larguei o Hospital, quando eu comecei no Sofia eu comecei eu fiquei encantada, porque eu trabalhava no HC, no Hospital das Clínicas, tipo assim, era serviço do SUS, mas se não tinha incubadora pra receber um bebê que pudesse nascer e precisar, eles fechavam a internação. Na época fechava a internação com porteiro, a mulher não era nem avaliada. Ela ia embora, o porteiro mandava embora. Então assim, a gente cansava de ouvir história assim de mulher que ganhava no pronto socorro, saía do Hospital das Clínicas peregrinando, né? Era um... era muito, muito ruim. E quando eu vi no Sofia e vi aquele tanto de gente nascendo lá sem ter nada lá, eu falei assim, gente, eu tenho que ajudar esse lugar aqui, né? Porque chega desse perfeccionismo, dessa coisa do HC, quer dizer, eles não nascem lá porque não tem incubadora, mas nasce aqui que não tem é nada. Então eu, deixa eu ficar aqui ajudando esse lugar, então isso me impulsionou muito, aí eu quis entrar pra área da obstetrícia.” (Anna, enfermeira obstetra - equipe particular)

A radical diferença de concepção do Sofia Feldman, nesse caso, foi definidora para que ela desejasse conhecer mais do hospital, sua escola, onde aprendeu outra forma de trabalho com a obstetrícia e se apaixonou pela área. Ela circulou em vários outros serviços públicos e particulares até se decidir pelo trabalho com as mulheres da rede privada. Sua escolha atual pela rede privada se deve ao fato de considerar que, nesse momento em Belo Horizonte, esta é a área mais descoberta.

3.4. Olhares sobre a parteira

Esta dissertação tinha a intenção inicial de comparação de uma situação obstétrica com a integração de parteiras em um município do interior de Minas Gerais, Jenipapo de Minas, com a situação obstétrica vivenciada em Belo Horizonte, particularmente considerando a atuação do Hospital Sofia Feldman e das equipes de parto domiciliar. Apesar de ter aberto mão da viabilidade da pesquisa junto às parteiras durante o mestrado, percebi que a imagem dessas mulheres permanecia bastante presente no imaginário do cenário obstétrico belorizontino. Os olhares sobre a parteira se diversificaram e penderam entre a consideração desta como uma opção para os locais onde não há condições de atendimento médico adequado, e a idealização de sua forma de ação junto às mulheres como exemplo de respeito e atendimento voltado à relação com a parturiente e as famílias.

Entre os médicos entrevistados, predominou a percepção das parteiras como “mal menor”, como potenciais assistenciais para populações em locais ermos e sem acesso a melhores condições de atendimento obstétrico especializado. Nesse sentido, foram lembradas as várias iniciativas de estabelecimento de cursos especializados para as parteiras, focados especialmente em questões relacionadas à higiene pessoal, de mãos e de instrumentos utilizados no parto, dos quais dois desses médicos participaram. Um dos médicos da linha humanizada lembrou do trabalho do obstetra José Galba de Araújo⁶⁷ e defendeu a viabilidade de inserção das parteiras no sistema de saúde, com uma integração dos serviços prestados por elas ao atendimento obstétrico da população. Outro profissional entrevistado afirmou que violências obstétricas também são cometidas por parteiras, que, por exemplo, optam por colocar sal na vagina de uma gestante com sangramento, causando dor a ela. Também foi colocada a diferença de imputabilidade jurídica pelos atos, que é prevista ao médico, mas pretensamente não seria para as parteiras⁶⁸.

⁶⁷ José Galba de Araújo foi responsável pela criação de um importante programa de integração de parteiras leigas ao sistema médico, com o Programa Comunitário de Saúde Familiar, que treinava parteiras para identificação de alto risco e ao mesmo tempo incentivava os partos normais domiciliares conduzidos por parteiras locais. Seu trabalho foi amplamente premiado e permanece como referência de debate da humanização da medicina e do sistema único de saúde, contemplando aspectos culturais como integrados ao processo de parturição e às possibilidades assistenciais a serem ofertadas à população.

⁶⁸ Embora haja relatos contrários, de uma responsabilização maior das parteiras em relação ao que ocorre para os próprios médicos. Em minha incursão de pré campo essa parecia ser a principal questão que fazia

Entre as gestantes predominava a referência às parteiras urbanas, enfermeiras obstetras com nível superior e conhecimento técnico adequado para atendimento obstétrico. Médicos também se referiram a enfermeiras obstetras como parteiras e equivalentes às *midwives* encontradas, por exemplo, em sistemas de saúde da Inglaterra, Holanda e outros países europeus.

Entre as enfermeiras obstétricas, ser denominada como parteira aparece, para duas entre três entrevistadas, como uma referência carinhosa e simbolicamente forte. Ambas atendem em hospital público. A enfermeira de atendimento particular foi a única que não vinculou necessariamente o nome a uma situação simbólica específica, entendendo que ele se refere mais propriamente ao ofício de partejar, que se torna especialidade da parteira de formação superior – e que por isso impede que quem tem a formação específica para a área, como a obstetriz, atue em campos diversos deste.

A imagem da parteira para as duas enfermeiras do hospital público, no entanto, compõe a concepção de uma profissional com um vínculo de maior proximidade com a gestante, capaz de dialogar mais diretamente com ela. A “parteira tradicional” aparece ainda como alguém com forte vínculo com a espiritualidade, o que pode ser eventualmente recuperado pela parteira urbana.

3.5. Preparar-se pra parir

Se parir é um campo de batalha, é preciso estar pronto para a guerra. Para isso, é preciso passar por um longo processo de empoderamento e escolhas, além de um áspero aprendizado técnico.

A falta de informação e de oportunidades de diálogo prévio sobre a maternidade, sobre o trabalho de parto, sobre puerpério e amamentação, é uma reclamação constante entre gestantes e puérperas, seja em grupos virtuais, debates presenciais ou entre as entrevistadas da pesquisa. Assim, Ceci considera que a falta de possibilidade de reconhecer fontes de informações tidas como idôneas e menos parciais foi um grande dificultador no seu processo de entendimento da situação obstétrica e dos riscos reais que ela enfrentava ao fazer as escolhas que fez. Já Manuela relata seu incômodo com a falta de informações prévias:

com que candidatas atuais a parteira negassem vínculo com a profissão, com o medo de serem responsabilizadas no caso de partos com desfechos desfavoráveis.

"Porque tirando a preparação pro parto eu gostaria de ter ficado em paz pra parir, pra eu me preparar pro que vinha depois. Porque o que tá me derrubando é o que vem depois entende? O parto foi difícil, foi punk, poderia ter sido diferente, eu chego lá. Mas eu não sabia nada sobre nada, assim. (...) Então eu acho que eu senti falta de informação, porque foram meses difíceis, que eu não sei se a informação teria resolvido, porque eu sou ansiosa, enfim." (Manuela, mãe)

O processo de preparação para o parto, com visitas a grupos de gestantes, também não foi fácil para ela. A forma da condução das reuniões do grupo ressoava nela como uma grande cobrança, que adquiriu contornos obsessivos rapidamente:

"Eu tava num meio do caminho entre entender essa perspectiva mais humanizada e estar em um lugar que se eu precisasse de cesárea talvez não fosse o fim do mundo. Isso foi se tornando fim do mundo com o tempo. Foi até rápido, pra falar a verdade, tô te contando dessa reunião (...) que eu fiquei chorando, foi por causa disso. Eu passei a reunião inteira em pânico de precisar de fazer uma cesárea. Aí no dia que eu sai de lá eu falei, tem alguma coisa errada com a minha gestação, eu não posso ficar obsessiva assim." (Manuela, mãe)

A adesão à concepção do “padrão ouro” de assistência e do rechaço à cesariana teve impactos emocionais consideráveis durante sua gestação. Para completar, ela engravidou já com 35 anos, e relata ter sido questionada pela ginecologista se não era tarde demais para querer engravidar. Os medos de que algo não desse certo passavam a se acumular, e a experiência de gestação e parto foi sempre acompanhada por essa tensão.

O ensurdecido silêncio do pré-natal

O pré-natal poderia ser, em tese, um momento de construção positiva para o parto. As consultas de pré-natal, no entanto, são vistas, de maneira quase unânime pelos médicos entrevistados, como insuficientes para abranger tudo o que seria necessário. Têm curta duração e focos diversos, com grande investimento do tempo na feitura e análise dos resultados dos exames. Luís Carlos, por exemplo, considera que os atendimentos de pré-natal realizados em posto de saúde raramente possuem o tempo necessário para o desenvolvimento das conversas que seriam importantes. Segundo ele, os partos normais e naturais ocorrem principalmente em “pacientes bem motivadas”,

“(...) a gente sabe que muitas vezes o pré-natal no posto de saúde é uma consulta mais rápida, né, então a pessoa acaba não abordando esses aspectos [do trabalho de parto]. A maioria das vezes as pacientes que estão motivadas a ter esse parto assim de uma forma mais natural são pacientes ou de um nível sócio-cultural melhor ou pacientes que elas trazem essa demanda pro médico. Geralmente não é uma conversa que o médico do posto de saúde

consiga ter rotineiramente. No consultório privado muitas vezes o médico consegue, mas no posto de saúde, às vezes pela pressão de atendimento, tem que atender muita gente, ele não consegue não.” (Luís Carlos, ginecologista obstetra não envolvido com o movimento de humanização)

Mesmo as consultas particulares possuem, para Luís Carlos, tempo insuficiente, já que são muitos exames de rotina a serem avaliados e seguidos. O foco são os exames e o que eles têm a dizer, deixando pouco espaço para o diálogo entre médico e paciente. O fato do valor da consulta de pré-natal, pago pelas operadoras de plano de saúde, ser baixo justifica a brevidade das consultas, não havendo disponibilidade para entrar em debate sobre a preparação para o parto diante disto. Para Luís Carlos, deveria também ocorrer no pré-natal o esclarecimento de questões referentes a procedimentos da assistência, como, por exemplo, a realização de anestesia – que no consultório particular ele aplica em 100% das pacientes –, ou o uso da episiotomia – considerada por ele como um instrumento relevante e que pode ser necessário, a critério médico. Segundo ele, é preciso dizer isso à paciente e esclarecer os limites de suas escolhas e a necessidade de que ela confie em quem a está atendendo. Luís Carlos considera que, na maior parte das vezes, esse tipo de conversa e esclarecimento não é possível de ser realizado no pré-natal, o que acaba gerando incômodos no momento da assistência ao parto.

Nicolas considera fundamental durante as consultas de pré-natal a escuta às pacientes. Ele já não atende obstetrícia em consultório e está aposentado, trabalhando pontualmente com gestação de alto risco e outros trabalhos específicos. Nicolas percebe o excesso de foco da nova geração no que a tecnologia pode oferecer. Para ele, também o tempo, sempre escasso, desfavorece as relações, que se tornaram mecânicas, distanciadas, sem interesse na criação de vínculos:

"As pessoas tem muita pressa, o mundo hoje tem muita pressa, né? Então nós queremos respostas imediatas, então você tem, parece que tem aqui tem um VDRL positivo, tem sífilis, ó, vão ver o que tem aqui e tal. Ó, você vai tomar isso aqui. É assim que funciona, eu faço o diagnóstico, prescrevo, se você vai usar o medicamento ou não, não é problema meu, é seu. E medicina não funciona assim, porque a pessoa chega querendo ser ouvida, querendo compartilhar, e às vezes o que traz à consulta fica escondido, a pessoa custa a aparecer o motivo real da consulta, né? Então isso aí é uma grande preocupação que eu tenho hoje. Que nós estamos perdendo esse elo entre, entre o paciente, a pessoa, e o médico. Talvez esteja acontecendo em outras profissões também né? Então nós estamos perdendo isso, estamos lidando numa relação muito mecânica. Eu agendo a consulta, eu vou lá, eu tô com isso, o médico pede o exame, prescreve, eu vou embora, e não fica nada. Não fica nada dessa consulta, desse atendimento." (Nicolas, ginecologista obstetra não envolvido com o movimento de humanização)

O pré-natal é atualmente uma prerrogativa médica na saúde suplementar, pois a solicitação de qualquer exame às operadoras de planos de saúde passa necessariamente pelo médico. Por isso, mesmo que a gestante opte por um pré-natal realizado com a assistência da enfermagem obstétrica, terá que recorrer a algum médico que possa lhe passar os pedidos de exames. Segundo Paulo, médico entrevistado pela pesquisa, isto é algo desnecessário e na contramão do que já é realizado em outros locais do mundo, onde a *midwife* têm mais autonomia, tanto para acompanhamento do pré-natal quanto para outros procedimentos intraparto. Esse mesmo médico chama a atenção para o fato de que o pré-natal deveria ser sempre realizado por equipe multiprofissional, o que no serviço privado não costuma ocorrer.

O medo de perder a paciente faz com que mecanismos de controle sejam desenvolvidos, de maneira que ela permaneça ligada ao profissional de seu pré-natal. Com isso, o custo pela mudança de profissional se torna cada vez maior e o desejo da gestante precisa ser considerável para realizá-la. É frequente, por exemplo, que as mulheres consigam perceber discursos e procedimentos contrários à sua expectativa, nas últimas semanas de gestação, mas nem sempre conseguem se reorganizar psicologicamente para fazer frente às mudanças de rumo necessárias. O fato do médico da assistência privada usualmente permanecer com boa parte das informações e exames da gestante em seu poder também a enfraquece. Nesse sentido, William, obstetra entrevistado, alerta sobre a relevância do Cartão da Gestante, já de amplo uso no serviço público. O cartão passou a ser obrigatório também no serviço privado, com a Resolução Normativa nº368 da Agência Nacional de Saúde Suplementar, de janeiro de 2015. O Cartão da Gestante possui todas as informações do pré-natal, cada consulta realizada e todas as informações colhidas a cada exame laboratorial e clínico, permitindo assim que a mulher possa, a qualquer momento, ser atendida por qualquer profissional. Este obtém, através do cartão, acesso a todo seu histórico de consultas e condição de saúde ao longo da gravidez. Para William, essa não era uma prática no sistema privado justamente como forma de forçar a gestante a estar vinculada a um médico específico. Ele considera que o momento do pré-natal é importante justamente para criar essa dependência da mulher que, segundo ele, é cuidadosamente produzida e estimulada pelos médicos no atual sistema.

Para Anna, enfermeira obstetra, qualquer assistência ao parto pode ser feita de uma forma humanizada e particularizada, buscando informações sobre a vida da pessoa e as

melhores formas de auxiliá-la a receber de forma positiva aquele evento em sua vida. Mas ela chama a atenção para a diferença entre atender uma gestante que realizou anteriormente o pré-natal junto a ela, e aquelas gestantes que está conhecendo pela primeira vez. A construção de intimidade e de informações sobre a mulher e sua família é algo gradual, e a assistência no plantão, sem ter o contato prévio, em geral é vista como mais difícil.

O papel do pré-natal é citado em praticamente todas as entrevistas de médicos. Por outro lado, ele quase não aparece como assunto das entrevistas com a equipe de enfermagem, a despeito de todas elas trabalharem com assistência de pré-natal, seja de forma particular ou através de plantões no Hospital Sofia Feldman. Enquanto entre médicos o pré-natal é apontado como grande ausência em algum aspecto (tempo para diálogo, distanciamento das relações, excesso de peso sobre exames, lugar da educação sexual e para o parto), entre a equipe de enfermagem esse peso parece não ter a mesma relevância.

Outras vias de preparação das mães

Se as consultas de pré-natal não são suficientes como lugar de debate e construção da percepção das grávidas a respeito do trabalho de parto – bem como de outras questões do pós-parto, como os primeiros cuidados com o bebê ou a amamentação – então quais caminhos as gestantes trilharam?

Todas as mães entrevistadas têm alguma reclamação a respeito de como se informar para se prepararem para o momento do parto. Essa dificuldade, em alguns casos, levou a uma cesariana desnecessária – como no caso da primeira gestação de Maia –, ou a assistências marcantes em sua agressividade nas decisões feitas sobre o corpo da gestante – como a de Ceci. A dificuldade de encontrar boas fontes de informação é citada de forma recorrente pelas mães. Além disso, a dificuldade de ter que se tornar uma *expert* em obstetrícia, compreender os vários casos de indicação verídica ou inverídica de um ou outro procedimento, se habituar a um linguajar bastante peculiar, com palavras difíceis e distantes de seu cotidiano, aliada à permanente desconfiança da equipe de assistência, é um cenário que em nada condiz com acolhimento de uma gestante.

O processo de aprendizado e preparação para o parto toma, portanto, uma via bastante autônoma, entre as mães entrevistadas. É a partir de suas experiências, percepções e conhecimento prévio que elas vão descobrindo informações e construindo uma vivência de preparação para o momento do parto. Os grupos de gestante, nesse caso, podem ser um apoio para uma construção consoante à humanização do nascimento. Entretanto, eles não necessariamente são percebidos como uma possibilidade para mães que não possuem esse como foco de assistência.

Percebe-se que o processo de empoderamento feminino, nesse sentido, não é fácil e nem claro enquanto percurso, no início de uma gestação. O fato de se tomar conhecimento de informações obstétricas também não irá garantir à mulher a possibilidade de uma assistência adequada às suas expectativas e desejos, seja por uma incompatibilidade com a equipe e instituição buscada no momento do parto, seja pela imprevisibilidade que ele acarreta. Além de ter que obter conhecimento e debater informações bastante particulares e que não são parte da formação da maioria das mulheres, um grande desafio é realizar tudo isso com o enfrentamento das opiniões contrárias, sejam elas provindas de familiares, amigos, conhecidos ou mesmo de profissionais da área médica. A maneira como cada mulher irá se relacionar às opiniões contrárias à sua e à pressão realizada sobre ela ao decidir algo que está em confronto com a opinião médica são fatores de maior dificuldade para o empoderamento feminino e para a segurança da mulher em suas escolhas no processo de assistência ao parto.

3.6. Maternidades em Belo Horizonte

As maternidades de atendimento para o Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte incluem, como já mencionado, a Maternidade Hilda Brandão, de responsabilidade da Santa Casa; Maternidade Odete Valadares, gerida pela Fhemig⁶⁹ e que possui atualmente o único banco de leite em funcionamento da cidade⁷⁰; Hospital Risoleta Tolentino Neves, atuando, juntamente como o Hospital das Clínicas, como hospitais

⁶⁹ Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, de responsabilidade do governo estadual.

⁷⁰ Segundo informações da enfermeira responsável pela implantação do futuro banco de leite do Hospital Sofia Feldman, atualmente o único BL em funcionamento na cidade é o Odete Valadares. O que há em outros hospitais são apenas salas de coleta de leite. A estrutura para o processamento do leite doado, sem o qual não é possível que seja consumido, está instalada atualmente no Odete Valadares e em vias de instalação no Hospital Sofia Feldman.

escola da Universidade Federal de Minas Gerais; o Hospital Julia Kubitscheck, também gerido pela Fhemig; Hospital Municipal Odilon Behrens; e Hospital Sofia Feldman.

Quatro destas maternidades foram marcadamente citadas entre as entrevistas realizadas: O Hospital Sofia Feldman, por sua referência no campo da humanização; o Hospital Risoleta Tolentino Neves, como um ensaio de humanização em processo, segundo os entrevistados; a Maternidade Hilda Brandão, de responsabilidade da Santa Casa, que foi contemplada mais especificamente na entrevista de uma antiga doula comunitária deste hospital; e o Hospital das Clínicas, que segundo a maior parte dos entrevistados segue uma linha mais próxima do modelo tecnocrático apresentado por Davis-Floyd (DAVIS-FLOYD, 2000). As experiências destes hospitais serão relatadas a seguir.

Um modelo humanizado em Belo Horizonte: Hospital Sofia Feldman – Contradições e conquistas

Muito longe de ter uma imagem inequívoca, o Hospital Sofia Feldman é atravessado por correntes bastante distintas de percepção a respeito do seu trabalho por parte das parturientes que ali são atendidas. O Hospital Sofia Feldman é a maior maternidade de Belo Horizonte em termos de número de atendimentos mensais, realizando mais de um terço dos partos via SUS no município. Lá são atendidas mulheres diversas classes e origens geográficas, tanto da cidade quanto do estado. Por ter uma série de programas para gestação de alto risco e políticas inovadoras, por exemplo, na relação mãe-bebê, com a manutenção das mães próximas aos seus filhos durante toda a internação do bebê; na criação da Casa da Gestante⁷¹; ou na criação do Centro de Terapias Integrativas⁷², o Sofia Feldman apresenta um público variado, com perfis distintos transitando pelo mesmo espaço.

Já no início da década de 1990, o Sofia atuava com a proposta de *não negar vaga* a qualquer paciente, o que até hoje é um pressuposto do trabalho do hospital, que tem caráter filantrópico. Essa característica de aceitar toda gestante que ali chegar é alvo de crítica por parte de Paulo, que trabalha no local. Mesmo reconhecendo a relevância de ser suporte para gestantes que necessitam, ele considera um exagero a situação atual da

⁷¹ Casa anexa ao espaço do hospital para abrigar gestantes de alto risco que precisam estar fisicamente próximas ao hospital e serem avaliadas diariamente, por apresentarem algum tipo de patologia grave

⁷² O centro de terapias integrativas oferece gratuitamente às gestantes a oportunidade de receberem gratuitamente atendimento de auriculo-acupuntura, moxa, ventosa, escalda pés, entre outros.

maternidade, que acaba sofrendo com a falta de uma estrutura adequada de funcionamento para a quantidade de partos assistidos:

“E o Sofia tem um problema que eu, eu discordo de algumas coisas da postura dele, mas é um problema de visão, de diretoria, de administração, que é não negar a vaga de jeito nenhum. Então se precisar coloca um pano no chão e a paciente fica no chão, mas ele não nega vaga e aí por isso a gente tem um distúrbio em Belo Horizonte. (...) Nós estamos numa cidade de quase 3 milhões de habitantes, que tem 30 mil, entre 30 e 35 mil partos por ano, no SUS, e um terço desse parto é nascido numa maternidade. As outras 6 maternidades públicas fazem um volume muito menor. E aí a gente tem uma vergonha, que é o Sofia assistindo mil por mês, de novecentos a mil, a segunda maternidade pública da cidade chega no máximo a trezentos partos. O Sofia assiste mais do que a Santa Casa, o Odete Valadares, que é a segunda e a terceira maternidade da cidade, e o Risoleta, que é a quarta maternidade da cidade, somados. Então você pega três maternidades, o Sofia assiste mais do que as três, e sem ter uma estrutura, do ponto de vista físico e de tecnológico pra isso tudo. Então a gente vê um excesso de movimento no Sofia. Eu acho por exemplo que o Sofia é uma maternidade perfeita prum volume de no máximo entre quinhentos e seiscentos partos por mês. Mas no volume que ele recebe isso acaba às vezes piorando, atrapalhando um pouco a qualidade sim. (...) Pra você ter uma ideia, quando eu fui residente aqui do Hospital das Clínicas ele fazia até 300 partos por mês. Hoje o Hospital das Clínicas não chega a 180 partos no mês. E no final do mês tá todo mundo recebendo o salário do mês do mesmo jeito, né, você não tem uma meta a ser cumprida, né?” (Paulo, ginecologista obstetra defensor da humanização)

O Sofia Feldman está localizado no Bairro Tupi, região Norte de Belo Horizonte e a mais populosa da cidade. Além de receber os atendimentos da capital, atende grande parte da demanda de pacientes de cidades do interior de Minas que precisam ser removidas para Belo Horizonte, o que gera um fluxo de pacientes imenso. O grande número de atendimentos realizados, nem sempre nas melhores condições de estrutura disponível, é um desafio ao hospital. A avaliação do atendimento recebido por parte das gestantes relaciona-se, por um lado, ao serviço prestado e à maneira como ele é oferecido e, por outro, à adequação ao conjunto de expectativas que as gestantes possuem a respeito do que deve ocorrer no trabalho de parto. Essas expectativas são também formadas por experiências de gestações anteriores e pela partilha de relatos entre amigos e familiares. Uma experiência ou relato anterior de parto com alto nível de

intervenção e violência nem sempre gera o desejo de atendimento diferente. Sol relata que muitas mulheres esperam pela intervenção e ficam inseguras quando esta não é executada. Dessa forma, pedem o “sorinho”⁷³ pra ajudar, ou dizem que se não subir na barriga⁷⁴ o neném não vai nascer. O tempo do trabalho de parto é fator frequente de conflito. Considerando a busca por levar a equipe de assistência do hospital a perceber e respeitar o tempo fisiológico do desenvolvimento do parto, há uma tentativa de menor intervenção com vistas à aceleração deste processo. No entanto, o fato dele se tornar mais longo do que o ocorrido em outras instituições é percebido, por muitas gestantes e familiares, como um ato de desleixo do hospital, de abandono da gestante e de forçar o parto normal.

Para ativistas da humanização, no entanto, o Hospital Sofia Feldman se configura como uma das poucas opções confiáveis de assistência respeitosa ao momento do nascimento. Sua defesa em grupos virtuais de discussão é recorrente, bem como a indicação irrestrita de que as gestantes busquem a assistência do local, desde o momento do pré-natal até o evento do nascimento. Equipes de parto domiciliar têm em geral como suporte esta instituição, que recebe as parturientes sem estranhar o procedimento em domicílio, oferecido pelo próprio hospital. Gestantes que realizam pré natal com obstetras integrantes do movimento da humanização muitas vezes optam por parir no Sofia Feldman ou tê-lo como primeira opção no caso de complicações do parto domiciliar, sendo que este local constitui sempre uma referência ao debater a humanização na cidade. A procura do Sofia Feldman por parte de pessoas de classes favorecidas e que possuem plano de saúde vem crescendo a cada dia, com uso dos vários serviços ali disponíveis: pré natal, centro de terapias integrativas, casa de parto, parto domiciliar.

O público e o privado para parturientes do Hospital Sofia Feldman

Entre as cinco mães contempladas pela pesquisa, com seis partos ocorridos no total, três foram realizados no Hospital Sofia Feldman, dois no Hospital Vila da Serra e um na Maternidade Santa Fé, sendo os dois últimos da rede privada de assistência. Todas as que buscaram o Hospital Sofia Feldman mantinham, à época do parto, planos de saúde com cobertura para ter o parto através da rede privada. Em termos de política pública, a discussão sobre a focalização dos serviços pode ser evocada aqui para tensionar o olhar

⁷³ A ocitocina sintética, dada junto ao soro.

⁷⁴ Manobra de Kristeller

a respeito dos usos que o Sofia Feldman vem tendo e as concepções a respeito da variedade de origens de classe ali percebida. A focalização, nesse caso, pode estar falhando em garantir acesso a quem necessita e reiterando as condições a quem já as tem. É possível imaginar, contudo, que fazer conviver essas realidades num mesmo contexto assistencial pode servir de estímulo a novas acomodações, bem como a um interesse renovado sobre o campo, pela visibilidade alcançada, que tem chances de ser maior onde há atendimento a classes privilegiadas. Se há alguma esperança de que possa ser constituído no país um sistema de fato único e público para saúde, com atendimento a todos os usuários de forma igualitária, a convivência entre as atuais diferentes usuárias desse hospital pode ser estimulante para uma reavaliação de seus rumos e possibilidades. Por outro lado, a necessidade de garantia de vagas em estruturas adequadas às gestantes que não possuem plano de saúde privado é essencial e precisa ser continuamente pensada, na negociação com a complexa realidade local.

A imagem do SUS também é tensionada pelo encontro entre as classes sociais ocorrido no âmbito do Sofia Feldman. Há uma imagem construída em torno do sistema público, criada em parte diante das assistências recebidas, e em outra diante das imagens partilhadas sobre este sistema, construídas em grande medida na relação com jogos de interesse. Essa imagem generalizada do SUS como lugar de assistência problemática gera insegurança e necessidade (real ou não) de busca por uma condição assistencial privada. A oportunidade de inversão da percepção a respeito da assistência oferecida nos sistemas de saúde públicos e o questionamento sobre a qualidade assistencial ofertada em cada um embaralha o debate, e pode se tornar uma via de reapresentação e discussão sobre as imagens do público e do privado.

Um modelo tecnocrático em Belo Horizonte: o caso do Hospital das Clínicas

O Hospital das Clínicas é um hospital escola, ligado à Universidade Federal de Minas Gerais. Para Paulo, médico obstetra, é exatamente a situação de vínculo com a universidade que o coloca em uma situação de mais proximidade do modelo tecnocrático, de percepção do parto como um ato médico. Segundo ele, isso se deve a um vício acadêmico de constituição profissional:

“Eu tenho uma formação totalmente acadêmica, né? Então eu formei aqui na UFMG, fiz minhas especializações aqui, então eu tive uma formação

totalmente voltada pro que a gente chama de modelo tecnocrático, né? Então na minha residência eu achava que parto era um ato médico, de responsabilidade do médico, né? Que era um procedimento médico (...)" (Paulo, ginecologista obstetra defensor da humanização)

Segundo ele, no hospital das clínicas a situação também é de predominância médica junto à equipe assistencial: "[no] HC o outro extremo, que aí o médico é o chefe de tudo e a enfermeira tem pouquíssima atuação, ela tem que brigar pra entrar na cena do parto aqui no hospital das clínicas"⁷⁵.

Sol conta que durante sua residência em enfermagem obstétrica teve a oportunidade de atuar em três hospitais distintos: Sofia Feldman, Hospital das Clínicas e Risoleta Neves. A experiência do Hospital das Clínicas, segundo ela, pouco acrescentou à sua formação. O parto neste local é conduzido de forma ativa pelo médico, seguido pelos residentes que ali trabalham, e há pouco reconhecimento do espaço de atuação da enfermagem obstétrica, cabendo a ela no mais das vezes um papel secundário e sempre submetido às ordens médicas. Dessa maneira, Sol relata que as tentativas de deambular ou conduzir um parto verticalizado eram interrompidas pela equipe médica, sob a alegação da necessária litotomia; a episiotomia era prática regular na maioria das mulheres, e a negociação com as gestantes era praticamente inexistente. O soro com ocitocina era regularmente aplicado, sendo também realizado o clampeamento precoce do cordão umbilical⁷⁶. O bebê muitas vezes demorava a ir ao colo da mãe, e recebia como padrão o colírio de nitrato de prata, independente das informações de pré-natal que indiquem a ausência de gonorreia.⁷⁷ Mesmo sendo uma profissional em formação na etapa de residência em enfermagem, não havia espaço para debater casos, ouvir outras opiniões

⁷⁵ Paulo, ginecologista obstetra defensor da humanização

⁷⁶ Ou seja, imediatamente após o parto, antes que ele pare de pulsar e permitir o término do fluxo sanguíneo para o bebê.

⁷⁷ O colírio de nitrato de prata é ministrado atualmente como procedimento padrão, pouco depois do nascimento do bebê. A justificativa é o impedimento conjuntivite neonatal, originada pela contaminação dos olhos do bebê quando da passagem no canal vaginal. Ela se dá através das bactérias *Neisseria gonorrhoeae* (NG) (gonococo) e *Chlamydia trachomatis* (CT). A primeira delas é encontrada em mulheres com presença de gonorreia. A segunda é a mais frequentemente causadora da conjuntivite neonatal. As conjuntivites causadas por agentes microbianos podem levar à cegueira infantil e a solução de nitrato de prata serve como limpeza que reduz o desenvolvimento da conjuntivite neonatal por gonococo. No entanto, além de não ser o mais frequente entre os agentes causadores dessa doença, o exame negativo para gonorreia e, mais ainda, a via cirúrgica abdominal para saída do bebê fariam com que fosse desnecessária a aplicação do colírio, que, no entanto, se mantém no quadro de procedimentos feitos regularmente a todos os bebês. A administração do nitrato de prata causa frequentemente uma conjuntivite neonatal química, podendo chegar a alcançar 100% dos bebês que passam por esse tipo de tratamento (PASSOS; AGOSTINI, 2011)

ou trocar com profissionais do hospital. Este relato indica que a experiência neste hospital deixa de cumprir papel de aprendizado clínico para as enfermeiras obstetras. Estas tinham como papel principal o cuidado do pós-parto e apoio na amamentação. Sol conta ainda que o Hospital das Clínicas possuía uma suíte PPP, habitualmente incorporada pelo modelo de humanização da assistência, mas que em todo o período em que permaneceu em seu estágio na instituição o quarto foi utilizado como depósito e não estava disponível para a assistência às gestantes. Para Sol, o período passado no HC foi importante para entender como é a assistência obstétrica “fora da bolha da humanização”, algo que sempre lera como uma realidade distante e que se tornou sua vivência naquele período.

Entre os ativistas pela humanização, há certo consenso em considerar os métodos do hospital das clínicas como referidos ao modelo tecnocrático e distantes de um diálogo pela humanização. Paulo, médico obstetra, indica que o número de atendimentos que o HC faz mensalmente decaiu fortemente com o tempo. O hospital focou sua atenção na gestação e pré-natal de alto risco, o que o coloca em um lugar particular de assistência. Se, por um lado, lidar com o alto risco das gestantes de fato posiciona a instituição e os médicos em uma atuação com maior nível de responsabilidade frente aos casos clínicos, essa não seria justificativa suficiente para a falta de diálogo com as gestantes e parturientes, que, seja em situação de alto risco ou risco habitual, necessitam de algum grau de autonomia como sujeitas de seu corpo e sua história. O alto risco reforça, nesse sentido, a justificativa já recorrente para quaisquer procedimentos e intervenções, baseada nos riscos e no medo.

Um modelo tecnocrático em Belo Horizonte: o caso da Maternidade Hilda Brandão (Santa Casa)

A maternidade Hilda Brandão, de responsabilidade da Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte, foi citada por apenas uma entrevistada, que atuou ali como doula comunitária. Os outros entrevistados não parecem ter tido a oportunidade de contato prolongado com esta instituição. Depois de passar por um curso particular de doulagem, a convite de uma amiga de trabalho que o estava organizando, Gabriela resolveu fazer o curso oferecido pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, voltado à formação de doulas comunitárias, para atuação voluntária em hospitais da cidade.

O curso foi organizado pela secretaria, envolvendo pessoas de referência para a humanização em Belo Horizonte. Mesmo assim, era insuficiente para cumprir os objetivos propostos, segundo Gabriela. Além de ter apenas duas tardes como carga horária, não ensinava nada sobre fisiologia do parto, por exemplo. O foco recaía sobre a compreensão do que é o sistema público de saúde, e o papel da doula como acompanhante da mulher de forma a potencializar partos por via vaginal. No final do segundo dia, foram apresentadas algumas informações sobre uso da bola suíça e a verticalização do parto. O perfil habitual de quem buscava o curso de doulas era o de mulheres aposentadas, mais velhas, e que tinham sido mães. Ela se lembra, com horror, de um dos relatos de uma enfermeira que estava dando o curso:

“Ela falava assim, a gente tava no curso, ela era uma pessoa docente do curso: “não, porque aí eu tive que quebrar a clavícula do bebê, porque ele não tava passando no canal, aí eu quebrei!”. Então, ela [gagueja], com o meu dedo. Aí eu falei assim, mas você teve, teve por que? “não, porque já tava muito tempo no trabalho de parto”. Então certamente ela puxou o bebê e ainda quebrou a clavícula pra nascer. E isso assim, era dito como um motivo de orgulho, porque não foi feita uma cesárea, foi feito um parto normal, mas ela teve que quebrar a clavícula do bebê. Assim, algumas coisas muito chocantes... [isso] foi no Odete Valadares.” (Gabriela, doula comunitária – hospital público)

A experiência na Santa Casa ocorria como acontece de praxe com as doulas comunitárias formadas pela Secretaria Municipal de Saúde: em plantões de 12 horas, em dias escolhidos pelas doulas, sendo que estas eram alocadas em maternidades com necessidade dessa profissional. Mas, além deste ser um trabalho voluntário, que, portanto, não recebia remuneração, a exigência de 12 horas de plantão, especialmente para quem não estava integrada à forma de organização do trabalho na área da saúde, fazia com que fosse mais penosa a tarefa da doulagem, e que a disponibilidade de tempo exigida fosse mais difícil de ser cumprida:

“Pelo SUS, na rede pública, na prefeitura, a jornada da doula também tem que ser plantão de doze horas. E o meu plantão, eu só tinha disponibilidade no domingo, então era pesado, porque minha semana é cheia, eu trabalho de segunda a sexta normalmente, o sábado eu tiro, mas no domingo eu chegava lá às sete pra sair às dezenove. (...) É intenso, muitas vezes você não consegue sair às dezenove... e aí eu chegava aqui acabada. Então eu fiquei na Santa Casa por uns meses, acho que por uns 4 ou 5 meses... mas não continuei.” (Gabriela, doula comunitária – hospital público)

O público atendido pela maternidade é prioritariamente de mulheres jovens, especialmente vindas da região de favelas do bairro Serra, e muito desinformadas. Elas chegam assustadas e desamparadas e o clima de tensão e medo é preponderante em

todas as relações. Segundo Gabriela, o fato de algumas gestantes serem do Aglomerado da Serra, a maior favela de Belo Horizonte, e de parte delas se encontrar envolvida com o tráfico, faz com que a equipe assistencial tenha medo de possíveis reações de traficantes no ambiente. As relações são marcadas por um distanciamento que deixa claros os lugares ocupados por cada um e impede a discussão aprofundada de qualquer procedimento.

A orientação para todos os profissionais da assistência é de que não usem crachás, que poderiam servir para agarrá-los pelo pescoço. A intenção de proteção da equipe em relação a essa possibilidade de agressão foi surpreendente para Gabriela e, para ela, origina uma grande confusão assistencial, pois não há como identificar quem está em qual papel – médicos, enfermeiras, doulas – e ela mesma era frequentemente solicitada em questões que não estavam dentro de sua alçada:

“Assim, eles orientam a gente a não usar o crachá, e eu sentia muita falta do crachá porque eu não sou profissional da área da saúde, e as pessoas que estão internadas lá, elas não sabem quem é residente, quem médico, quem é plantonista, quem é enfermeiro. (...) E por outro lado as pessoas vem falar coisas importantes com você “fulano, ta acontecendo isso!”, sem saber que você não é a pessoa que pode encaminhar, e muita coisa pode ser importante, o tempo, né? Então assim, é bem... é bem... é bem deficiente, assim, a assistência, do ponto de vista humano, na Santa Casa. Os bebês nascem, nascem muito, as pessoas saem de lá com eles, mas é... é um terror.” (Gabriela, doula comunitária – hospital público)

Mais adiante, ela diz considerar essa prática de não usar os crachás absurda, relacionada diretamente à estratégia de não questionamento dos procedimentos ou tratamentos dispensados ali.

“Honestamente eu acho um grande absurdo, talvez o primeiro grande absurdo é você não saber com quem você tá falando. Tá falando com médico? Você tá falando com a doula, você tá falando com a enfermeira, você tá falando com estudante de medicina? Primeira coisa que ela tem que saber ou o acompanhante tem que saber. (...) às vezes fala alguma coisa importante comigo, eu falo, olha, tem que falar isso pra alguém! Porque eu não sei o que isso quer dizer. Essa é uma questão também muito cruel, de nunca haver vinculação.” (Gabriela, doula comunitária – hospital público)

Se não se pode saber com quem se fala, qual o lugar daquela pessoa e nem mesmo seu nome, fica difícil contrapor-se às práticas e mesmo registrar qualquer queixa, o que configura uma estratégia de proteção da equipe.

A maternidade Hilda Brandão é hospital escola, com realização de residência médica. A anestesia de pacientes é feita por residentes, sem haver a possibilidade de

acompanhantes na a sala de aplicação. O momento do parto, que sempre é realizado em bloco cirúrgico, é acompanhado por todos os residentes ali presentes, lotando o ambiente. É comum ter por volta de 7 ou 8 estudantes participando. A mulher, em litotomia e posição ginecológica, fica com a vagina exposta ao grupo completo de estudantes e, caso haja excesso de número de pessoas (nove pessoas) no bloco cirúrgico, existe uma regra obrigando a saída da doula para permitir a permanência dos estudantes.

“Porque há mais de um obstetra de plantão, mas se há um parto, mesmo os estudantes que não são daquele obstetra - que tem os estudantes acadêmicos de medicina e os estudantes de obstetrícia – entra todo mundo na sala, no bloco cirúrgico na hora e fica de frente pra vagina da mulher, então ela tá aqui e lá no fundo tem assim, uns oito estudantes... além da pessoa que tá ensinando os estudante que está ali manipulando os instrumentos, em litotomia, sempre deitada, não tem opção. Então essa é uma realidade muito cruel. E inclusive já teve momentos que tinha tanta gente na sala que, existia uma norma lá, que aí a doula tem que sair. Quer dizer, os estudantes ficam lá e a doula que acompanhou ela o tempo inteiro.. aí eu saí porque tem um número específico de pessoas que podem ficar no bloco cirúrgico, na sala do bloco cirúrgico. Aí ela acabou ficando sozinha lá” (Gabriela, doula comunitária – hospital público)

Como se trata de hospital escola, a aglomeração de estudantes em torno da vagina da mulher, é frequente, bem como são frequentes os procedimentos realizados por estudantes que não sabem o que estão fazendo, testando no corpo das mulheres sua formação. A maioria das gestantes é levada para o bloco cirúrgico, que é o local onde as mulheres terão seus filhos, mesmo por parto vaginal. Frequentemente são levadas até lá antes de ter sua dilatação concluída – algumas chegam a ser levadas com apenas 6 a 7 centímetros – para “condução ativa do expulsivo”, mesmo que não tenham chegado a este momento de seu trabalho de parto. Os puxos são na maioria das vezes direcionados⁷⁸. A episiotomia é procedimento de rotina, bem como uso de cadeira de rodas e aplicação de ocitocina. Mesmo os partos normais são assistidos no bloco, com uso de campo cirúrgico⁷⁹. Associado à anestesia de rotina, isso faz com que a paciente seja incapaz de sentir seu bebê passando pelo canal vaginal, e também não consiga vê-lo devido ao campo levantado. Estas condições diminuem sua interação com seu filho – e

⁷⁸ Um tempo depois de concluída a dilatação total do colo do útero (10cm), a maior parte das mulheres passa a sentir vontade de fazer força para expulsão do bebê. Essa força, que ajuda a contração a fazer a passagem do feto pelo canal vaginal, é chamada de puxo e delimita o início da fase expulsiva do trabalho de parto. Os puxos direcionados muitas vezes ocorrem antes que a mulher sinta vontade de fazer força, dirigidos pela equipe médica. No caso da Santa Casa, eventualmente eles têm início antes de se completar a dilatação total, o que aumenta o risco de edema, bem como necessidade de parto instrumental (uso de fórceps ou vácuo extrator).

⁷⁹ Nesta maternidade o campo cirúrgico é utilizado também no parto vaginal e não é abaixado, de maneira a dar à mulher a oportunidade de ver a passagem do bebê pelo canal e, conseqüentemente, assistir ao seu nascimento.

com o próprio corpo – no momento do nascimento. O clima de tensão é permanente em todas as relações, médicos, pacientes, enfermagem, doulas. E muitas brigas ocorrem.

"Mesmo pro parto normal tem campo. É muito escondido, é muito hierarquizado, é muito misterioso. E o choque, eu vi já, dentro do bloco cirúrgico, briga de ginecologista, uma com a outra, não sei porque dessa vez tinha duas. Possivelmente uma entrou porque os estudantes dela tavam no bloco, vem a outra, era a preceptora de quem tava acompanhando, e aí, a que não tinha nada a ver com o parto dava o comando... aos gritos com a parturiente "Faz força! Faz força!". E a que era preceptora tinha uma conduta de parto diferente, então elas começaram a bater boca na hora do nascimento. Uma chegou a virar pra outra, uma mandava fazer força, a outra falava que não era pra fazer força, mas a que tava mandando fazer força, ela falava era aos berros, ela agitava todo mundo. Aí a preceptora falou "eu não sei o que vc tá fazendo aqui!". Quer dizer... imagina, né, que ambiente desagradável é esse. Que ela já tá anestesiada, ela não sente na contração. Então a Santa Casa foi uma experiência muito dura" (Gabriela, doula comunitária – hospital público)

Para Gabriela, o desamparo das gestantes é muito grande. Além da falta de diálogo nas relações, a falta de recursos fundamentais, causa tensão, medo e distanciamento entre as partes. O ritmo é sempre acelerado. As contrações não costumam ser acompanhadas, nem pela equipe de enfermagem. Uma vez que se decida por ir ao bloco, a urgência impera. A gestante precisa levantar correndo da cama, correr até a cadeira para ser levada às pressas para o bloco – tudo isso para um parto vaginal, que, no mais das vezes ainda não alcançou sua dilatação completa.

O trabalho da doula era favorecido quando os profissionais "esqueciam" de uma gestante. Nessas circunstâncias era possível levar a gestante para o chuveiro, usar a bola, conversar. Mas, como o clima de tensão é permanente, a relação com o tempo tem sempre um grau de pressão. Quando a paciente é novamente percebida por alguém da equipe acaba sendo conduzida a intervenções.

Gabriela relata que uma enfermeira obstetra conseguiu assistir a um nascimento na sala de pré parto, sem nenhuma intervenção. No dia seguinte todos comentavam sobre o ocorrido. Para Gabriela, isso indica a importância da presença das enfermeiras obstetras em brechas dentro da instituição, atuando como possível para ir, aos poucos, abrindo portas para outras formas de assistência no hospital.

"E ela era plantonista na Santa Casa, não foi comigo, mas eu soube, assim, cheguei no dia seguinte e aí estavam comentando muito, que teve um parto muito bacana, que o bloco tava lotado, mas você viu que quem conseguiu isso foram as enfermeiras obstetras, então as enfermeiras obstetras na Santa Casa, elas são importantíssimas." (Gabriela, doula comunitária – hospital público)

As relações entre médicos e enfermeiras, no entanto, são marcadas por tensão e delimitações de espaço. As enfermeiras atuam, como as doulas, nas brechas deixadas pelos médicos. Entre elas, há perfis de formação tecnocráticos e algumas de formação humanizada. São realizadas pelas enfermeiras muitas intervenções também desnecessárias, em sua maioria sem aviso ou consentimento da gestante, como o rompimento artificial de bolsa para acelerar o trabalho de parto. O rompimento é na maioria das vezes apenas anunciado:

“Fala “nós vamos romper a sua bolsa”, mas assim, não pergunta. Não pergunta, e elas são muito desinformadas, né. Ocitocina também é de praxe, não tem parto sem ocitocina, não espera. E as gestantes chegam muito assustadas: “tira logo, tira logo, eu não quero esperar não, tira logo”. Elas pedem a cesárea, estão muito assustadas. E aí é o caminho. Às vezes já aconteceu também de o plantão estar tranquilo, de eu estar por conta de uma única parturiente, a obstetra passa no corredor e fala, “ah, vão tirar esse menino logo!” [pausa]. Vão tirar esse menino logo, quer dizer... Tava indo levar pro chuveiro, tinha um caminho enorme ainda. “Vamos tirar esse menino logo!”. [pausa]. Tá bom. Aí eu fui embora, quatro horas da tarde, não tem mais ninguém, eu falei, eu vou embora. Não tinha nada pra fazer, nesse caso não tinha nada, não era nem bloco cheio. Então assim, é uma questão bem cultural.” (Gabriela, doula comunitária – hospital público)

A frustração de Gabriela pela impossibilidade de atuação significativa diante das escolhas da equipe de assistência se tornou cada vez maior, contribuindo também para a desistência do acompanhamento nesta maternidade.

O meio do caminho: Risoleta Neves entre a vinculação acadêmica e a possibilidade da humanização

Sol e Paulo parecem concordar sobre um ponto, que é o estado de meio de caminho em que se encontra o Risoleta Neves, quarta maternidade em números de parto na cidade. Ela foi fundada já com modelo de suítes de PPP e em contexto de amplo debate no campo obstétrico a respeito da humanização. Mesmo sendo um hospital escola vinculado à mesma instituição que o HC, a Universidade Federal de Minas Gerais, há ali maior espaço de negociação entre o modelo tecnocrático e o humanizado:

“(...) hoje virou uma bandeira do Ministério da Saúde, né? [a humanização]. Então hoje a gente vê que é uma coisa que, é, é uma bandeira e o Ministério da Saúde, a proposta é incorporar isso em todos os lugares. Hoje a gente tem o Risoleta Neves, com um outro modelo também muito parecido com o do Sofia, mas menos interdisciplinar ainda, um pouco mais medicalocêntrico, porque é um hospital universitário da UFMG, então ainda tem um pouquinho do conservadorismo dos professores daqui. Então eu colocaria hoje em termos de, em termos de, é, gradação, né? Nesse modelo. O Sofia, com um exemplo clássico do modelo humanista holístico, que a atenção é mais

centrada inclusive no enfermeiro obstetra, o médico é um auxiliar da enfermeira, né, depois o Risoleta, com um modelo já não tanto, o chefe hierarquicamente é o médico e a enfermeira está vinculada a um médico, mas os dois trabalham em harmonia e em conjunto, mas quem manda é o médico. (Paulo, ginecologista obstetra defensor da humanização)

Neste lugar as intervenções, segundo Sol, são excessivas e o diálogo com a parturiente se dá de maneira precária. Mas há abertura de médicas e enfermeiras para a discussão de casos clínicos, o que foi uma experiência marcante de aprendizado na instituição. Para ela algumas atitudes eram incompreensíveis, pois eventualmente os mesmos profissionais que atuavam no HC, com uma assistência medicalocêntrica e pouco aberta ao diálogo, no Risoleta se tornavam mais disponíveis e acessíveis, indicando que não apenas o perfil do profissional mas sua inserção em uma determinada instituição é relevante para definir a forma de sua assistência.

Maternidades privadas – entre o tecnocrático e o humanizado particular:

Maternidade Santa Fé

O hospital da mulher e maternidade Santa Fé, em Belo Horizonte, vem sendo reforçado como local de possível assistência humanizada na cidade. Essa maternidade é o ponto de apoio de um grupo de médicos que atua na humanização do nascimento na cidade, com atendimento particular negociado diretamente com a gestante. Em grupos virtuais ela é constantemente citada como referência devido à atuação deste grupo de médicos e à busca recorrente para garantir um parto respeitoso no sistema de saúde suplementar, evitando a necessidade de atendimento no SUS.

As reclamações mais frequentes relacionadas à maternidade estão vinculadas à pediatria, de qualidade assistencial ruim, intervencionista e que não respeita os desejos da parturiente, ainda que estejam descritos no plano de parto. As cobranças extra também são motivo de reclamações recorrentes. Várias mulheres relatam que, além de pagarem uma taxa alta para uso da suíte de parto⁸⁰ (de R\$550,00 por dia⁸¹), elas tiveram que desembolsar parte dos honorários médicos para a equipe plantonista de anestesia e pediatria, a despeito dessas despesas já serem custeadas pelo plano de saúde. Duas mães relataram que as despesas extra de honorários médicos causaram um aumento de

⁸⁰ A suíte de parto é a versão para o quarto PPP, nessa instituição.

⁸¹ Valores do ano de 2014. Relatado por grupo de discussão via e-mail, por três gestantes diferentes, no segundo semestre de 2014. A migração para o quarto PPP não é coberta por nenhum plano de saúde, segundo informação destas mulheres.

R\$1.500,00 na conta final, sem que fossem avisadas previamente. Uma delas relata que ligou duas vezes antes do parto, pedindo confirmação dos valores e perguntando insistentemente se haveria mais alguma cobrança além da taxa da suíte de parto, ao que foi respondido que não. Ao chegar no hospital e dar entrada com a documentação, o acompanhante assina um termo de responsabilidade onde está escrito a cobrança, e por isso, segundo elas, não haveria legalmente o que se fazer para frear a cobrança abusiva, já que há uma adesão assinada a ela. Cabe lembrar que esse termo é assinado por quem está acompanhando a gestante no momento da entrada à instituição, quando a urgência em se liberar destes afazeres para dar suporte emocional e físico à mulher em trabalho de parto é, em geral, grande.

A doula Gabriela relata o caso de um bebê que teve infecção, provavelmente causada pelo equipamento usado no corte do cordão umbilical:

“Aconteceu no Santa Fé, então, assim, num ambiente hospitalar, não sei dizer, o parto dizem que foi bacana, foi num banquinho, nem sei quem é o obstetra. (...) Foi uma infecção de umbigo. Né. Cortado com, quer dizer, tanto preconceito se tem contra tesouras, né, domiciliares, foi cortado dentro do hospital, com instrumento cirúrgico, o umbigo infeccionou e o bebê... já tava no sangue, e tal. Reverteu, tomou antibiótico, mas foi um susto muito grande. Porque é gravíssimo, um bebê muito pequenininho.” (Gabriela, doula comunitária – hospital público)

Ela diz que a assistência a esse bebê se complicou por falhas de estrutura da maternidade. Segundo ela, não havia laboratório na instituição para realização do exame de sangue e confirmação da suspeita de infecção. Com isso, demorou dois dias para sair o resultado do exame, sendo que a coleta do sangue havia sido feita cinco dias após o parto. Só depois de uma semana é que houve o resultado positivo para a infecção, que já dava sinais de se espalhar.

Maternidades privadas – entre o tecnocrático e o humanizado particular: Hospital Dia e Maternidade Unimed (HDMU)

O Hospital Dia e Maternidade Unimed (HDMU) é a instituição privada que possui a menor proporção de cesarianas na cidade, com uma taxa de 58,5% em 2014 e 56,8% em 2015. Como já dito anteriormente, esse hospital se equipou com quartos PPP, que em geral ficam disponíveis apenas para as equipes particulares que chegam à instituição. A Unimed é um dos principais planos de saúde em funcionamento na cidade e há algum tempo investe na criação de rede própria de atendimento, com hospitais e centros de

atendimento de consulta e realização de exames, com alguma descentralização para regiões diferentes da cidade. Integrando a política de implantação de uma rede própria de atendimento, a maternidade foi criada no ano de 2014.

Mesmo com os esforços lançados e certamente relevantes dessa importante maternidade privada da cidade, são abundantes os casos de problemas relacionados ao atendimento ali prestado e aqui serão relatados alguns indicados pelos entrevistados.

Uma gestante acompanhada por equipe de enfermagem obstétrica particular resolveu visitar a irmã que tinha acabado de ganhar bebê no HDMU. Essa visita ocorreu, no entanto, quando esta gestante já estava sentindo contrações de seu próprio trabalho de parto. Como a dor estava em um nível tolerável, ela, tranquila, resolveu manter a programação. Na visita os familiares insistiram que ela fosse avaliada pela equipe médica, que concluiu que ela já estava com 9cm de dilatação, o que a fez ser assistida em seu parto também no HDMU. A equipe de assistência passou então a incentivar fortemente o uso da anestesia, insistindo que a dor ficaria muito pior e que ela não a suportaria. A paciente, que não considerava necessária a analgesia, acabou cedendo. Mesmo havendo disponibilidade para ofertar os métodos não farmacológicos de alívio da dor e diante de uma gestante que lidava com tranquilidade com o desconforto do trabalho de parto, a assistência prestada insistiu até que a gestante aceitasse a analgesia.

William, médico entrevistado pela pesquisa, assevera que, em seus atendimentos com pacientes particulares no HDMU, já foi questionado por um anestesista sobre sua escolha de uso de métodos não farmacológicos de alívio da dor: “mas então o que eu tô fazendo aqui? Eu não vou ganhar nada?”. O pagamento para o médico anestesista se dá através de pro labore – caso o obstetra não peça pela analgesia, o anestesista nada recebe e pode considerar que “gastou seu tempo à toa”. Por isso, ainda que haja estrutura disponível para uso de métodos não farmacológicos, a lógica institucional será de reforço do uso dos fármacos. Como vimos, Diniz, ao caracterizar o movimento de humanização, já chamava a atenção para a condição paradoxal das instituições privadas: a tecnologia precisa ser usada para que se pague (DINIZ, 2005). Nessa mesma lógica, o uso da anestesia precisa ser feito, para pagar o profissional que ali se encontra. William relata que é difícil, por isso, ter um parto natural nas suítes PPP da maternidade, a despeito da existência de estrutura que possibilitaria o não uso de fármacos. Ele também recorda que com o uso indiscriminado da anestesia é certo o aumento dos casos de

reação ao medicamento. Essas intercorrências não seriam devido ao trabalho de parto em si, mas a essa intervenção, que origina um percentual de mulheres que apresentarão possíveis problemas derivados do uso da anestesia. Em estudo com caráter de revisão sobre o impacto da anestesia de parto, Schmidt et al indicam que:

“A anestesia é a prática médica sobre o sistema nervoso autônomo (SNA). Portanto, as drogas que produzem anestesia também ocasionam potentes efeitos adversos sobre o SNA. Exemplo disso é a hipotensão, muitas vezes severa, relacionada ao bloqueio simpático desencadeado pelos anestésicos locais em anestesia regional. [...]

Em anestesia obstétrica, devemos ter especial atenção ao fluxo sanguíneo uteroplacentário. Os agentes anestésicos intravenosos apresentam efeitos variáveis sobre a circulação uteroplacentária. Barbitúricos e propofol causam pequenas reduções na circulação uterina devido à redução leve ou moderada da pressão sanguínea materna. Cetamina em doses baixas e etomidato provocam efeitos discretos sobre o sistema circulatório. Entretanto, benzodiazepínicos e agentes voláteis, em doses de indução anestésica, reduzem de forma significativa a circulação placentária. Administração inadvertida de anestésicos locais intravenosos, como lidocaína, reduz significativamente o fluxo uterino e deve ser evitada.” (SCHMIDT; SCHMIDT, 2009, p. 170)

Outras intercorrências são citadas no estudo, diferenciando o tipo de bloqueio e fármaco utilizado e a ação recorrente sobre mãe ou feto.

É interessante notar que o portal da Unimed BH faz referência, na descrição da HDMU, da presença dos leitos PPP e da oportunidade de proporcionar um parto natural e humanizado, como se pode ver adiante:

“O parto humanizado também é uma prática adotada na Maternidade. A Unidade possui leito destinado ao Pré-Parto, Parto e Puerpério Imediato. A instalação é equipada para propiciar o parto natural com assistência médica obstétrica, neonatal e de enfermagem.” (Descrição – Portal Unimed BH – Maternidade Unimed – Unidade Grajaú)⁸²

Mais uma vez, a relação entre “parto humanizado” e “parto natural” aparece como indicativo identitário. A princípio é exposta a possibilidade do parto natural que, ao menos entre ativistas da humanização, seria caracterizado pela ausência de qualquer intervenção, inclusive anestesia. Entretanto, isto não parece ocorrer com frequência naquele ambiente.

Sobre as relações estabelecidas entre médicos e enfermagem, tanto William quanto Paulo percebem a dificuldade em fazer com que a enfermagem exerça papel

⁸² Acessado em outubro de 2016. Disponível no link abaixo: http://portal.unimedbh.com.br/wps/portal/inicio/home/estrutura_de_atendimento/hdmu

proeminente no cenário de parto nos trabalhos da maternidade da Unimed, a exemplo do que ocorre no Sofia Feldman e outras instituições que trabalham com modelo humanizado de assistência ao nascimento. Para William, isso pode se relacionar novamente à estrutura de financiamento, que atrela o pagamento do procedimento a quem o finaliza, sendo o parto pago via pro-labore. Paulo também percebe esse receio entre os médicos, embora assevere que ele não é justificado. Paulo busca ali assistir aos partos fortalecendo o papel da enfermagem, apresentando-se apenas nos momentos de intervenção médica necessária, replicando o modelo aprendido no Hospital Sofia Feldman. No entanto, percebe que o médico é tido como “dono” do plantão, da paciente, do parto, em conformidade ao modelo tecnocrático:

“Então eu tenho a mesma postura do Sofia. Mas ela [a enfermeira] mesmo me fala que tem vários plantões que ela não pode nem encostar na paciente, o máximo, máximo é escutar um batimento cardíaco fetal, mas toque de jeito nenhum e o parto é do médico. Porque é um problema também até meio financeiro. O médico acha que a enfermeira assistindo o parto ela vai ser responsabilizada pelo parto e ele não vai receber o dinheiro do parto, né?”
(Paulo, ginecologista obstetra defensor da humanização)

Por sua vez, a doula Indira relata duas experiências de parto no plantão da HDMU que foram definidoras para que ela se negue, atualmente, a atender gestantes nestas condições⁸³, por não considerar que valha o risco a que se expõe e o estresse pelo qual passa, em atendimentos dessa natureza.

A primeira experiência em que teve que acompanhar uma gestante que iria parir durante o plantão da HDMU foi há aproximadamente dois anos, antes da reforma estrutural que disponibilizou os quartos PPP para o hospital. A gestante foi internada com 6 para 7 centímetros de dilatação. Já na entrada a doula e o marido foram impedidos de subir junto com a gestante. Eles tiveram que subir em outro elevador e a gestante teve que ir sozinha até o local apropriado. Posteriormente não havia como ter notícia da gestante, e marido e doula ficaram aguardando a liberação para subir. Não era mais possível localizar a gestante, e com isso também se ralentava o tempo para a liberação de seu acompanhamento.

Num momento de aflição e decidida a resolver a situação, Indira passou correndo por debaixo da catraca na entrada da instituição e literalmente a invadiu para conseguir

⁸³ Atualmente ela só atende às gestantes que são assistidas no Hospital Sofia Feldman ou, quando em outra maternidade, tenham equipe particular que garantam a humanização do processo.

notícias sobre a localização da parturiente. Ela conta que seguiu entrando, com a intenção de em algum momento ser barrada por alguém e então poder questionar sobre onde estava a gestante. Ela, contudo, não foi barrada por ninguém, mas conseguiu localizar a sala de pré parto e nela a mulher que estava procurando. A sala de pré parto era um ambiente com várias macas posicionadas uma ao lado da outra, sem que houvesse nem uma cortina como divisória para alguma privacidade. Ao chegar, ela se deparou com o local vazio e apenas a gestante, agachada e gritando, com muito sangue em volta, o que indicava potencialmente o final do período expulsivo. Uma enfermeira apareceu afirmando que a mulher precisava retornar para a maca e perguntando o que ela estava fazendo. Iriam leva-la ao bloco para ser anestesiada. Quando a gestante negou o desejo de anestesia a enfermeira retrucou “Não, aqui não é o Sofia não, você não tem que querer não”. Indira então retrucou dizendo que o que estava ocorrendo já era o período expulsivo, visível pela quantidade de sangue que saía. A enfermeira respondeu que ela mesma não teria como saber disso, pois era enfermeira, e só quem sabe indicar se estava para nascer a criança era o médico: “ah não não, a gente é enfermeira, a gente não é médico, médico que sabe se o neném tá nascendo...”.

Indira ouviu dizerem o nome de um obstetra que ela reconhecia como integrante da humanização e correu atrás dele. Ele estava lá naquele dia no papel de cirurgião de varizes. Indira se apresentou, relatou o caso e o nome da gestante. O obstetra então reconheceu que a paciente estava sendo acompanhada por um colega de trabalho que no momento estava viajando e comentou que ela estava marcada para ir ao consultório deles na segunda feira. Atendeu ao chamado da doula, foi ao bloco, levou uma banqueta, desligou o ar condicionado e com mais três contrações o bebê nasceu. O marido chegou no meio do expulsivo e conseguiu ver o neném nascer. A experiência acabou tendo desfecho positivo para a gestante, mas com a necessidade de invasão do espaço e do encontro casual com um obstetra que topou assistir a gestante na hora. Se Indira tivesse aguardado para subir junto com o marido, teriam encontrado a mulher tendo o filho de forma desassistida, ou ela teria sido submetida a intervenções desnecessárias para o trabalho de parto em fase tão avançada.

A segunda experiência traumática com o atendimento de plantão do HDMU, que selou a certeza de não escolher mais depender do plantão dos hospitais, à exceção do Sofia Feldman, foi mais dramática. Uma gestante que não queria ir para o Sofia, pois o

considerava sujo e inadequado, não tinha como custear uma equipe particular. Estava com um bebê com 4,5kg no último ultrassom realizado. Ao entrar em trabalho de parto, antes de ir ao hospital, pediu para ser avaliada pela enfermeira Anna em sua casa. 2 para 3 cm de dilatação, apenas. Indira pensou que o parto havia ido por água abaixo, pois com uma dilatação tão pequena e um bebê grande, cairiam certamente em uma cesariana. A gestante optou por não levar o último ultrassom, com medo de que isso ocorresse já na admissão do hospital. A doula e a enfermeira avisaram que isso era por sua conta e risco. Chegou ao hospital sem o ultrassom, com 4 para 5 cm. Indira imediatamente exigiu subir junto no elevador, já sabendo da possibilidade de problemas. “Por um milagre a sala de PPP estava disponível, vazia”. Foram para lá e no atendimento médico o obstetra perguntou a Indira se ela tinha um sonar para auscultar o bebê. Ela disse que não, que era doula e não fazia isso. Ele então disse a ela:

“Falou assim: você tem um sonar? Não, eu sou doula. Eu falei, não, doula não ausculta. Então deixa eu te falar, te dar a real, eu tô fazendo uma cesárea atrás da outra, o médico que estaria comigo não está, não chegou, não tem outro médico. A enfermeira obstetra que tem aqui é inexperiente eu vou auscultar agora, mas não sei que horas eu volto.” (Indira, doula particular)

Haviam chegado por volta de quatro da manhã. Ela permaneceu com a gestante, usando a estrutura do quarto: bola, chuveiro, massagem. E ninguém auscultando o bebê. Em um determinado momento parecia que já havia chegado a hora dos puxos:

"Aí chegou uma hora que ela tava fazendo tipo muita força (...) não aparecia ninguém, nem uma mosca, nenhuma nenhuma... aí chegou, eu enchi a banheira, porque ela queria a banheira, ela começou a fazer puxo. Aí eu vou chamar... e eu acho alguém? Ninguém. Fiz igual da outra vez fui entrando pelo hospital até ser barrada de novo. Aí chegou uma mulher, o que você tá fazendo aqui sem a roupa? Aí eu falei: a mulher tá lá parindo! Aí chegou lá ela tava com 9 pra 10 cm, o bebê no plano, tá coroando já. Aquele colo não segura nada. Aí elas saíram aí eu falei, bom, foram buscar a caixa de parto né? Quê? Nada. E ela “tá ardendo, ardendo”, chama lá a enfermeira, chama um médico. Aí eu com o marido dela, chama lá a enfermeira, chama o médico." (Indira, doula particular)

A ardência, chamada de círculo de fogo, no final do período expulsivo é causada pela passagem da cabeça do bebê pelo canal vaginal e caracteriza o momento final antes do parto. Quando, novamente, Indira conseguiu falar com uma enfermeira, avisou-a da sensação de ardor. A enfermeira respondeu “tá ardendo é o exame de toque com sabonete”, e saiu do quarto, para desespero da doula. Indira teve que pedir à mulher que se virasse de frente – estava em quatro apoios, dentro da banheira. Quando ela se virou a cabeça o bebê já aparecia.

“Eu tenho luva.. mas eu não posso né encostar no neném.. eu tenho que falar pra ela fazer. (...) Aí eu virei pra ela e falei assim: é o seguinte, sou eu e você. Sou eu e você. Eu vou precisar que você saia dessa posição e fique de frente pra mim, pra eu poder te ajudar.. Na hora que ela virou a cabeça já tava todinha pra fora.. aí eu pus a luva, e vi se tinha o circular de cordão, tinha, eu tirei.. falei, ó, que na próxima contração não precisa de fazer força você vai pegar o neném... ele vai nascer não precisa ter pressa... aí saiu o resto e não saiu todo de uma vez... esperou mais um pouco, nasceu.. Aí eu falei pra ela pegar... ainda tinha uma circular de barriga.. ela meio que derrubou a neném, eu meio que segurei a neném e tal e nisso chegou o povo...” (Indira, doula particular)

Passada a experiência, Indira se perguntou o que poderia ter ocorrido no caso de um problema com o bebê e sobre a possibilidade de ser responsabilizada por uma assistência que não cabia a ela, no papel de doula, oferecer:

“Eu fiquei desesperada. Eu sai de lá assim, se o neném morrer a culpa ia ser minha, se o bebê tivesse uma distócia de ombro, é um bebê de 4kg e meio... eu não ia saber o que fazer. Minha função não é essa. Enfim, é uma loucura gente... loucura... nossa senhora... é um terror. Vou te falar, é muito perrengue. Então assim, depois desse parto eu não aceito mais. (...) Essas duas experiências foram suficientes pra saber que eu tô muito mais em risco (...) não vale.” (Indira, doula particular)

Diante das duas experiências e dos riscos que elas trouxeram, decidiu abandonar esse tipo de atendimento, atuando no máximo com a indicação de outras doulas que aceitam essa condição de trabalho.

3.7. A doula: que papel é esse?

A doula é um personagem bastante recente e particular no cenário obstétrico. Soraya Fleischer assim a descreve, em artigo dedicado à compreensão desta categoria:

“Só recentemente ouvimos falar das doulas. Uma doula é uma acompanhante de parto especialmente treinada para oferecer apoio contínuo físico e emocional à parturiente antes, durante e depois do parto (Teixeira, 2003, p. 1). O termo doula, segundo vários expoentes do movimento vem do grego e significa mulher que serve. A palavra-chave que norteia o trabalho de uma doula é apoio. Calcula-se que, hoje, cerca de 400 doulas atuem no país (censo informal realizado pela ONG APOIAR). Segundo elas, a necessidade do exercício de doulas é proporcional à crescente desumanização do parto e nascimento. A doula transforma um lugar não adequado em um lugar adequado.” (FLEISCHER, 2005, p. 14)

Não tendo formação na área de saúde, a doula não integra a equipe de assistência. Não sendo parte da família, também não tem garantido o direito de sua atuação junto à gestante – embora recentemente vários municípios tenham aprovado leis que garantem

sua presença, além do acompanhante habitual⁸⁴. Como seu lugar é de apoio e suporte emocional para a gestante e a família, além de oferecer “técnicas não farmacológicas de alívio da dor”⁸⁵, a percepção de sua necessidade no cenário do parto é bastante variável. A imagem da doula em Belo Horizonte costuma estar em algum grau vinculada à imagem do próprio movimento de humanização. Como vimos, elas são figuras importantes de mobilização da discussão em torno do cenário obstétrico. Não por acaso, são vistas eventualmente com estranheza por algumas equipes assistenciais. Para Fleischer, esta categoria está radicada no movimento de humanização do parto e se pronuncia sobre ele como sua autêntica representante (FLEISCHER, 2005).

O médico Luís Carlos, por exemplo, considera que a doula é desnecessária para pacientes particulares, uma vez que, com a administração da anestesia, sua presença de apoio ao lidar com a dor perde a relevância. Sua atuação é percebida de forma restrita, e muito vinculada à possibilidade de um controle de dor que é perfeitamente substituído pela farmacologia. Há ainda alguma confusão, mesmo entre médicos, sobre o papel da doula e sua separação em relação à atenção obstétrica em si, como se pode ver na fala de Nicolas:

“Por isso que eu vejo hoje a, uma equipe, um obstetra, uma obstetriz, a doula, cada um com sua função, né? Pra atender a parturiente. Ela pode ser, pode querer ser atendida só pelo médico, só pela doula, ou só pela obstetriz. Acho que.. mas tem que tá uma equipe ali disponível para atende-la naquilo que ela demandar né? Eu vejo isso.” (Nicolas, ginecologista obstetra não envolvido com o movimento de humanização)

Nessa perspectiva, a parturiente poderia escolher ser atendida “só pela doula”, o que não corresponde ao seu papel de oferecer apoio emocional, mas não obstétrico. Outro exemplo desse tipo de confusão está no relato da doula Indira, que reclama do atendimento realizado na Maternidade da Unimed, em que acabou ficando responsável por assistir a um parto, sem nenhum profissional da área de saúde, mesmo após insistentes pedidos. Desde o início, o médico responsável já havia perguntado pela existência de um sonar, para acompanhar os batimentos do bebê, já que ele não poderia acompanhar de perto o progresso do trabalho de parto. Apesar de ter afirmado que não

⁸⁴ Exemplos de município que já garantem por lei a possibilidade da presença da doula, sem ferir o direito ao acompanhante, são Blumenau (aprovação em 2014), Uberlândia (2015), São Paulo (2015), Campinas (2016), João Pessoa (2016), Belo Horizonte (2016), Como legislação estadual temos Santa Catarina (2016), Rio de Janeiro (2016), entre outros.

⁸⁵ O vínculo entre a imagem das doulas e das técnicas não farmacológicas de alívio da dor parece algo relevante no cenário belorizontino. Entre as técnicas frequentemente usadas estão a bola suíça, deambulação, massagens, acupuntura, imersão na água por banheira ou chuveiro, etc.

tinha o aparelho, e que isso não fazia parte de seu papel, ela acompanhou praticamente sozinha todo o trabalho de parto. No momento do nascimento não contou com o suporte de nenhum outro profissional, o que certamente reflete a confusão e a “flexibilidade” da imagem da doula entre equipes assistenciais.

Atualmente surgem dúvidas sobre o papel que poderia potencialmente ser desenvolvido pela doula como acompanhante de parto. Pesquisas destacam sua possível relevância em uma assistência mais rápida, com menor necessidade de intervenção médica e mais satisfatória à parturiente (FLEISCHER, 2005). No entanto, sua inserção como categoria geralmente vinculada às classes média e alta – em consonância ao próprio movimento de humanização, que em geral também se enquadra nesse aspecto sócio-econômico – faz com que questionamentos sejam feitos, avaliando seu real papel frente ao cenário obstétrico do sistema público de saúde, por exemplo, e duvidando da possibilidade de expansão deste tipo de suporte emocional a uma quantidade maior de parturientes. Belo Horizonte certamente oferece um cenário diferenciado nesse sentido. A cidade conta, desde 2006, com a formação de doulas comunitárias e inserção das mesmas em maternidades públicas da cidade, como ação da Secretaria Municipal de Saúde, como experimentado pela doula Gabriela, entrevistada pela pesquisa. Além disso, no Hospital Sofia Feldman, instituição de referência da humanização, mas também a maior em número de atendimentos obstétricos no município, o trabalho de inserção de doulas comunitárias em sua prática cotidiana vem sendo realizado desde 1997, quando começaram a ser recrutadas mulheres da comunidade no entorno para atuar com as parturientes, especialmente aquelas que estavam desacompanhadas e que então compunham parte considerável do público assistido nessa maternidade (LEÃO; BASTOS, 2001). Atualmente este hospital possui em seu quadro de funcionários contratados as doulas comunitárias que migraram da condição de voluntárias para empregadas da instituição. As doulas comunitárias, tanto neste hospital quanto em outras maternidades públicas da cidade, ainda não são suficientes para o atendimento de todas as parturientes, mas certamente começam a provocar a organização do cenário obstétrico no sentido de promover sua inserção efetiva como ação de política pública de saúde⁸⁶.

⁸⁶ É importante dizer que desde 2002 o Ministério da Saúde reconhece a relevância do papel da doula para buscar a humanização do nascimento, recomendando sua integração aos serviços públicos de saúde.

O trabalho de doulagem tem uma diferença considerável quando realizado de forma particular e integrando um serviço de maternidade, como parte do corpo de profissionais vinculados a ela. A doula particular em geral inicia a relação com a gestante com alguma antecedência do momento do parto, envolvendo-a em um processo de construção de seu empoderamento através de informações, conversas e, frequentemente, da criação conjunta de seu Plano de Parto. Há uma relação que eventualmente adquire certo grau de intimidade prévia ao momento do nascimento. Essas doulas são em geral pagas à parte, embora possa se encontrar mulheres que prestam esse tipo de serviço de maneira voluntária, bem como doulas em formação, que o oferecem a preços reduzidos. Além da doulagem, há a possibilidade de contratação do serviço de fotografia e vídeo, como registro do momento do nascimento. Tornquist percebe que os registros de nascimento são comuns entre as classes sociais média e alta, nas quais são valorizados, e incomuns ou mesmo inimagináveis em classes populares (TORNQUIST, 2003). É comum que doulas particulares permaneçam com algum grau de intimidade junto à gestante e seus familiares, mesmo tempos depois do parto. Há uma continuidade na relação criada, que pode se estender por anos, envolvendo eventualmente o nascimento de outros filhos.

A doulagem realizada em maternidades públicas da cidade, no entanto, tem características diversas. A doula conhece a gestante no momento do atendimento e tem poucas possibilidades de um aprofundamento na relação com ela. Não há continuidade depois do atendimento, e na maioria das vezes a doula não fica sabendo nenhuma outra informação após a alta da mulher do hospital. As possibilidades de trabalho com a mulher, nesse sentido, são mais restritas e sem lastro no tempo, não impactando em continuidade de relação entre gestante e doula. No caso da experiência de doulagem na Santa Casa de Misericórdia, o ambiente de terror no qual estão inseridas gestantes e equipe de assistência faz com que seja ainda mais dramática a situação de doulagem. Confundidas com o restante da equipe de saúde, pela proibição do uso de crachá, o trabalho é possível de ser realizado de forma mais “substantiva”, como diz Gabriela, quando a gestante é esquecida pela equipe. As gestantes, no entanto, só costumam ser esquecidas em plantões cheios, pois paira o sentido de urgência nas decisões assistenciais.

O trabalho da doula comunitária inserida em maternidade pública depende de forma expressiva da relação estabelecida com a equipe de assistência e possui muito menos espaços de negociação. Ela é uma “funcionária”, em geral voluntária, da instituição e por isso deve se submeter às regras desta instituição. Seu trabalho tem um vínculo primordial com a instituição, e não com a mulher em si, o oposto do que ocorre com as doulas previamente contratadas pela gestante para seu acompanhamento. O vínculo primordial com a mulher, em oposição à instituição, permite à doula um grau de liberdade maior na busca por oferecer opções assistenciais, empurrando limites institucionais, bem como não aceitar eventualmente informações dadas pela equipe e buscar contrapontos, como fez Indira nos partos atendidos no plantão da Unimed. Em atendimentos de plantão, para ambas as formas de doulagem – comunitária e pessoal –, há problemas a serem enfrentados, desgastes com a equipe assistencial e margens menores de negociação. No caso de acompanhamentos com equipes que previamente conhecem a gestante e eventualmente a acompanharam durante o pré natal, os dados preliminares dessa pesquisa indicam que as relações são em geral mais benéficas e há maior espaço de diálogo com mulheres e famílias.

3.8. Financiamento da assistência: limites e possibilidades

As relações financeiras envolvidas no financiamento da assistência médica certamente indicam alguns limites de sua atuação, como veremos a seguir. Os modelos de retribuição financeira ao profissional envolvido no evento do nascimento são bastante distintos para a assistência pública ou privada, e são reconhecidos por originar comportamentos diferentes em categorias distintas de profissionais da assistência. A forma de remuneração pelo SUS em cidades com grande população é, via de regra, através do pagamento de salário mensal e a realização de plantões. O que ocorre no plantão não chega a ter efeito sobre o ganho financeiro do profissional envolvido, que receberá o mesmo valor mensal, a despeito do número de partos, via de nascimento ou tipo de intervenção realizada. Isso permite uma diminuição da pressão remuneratória na decisão assistencial, mas não necessariamente resolve a pressão pela adequação do trabalho de parto a um tempo pré determinado pela equipe.

Relatos da enfermagem obstétrica dão conta, por exemplo, de que é comum a referência aos “plantões não resolvidos”, entregues na passagem para outra equipe. Os plantões não resolvidos são aqueles em que as mulheres ainda estão em trabalho de parto e são passadas para outra equipe de profissionais em processo de desenvolvimento deste trabalho, não tendo tido o desfecho de nascimento da criança proporcionado por quem a estava assistindo previamente. Entregar um plantão que não foi resolvido é visto de forma negativa, mesmo para equipes do Hospital Sofia Feldman, segundo nos relata a enfermeira obstetra Sol. “Resolver” o plantão – e com isso fazer nascer as crianças a tempo de seu fechamento – costuma ser fator relevante, por exemplo, na decisão de uso de ocitócitos, realização de episiotomia, rompimento artificial de bolsa e eventualmente cesariana.

No caso da assistência privada, segundo o William, médico entrevistado na pesquisa, há três formas habituais de remuneração dos profissionais envolvidos. A mais rara delas é o pagamento por plantão de salário fixo, a exemplo do que já ocorre pelo SUS. Na maior parte das vezes, a contratação dos profissionais envolve um pro labore, que pode vir acompanhado por um patamar remuneratório mínimo, acrescido dos procedimentos em forma de pró labore, ou ter o pró labore como única via de remuneração. No caso de médicos que estão lotados nos plantões das instituições, com remuneração variável via pro labore, a quantidade de intervenções realizadas e a via de parto impactam diretamente na sua capacidade de produção de riquezas para si mesmo. Nesses casos fica evidente o impacto do “resolver o plantão”, já que a mudança irá gerar a alteração do profissional que concluirá a assistência ao parto e, com isso, a indicação de quem será remunerado por isso. A taxa de cesarianas, por isso, tende a aumentar por volta de duas horas antes do término dos plantões. Procedimentos como a episiotomia são pagos de forma separada, em conjunto com o pagamento do parto em si. É importante perceber que, em um contexto de pagamento por pro labore, o recurso extra deste tipo de procedimento pode se tornar um dos fatores para a decisão de sua utilização.

As vias de parto também são relevantes nesse caso. Há muito pouca diferença remuneratória entre os partos por via baixa e as cesarianas, sendo um pouco maior o valor para o vaginal. O tempo disponível, no entanto, para a realização de um parto normal é maior e há uma imprevisibilidade grande no processo, o que para um plantonista pode significar não ser remunerado pelo serviço. A anestesia, como vimos,

também envolve pressão para ser realizada, mesmo em pacientes com acesso a métodos não farmacológicos de alívio da dor, para que seja possível a realização do pagamento de pro labore do profissional que a aplica.

Segundo William, houve uma tentativa de planos de saúde de atrelarem até 06h de trabalho de parto⁸⁷ a uma remuneração pelo período de observação da gestante, paga por hora. Seria necessária a indicação da evolução do trabalho de parto no partograma, de maneira a registrar o tempo que o profissional permaneceu disponível para a gestante. Ele conta, no entanto, que profissionais passaram a internar pacientes que realizariam cesariana eletiva na parte da manhã, voltavam às suas atividades e retornavam à instituição no fim do dia. Preenchiam o partograma e davam como desfecho a necessidade de cesariana intraparto. Com o aumento deste tipo de prática, os planos cessaram este tipo de remuneração. A esse respeito, vemos que UnimedBH publicou em seu portal de cooperados, em janeiro de 2016, um comunicado a ginecologistas-obstetras e anestesistas cooperados que indicava que a partir daquele momento:

“(…) a abertura do Partograma deverá ocorrer apenas na fase ativa do trabalho de parto. Sendo assim, o registro gráfico será iniciado quando a parturiente estiver com dilatação de, no mínimo, 3 cm e/ou contrações eficientes (2 a 3 a cada 10 minutos).

Além disso, com base em evidências de literaturas sobre taxas de conversão de parto normal em cesariana, a Unimed-BH irá adotar como limite superior a taxa de 20% de conversão.

Desta forma, para pagamento da assistência ao trabalho de parto (ATP), ao fim de cada mês, a quantidade de partos normais que evoluíram para parto cesário será verificada, remunerando os cooperados que atingirem, no máximo, o índice supracitado (20%).

Importante lembrar que, para o pagamento da assistência ao trabalho de parto (ATP) aos anestesistas, a analgesia deverá estar documentada em boletim anestésico e a assistência prestada pelo médico deve ser registrada no Partograma, justificando a necessidade de cesariana ou não.”⁸⁸

William aponta ainda mais um quesito a ser avaliado quando se reflete sobre a pressão remuneratória nas decisões assistenciais da obstetrícia. A relação entre a direção das instituições públicas ou privadas com os médicos que ali prestam seus serviços tem natureza muito distinta. Segundo ele, os hospitais públicos possuem mais espaços de definição de uma política institucional que tenha algum grau de coerção a uma prática específica. Caso os profissionais não se ajustem às práticas ali defendidas – ou pelo

⁸⁷ Em muitos hospitais as seis horas correspondem ao tempo médio de um trabalho de parto, definido por protocolos internos. Quando a gestante foge a este padrão terá seu curso ‘corrigido’ através de fármacos e outras intervenções, para a conclusão do nascimento aproximadamente dentro deste período de tempo.

⁸⁸ Disponível em <http://www.unimedbhonlineprestadores.com.br/2016/01/comunicado-aos-medicos-da-ginecologia-e-obstetricia-e-anestesiologia/> Acesso em outubro de 2016.

menos não deixem de fazer o que é visto como antagônico ao perfil da instituição – eles correm o risco de não permanecer no quadro de funcionários. Por outro lado, para a direção de uma instituição privada, o cliente não é o paciente final, mas o médico, como assevera William. É o médico que decide onde será realizada a assistência da paciente, indicando locais em que presta serviços e, ao mesmo tempo, assegurando um fluxo para estas instituições. A relação com este profissional, por isso, não permite a criação de políticas institucionais severas, pois o profissional pode então simplesmente abandonar a instituição em favor de outra, que não lhe faça as mesmas demandas. Assim, os hospitais não irão atuar pressionando os médicos, por estabelecerem com eles uma relação de co-dependência. Ao mesmo tempo, a necessidade de fazer com que a capacidade tecnológica instalada na instituição – e os profissionais disponíveis no atendimento – sejam custeados e gerem lucro faz com que haja alguma sinergia entre interesses institucionais e médicos na permanência de intervenções no processo de nascimento.

3.9. Políticas de remuneração médica – o caso da Unimed BH

A Unimed BH conta com uma política de valorização do parto normal que inclui, entre outros mecanismos, o “Incentivo ao parto por via baixa”, oferecendo a obstetras cooperados taxa extra para cada parto por via vaginal, desde que se alcance um percentual de no mínimo 20% destes partos durante o ano. As instituições prestadoras de serviço precisam ter ao menos 25% de partos por essa via para fazer jus ao pagamento adicional. Para os obstetras, o valor era de R\$200,00 para cada parto normal realizado⁸⁹. Para as instituições não foi possível encontrar o valor específico de incremento na remuneração por parto ocorrido. O pagamento do valor extra é realizado no ano seguinte, como um bônus no início do ano.

Os resultados desta política remuneratória foram condensados na tabela abaixo, que abarca os anos de 2009 a 2012. As informações foram coletadas através de notícias no portal de internet da operadora. A tabela foi construída a partir dos dados das notícias, e por isso quando algum dado não foi citado foi deixado um ponto de interrogação em seu lugar. Não foram encontradas notícias públicas que divulguem os resultados do programa para os anos de 2013 a 2015.

⁸⁹ Em nota no ano 2009 há a indicação de valor diferenciado, de R\$140,00 para o caso da rede Unifácil. Nos anos seguintes a única referência de valor foi a de R\$200,00, abrangendo os anos de 2009 a 2012.

Tabela 1 - Programa Incentivo ao Parto Normal Unimed BH

Ano de referência	Nº médicos contemplados	Nº instituições contempladas	Investimento total repassado a Cooperados	% parto normal HDMU	Recursos repassados HDMU
2009	172	2	R\$ 195.000,00	?	?
2010	144	2	R\$ 280.000,00	33	?
2011	160	2	R\$ 355.000,00	35	R\$ 230.000,00
2012	160	?	R\$ 375.000,00	34,5	R\$ 243.000,00

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do portal UnimedBH⁹⁰

A adesão ao programa parece ter sido maior no primeiro ano de funcionamento, tendo uma leve queda no número de profissionais envolvidos nos anos seguintes. As instituições citadas nas notícias foram sempre o Hospital Dia e Maternidade Unimed (HDMU) e o Hospital da Mulher e Maternidade Santa Fé, ambos com suítes PPP e atuação de profissionais envolvidos na humanização do nascimento. O HDMU tem buscado aumentar coletivamente a taxa de partos por via baixa, tendo alcançado, posteriormente, 41,5% de partos normais em 2014 e 43,2% em 2015⁹¹, o que indica uma consistência neste movimento que extrapola os dados disponibilizados na atual tabela.

Além dos benefícios financeiros do “Incentivo ao parto por via baixa”, a Unimed criou outros sistemas de gratificação para obstetras, como o Programa de Atenção Obstétrica, com a remuneração de três consultas adicionais no último mês de gestação, para possibilitar o atendimento semanal à gestante; um programa de valorização do vínculo entre médico e paciente, chamado Procedimento Padronizado em Obstetrícia, que permite que o médico vincule a gestante até a 36ª semana de gravidez e, sendo ele o responsável pelo parto, receba uma bonificação por isso; além do estímulo ao Atendimento Pediátrico à Gestante, com uma consulta ao pediatra durante o período da gestação, de forma a auxiliar nos primeiros cuidados com o bebê ao nascer.

⁹⁰ Para dados referentes ao ano de 2009: <http://www.unimedbhonline.com/172-medicos-recebem-adicional-de-incentivo-ao-parto-via-baixa/>

Para dados referentes ao ano de 2010: <http://www.unimedbhonline.com/cooperados-obstetras-recebem-r-280-mil-como-incentivo-ao-parto-normal/>

Para dados referentes ao ano de 2011: <http://www.unimedbhonline.com/cooperados-obstetras-recebem-r-355-mil-como-incentivo-ao-parto-normal/>

Para dados referentes ao ano de 2012: <http://www.unimedbhonline.com/cooperados-obstetras-recebem-r-375-mil-como-incentivo-ao-parto-normal/>

⁹¹Dados disponíveis na tabela de taxa de cesarianas para maternidades de Belo Horizonte, capítulo 3, seção 1.

Percebe-se que a eficácia da atuação junto aos profissionais para o incentivo do parto normal passa em grande medida por alterações da política remuneratória. Por isso, considero relevante a oportunidade de avaliar com mais detalhes as estratégias da operadora de plano de saúde para alcançar um tipo de decisão assistencial, alterando para isso sua estrutura de pagamento. Analisando a tabela de valores pagos por procedimentos e serviços prestados para o ano de 2011, o parto vaginal tem valor de R\$408,00 e pode ser acrescido de R\$101,30 pelo procedimento da episiotomia – aumento em um quarto da remuneração ao profissional. A episiotomia é um procedimento realizado em poucos minutos, ao final do trabalho de parto. O parto vaginal, na tabela de 2011, não possui remuneração diferenciada pelas horas de suporte à gestante, tendo como único pagamento o valor citado. A pressão remuneratória sobre a decisão de uso da episiotomia, portanto, pode ser considerada como significativa.

Em 2015 os valores são de R\$487,90 para o parto vaginal e R\$170,10 para a episiotomia. No intuito de valorização do parto vaginal há uma inserção de custeio de assistência ao trabalho de parto (ATP). Além disso, altera-se a referência à prática de maturação cervical para indução do parto normal, que em 2011 se referia apenas os casos de aborto. A versão cefálica externa, manobra para que o bebê encaixe de forma apropriada possibilitando o parto vaginal, inexistia na tabela de 2011 e passa a estar presente na tabela de 2015. Percebe-se também uma valorização da episiotomia, procedimento reajustado em 67,92% entre um ano e outro, num patamar de aumento muito maior em comparação a outros itens da lista.

A taxa de reajuste, entre 2011 e 2015, do parto vaginal foi de 19,58%, ligeiramente menor do que a da cesariana, que ficou em 19,75%. Os procedimentos agregados a ele, no entanto, atuam favorecendo sua decisão assistencial, se consideradas as questões remuneratórias envolvidas. Outro item reajustado de forma significativa foi a revisão obstétrica de partos ocorridos fora do hospital, que inclui exame, dequitação e sutura de lacerações até de 2º grau, e que passou de R\$101,30 para R\$170,10, mesmos valores percebidos para a episiotomia, com idêntico percentual de aumento. Possivelmente o crescimento dos partos domiciliares e da possibilidade de ser necessária a assistência a famílias advindas daí, pode ser via de explicação para o incremento financeiro no item.

Segue abaixo a tabela comparativa de honorários médicos para grupo selecionado de procedimentos relacionados à obstetrícia, para 2011 e 2015.

Tabela 2 - Remuneração de procedimentos - Unimed BH - 2011 e 2015

Procedimentos	2011				2015				Diferença entre 2011 e 2015	
	CO	CH	Total	Valor hosp apartamento	CO	CH	Total	Valor hosp apartamento	% ajuste de valores CH	% ajuste de valores hosp
Consulta em consultório	R\$ 0,00	R\$ 50,00	R\$ 50,00	-	R\$ 0,00	R\$ 75,00	R\$ 75,00	-	50,00%	-
Atendimento ao recém-nascido em sala de parto (parto normal ou operatório de baixo risco) (Na tabela de 2011 há uma única categoria: Atendimento a recém nascido na sala de parto)	R\$ 0,00	R\$ 148,00	R\$ 148,00	R\$ 296,00	R\$ 0,00	R\$ 187,21	R\$ 187,21	R\$ 374,42	26,49%	26,49%
Cardiotocografia anteparto	R\$ 13,34	R\$ 15,36	R\$ 28,70	-	R\$ 13,34	R\$ 15,36	R\$ 28,70	-	0,00%	-
Cardiotocografia intraparto (por hora) até 6 horas externa	R\$ 0,00	R\$ 40,00	R\$ 40,00	-	R\$ 0,00	R\$ 40,00	R\$ 40,00	-	0,00%	-
Perineorrafia (não obstétrica) e/ou episiotomia e/ou episiorrafia	R\$ 0,00	R\$ 101,30	R\$ 101,30	R\$ 202,60	R\$ 0,00	R\$ 170,10	R\$ 170,10	R\$ 340,20	67,92%	67,92%
Assistência ao trabalho de parto (presente apenas na tabela de 2015)	-	-	-	-	R\$ 0,00	R\$ 383,40	R\$ 383,40	R\$ 766,80	-	-
Cesariana (no caso de 2011, considera feto único ou múltiplo)	R\$ 0,00	R\$ 384,00	R\$ 384,00	R\$ 768,00	R\$ 0,00	R\$ 459,85	R\$ 459,85	R\$ 919,70	19,75%	19,75%
Parto (via vaginal)	R\$ 0,00	R\$ 408,00	R\$ 408,00	R\$ 816,00	R\$ 0,00	R\$ 487,90	R\$ 487,90	R\$ 975,80	19,58%	19,58%
Parto múltiplo (cada um subsequente ao inicial) (Em 2011 apenas para parto vaginal)	R\$ 0,00	R\$ 126,64	R\$ 126,64	R\$ 253,28	R\$ 0,00	R\$ 175,28	R\$ 175,28	R\$ 350,56	38,41%	38,41%

Legenda: CO: Custo Operacional. CH: Custo honorário. Total: somatório CO+CH. Valor hosp apartamento: Valor pago na internação para clientes com contratos de apartamento.

Procedimentos	2011				2015				Diferença entre 2011 e 2015	
	CO	CH	Total	Valor hosp apartamento	CO	CH	Total	Valor hosp apartamento	% ajuste de valores CH	% ajuste de valores hosp
Maturação cervical para indução de abortamento ou de trabalho de parto (Em 2011 não se encontra para indução de parto, apenas aborto)	-	-	-	-	R\$ 0,00	R\$ 177,65	R\$ 177,65	R\$ 355,30	-	-
Revisão obstétrica de parto ocorrido fora do hospital (inclui exame, dequitação e sutura de lacerações até de 2º grau)	R\$ 0,00	R\$ 101,30	R\$ 101,30	R\$ 202,60	R\$ 0,00	R\$ 170,10	R\$ 170,10	R\$ 340,20	67,92%	67,92%
Versão cefálica externa (presente apenas na tabela de 2015)	-	-	-	-	R\$ 0,00	R\$ 146,30	R\$ 146,30	R\$ 292,60	-	-
Bloqueio neurolítico peridural ou subaracnóideo	R\$ 0,00	R\$ 180,90	R\$ 180,90	R\$ 402,00	R\$ 0,00	R\$ 216,30	R\$ 216,30	R\$ 432,60	19,57%	7,61%
Bloqueio peridural ou subaracnóideo com corticoide	R\$ 0,00	R\$ 89,91	R\$ 89,91	R\$ 199,80	R\$ 0,00	R\$ 99,40	R\$ 99,40	R\$ 198,80	10,55%	-0,50%

Legenda: CO: Custo Operacional. CH: Custo honorário. Total: somatório CO+CH. Valor hosp apartamento: Valor pago na internação para clientes com contratos de apartamento. Fonte: Elaboração própria a partir de informações coletadas nas Tabelas de Honorários Médicos Unimed BH, versão agosto/2011 e abril/2015.

Considerando as estratégias adotadas pelo plano de saúde e a resposta do corpo médico a elas, parece relevante considerar a estrutura de reciprocidades remuneratórias como algo fundamental para o incentivo a uma determinada forma de assistência obstétrica. Assim, ainda que planos de saúde ou instituições hospitalares tenham uma capacidade pequena de instituir políticas coercitivas para o abandono de uma prática obstétrica considerada inadequada, as práticas de incentivo financeiro parecem abrir um caminho possível na difícil acomodação entre interesses assistenciais e de quem é assistido.

4º Capítulo – À guisa de conclusões, ou iluminando o caminho a vela

Na batalha do nascer, mulheres têm dado à luz em condições adversas que marcam significativamente as expectativas em relação ao evento do nascimento. O nascimento não é naturalmente um processo de sofrimento, mas vem socialmente sendo construído dessa forma entre nós. Como já indicado por Diniz e Chacham, grande parte da dor do parto é iatrogênica (DINIZ; CHACHAM, 2006). As expectativas geradas em torno do evento do nascimento refletem o cenário de dor e desrespeito relatado por outras mulheres ou vivenciado por multíparas. A política do medo como estratégia de relação com gestantes e parturientes é eficaz na condução a procedimentos e intervenções não desejados ou não refletidos pela mulher e se encontra reforçada de forma cuidadosa, desde o pré natal, em toda a gestação, parto e pós parto, auxiliando na construção da responsabilidade impotente da nova mãe.

A insubmissão de uma gestante pode gerar punição em várias esferas. Na esfera médica pode ocorrer a recusa de atendimento ou atendimento realizado de forma danosa. Na esfera jurídica o caso Adelir mostra a possibilidade de obrigação estatal de uma intervenção sobre o corpo da mulher. Há também a crescente percepção do direito do nascituro como sobreposto ao direito da mãe, o que pode originar outros casos de intervenção igualmente danosos e arbitrários. Na esfera das relações pessoais a pressão sofrida por sair do percurso habitual é relatada de forma recorrente como uma prática de assédio moral, seja proveniente de equipes de assistência ou mesmo de amigos e familiares.

Gostaria de retomar aqui o ponto da perda de autonomia das decisões sobre a criança. O suposto direito da criança, a ser garantido a despeito das decisões e desejos da mãe – como no caso da cesariana preventiva de Adelir, mas também nas disputas a respeito do parto domiciliar – pressupõe que haja caminhos ou formas que possam ser elevadas a uma condição ideal, caminhos que todos devem seguir ou ter como referência para suas ações. Havendo caminhos ideais como referências indiscutíveis, pode haver também medidas punitivas e coercitivas da mulher que não o segue. O caminho ideal deve ser seguido, senão pela mãe, ao menos pela criança, e a impossibilidade de convencimento da mulher por vias relacionais pode engendrar sua coerção psíquica, emocional, ou mesmo jurídica, obrigando de forma veemente o que reforça a falta de autonomia das

mulheres em seus processos de escolha e dá a perceber características do embate de poder regulatório sobre a vida privada.

O parto ideal definido por um dos médicos entrevistados desvela a situação de disputa em torno das características do nascimento. Para Luís Carlos o melhor parto é aquele realizado em ambiente hospitalar, com analgesia, com monitoramento fetal contínuo e episiotomia em casos em que o médico considere sua necessidade – o que percentualmente não parece ser baixo. O lugar é o hospital, domínio simbólico do médico e da tecnologia. A forma é através dos recursos tecnológicos (analgesia, monitoramento fetal, episiotomia), a mutilação feminina é aceita como recurso a ser lançado mão em qualquer necessidade e em nenhum momento é considerada a negociação com a família ou diálogo com a parturiente para ouvir seus desejos.

A recusa ao parto domiciliar por boa parte dos médicos também traça um indicativo de disputas e práticas envolvidas na definição do local como prerrogativa decisória médica, à qual mulheres devem obedecer. O parto domiciliar é combatido por boa parte destes profissionais, bem como por seus conselhos regionais, que reiteram a idealização do nascimento em hospital. Sua realização foi vista como descuido, por um lado, e como desejo de festa, por outro, por Nicolas, médico entrevistado:

“Mas nós estamos passando de um modelo extremamente... que sempre interferiu no processo do parto com boas intenções e com bons resultados em termos de redução de problemas maternos e neonatais, para um modelo extremo onde não se intervém, e onde também aparecem problemas maternos e neonatais. **Eu acho que o extremo desse... desse, vamos chamar de descuido? É permitir o parto domiciliar.** Então... nós estamos partindo de um modelo que precisa ser, realmente ser modificado, precisa ser atualizado, precisa recuperar o protagonismo da mulher no parto, precisa ter.. o hospital precisa mudar, o hospital precisa ser mais humanizado. **Tem que lembrar que o hospital não é um espaço democrático.** O hospital é um espaço onde as pessoas quando estão internadas precisam do cuidado, do médico, da enfermagem, de outros profissionais, **que segue regras específicas, não é um lugar recreativo, pra fazer festa. Ao mesmo tempo eu entendo que quando se pensa em parto domiciliar é porque as grávidas não estão vendo no hospital um espaço pra festa.** Então tem que encontrar um meio termo. Eu acho que hoje está se buscando esse meio termo. Colocando banheira pra quem quer ter na água, colocando os PPPs, quer dizer, um quarto adequado, onde pode parir ali mesmo, sem precisar fazer nenhum tipo de intervenção, no meio da família, né?” (Nicolas, ginecologista obstetra não envolvido com o movimento de humanização)

A opção da mulher precisa se dar, portanto, dentro do que se considera seguro, a partir da concepção médica de segurança – cabe retornar à pergunta feita por uma gestante à enfermeira Anna: o que pode ocorrer no limite é a morte?, ao que ela mesma responde:

a morte para mim é um evento aceitável, a intervenção no processo não. Essa questão, formulada de forma a não deixar dúvida de que a interlocutora é uma mulher ciente dos riscos trazidos por suas escolhas, levanta uma pergunta fundamental para a análise de qualquer cenário de parto: Haverá um limite para o exercício de autonomia da mulher? A resposta a essa questão, seja negativa ou positiva, necessariamente nos abre caminhos a serem percorridos de forma consequente. Se há limites para o exercício dessa autonomia que limite é esse e, mais importante ainda, quem os define? A quem será delegada a prerrogativa de estabelecê-los? No caso de considerar-se a não existência deste limite, isso se circunscreve apenas a partos desassistidos? Como se dá essa negociação do exercício de autonomia em cenários com a presença de equipes de assistência, sejam em domicílio ou, ainda mais difícil, em instituições?

Pela fala de Nicolas, é preciso que a opção da mulher seja feita respeitando as regras de uma instituição que declaradamente não é democrática, ou seja, declaradamente não percebe a necessidade de negociação entre a equipe que atende e quem é atendido por ela. A negociação entre as partes e o desejo de outras formas de atendimento podem ser facilmente enquadrados como ‘desejo de festa’, percebidos como algo que não é sério o suficiente e não precisa ser considerado em pé de igualdade com outros fatores, como a técnica. A técnica se impõe como argumento último que justifica as ações e escolhas institucionais e médicas, em um suposto consenso sobre o que isso significa. Vimos, no entanto, que a técnica não pode ser descolada de seu contexto de produção, aprendizado e uso e que procedimentos já comprovados em sua ineficácia e dano às parturientes – como a episiotomia – seguem sendo realizados rotineiramente e defendidos como legítimos instrumentos de atuação dos profissionais. Também o modelo de financiamento da assistência parece impactar na escolha da técnica a ser utilizada em uma gestante, demonstrando que não é gratuita e nem isenta a relação estabelecida entre decisões assistenciais e profissionais da área médica. No entanto, o fato de contrapor ao modelo tecnocrático de atendimento obstétrico através de uma excessiva adesão à técnica realizada pela Medicina Baseada em Evidência faz com que o debate pareça ser possível somente diante da mediação da tecnologia e da ciência, desconsiderando quaisquer outros elementos constitutivos do cenário do parto e relevantes a quem recebe a assistência, se tornando restritivo e, se assim pudermos dizer, também pouco democrático e pouco aberto a acolher perspectivas distintas e consequentes do que significa autonomia.

O caráter declaradamente não democrático das instituições hospitalares – e de parte de seus profissionais – sugere a relevância do tema do controle sobre a assistência à saúde. Como vimos o percurso de construção da legitimidade da forma médico-hospitalar de assistência à saúde, foi feito através da sobreposição, pouco a pouco, às outras maneiras populares de cuidado, apropriadamente denominadas então de charlatãs e combatidas veementemente. O controle da profissão médica sobre a população foi se especializando e, atuando em conjunto com o aparelho estatal, se refinando cada vez mais. Seu discurso, imiscuído ao do progresso científico, realizou um casamento entre técnica, modernidade, medicina e ciência em uma pretensa redenção do mundo de suas dores através do exercício da profissão. A medicina tanto em sua história quanto em sua atualidade de prática e ensino, engendra o desejo de uma capacidade, exercida através da técnica, de controle e previsibilidade dos acontecimentos. A obstetrícia é uma das áreas médicas mais desafiadoras ao controle. Além de altamente imprevisível por uma complexa relação de fatores emocionais, psicológicos, físicos e, para alguns, espirituais, que atuam ‘desregulando’ o evento do nascimento, o fato de lidar de forma corrente com a possibilidade da morte, tanto materna quanto da criança, que *estatisticamente estará presente* em uma parte das assistências realizadas, aumenta a pressão sobre seus processos decisórios. Adicione-se ao cenário a possibilidade de questionamento jurídico a respeito das escolhas realizadas, a partir do “homem do babador”⁹², e a prática defensiva se instaura com alguma facilidade, dentro das relações não democráticas estabelecidas entre equipes assistenciais e gestantes.

Além de não democráticas, essas relações são feitas através de pesos diferentes para cada um de seus participantes. O peso da palavra médica em muito se difere, por exemplo, no peso da palavra materna (e onde ressoa a palavra materna?). Numa tentativa de continuidade do lastro dessa hierarquização vale relembrar as resoluções publicadas pelo Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro (Cremerj), no ano de 2012. A Resolução 265/2012 proibia a participação de médicos em partos domiciliares, bem como proibia a participação destes em equipes de sobreaviso de partos domiciliares previamente acordados. A Resolução 266/2012, por sua vez, previa a proibição da participação de pessoas não habilitadas ou profissionais não reconhecidos pela área da saúde durante e após a realização dos partos em instituições de saúde, citando

⁹² O homem do babador foi a forma usada por uma médica para se referir à possibilidade de uma decisão jurídica que contestasse sua opção assistencial, ao explicar à enfermeira Anna porque realizaria uma cesariana na paciente que estavam assistindo, relatado no capítulo 2.

explicitamente a proibição de doulas, parteiras e obstetizes. As parturientes providas de parto domiciliar que chegassem a instituições de saúde para serem atendidas como urgência por complicações de partos caseiros geravam a obrigatoriedade de notificação compulsória ao Cremerj, circunstanciando o evento. Nas disposições iniciais de ambas as resoluções, se partia do princípio de que o nascimento sadio só é viável através de instituições de saúde, como se pode perceber abaixo:

“CONSIDERANDO os artigos 4º, 7º, 8º e 11 do Estatuto da Criança e do Adolescente, que respectivamente, exigem a adoção de políticas sociais públicas que **permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso da criança e do adolescente**, e asseguram a estes atendimento médico; (...)

CONSIDERANDO que para maior segurança dos recém-nascidos e das parturientes, os partos, **mesmo que de baixo risco, devem ser feitos em instituições hospitalares tradicionais**” (Resolução 265/2012 – Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro. Grifos meus.).

Mulheres em todo o Brasil se organizaram virtualmente e em passeatas questionando seu conteúdo e o gesto do Cremerj que também pressupõe a regulação de outros profissionais do cenário do parto, como as parteiras, doulas e obstetizes. No mesmo ano o Conselho Federal de Medicina publicou a recomendação 001/2012, em que decide aconselhar aos médicos e à sociedade a realização dos partos em ambiente hospitalar de forma preferencial por ser mais segura. Nas considerações iniciais, o CFM faz uma série de considerações, entre as quais:

“CONSIDERANDO que a autonomia do médico e da mulher deve ser respeitada no âmbito da relação médico-paciente;

CONSIDERANDO que a legitimidade da autonomia materna não pode desconsiderar a viabilidade e a vitalidade do seu filho (feto ou recém-nascido), bem como sua própria integridade física e psíquica” (Recomendação 001/2012 – Conselho Federal de Medicina)

A autonomia da mulher reaparece no debate, circunscrita, no entanto, pela viabilidade e vitalidade de seu filho, que na resolução do Cremerj é ‘assegurada’ pela interpretação do Estatuto da Criança e do Adolescente. A integridade física e psíquica materna é também quesito para avaliar a legitimidade da autonomia da mulher, sob um parâmetro médico a ser obedecido. Portanto, uma autonomia sempre guiada, sob a mesma responsabilidade impotente, já revelada por Imaz Martínez (IMAZ MARTÍNEZ, 2001).

Essa regulamentação ajuda a elucidar facetas do embate de poder aqui considerado. A insistência em classificar as formas de parto que ocorrem em ambiente não hospitalar como inseguras e as ações do Conselho de Medicina como visando à proteção das mães e bebês, nos colocam frente a frente ao problema identificado por Mignolo, e sua

crítica à “crença enraizada na “ciência” enquanto ponto de chegada na história da humanidade” (MIGNOLO, 2004), e, enquanto tal, como conhecimento indiscutível, ao qual devemos obedecer e apoiar⁹³. Segundo Mignolo “a cumplicidade entre a modernidade e o conhecimento (...) foi ao mesmo tempo colonialidade enquanto negação epistêmica planetária”. As práticas relacionadas ao campo de saúde estão, desde o século XVIII até os dias de hoje, intrinsecamente vinculadas ao campo de disputa científica. Martins, como vimos anteriormente, identifica no exercício da ciência a prerrogativa da autoridade e legitimidade do campo médico, defendendo a institucionalização de um domínio especializado e superior aos domínios populares concomitantes (MARTINS, 2006). Bourdieu assim se refere a este campo, no qual estão contidos outros tantos conflitos e disputas do lugar do poder:

“O que está em jogo especificamente nessa luta é o monopólio da autoridade científica definida, de maneira inseparável, como capacidade técnica e poder social; ou, se quisermos, o monopólio da competência científica, compreendida enquanto capacidade de falar e agir legitimamente (isto é, de maneira autorizada e com autoridade), que é socialmente outorgada a um agente determinado.” (BOURDIEU, 1983, p. 122-123)

O monopólio da autoridade científica dá também o monopólio da ação legítima, apoiada pelo aparato repressivo do estado e que se perpetua ao longo de gerações. Este também lembrado por Boaventura de Sousa Santos:

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

Definidas no contexto de um campo de disputas estabelecido e com o privilégio paradigmático da racionalidade científica, com o privilégio do conhecimento autoritativo, estão postas as práticas médicas de um modelo tecnocrático. Há que se chamar a atenção, portanto, para a questão da hegemonia do poder do sistema de saúde instituído pela pretensão à ciência, que desde a ascensão iluminista e até os dias de hoje, organiza e regulamenta o cuidado à saúde e ao corpo, com a prerrogativa de definir as práticas que serão permitidas e proibidas em seu território de abrangência. A reafirmação dos conselhos de medicina, neste sentido, de um único padrão aceitável para tratamento às parturientes e bebês revela a colonialidade e o autoritarismo da

⁹³ Ainda que se possa dizer que a medicina realizada correntemente não é baseada em evidências científicas (ou nas melhores evidências disponíveis), o discurso de autoridade da medicina foi historicamente construído pela relação íntima desta com a ciência.

organização do sistema de saúde e a dificuldade em fazer conviver sistemas simbólicos diferentes – e por vezes conflitantes – dentro de um mesmo território regulamentado por leis comuns.

4.1. História da formação do campo médico e obstétrico

A retomada da história de formação dos campos médico e obstétrico dá a ver as características políticas e de poder que se encontram envolvidas neste cenário. A construção do campo obstétrico não é desinteressada e, pelo contrário, advém de uma trajetória de disputas e silenciamentos que muito afeta a maneira como são inseridas as pessoas nas relações que ali são estabelecidas. A profissão médica, em especial, tem papel predominante na construção da ordem nosológica e na definição de tratamentos, bem como na reestruturação dos profissionais chancelados para participação no campo da obstetrícia.

A passagem do parto do ambiente familiar e no mais das vezes feminino para um ambiente de preponderância masculina, científica e médica significou uma perda de autonomia sobre o próprio corpo e os processos decisórios em torno dele. Mais do que isso, deixar de parir em casa e parir no hospital significou a adesão a regras e sentidos institucionais e externos, construídos a partir da lógica da própria instituição e não de qualquer das mulheres ali atendidas, o que originou algum grau de entrega da autonomia feminina para os condutores do sistema assistencial. Com a naturalização da assistência hospitalar como a mais recorrente e amplamente defendida em seus supostos benefícios, o fortalecimento das instituições e dos profissionais da categoria médica sela o processo de desigualdade – e produção de conhecimento autoritativo – frente às gestantes e seu familiares. Há pouco a pouco um refinamento das formas coercitivas da ação médica e institucional, que ganham espaço de organização da sociedade e das regras às quais todos devem obrigatoriamente se submeter.

A construção da obstetrícia a partir da noção de doença contribui para a legitimidade de ações invasivas como medidas de precaução. O distanciamento da relação médico-paciente tomado pela construção de diagnósticos a partir de séries de acontecimentos, baseando o tratamento e prognóstico a partir da análise estatística do comportamento de

uma população frente ao problema relatado diminui a possibilidade de autonomia deste paciente, bem como de particularidades a serem levadas em consideração, e insere a relação em um código de conduta baseado no risco e análise do benefício a partir de elementos externos a quem recebe a assistência. Há assim uma negação dos aspectos individuais e comunitários do paciente, em busca de verdades nosológicas primordiais e universais, situação que também é transposta ao cenário obstétrico.

O poder de regulamentação é fator relevante a ser considerado. A possibilidade de definição de quem são os charlatões e quem tem a legitimidade do discurso de verdades nosológicas aponta para a disputa de poderes historicamente presente no campo da saúde, mas também sobre uma necessária revisão da condição de inserção da autonomia do indivíduo na busca por seus processos de cura ou assistência. É urgente, nesse sentido, debater a diversidade no âmbito do cuidado à saúde, na regulamentação de seu setor e na discussão de políticas públicas.

4.2. Profissões em cena: as disputas em torno do parto

A disputa entre profissões diferentes no cenário do parto é parte do debate assistencial e da briga por espaços e oportunidades profissionais. Diniz identifica como um dos sentidos do termo de humanização a prerrogativa de reordenamento dos papéis e poderes profissionais e corporativos no cenário do parto (DINIZ, 2005), com deslocamento da função primordial às mãos da enfermagem, em contraposição ao médico. A tentativa da resolução do Cremerj negando a possibilidade de atendimento multiprofissional e estabelecendo limites à atuação de doulas, parteiras e obstetrizes no cenário do parto permite perceber tensões e formas de uma instituição corporativa médica de reagir a elas⁹⁴. Ter adicionado a obstetriz como profissão não reconhecida, a despeito do fato de que para ter esta titulação o profissional precisa passar por um curso superior voltado especificamente ao suporte obstétrico, apenas faz transparecer o que de fato está em jogo: a disputa pelo espaço e mercado em obstetrícia. A este respeito, vale retomar a fala de Anna, enfermeira obstetra, que conta de seu susto ao ver a defesa

⁹⁴ As delimitações de espaço do Ato Médico são outra forma de olhar para a mesma questão: como, mercadologicamente, estão sendo acomodadas as demandas médicas frente à complexificação dos cenários assistenciais?

deliberada de um representante do Conselho Regional de Medicina, em um congresso em que participava, a respeito de seu âmbito de trabalho. Ela diz que:

“Uma vez eu estava numa mesa, há muitos anos isso, numa mesa de trabalho assim, interdisciplinar, e tinha um representante do CRM e ele falou da seguinte forma: na fala dele ele falou que antigamente a pizza era toda pro médico, agora tá todo mundo comendo as beiradinhas da pizza e se o médico não ficar esperto não vai ter pizza pra ele, entendeu? Falou desse jeito. É uma questão assim, que eu não acredito que eu tô ouvindo isso, mas é a verdade que às vezes eles pensam né?” (Anna, enfermeira obstetra - equipe particular)

Portanto, a defesa de sua pizza ainda parece ser motivo suficiente para definições assistenciais, declarações públicas, resoluções e recomendações. Defender a pizza do médico, no entanto, não significa tomar as melhores decisões assistenciais à gestante, as melhores decisões de políticas públicas e nem a melhor relação com o processo de autonomia das mulheres.

A Resolução 001/2012 do Conselho Federal de Medicina também recomenda que os nascimentos sejam preferencialmente em hospital e não em casas de parto, pela ausência do médico também neste ambiente, o que, para o CFM, é causa de insegurança na assistência. A delimitação do espaço de atuação da categoria profissional médica fica bastante evidente. Reporto-me a estas duas categorias – médicos e enfermeiras – relembrando a distinção referida por Tornquist para indicar a proximidade a um ethos feminino e de cuidado para a profissão de enfermagem, e masculino e de intervenção, para a profissão de médicos (TORNQUIST, 2004, p. 20-21). Neste sentido o médico não é formado para cuidar, e isso tem importância primordial na maneira como ele se posiciona no cenário assistencial. Além de hierarquicamente superior em relação à enfermagem, o caráter de cuidado (de ethos feminino, lembre-se), parece ter qualitativamente menor valor frente ao caráter interventivo e redentor. Se os profissionais da área médica não são formados para o cuidado, contudo, como exigir deles o entendimento de uma relação que não se encontre baseada na hierarquização de conhecimentos e verticalização das relações (com caráter, portanto, interventor, de cima para baixo)? Repensar a formação da profissão médica exige, necessariamente, repensar os limites desta profissão e das relações a serem estabelecidas com quem receberá seu atendimento – uma paciente (passiva) ou uma agente (ativa) na definição de sua própria assistência à saúde e ao parto.

Cabe ainda mais um comentário no que se refere à separação entre as profissões que concorrem pela centralidade do cenário do parto. A enfermagem obstétrica (ou as obstetrites) são tecnicamente habilitadas para a realização dos partos considerados de risco habitual, ou também conhecidos como partos mais simples. Os partos que exigem maior grau de dificuldade e técnica precisariam ser feitos pelos profissionais capacitados para tal, os médicos. A esse respeito, Tornquist relembra que:

“A divisão do trabalho na maternidade precisou de décadas para se estabelecer claramente, delimitando territórios e estabelecendo competências diversas. A entrada e rotinização das intervenções cirúrgicas parece ser a chave desta reconfiguração dos espaços de poder no âmbito das maternidades e passou a se relacionar, cada vez mais, a lógicas gerais da divisão do trabalho hospitalar: aos médicos homens, couberam as intervenções cirúrgicas, os partos difíceis e a intervenção pontual; às mulheres, sejam parteiras ou enfermeiras, os partos fáceis, os partinhos, e o acompanhamento do trabalho de parto.

Na verdade esta divisão do trabalho está fortemente marcada pelas modernas representações de gênero, que atribuem a homens e a mulheres diferentes aptidões: a vocação feminina das parteiras para a espera, para a escuta, para a tolerância, e a aptidão dos médicos homens para os partos mais difíceis e a para a intervenção cirúrgica, monopolizada por eles.” (TORNQUIST, 2004, p. 95-96)

O gênero na construção das capacidades – seja de cuidar ou intervir, seja de fazer o que é mais fácil ou mais difícil – parece revelar mais um ponto importante na análise do cenário obstétrico, a ser trazido à luz e debatido no que ele impacta na prática assistencial cotidiana.

Tornquist chama a atenção para o caráter mais flexível e mais facilmente adaptável ao movimento de humanização por parte da equipe de enfermagem, percebida como mais permeável, ao passo em que encontra maior resistência pela equipe médica das instituições:

“Deve-se registrar que, apesar da institucionalização de práticas humanizadoras, persistem heterogeneidades no atendimento, havendo significativas variações sobretudo entre o corpo médico, dotado de maior margem de autonomia e poder do que a equipe de enfermagem, esta mais permeável às modificações de tipo humanizador.” (TORNQUIST, 2003, p. S421)

Esta situação também se repete na pesquisa feita. A autonomia da mulher é percebida de maneira bastante consequente pelas enfermeiras entrevistadas, e vista de forma mais cautelosa, por exemplo, no discurso médico⁹⁵. A valorização da técnica e da medicina

⁹⁵ É bastante relevante o fato de terem sido entrevistadas apenas enfermeiras que aderiram ao movimento de humanização, ao passo que entre os médicos houve também entrevistados que não aderiram a este

baseada em evidências como ponto fundamental da humanização também parece ser mais própria da equipe médica, sendo a equipe de enfermagem mais permeável à sua negociação e à inserção de outros fatores não necessariamente técnico-científicos para balizar decisões assistenciais.

As profissionais entrevistadas pela pesquisa dentro da categoria de enfermagem obstétrica⁹⁶ se baseavam no pressuposto da autonomia da mulher como base fundamental de sua ação, a partir da qual negociavam a assistência, em diálogo com a gestante e a equipe de assistência. A autonomia da mulher foi vista, no entanto, como perturbadora da ordem quando apropriada pelo discurso de alguns médicos e instituições. Perturbadora da lógica de protocolos e da organização e previsibilidade das instituições – que precisam desta organização como forma também de previsibilidade de sustentação financeira de sua estrutura – essa autonomia é combatida por diversos métodos coercitivos e de convencimento por constrangimento ou medo. Profissionais não hesitam em lançar mão da política do medo e da fragilização das gestantes de forma a conduzi-las pelo caminho que lhes interessa seguir, em um jogo perverso de poder. Este mesmo jogo é mantido institucionalmente quando se diz a uma gestante que nega anestesia que por não estar no Sofia Feldman ela não tem o direito de não a desejar, ou ao se chocar com a preferência de uma mãe no não uso de glicose ao seu filho dizer que ele irá para as drogas pela irresponsabilidade de deixá-lo sentir dor sem o alívio do açúcar, reafirmando a inviabilidade de qualquer diálogo com quem ‘ainda não foi estudar’. O argumento de autoridade é permanente e em geral subjaz o encontro entre equipes assistenciais e mulheres no âmbito hospitalar.

Cabe um aprofundamento em pesquisas futuras do lugar da autonomia da pessoa humana e, em especial, da mulher dentro do ambiente hospitalar e a circunscrição de seus limites por lógicas que em muito extrapolam o bom uso da técnica médica em benefício da paciente/agente. Igualmente interessante seria um estudo em que houvesse uma recuperação histórica das características hierárquicas e de gênero das relações estabelecidas entre equipes assistenciais e quem é assistido, tanto da esfera pública quanto privada, e de como essa forma histórica se atualiza no cenário atual.

ideário. Esta diferença, no entanto, pode ser vista também na comparação com médicos participantes do movimento de humanização.

⁹⁶ O mesmo ocorreu na categoria de doulas.

4.3. O lugar das instituições no debate obstétrico

As instituições hospitalares têm papel relevante na discussão sobre as possibilidades de humanização do atendimento obstétrico. Mais uma vez é necessário que sejam percebidas as particularidades do sistema público e privado. O sistema público é atravessado por uma condição de desvalorização da mulher muitas vezes vinculada à sua condição social. Assim é que aparentemente não há problemas na exposição da parturiente a oito estudantes localizados em frente à sua vagina, exposta em posição ginecológica, o que seria impensável em um atendimento particular. O corpo da mulher do SUS é o corpo sobre o qual se aprende a profissão e todas as intervenções, e não raro é sobre ele que serão feitas episiotomia de rotina e uso de fórceps, apenas para que haja a oportunidade de treino aos novos profissionais em hospitais escola (DINIZ; CHACHAM, 2006). O corpo é visto de forma muito diferente, separado entre aquele sobre o qual se aprender o ofício ou aquele para o qual ofertar o ‘melhor serviço’. Assim, a anestesia é oferecida a 100% das pacientes particulares e em contraposição à episiotomia realizada rotineiramente com uso de um anestésico insuficiente para o bloqueio da dor, sendo este o momento de maior sofrimento relatado pela maior parte das mulheres (DINIZ, 2005 b). O uso do fórceps combinado à episiotomia tem frequentemente consequências sérias no aumento das lacerações e ainda assim é utilizado como rotina em instituições públicas que agem como hospital-escola, o que leva questionamentos relevantes. Em qual corpo é preciso experimentar a profissão? A origem social do corpo a ser usado como experimento de formação médica importa para definição da maneira como ele será tratado, definindo decisões assistenciais diferentes? E ainda, diante de toda a defesa pela tecnologia aplicada à obstetrícia, será necessária a manutenção de corpos humanos ofertados ao desejo de aprendizado de intervenções agressivas para o treino de profissionais? E que tipo de relação médico-paciente esta concessão de corpos para treino implica?

A relação estabelecia com o corpo da mulher de classes sociais diferentes se faz de forma diversa. Nas de origem social mais baixa, a infantilização e desconsideração dos desejos da mulher cujo corpo serão feitos os procedimentos é frequente e pode ser vista, na fala de Luís Carlos:

“Às vezes pra uma pessoa muito humilde você dar informação demais acaba gerando uma ansiedade desnecessária nela. **Às vezes ela quer saber o mínimo e você tá informando coisa demais, né?** você chega pra ela e fala assim, você gostaria que fizesse episio, que não fizesse, não sei o que, não sei o que. Ela nunca ouviu falar de episiotomia, não tem a menor ideia do que seja isso, ela tá morrendo de dor, **você vai acabar criando uma coisa na cabeça dela que vai ser pior.**” (Luís Carlos, ginecologista obstetra não envolvido com o movimento de humanização. Grifo meu.)

Por isso é melhor seguir realizando os procedimentos dando o mínimo de informações, evitando o transtorno da tradução dos termos técnicos, por um lado, e da possibilidade da contraposição à assistência ofertada, por outro.

A capacidade de trabalho com a dor da parturiente parece ser ponto importante a ser debatido, com consequências institucionais e das decisões assistenciais. Tanto em instituições particulares como em públicas parece haver, com raras exceções, a expectativa de que a parturiente consiga se comportar de forma adequada, o que significa “não gritar, não entrar em desespero, obedecer às ordens médicas, acatar os conselhos da equipe” (TORNQUIST, 2003, p. S424). Em nossa pesquisa o descompasso entre o esperado como comportamento da parturiente, tanto por parte das mulheres quanto por parte da equipe assistencial, foi visto em pelo menos três das cinco entrevistas de mães, sendo que em duas delas a assistência ofertada foi diferente devido à manifestação particular de dor emitida pela parturiente. Assim, a reclamação do anestesista de Maria em sua segunda gestação, que alega que com grito ou sem grito a dor permanecerá igual – seguido da aplicação de anestesia de forma incongruente com as características da paciente, o que originou problemas posteriores de reação à dose de anestesia aplicada – e os gritos de Ceci que logo deram origem a uma analgesia não requisitada, para não assustar as outras pacientes, corroboram com a ideia de que as manifestações de dor, quando fora do padrão esperado, provocam estresse na equipe de assistência e originam decisões assistenciais previamente não esperadas ou acordadas, para dar fim ao incômodo gerado por sua manifestação. A negociação junto à gestante que expressa de forma veemente sua dor parece se tornar ainda menor, se comparado à gestante que consegue se comportar de acordo com o esperado, havendo frequentemente uma infantilização da ‘mulher descontrolada’, desqualificando o que a mesma está sentindo (TORNQUIST, 2003).

Tanto em instituições públicas quanto em particulares a resposta ao descontrole da dor origina, amiúde, algum grau de violência e negação da condição de autonomia da

gestante, emergindo condutas coercitivas e punitivas por parte da equipe assistencial. A analgesia a todas as pacientes particulares parece corroborar com a tentativa de que se tenha, nessas instituições, o reforço de uma imagem de controle sobre a situação, que se circunscreve em possibilidades ‘civilizadas’ de reação à dor (e portanto do uso da tecnologia como rédea de uma natureza feminina desenfreada). Em instituições públicas onde a anestesia não é, em geral, possível à totalidade das parturientes, a resposta pode ter vias mais violentas, ou ser baseada na negação do atendimento, sendo frequente este medo entre parturientes, caso não consigam gerenciar suas dores de forma eficaz – medo reforçado pelos relatos de outras mulheres que passaram por esta experiência.

Os protocolos institucionais parecem ser via de importante reflexão para análise do cenário hospitalar de atendimento obstétrico. A existência de tal conjunto de regras, que podem ser convenientemente acionado a qualquer momento em que seja necessário o convencimento de uma parturiente ou de seus familiares, permite que haja um distanciamento ainda maior da equipe assistencial, que tem aí mais uma ferramenta para prescindir da negociação nas decisões assistenciais. Falas como ‘quem é o obstetra aqui’ ou ‘quem é o pediatra aqui’ corroboram para a percepção do intenso jogo de poder com consequente desqualificação e infantilização da paciente e seus familiares e que, aliados à relação íntima de estabelecimento de protocolos hospitalares, indica a (im)possibilidade de autonomia dentro de cada instituição.

O protocolo protege o profissional e o afasta da necessidade de diálogo, sendo aliado à imposição autoritária de intervenções e procedimentos que estão ‘acima dos profissionais’ e localizados em um lugar inacessível ao debate. Este lugar acima dos profissionais é um lugar não habitado por um humano: a instituição não negocia com a paciente. Uma vez que os protocolos são de responsabilidade da instituição, e que esta é inacessível à negociação, um ciclo de distanciamentos impossibilita uma contraposição efetiva à assistência oferecida. O hábito de deslocar a possibilidade de responsabilizar-se pela forma da assistência a algo maior, não humano, não localizado em alguma instância dialógica, parece reaparecer nas falas de que não se pode fazer nada, pois é ‘culpa do sistema’. Se é culpa do sistema – e por isso não é responsabilidade do profissional – não há o que fazer senão seguir comodamente nas condições dadas.

Ainda sobre as responsabilidades institucionais, a indicação dos médicos como os efetivos clientes das instituições particulares dá a entender a dificuldade de

estabelecimento de políticas eficazes que abranjam todos os envolvidos no cenário assistencial. Se por um lado os profissionais podem se retirar da negociação a respeito das condições assistenciais por obedecer aos protocolos hospitalares, estes protocolos também são construídos de forma a oferecer aos seus clientes a melhor maneira de trabalho, que gera melhores condições e rendimentos a todos os envolvidos. Dessa forma, há uma relação bastante íntima entre delimitação de procedimentos hospitalares e expectativas de formas aceitáveis de assistência e os profissionais que atuam nas instituições e será interessante um futuro aprofundamento a este respeito, verificando o impacto dessa correlação sobre as decisões assistenciais realizadas sobre as gestantes, bem como o espaço de negociação assegurado a elas.

Circunscritas nos protocolos hospitalares estão também as definições dos locais apropriados para a assistência a cada etapa do trabalho de parto. Assim a gestante passa por uma verdadeira maratona no ambiente hospitalar, sendo levada habitualmente para ao menos três ambientes distintos, durante seu período de internação: a sala de pré parto, a sala de parto e o local de internação até sua alta (que pode ser eventualmente precedido por uma sala de pós parto e recuperação da anestesia). A possibilidade de vinculação com a equipe, que muda a cada local, e mesmo de sensação de segurança e alguma familiaridade com o ambiente parece ser dificultada desta maneira. O sentimento de urgência muitas vezes atravessa a equipe de assistência, a despeito de sua real necessidade clínica, e faz com que essa maratona ganhe contornos olímpicos, por exemplo, no deslocamento entre sala de pré parto e parto, uma vez definido o momento da mudança de ambiente. A gestante é instada a sair apressadamente e se deslocar rapidamente de ambiente a outro. O caso da Santa Casa de Misericórdia é nesse sentido exemplar, pois as gestantes são transferidas com urgência do pré parto para a sala de parto, a despeito de se encontrarem, na maior parte das vezes, com no máximo 8cm de dilatação, o que acabava levando-as a terem conduzidos o nascimento de seus filhos com uso de episiotomia, puxos dirigidos e eventualmente parto instrumental, em uma clara desconexão com o tempo necessário à parturiente para a conclusão de seu trabalho de parto, tempo este que não necessariamente se relaciona ao protocolo institucional ou à pressa da equipe assistencial.

O tempo é fator fundamental a ser analisado ao se levar em consideração o cenário obstétrico. Em vários hospitais há protocolos que definem o número máximo de horas

que um parto deve ter. Segundo Luís Carlos, a progressão da dilatação feminina deve ser de aproximadamente 1cm por hora. Caso haja uma progressão diferente, é necessário corrigir seu curso, para que retome à normalidade:

“O trabalho de parto ele evolui mais ou menos 1cm por hora, tem um gráfico, chama partograma, que a gente acompanha o trabalho de parto. Se a paciente tem mais de dois toque sem dilatação, ou se as contrações são muito fracas, a gente usa a ocitocina pra corrigir essa evolução do trabalho de parto. Tem indicação. Ocitocina também não é violência obstétrica, é violência usar ela sem necessidade.” (Luís Carlos, ginecologista obstetra não envolvido com o movimento de humanização)

Um parto normal, no entanto, pode demorar muito mais que dez horas de assistência, por motivos diversos, que não necessariamente se relacionam a alguma patologia ou distócia. Assim que para Sol, enfermeira obstetra, doze horas é considerado um trabalho relativamente rápido, uma duração comum entre gestantes em um trabalho fisiológico de bom progresso. Outras formas de perceber a progressão do trabalho de parto, portanto, concorrem no cenário obstétrico e consideram que fatores diversos que podem contribuir para uma desaceleração ou apenas uma maior demora no processo de uma parturiente.

O uso de toque constante, para verificação da dilatação, é considerado não apenas desnecessário pelo movimento de humanização como uma prática potencialmente danosa, que aumenta os riscos de infecção da gestante, além de provocar uma dor que poderia ser evitada. O toque pode provocar também o aumento da ansiedade pela dilatação, causando efeito danoso no progresso fisiológico do trabalho. Apesar disso, a prática permanece recorrente, especialmente em hospitais escolas, nos quais eventualmente a mesma gestante recebe toques de vários alunos, para que aprendam a mensuração da dilatação, em uma clara desconsideração dos efeitos disto na mulher que os recebe.

O controle do espaço da instituição hospitalar, ordenado pela tecnologia e pela cultura envolve também o controle do tempo, a previsibilidade dos acontecimentos e o enquadramento das expectativas em protocolos previamente acordados pela equipe assistencial e instituições. Partos demorados por isso necessitam de intervenções médicas e são eventualmente percebidos como verdadeiros perigos à gestante e ao bebê. O curso de formação de doulas comunitárias feito por Gabriela teve como caso exemplar de boa prática uma enfermeira obstetra que contava orgulhosa da quebra de

clavícula de um bebê para que ele nascesse mais rápido, devido ao tempo alongado de trabalho de parto, sem nenhuma referência a alterações fetais que pudessem originar a necessidade de intervenção, mesmo quando posteriormente questionada sobre isso por Gabriela. O problema, portanto, não estaria em uma frequência cardíaca fetal não tranquilizadora, distócia de ombro ou outra intercorrência, mas apenas no tempo excessivo do trabalho de parto.

4.4. Sobre imagens de parto e conflitos de classes sociais

Os relatos de parto são atualmente um importante registro que estabelece um canal direto de comunicação de experiências possíveis de parturição entre mulheres. Com um olhar ‘de quem esteve lá’, sua permanência traz algum grau de desafio ao cenário obstétrico, que precisa agora aprender a lidar com uma mulher que busca sua autonomia no questionamento da assistência recebida e também partilha desta experiência com outras mulheres em situação semelhante. Muller e Pimentel identificam dois tipos de relatos de parto: o parto fisiológico – ‘natural’ para nossas entrevistadas –, que deu certo e permitiu a entrada da mulher na partolândia, com registro da intensidade desta experiência e o parto que não deu certo e serve como aviso do caminho a não ser seguido, ou haverá consequências previsivelmente danosas. Estes últimos costumam estar vinculados a trajetórias de gestação que não realizaram um questionamento do sistema, ou que o realizaram de maneira circunscrita, com menor empoderamento da mulher.

Percebemos um terceiro tipo de relato entre as entrevistadas, do parto que não saiu como planejado, mas vivenciado por mulheres que passaram pela experiência do empoderamento prévio. Assim, uma cesariana intraparto, por exemplo, pode ser vivenciada como uma espécie de derrota, a ser evitada a qualquer custo. Grupos de apoio e gestantes que participam do movimento de parto humanizado, apesar de eventualmente relembrem da relevância do desenvolvimento técnico que disponibiliza intervenções para quem necessita delas, parecem rechaçar em algum grau sua possibilidade real de acontecimento. Mães que passaram por intervenções no parto, após a construção de um desejo de naturalidade e fisiologia no processo se encontram, por isso, como desencaixadas: não pertencem nem à categoria de mulheres que aceitam os

ritos do sistema e nem à categoria de mulheres empoderadas que realizaram seu desejo último de um parto natural. Esse deslocamento e falta de lugar é sentido como uma forma de abandono pelo movimento do qual faziam parte. A reunião presencial existente para debater partos que tiveram desfechos desfavoráveis – e que unem mulheres que haviam passado previamente pela construção de seu empoderamento pessoal e aquelas que não tiveram esse rito prévio – é feita de forma reservada, sigilosa, partilhada entre os pares. Assim a não vivência plena do parto por parte de mulheres previamente empoderadas parece algo velado, reservado como algo que não deu certo e, por não ter dado certo, não deve se tornar bandeira de um movimento que espera proporcionar mais partos ‘que dão certo’ às suas participantes.

Tornquist em seu artigo “Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil” identifica que a forma de parir é algo relevante entre mulheres de classe social elevada. A cesariana só é vista com desconfiança, por parte das mulheres de classes populares pelo medo da cirurgia e do pós parto e suas possíveis complicações (TORNQUIST, 2003). Entre as de classe média e alta, especialmente aderidas ao movimento de humanização, esta intervenção se torna sinônimo de fracasso pessoal.

Os registros fotográficos e em audiovisual dos partos costumam ser alvo de questionamento por parte do movimento feminista e do movimento negro, por retratar a imagem, no mais das vezes, de mulheres brancas e de classes sociais mais elevadas. O embate entre classes sociais reaparece continuamente na reflexão a respeito da humanização, que parece estar bastante imbricada em uma construção social que passa por uma localização de classe, embora certamente esta não seja a única categoria de distinção entre gestantes e parturientes.

Vários dos pontos considerados como relevantes no processo de humanização são percebidos de forma diferente por mulheres de classes sociais distintas. Assim, por exemplo, Tornquist revela que o ideário do casal grávido e da participação ativa do pai, incluindo aí seu papel de acompanhante do cenário de parto, é algo predominante nas classes médias e altas. Em classes populares frequentemente a participação do marido não é desejada e as mulheres estranham a insistência por sua presença. Outras mulheres da família que já passaram pela experiência de parto são preferidas como acompanhante e o universo da maternidade e parto é percebido como coisa de mulher (TORNQUIST, 2003). As imagens de parto que constroem o ideário da humanização e se encontram

disponíveis no ambiente virtual são, em sua maioria, constituídas pela família nuclear, branca, de classe média, com a figura do pai grávido como participante ativo do cenário de parto, o que parece não ser uma realidade partilhada por todas as mulheres.

É importante atentar ao fato de que outras imagens e cenários de parto, mais inclusivas e diversas, são pouco presentes na atualidade. A homogeneização frente às expectativas maternas e familiares, desconsiderando as características específicas, individuais e sociais, de cada gestante pode levar o próprio movimento de humanização a uma desqualificação da diferença e mais uma vez a um silenciamento dos processos que se configuram de forma diversa à representada por classes abastadas. Tornquist argumenta que:

“O ideário do parto humanizado, portanto, contém paradoxos: de um lado, advoga os direitos das mulheres no momento do parto, de outro, parece estar desatento às diferenças socioculturais entre estas mulheres. Se as experiências de humanização se concentram em aspectos técnicos isolados e num modelo universalista de família e de feminilidade, no contexto de uma cultura fortemente centrada no mito do amor materno e na pesada herança higienista da medicina, pode minimizar seu grande potencial que é o do empoderamento das diferentes mulheres no que tange à sua saúde reprodutiva e sexualidade”. (TORNQUIST, 2003, p. S426)

No cenário belorizontino a tensão entre o modelo universalista e a realidade individual diversa ocorre e eventualmente se torna fator desconcertante para integrantes de equipes assistenciais humanizadas, como relata a enfermeira Sol. Algumas parturientes por ela atendidas se frustram com o atendimento prestado, que não estava de acordo com as expectativas sobre o que seria uma boa assistência ao parto. A frustração de uma parturiente que passou por um belo processo fisiológico de parturição pode ser uma incógnita de difícil solução a equipes treinadas a buscar este tipo de situação como ideal para todas as mulheres. Por outro lado, as expectativas de parturientes são muitas vezes formadas pelas assistências obstétricas prestadas no passado, que frequentemente estiveram preenchidas por decisões assistenciais desnecessárias e agressivas, que, no entanto, passam a ser percebidas, por multíparas, como a maneira correta de condução do trabalho de parto. Sol, enfermeira obstetra diz, com pesar, que algumas mulheres reclamam da tentativa da equipe de buscar o tempo fisiológico para o nascimento das crianças, pedindo por intervenções como colocação de sorinho (ocitocina), empurrar a barriga (manobra de Kristeller), o pique pra nascer (episiotomia), afirmando que foram essas intervenções que permitiram o breve nascimento de filhos anteriores. Por isso, decisões desnecessárias podem ser percebidas como cuidado e atenção à gestante, ao

invés de uma danosa intervenção sobre seu trabalho de parto. Gabriela, doula comunitária, assim comenta sua experiência junto à Santa Casa de Misericórdia:

“Mas o que mais me incomodava na relação era a utilização de termos técnicos, e na minha sensação, era exatamente pra que não soubessem. Então é como se fosse mesmo uma exclusão, o contrário da inclusão, pelo uso do poder, o poder do conhecimento ali, da informação. Quando, por exemplo, a própria enfermeira obstetra vai romper a bolsa, ela não pergunta. (...) a justificativa... esse tom me incomodava demais, é a prática da violência num tom de quem tá ajudando: “nós vamos romper a sua bolsa aqui pra andar mais rápido, tá?”. Então é como se tivesse fazendo um favor. “Vamos tirar esse menino logo!”. É como se tivesse te fazendo um favor. E a pessoa tá tão desinformada que ela pede e agradece.” (Gabriela, doula comunitária – hospital público)

Para algumas mulheres a vivência de todo o tempo necessário ao nascimento, sem as intervenções que aceleram o trabalho de parto é tida como desleixo e descuido e não raro se vê falas como ‘forçar o parto normal’, ou ‘deixar a mulher largada’ até que nasça o bebê, que já está ‘passando da hora’. Ainda que seja possível, pouco a pouco, a criação de outras imagens e expectativas compartilhadas a respeito da assistência ofertada – e por isso diminuir o impacto de não corresponder ao que as parturientes esperavam, no momento do parto – é preciso atentar para a difícil negociação que isso envolve. As intervenções são valorizadas de forma muito diferentes entre mulheres – e a classe social e a adesão à humanização parecem contribuir para essa diversificação – mas também entre essas e as equipes que as estão atendendo, o que torna possivelmente mais difícil a realização de escolhas que envolvam uma autonomia da mulher que leve à satisfação com a assistência recebida.

A idealização do parto natural e fisiológico como exemplar faz com que algumas tensões se desenrolem no campo. Até mesmo na descrição da maternidade do HDMU encontra-se colada a imagem de parto humanizado ao de parto natural, a despeito das condições pouco adequadas a um parto sem analgesia naquela instituição. Se, conforme indicado por Tornquist (TORNQUIST, 2003), algumas pesquisas indicam que o caráter natural do parto não é necessariamente atributo valorizado em classes populares, esta parece ser uma condição relevante entre mulheres do movimento de humanização em Belo Horizonte, de classes mais abastadas. De forma similar ao que a autora encontrou como hiper valorização do parto de cócoras, o movimento de humanização de Belo Horizonte parece privilegiar o parto natural, sem nenhum tipo de intervenção, como ideal a ser alcançado e celebrado quando ocorrido.

Parece ser necessário considerar dois movimentos simultâneos na análise da humanização do nascimento, que correspondem à forma como essa humanização chega até as gestantes, ponto principal de todo o movimento. Se por um lado a humanização em Belo Horizonte parece se vincular ao ideário do parto natural, relevante para classes sociais mais elevadas e, especialmente, de escolaridades maiores, este não é um ideal expresso ou perseguido por outras gestantes, atendidas por instituições de referência na humanização como o Hospital Sofia Feldman. É importante chamar atenção, nesse sentido, para o perigo do estabelecimento de ícones estáticos os quais as gestantes deveriam desejar, em uma lógica que em nada subverteria o atendimento tradicionalmente ofertado pelo sistema tecnocrático. Considerar a autonomia da mulher como princípio radical balizador de toda a assistência pressupõe, assim, lidar com a diversidade de mulheres e famílias e com as demandas, trazidas por elas, na negociação com as questões técnicas e de suporte que podem ser potencialmente ofertadas pela equipe assistencial, caso contrário, como já indica Tornquist:

“Se as mulheres não são vistas como sujeitos, sujeitos estes que advêm de culturas diferentes e que têm emoções e desejos que não são universais nem meramente mensuráveis, as medidas humanizadoras poderiam resultar em meros procedimentos técnicos, produzindo efeitos tão deletérios quanto o tratamento tecnocrático que se pretende combater.” (TORNQUIST, 2003, p. S426)

Ainda que seja necessário atentar às questões de classe e à maneira como a inserção em uma classe social diferencia o tipo de atendimento disponível e as expectativas que as mulheres possuem sobre ele, é importante garantir espaço de fala e contraposição a quaisquer das mulheres envolvidas no cenário obstétrico. A forma da violência obstétrica parece ser distinta de uma classe a outra, como Diniz já indicava: no SUS o corte por baixo (episiotomia), na saúde suplementar o corte por cima (cesariana), ambas, no entanto, revelando relações assimétricas de poder em grande parte baseada em gênero e pouco espaço de negociação para a mulher (DINIZ; CHACHAM, 2006).

As diferenças de classe social no atendimento hospitalar em obstetrícia no Brasil remontam às primeiras instituições abertas com estes fins, como a Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro. No fim do século XIX esta instituição abriu a possibilidade de haver uma ala para atendimento obstétrico na qual profissionais em formação pudessem exercer a profissão e com isso ganhar experiência no atendimento. Este tipo de serviço, no entanto, era considerado como algo que só seria procurado por

mulheres desqualificadas socialmente e prostitutas, enfrentando grande resistência por parte das religiosas e toda sorte de boicotes e abusos aos atendimentos realizados (MOTT, 2002). Aparentemente há alguma reminiscência da concepção então vigente, imputando ao serviço destinado às classes populares como objeto de treino médico e, ao mesmo tempo, como lugar onde as violências têm significado simbólico menos evidente e os abusos são praticados de forma menos escandalosa.

Outro fator histórico pode ser relevante de ser aqui resgatado. Mott indica que parte da defesa ao atendimento de gestantes pobres, no Brasil, historicamente se vinculou a atitudes beneficentes. Uma das estratégias para permitir que estas gestantes pobres tivessem atendimento diferenciado, que a permitisse maior tempo de repouso e dedicação ao filho era a alegação de sua condição como doentes, e portanto necessitando de amparo médico e social. Embora nascido com a intenção de estratégia de defesa da parturiente indigente, essa concepção se casou com o desenvolvimento do próprio conhecimento obstétrico, do corpo feminino como defectível e em débito, na comparação com o corpo masculino que então era tomado como exemplo.

A condição patológica da gravidez hoje é recuperada com vigor e a condução do processo de gestação e parto é feita com base quase exclusiva na realização de exames e aferição de medidas como a pressão arterial, peso, altura uterina. Os riscos são permanentemente os mediadores de qualquer decisão assistencial, elaborados a partir de séries estatísticas. A relevância do uso das séries estatísticas, que garantem o distanciamento das relações entre médico e paciente, bem como diminuição da pressão sobre os diagnósticos corretos, é visto por Foucault como uma estratégia construída pela área médica, em especial conexão com a valorização da instituição hospitalar como local privilegiado de atendimento. Nela a lógica das séries intermináveis de casos, que podem ser inseridos, portanto, em uma lógica ampla e não particular, permite os tratamentos sejam conduzidos de maneira a considerar os aspectos nosológicos gerais e as probabilidades de que cada quadro se apresente, liberando o médico da relação particular com o paciente em questão. Esta liberação é reforçada pelo uso da tecnologia, que assegura o atendimento ‘da melhor qualidade’, pelo uso do melhor aparato técnico disponível, ao mesmo tempo em desobriga ao caráter humano e relacional do atendimento prestado.

4.5. Trajetórias maternas e suas adesões aos sentidos da humanização.

Se para Imaz Martinez (IMAZ MARTÍNEZ, 2001), a maternidade é um momento de rito de passagem para a condição de mulher, para Tornquist essa condição de momento de virada é também percebida em pesquisas que abrangem maternidade e campesinato, mostrando que a inserção na vida de mãe garante à mulher status diferenciado frente aos familiares e a sociedade, partilhando de códigos diferenciados a partir deste momento (TORNQUIST, 2003). Também em nossa pesquisa o primeiro filho, especialmente, inaugura uma relação diferenciada da mulher com familiares, amigos e na auto percepção. A entrada na maternidade, portanto, parece ser condição relevante de mudança da identidade feminina, inserindo a mulher em um grupo diferenciado daquele ao qual anteriormente pertencia, fato também considerado por Davis-Floyd (DAVIS-FLOYD, 1994). Para a discussão da maneira como este rito de passagem se realiza no âmbito da humanização do nascimento parece importante considerar alguns aspectos. Independente da qualidade de tratamento recebida pela mulher em seu momento de parturição, algum rito de passagem ocorrerá, na construção de sua nova identidade materna. Este rito, portanto, está referido às relações sociais estabelecidas por esta mulher, no período anterior e posterior ao nascimento da criança, ainda que implicações de uma assistência danosa ao nascimento dos filhos possam originar uma série de consequências que afetam essas relações.

O debate sobre a humanização do nascimento coloca em pauta a trajetória da construção, realizada durante o período de gestação, de decisões assistenciais deliberadas pela mulher. Embora não tenha sido possível verificar nesta pesquisa a diferença existente entre os planejamentos de parto e a forma da assistência obtida ao final, para mulheres de classes sociais diferentes, esta parece ser uma característica relevante para pensar a diferença de desejos e expectativas e a diferença com que estes se configuram na prática, conforme aponta Tornquist (TORNQUIST, 2003). O rito de passagem da mulher que aderiu à humanização e realizou uma construção de trajetória assistencial a partir de sua própria reflexão sobre o cenário obstétrico será diferente. Este rito é também afetado pelas expectativas em torno da imagem de maternidade elaborada pela mulher, bem como da capacidade de ter construído uma trajetória suficiente para dar origem à situação obstétrica almejada.

A mulher de classe média e alta, que adere ao movimento de humanização do nascimento, tem estímulo à construção de uma auto-imagem de mãe relacionada ao seu percurso de empoderamento na gestação. Assim, este empoderamento se torna trunfo pessoal, e também momento de virada para uma atitude diferenciada frente às opções assistenciais a ela oferecidas, num movimento de estranhamento da naturalização de decisões obstétricas, posteriormente pediátricas, com possibilidade de expansão do questionamento para outras áreas. A oportunidade de gestação é, como diz a doula Indira, a primeira vez em que a mulher é perguntada sobre seu desejo em torno de decisões assistenciais. Para ela o fato de ter sido questionada acionou a percepção de que ela poderia, então, fazer escolhas e ter um papel de auto determinação na definição sobre si, seu corpo, sua gestação, parto e posteriormente maternidade, em um aprendizado que a permitiu se recolocar como criadora de sua condição de pessoa, mulher e mãe, em uma relação diferenciada com as assistências à saúde, em especial, mas também com outras áreas da vida. Parece haver, nesse sentido, uma diferenciação, percebida pela doula Indira, do rito de passagem ‘feito sobre o corpo da mulher’, pela via tecnocrática, com menor possibilidade de construção de espaços de negociação e estranhamento dos procedimentos assistenciais, que serve muitas vezes como adestramento dos corpos e desejos, e um rito de passagem ‘realizado através do desejo da mulher’, como manifestação de sua vontade e da busca por uma inserção ativa no cenário do parto.

Vale retomar ainda, na análise das diferentes trajetórias maternas construídas durante a gestação, o sentido de humanização como adesão ao conhecimento técnico científico, identificado por Diniz (DINIZ, 2005). Participar do debate do campo obstétrico pressupõe inteirar-se a respeito de discussões obstétricas aprofundadas, sendo capaz de se posicionar em contraposição às decisões assistenciais sugeridas pelos profissionais de saúde, como uma das principais (ou única) via possível para garantir o nascimento tal qual desejado pela mulher, com o menor grau possível de intervenção no processo. Ocorre, mais uma vez, o reaparecimento aqui da classe social, ou ao menos da escolarização da mulher como fator preponderante na possibilidade de participação neste debate. As informações e as contraposições a serem realizadas exigem grande capacidade interpretativa e de localização das informações, em uma irreal construção de autonomia sobre um conhecimento obstétrico altamente especializado. O nível de estudos demandado é imenso, e é preciso ter alguma flexibilidade de tempo para se

dedicar a ele, o que mais uma vez não é a realidade de qualquer mulher. Não por acaso as gestantes que passaram por esse processo e foram entrevistadas na pesquisa comentam da exaustão e dificuldade de acompanhamento deste conhecimento. Anna, enfermeira obstétrica, chama a atenção para o fato de que é necessário que a informação esteja compreendida pela gestante, mas também por seu acompanhante, já que podem ocorrer casos em que a mulher não estaria em condições de tomar decisões assistenciais urgentes. Os companheiros, no entanto, dificilmente entram com a mesma intensidade nos estudos obstétricos. Além de irreal a quem não foi formado nas áreas de saúde, o reforço de validação do movimento de humanização através do debate técnico acaba fragilizando justamente um argumento de defesa da diversidade, que em nada depende de uma discussão nos termos obstétricos ou da medicina baseada em evidências.

De forma geral o grande grau de expectativas sobre o evento do parto e a performance ali realizada pela gestante e familiares dá a ver as negociações de valor presentes, para mulheres que aderem ao movimento de humanização. Maria contrapõe sua experiência de ativismo à situação de uma frustrante cesariana intraparto: ela avalia que a militância não deve se confundir à vida pessoal, e sua gestação e parto não precisam ser publicamente levados como bandeira do movimento, sob pena de aumento das expectativas e da frustração da mulher, quando algo não sai como se planejava. A militância em torno do parto contribui para o aumento das expectativas sobre a performance no momento do nascimento. Dessa forma, se por um lado a multiplicação de imagens de parto é benéfica para inserir o nascimento em outros códigos de percepção coletiva, demonstrando vivências diferentes possíveis para este evento, as imagens também refletem a preocupação performática, a estética específica e a classe social como elementos relevantes da representação do movimento de humanização, reiterando seus próprios mecanismos de poder. Tornquist (TORNQUIST, 2003) não por acaso indica que a produção de material fotográfico e audiovisual é algo quase exclusivo das camadas sociais mais elevadas, e quase inexistente como desejo entre classes populares.

Ainda com relação a este tema, é importante dizer que dada a complexidade atual da assistência médica e obstétrica não é possível pensar em caminhos únicos para o debate. Cenários muito diversos se apresentam a mulheres de classes sociais diferentes, com a única congruência de serem, em geral, violentos, cada qual à sua forma. Por isso é

necessário que a ação com vistas a criar possibilidades mais humanizadas se dê considerando as distintas circunstâncias em que as mulheres se encontram atualmente inseridas. Anna, enfermeira obstetra com longo histórico de trabalho junto a hospitais do SUS decidiu pela dedicação de seu tempo a mulheres de classes média e alta, através de atendimentos particulares, uma vez que, segundo sua percepção, em Belo Horizonte essas mulheres têm menos oportunidades assistenciais respeitadas, e por isso dependem mais da existência de equipes como a dela, de parto domiciliar⁹⁷. As oportunidades do SUS, em Belo Horizonte, são, para Anna, mais diversificadas e contemplam a possibilidade de atendimentos mais respeitosos. Essa situação poderia ser avaliada com mais cautela ao se debruçar sobre a dinâmica cotidiana de maternidades públicas frequentadas por classes sociais distintas, na tentativa de compreender se esta é uma característica que origina diferenciação de atendimento pela equipe assistencial. Ainda assim, cabe ressaltar que necessidades e cenários distintos são originados por trajetórias e inserções sociais diferentes de mulheres, acarretam expectativas diversas e por isso precisam ser vistos em sua diferença, considerando os sistemas públicos e privados de saúde em toda sua complexidade.

4.6. O medo – o grande aliado

O medo aparece como grande mediador das relações assistenciais na obstetrícia. A Santa Casa de Misericórdia, aparece, nesse sentido, como exemplar da imersão em verdadeiro cenário de horror, tendo o medo como referência que pauta decisões assistenciais e formas de organização da instituição. Assim, por medo não se usa crachá, e conseqüentemente não é possível identificar com quem se está falando. A falta de informação, diálogo e segurança nas relações com a equipe de assistência faz com que o pânico seja um sentimento comum entre as gestantes, que não sabem o que ocorrerá com elas e não compreendem o desenrolar do trabalho de parto em seus próprios corpos, aumentando seu grau de ansiedade.

Durante o pré natal o medo reaparece sob a forma do risco e a condução preventiva é reiterada em todo o processo, reforçando na mulher a sensação de sua impotência e

⁹⁷ Sua equipe também realiza acompanhamento, na residência da gestante, da dilatação para a chegada no hospital em estágio mais avançado de trabalho de parto, caso não haja desejo de parto domiciliar. Em alguns hospitais, também acompanha a gestante na assistência ao parto.

preparando-a para a possibilidade de desfechos intervencionistas. No âmbito da saúde particular a taxa de 88% de cesarianas para o país (LEAL; GAMA, 2014) é alcançada, em parte, pela deliberada ação de minar a confiança no processo fisiológico, aumentando a sensação do risco, abrindo caminho para a realização rotineira de cesarianas que se adequam às agendas de profissionais e instituições.

Na avaliação sobre o local escolhido para parir, a doula Indira diz perceber hoje mulheres que tentam fugir do atendimento obstétrico da saúde suplementar, pelo medo do que receberão de tratamento nestes casos, optando pelo parto domiciliar por uma questão de auto proteção. Não é, portanto, o local onde elas se sentiriam mais seguras, mas onde percebem menor possibilidade de dano e desrespeito:

“(...) em outros lugares você não tem quem receba adequadamente, chegar num hospital e saber que você vai sofrer uma violência obstétrica e que seu parto acabou. Isso gera uma coisa que é muito perigosa, **é a escolha de o parto domiciliar não por vontade, mas por medo.** É muito diferente, porque a questão da segurança é muito pessoal, onde eu me sinto segura né. **E a mulher que não tem opção, que ela tem medo do hospital e opta por ficar em casa,** o que não é um bom resultado.” (Indira, doula particular. Grifos meus.)

O parto domiciliar se torna, assim, uma escolha para que não seja necessário entrar em conflito aberto com a equipe assistencial e correr o risco de ter um atendimento pouco respeitoso. O medo do atendimento traz como decisão a proteção da própria residência, na recusa à necessidade de submissão a uma situação assistencial pouco dialógica. Cabe, porém, se perguntar, que autonomia é dada pela formação do cenário obstétrico atual a uma mulher que opta defensivamente pelo parto domiciliar, quando não é este o ambiente em que se sente à vontade?

4.7. Financiamento da obstetrícia e características assistenciais

Uma das saídas possíveis para diminuir a pressão remuneratória sobre as decisões assistenciais, de acordo com médicos entrevistados pela pesquisa, seria a definição da assistência ao parto por profissionais do plantão das instituições. A restrição do atendimento particular, segundo eles, seria benéfica para não atrelar o tempo que precisaria ser gasto pelo profissional na assistência ao trabalho de parto e o que ele receberia de remuneração pelo serviço. Essa é uma percepção que apareceu em

praticamente todas entrevistas com esta categoria de profissionais, na qual a pressão remuneratória sobre a decisão assistencial é considerável. No entanto, a experiência das doulas e enfermeiras ao comentarem sobre o atendimento prestado em plantão consideram outros aspectos que contradizem a ideia de que esta é forma mais benéfica para um melhor atendimento à mulher. Dependendo do plantão é fonte de grande insegurança, pois não há como saber se haverá profissionais abertos ao diálogo e à negociação, em cada instituição, no momento da necessidade da parturiente. Por isso é incentivado, por doulas e enfermeiras, que haja um contato e relação com um médico de referência, mesmo que a gestante opte pela realização de pré-natal e parto com uma equipe de enfermagem, por exemplo. Este médico pode ser acionado em casos de urgência e garantir o conhecimento prévio sobre o caso da paciente e o tratamento diferenciado pelo envolvimento anteriormente estabelecido. A doula particular Indira decidiu, de forma defensiva, não atender parturientes que dependem de equipes de plantão – com a única exceção concedida a mulheres atendidas no plantão do Hospital Sofia Feldman –, diante de experiências traumáticas no acompanhamento a gestantes nessas circunstâncias. Não é sem conflito que se pensa nas características assistenciais e na relação destas com as formas de financiamento do sistema obstétrico.

A recusa ao SUS, por parte de algumas gestantes da rede privada de saúde, se relaciona a uma percepção de atendimento precário e despersonalizado, que seria sempre encontrado no sistema público, além de uma ‘hotelaria’ problemática e dificuldade em manter algum nível de privacidade em quartos coletivos. A hotelaria é um grande trunfo das maternidades privadas, que investem de forma expressiva na definição de quartos com características e nomes diferentes, cobrados a parte, diretamente da gestante. Seja a suíte de parto ou apenas o quarto onde a mulher ficará no período de recuperação e observação do pós parto, há habitualmente cobrança pela permanência nestes ambientes, que se altera conforme as condições luxuosas oferecidas em cada um deles. Os pagamentos extra nem sempre são evidentes em um primeiro momento, o que pode fazer com que surpresas desagradáveis ocorram na saída da maternidade. Em uma das maternidades de Belo Horizonte que opta por um pagamento prévio de plano para a gestante, com a possibilidade de uso de uma suíte de parto, gestantes relatam terem que desembolsar, ainda no momento de entrada na maternidade, valores extra não acordados

previamente⁹⁸, a serem pagos em dinheiro para dar sequência à admissão, gerando uma absurda peregrinação por caixas-rápido durante o trabalho de parto. Os contratos com todos os detalhes são disponibilizados no momento da entrada à maternidade e são assinados em sua maioria pelo acompanhante, que será liberado para acompanhar a gestante após dar ciência em todos os papéis, originando a possibilidade de abusos em cláusulas contratuais e a deliberada desinformação prévia, que faça com que famílias se vejam com uma dívida inesperada, cuja quantia é obrigatório quitar para receber alta da instituição.

4.8. O não lugar da Antropologia do parto

O parto como campo de debates dentro da Antropologia tem sido muitas vezes alvo de desencontros e falta de lugar de legitimidade perante pesquisadoras e pesquisadores, especialmente nos debates referidos ao gênero. Muller, Rodrigues e Pimentel identificam o ‘Tabu do Parto’, como desafio da construção deste campo de conhecimentos, fazendo uma pequena compilação de expressões e respostas de outros pesquisadores quando da apresentação de trabalhos do grupo de Narrativas do Nascer, do qual fazem parte na Universidade Federal do Pernambuco (MÜLLER; RODRIGUES; PIMENTEL, 2015). As autoras identificam crítica constante às pesquisas em antropologia do parto referidas ao retorno à biologia como um potencial feminino, o que acaba por se contrapor às fortes vertentes de gênero que buscam desconstruir qualquer relevância deste aspecto. As autoras indicam três fases diferentes da teoria feminista frente às questões de maternidade, a partir da revisão feita por Lucila Scavone (2004) e Cristina Sevens (2007)⁹⁹. A primeira fase entendia a condição de maternidade como um defeito da mulher, que a colocaria necessariamente em condição subalterna socialmente, um handicap a ser combatido. Nessa percepção, a luta pelo aborto significaria alcançar o direito pelo próprio corpo, e a possibilidade de que mulheres possam optar por nunca se tornarem mães é vista como grande conquista feminina, uma oportunidade de escolha de outros papéis sociais, até então dificilmente negociáveis. A tentativa era de eliminação, então, da associação entre mulher e corpo. O segundo momento, em início da década de 70, buscava ressignificar a condição de

⁹⁸ Os dois casos relatados virtualmente tiveram valores de R\$600,00.

⁹⁹ Apud MÜLLER; RODRIGUES; PIMENTEL, 2015.

maternidade como uma diferença que dava à mulher a condição de portadora de um poder insubstituível. Por isso as mulheres precisavam compreender as distorções do sistema patriarcal para atuar sobre elas, mas reinterpretando a potência de sua condição de maternidade. Por fim o último período que estaria ainda em curso:

“(…) com influências pós-modernas e pós-estruturalistas, traz a maternidade como contingência de poder e opressão, autorrealização e sacrifício, reverência e desvalorização. Estas supostas contradições revelariam uma necessidade de redefinições, negociações, críticas e defesas com o intento de problematizar e também integrar e reinterpretar os pensamentos anteriores, sem perder de vista que as relações sociais de dominação, para além do patriarcado, atribuem significados à maternidade.” (MÜLLER; RODRIGUES; PIMENTEL, 2015, p. 280)

As autoras percebem que mesmo diante do percurso de teoria de gênero relacionado à maternidade, há pouca adesão do movimento feminista ao debate e luta pelo nascimento respeitoso. Elas tomam como exemplo a luta contra a violência à mulher, pauta contínua de debates e ações do feminismo, que não consegue, no entanto, traçar similaridade com a violência à mulher no caso obstétrico, não engendrando, com isso, maior movimentação em torno de sua contestação. As autoras afirmam que esta pauta de debates causa estranheza entre feministas:

“Em se tratando do atual debate sobre violência obstétrica, pouca adesão da academia e dos movimentos feministas tem sido percebida. O debate sobre este tipo de violência, que conjuga problematizações quanto às questões de gênero e o poder médico, encontra resistências que demonstram desde um desconhecimento em relação ao cenário obstétrico nacional até um retorno da antiga desconfiança em relação à interface entre academia e militância.” (MÜLLER; RODRIGUES; PIMENTEL, 2015, p. 281)

Nessa perspectiva o aborto pode ser entendido como libertação feminina, ao contrário da vivência saudável da gestação e parto. A mulher como potência geradora e biologicamente diferente do homem é vista com a desconfiança de quem não quer retomar o tema da biologia na constituição de pessoas e seus papéis, ainda que em termos de gestação e parto, estas diferenças apontem inegavelmente para referências de um corpo biologicamente diferente. O tema da gestação e parto se torna espinhoso ao necessariamente pedir a revisão da forma como tem sido tratadas, até então, as questões referentes ao gênero e à maternidade. Apesar do tema gestação e parto dizer respeito prioritariamente às mulheres que biologicamente possuem a possibilidade de gestar e parir – e potencialmente o seu desejo¹⁰⁰ –, para estas mulheres está posto um cenário

¹⁰⁰ É importante dizer que o desejo de parir ou ter filhos não necessariamente é partilhado por todas as mulheres que se tornam mães. A referência a este ponto busca, no entanto, diferenciar os casos de

obstétrico violento, que nega condições fundamentais de pessoa e de mulher. Dessa maneira, enfrentar a violência obstétrica parece coadunar de forma importante com o desejo feminista de autodeterminação dos corpos e da sexualidade, do respeito à diferença e de tratamento íntegro a qualquer mulher.

Além do aspecto nocivo da assistência prestada, e do caráter de violência de gênero ali presente, existe também a oportunidade de que assistências organizadas de maneira a respeitar a integralidade da mulher tornem a experiência obstétrica e o rito de passagem à condição materna algo com caráter libertador, uma vez que condizente a uma consciência da própria autonomia. Essa inserção à condição de mãe pode ocorrer a partir de uma auto percepção mais positiva, com uma vivência benéfica de sua sexualidade, com todas as contradições que estão presentes no cotidiano de qualquer papel na atualidade.

4.9. Sobre a necessidade da inserção da diversidade no debate

A diversidade nas formas de cuidado à saúde é um desafio a ser construído, diante de disputas de poder e legitimidade, e de pouca margem de negociação e autonomia de quem recebe a assistência à saúde. O poder de regulamentação da coletividade – como o poder, por exemplo, de impedir que médicos atendam partos domiciliares ou definir qual a profissão permitida no cenário do parto – é algo a ser debatido de forma concreta, sem recorrer à infantilização do interlocutor, tampouco à sua subscrição como alguém, de antemão, menos dotado de conhecimentos que pudessem dialogar com os que formam, naquele momento, as decisões de assistência e saúde.

A constituição de qualquer política pública se beneficia pela introdução da provocação da diversidade – como pensar em cenários e pessoas diversas e atuar sobre eles dando-lhes margem de negociação para que tenham autonomia decisória –, mas as políticas de saúde são certamente particularmente sensíveis a essas questões. Ainda que as políticas voltadas para um grupo étnico específico – como, por exemplo, as políticas de saúde indígena – possam trazer possibilidades de aprofundamento sobre como trabalhar na

mulheres que, apesar de possuírem as características físicas para gerar e parir, optam consciente e deliberadamente por não passar por esta experiência.

prática com a diversidade, é pequeno o espaço que este mesmo debate possui na formação de profissionais da área médica e de enfermagem, no pensamento de políticas voltadas para outros públicos e na regulamentação da saúde pública e suplementar, onde a diversidade é menos perceptível de antemão. Aprofundar as percepções de assistências baseadas em direitos, incluído aí o direito à diversidade cultural nos cuidados à saúde pode ser uma agenda poderosa na construção de outras formas assistenciais. Estas podem passar a considerar de maneira radical a autonomia de quem está sendo atendido, além de permitir que questões sensíveis sejam colocadas por quem recebe a assistência, em uma relação direta com sua realidade, e não estabelecidas externamente por regras gerais, institucionais ou profissionais. Considerar opções assistenciais como as parteiras não formadas em curso superior como algo mais do que um tapa buraco de atuação para locais nos quais a medicina ainda não chegou, por exemplo, pode ser um bom início de uma relação respeitosa com a diferença.

No que se refere à espiritualidade, a ausência, na maior parte das vezes, da possibilidade de sua menção em uma situação assistencial, enquadra o atendimento em percepções não necessariamente compartilhadas entre equipe assistencial e público assistido. Não seria preciso que houvesse um compartilhamento de sentidos íntimos entre os dois polos, desde que fosse garantido algum espaço de negociação dos mesmos e o respeito mútuo no diálogo de verdades. A adesão ao respeito à diversidade passa pelo aumento do diálogo, e também por trabalhar com margens de negociação para que as diferenças possam ser acolhidas, ao invés de rechaçadas. Muller, Rodrigues e Pimentel fazem um bom resumo sobre a necessária discussão sobre diversidade ao debater o cenário obstétrico:

"As políticas públicas nacionais neste campo têm seguido estes preceitos, elaborando cartilhas, recomendações e legislação para que as mulheres sejam acompanhadas por quem elas desejarem, e que os bebês fiquem em contato pele a pele com a mãe, assim que nascem, sendo amamentados na primeira hora de vida. Tanto o movimento de humanização quanto as políticas públicas em saúde parecem ser carentes de uma perspectiva que dê conta da diversidade cultural. As parteiras tradicionais seguem sendo culturais demais para as políticas da saúde e muito próximas da área de saúde para serem contempladas pelas políticas culturais, permanecendo, assim, num limiar de invisibilidade (Melo; Muller; Gayoso, 2013). Aspectos religiosos e/ou filosóficos da identidade das mulheres seguem sendo muito pouco observados, o que reflete em coisas "simples" como a dificuldade de uma mulher vegetariana conseguir se alimentar durante uma internação hospitalar, mas que abrangem aspectos muito mais profundos sobre os significados do nascimento enquanto rito de passagem (Davis-Floyd, 1984; Gepshtein, 2010)" (MÜLLER; RODRIGUES; PIMENTEL, 2015, p. 284-285)

A inserção da diversidade na agenda cotidiana da assistência à saúde precisa conceber práticas diferentes, profissionais dispostos a negociar suas formas de trabalho e protocolos internos, instituições flexíveis e rotinas de trabalho que sejam construídas a partir das expectativas e aspirações de quem é atendido, e não apenas da equipe assistencial e sua comodidade. É preciso também ter clareza sobre os espaços de negociação institucional e garantir neles a entrada de quem é diretamente afetado pelas decisões com poder regulatório sobre a vida coletiva.

Para além da dimensão de inserção institucional e política da diversidade cultural, vale atentar para o fato de que o movimento de humanização, tal como se organiza em Belo Horizonte, não parece permitir um aprofundamento desta agenda de debates. A forma como a dicotomia natureza e cultura aparece na estruturação do movimento contribui para uma reificação da imagem da mulher e do feminino através de enquadramentos restritos, que por vezes condicionam a vivência plena da feminilidade à oportunidade de um retorno a uma natureza primordial, que não é, no entanto, estranhada ou questionada. As diferentes formas culturais de vivência do processo de parturição não participam do debate da humanização e no máximo há referências às figuras das parteiras tradicionais, como categoria distante no tempo e no espaço, que serve ou a lugares onde não há atendimento médico adequado ou como referência afetiva de um tempo que não existe mais. A inexistência de outros parâmetros e a permanência, por outro lado, do discurso científico como estratégia de confronto ao sistema obstétrico vigente faz com que haja uma naturalização a respeito da estrutura de parturição atual e uma dificuldade em empurrar os limites de percepção a respeito do evento do nascimento, seus sentidos e inserção social e comunitária. Ainda que haja uma defesa do parto domiciliar, por exemplo, este carrega imagens em geral bastante vinculadas a uma determinada classe social e como trunfo de mulheres empoderadas que se destacam do cenário em uma vitória individual sobre o processo. Dimensões coletivas e comunitárias são pouco presentes no debate, sendo o aspecto liberal bastante presente na forma de relação.

No que se refere à condição de empoderamento das mulheres, esta parece ser percebida como uma dimensão de vitória pessoal individualizada e dependente de uma trajetória deliberadamente construída pela mulher. A não construção desta trajetória origina a responsabilização da própria mulher, que não buscou a ajuda e as informações que a

fizessem ser capaz de fazer frente ao sistema obstétrico, o que era virtualmente acessível a todas. O retorno à responsabilização da mulher faz com que a dimensão social e de direitos seja negligenciada, emergindo em sua contraposição a dimensão individual na análise das relações estabelecidas com o campo obstétrico. Dessa maneira, a discussão, por exemplo, de políticas públicas que atuem sobre o cenário é esvaziada, enquanto sobejam relatos de parto e de trajetórias triunfantes sobre o sistema.

Fazer frente ao sistema obstétrico instituído, para o movimento de humanização do nascimento, se realiza através da complexa assimilação de conhecimentos obstétricos e da capacidade de, uma vez realizado este movimento, organizar-se em uma estrutura para impedir que a violência ocorra em seu caso. Além da escolaridade, capacidade cognitiva e da valorização da informação para contrapor-se às práticas hegemônicas, no mais das vezes proveniente do discurso da medicina baseada em evidências, a possibilidade de dedicar tanto tempo a esta trajetória e construir deliberadamente outras oportunidades assistenciais não está dada da mesma maneira para mulheres de distintas classes sociais, por exemplo. Além de não haver a possibilidade por questões práticas, o sentido desta construção não reverbera da mesma maneira entre mulheres de origens diferentes, mas estes sentidos não são pautados ou estranhados pelo movimento de humanização do nascimento.

A dimensão social não é considerada, seja no que se refere à violência instituída através de práticas de profissionais e instituições, que estão fora do campo individual de relações e possibilidade de atuação, seja no que se refere à oportunidade de questionamento e busca de vias de solução para o atual cenário obstétrico, de características aterrorizantes. O empoderamento, neste sentido, parece ter uma característica de celebração do poder da mulher. No entanto, não é uma mulher qualquer, mas circunstanciada por características sociais e educacionais, que acabam reiterando novamente uma valorização da parturiente de classes elevadas e uma desvalorização e eventual desqualificação da parturiente de classes baixas – como aquela que não realizou o mesmo percurso por escolha própria, em uma concepção bastante meritocrática. O fato de considerar o empoderamento um ato individual e potencialmente disponível a qualquer mulher desconsidera as realidades distintas em que estas se encontram e pode contribuir para marginalizar o debate obstétrico no sistema público, especialmente quando este é voltado para a categoria popular.

4.10. Produzindo conhecimento (e assistência) a partir da noção de ser afetado

Gostaria de retomar as provocações de Favret-Saada sobre afecção e produção de conhecimento antropológico e pensar sobre a possibilidade de que elas sejam expandidas para produção de qualquer tipo de conhecimento. Aceitar atravessar a barreira de ser afetado, para entrar em uma situação de experimentação do universo do outro, sendo impactado pelas mesmas forças que atuam sobre ‘os nativos’, abrindo um canal de comunicação que abranja o plano involuntário e compreenda o não dito como potência de sentido seria uma tarefa interessante a ser devolvida às ‘ciências duras’, e talvez ainda mais particularmente ao ensino e aprendizado da prática na área médica e assistencial como um todo. O lugar do afeto no desenvolvimento dos saberes e na experiência vivida é uma relevante pauta de devolução para a reflexão sobre qualquer tipo de conhecimento acadêmico. Porque não o expandirmos de forma consequente, para pensar a antropologia em particular, mas a ciência de forma geral também nos termos do que a estruturação desse conhecimento impacta na vida das pessoas e na maneira como instituições, políticas e serviços são organizados e oferecidos à população?

A invisibilidade do afeto na produção de conhecimento científico, concebido para ser objetivo, distante, externo aos fatos, asséptico, permite que os profissionais que atuam e se percebem como portadores da verdade científica transplatem a lógica da objetividade, distância, externalidade e assepsia como formas de se relacionar com seu trabalho, seja na construção de suas pesquisas e pressupostos, seja em sua prática cotidiana junto a quem recebe seus cuidados. A experimentação de outras maneiras de relação e percepção do outro podem ser poderosas construções de realidades onde o afeto seja elemento relevante e estruturante da comunicação e do cuidado. Entre todos os profissionais entrevistados que aderiram ao movimento pela humanização do nascimento, ter sido afetado por uma prática diferente, mais dialógica e interessada em quem era assistido foi ponto de virada na reflexão sobre suas próprias escolhas profissionais e a maneira como conduziam a assistência que prestavam. A formação

acadêmica parece ter sido, em todos os casos, algo que aproximava profissionais da situação de distância e suposta objetividade do modelo tecnocrático.

Se ativistas da humanização se propusessem, por outro lado, a ‘tomar um lugar no sistema nativo’ da obstetrícia destinada a mulheres de outras origens sociais, bem como de outras culturas, a provocação da diversidade poderia se desenvolver de forma mais frutífera e consequente, trazendo outros aspectos da humanização para o debate sobre sua legitimidade e complexificando as relações e possibilidades postas para o atendimento de saúde.

Permitir a oportunidade de afecção e a expansão do diálogo, como deliberada forma de intervenção no campo assistencial me parece um grande desafio a ser pensado para que nossas práticas possam se tornar mais diversas e respeitosas da autonomia de cada um dos envolvidos neste cenário, e uma bela contribuição que a antropologia pode oferecer à reflexão sobre assistência à saúde e desenvolvimento de suas políticas.

Obras Citadas

- BOURDIEU, P. Campo Científico. In: ORTIZ, R. (). 1. **Pierre Bourdieu – Sociologia**. [S.l.]: [s.n.], 1983.
- BRENES, A. C. Historia da obstetricia no Brasil: o fracasso da Escola de obstetricia para mulheres Rio de Janeiro, seculo XIX. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 18, p. 157-163, 2008.
- BRENES, C. A. História da parturição no Brasil, século XIX. **Cadernos de Saúde Pública**, v. VII, n. 2., p. 135-149, abril-junho 1991.
- CARNEIRO, R. G. Cenas de parto e políticas do corpo: uma etnografia de experiências femininas de parto humanizado. Tese de doutorado. **Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas. Doutorado em Ciências Sociais**, 2011.
- CARNEIRO, R. G. Em nome de um campo de pesquisa: antropologia(s) do parto no Brasil contemporâneo. **Vivência - Revista de Antropologia**. N.44, p. 11-22, 2014.
- DAVIS-FLOYD, R. A. D. S. G. Que valores escolhemos nesse ritual (resenha de Birth as an American Rite of Passage). **Revista de Estudos Feministas** V.2, p. 523-526, 2002.
- DAVIS-FLOYD, R. E. The Rituals of American Hospital Birth. In: _____ **Conformity and Conflict: Readings in Cultural Anthropology**. David McCurdy. 8th Edition. ed. New York: Harper Collins, 1994. p. 232-340.
- DAVIS-FLOYD, R. E. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. Resumo e tradução por Adriana Tanese Nogueira. **International Journal of Gynecology and Obstetrics. International Conference on Humanization of Childbirth**, Fortaleza, Brasil., p. 5-23, 2000.
- DAVIS-FLOYD, R.; SARGENT, C. **Introduction to the Medical Anthropology Quarterly**. American Anthropological Association. [S.l.], p. 111-120. 1996.
- DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência e Saúde Coletiva** 10(3), p. 627-637, 2005.
- DINIZ, S. G. **Repercussões da assistência ao parto na saúde sexual e nos direitos sexuais: O caso da episiotomia no Brasil**. CLAM -Centro Latino Americano em Sexualidade e Direitos Humanos. Conteúdo online disponível em <http://www.clam.org.br/uploads/conteudo/sdiniz.pdf> Acesso outubro de 2016. 2005 b.

DINIZ, S. G.; CHACHAM, A. S. O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. **Questões de Saúde Reprodutiva**, p. 80-91, 2006.

FAVRET-SAADA, J. “Être affecté”. **Revue d’Histoire et d’Archives de l’Anthropologie**, 8., p. 3-9, 1990.

FAVRET-SAADA, J. Ser afetado (tradução de Paula de Siqueira Lopes). **Cadernos de Campo**, n.13, V.13, p. 155-161, 2005.

FLEISCHER, S. Doulas como "amortecedores afetivos" - Notas etnográficas sobre uma nova acompanhante de parto. **Ciências Sociais Unisinos**, v. 41(1), p. 11-22, Janeiro-Abril 2005.

FOUCAULT, M. **História da Sexualidade I. Da vontade de saber**. São Paulo: Graal, 1999.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense universitária. 6a edição., 2004.

GOLDMAN, M. Os tambores dos mortos e os tambores dos vivos. Etnografia, antropologia e política em Ilhéus, Bahia. **Revista de Antropologia, São Paulo, USP**, V.46, nº2., p. 445-476, 2003.

IMAZ MARTÍNEZ, E. Mujeres gestantes, madres en gestación. Metáforas de un cuerpo fronterizo. **Política y Sociedad**, N.36. Madrid., p. 97-111, 2001.

IMAZ MARTÍNEZ, E. Mujeres gestantes, madres en gestación. Metáforas de un cuerpo fronterizo. **Política y Sociedad**, N.36. Madrid., p. 97-111, 2001.

JORDAN, B. **Birth in Four Cultures: A Cross-Cultural Investigation of Childbirth in Yucatan, Holland, Sweden and the United States**. 4th edition. ed. [S.l.]: [s.n.], 1993.

KARASCH, M. C. **A vida dos escravos no Rio de Janeiro (1808-1850)**. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

LEAL, M. C.; GAMA, S. G. N. **Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento. Sumário Executivo Temático de Pesquisa.** [S.l.]. 2014.

LEÃO, M. R. D. C.; BASTOS, M. A. R. Doulas apoiando mulheres durante o trabalho de parto: experiência do Hospital Sofia Feldman. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 9(3), p. 90-94, Maio 2001.

MARTINS, L. C. N. **No seio do debate – amas-de-leite, civilização e saber médico no Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Dissertação de mestrado em História das Ciências da Saúde apresentada na Casa Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz., 2006.

MEDEIROS, L. R.; STEIN, A. Níveis de evidência e graus de recomendação da medicina baseada em evidências. **Revista AMRIGS (Associação Médica do Rio Grande do Sul)**, Porto Alegre, v. 46 (1,2), p. 43-46, jan-jun 2002.

MIGNOLO, W. Os esplendores e as misérias da “ciência”: colonialidade, geopolítica do conhecimento e pluri-versalidade epistêmica. In: (ORG.), B. S. S. **Conhecimento Prudente para uma vida decente**. [S.l.]: [s.n.], 2004.

MOTT, M. L. B. A criança escrava na literatura de viagem. **Cadernos de Pesquisa - Fundação Carlos Chagas**, São Paulo, p. 57-68, Dezembro 1979.

MOTT, M. L. D. B. Madame Durocher, modista e parteira. **Estudos Feministas**. v.2, n. 3. **Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC**, Florianópolis, p. 101-116, 1994.

MOTT, M. L. D. B. Assistência ao parto: do domicílio ao hospital (1830-1960). **Projeto História - Revista do Programa de Estudos de Pós Graduated em História - PUCSP**, p. 197-219, 2002.

MÜLLER, E.; PIMENTEL, C. **Relatos da partolândia**: as narrativas em primeira pessoa e os novos sentidos possíveis para o parto. Seminário Internacional Fazendo Gênero 10 (Anais Eletrônicos). Florianópolis: [s.n.]. 2013.

MÜLLER, E.; RODRIGUES, L.; PIMENTEL, C. O tabu do parto: Dilemas e interdições de um campo ainda em construção. **Civitas**, Porto Alegre, v. V.15, n.2, p. 272-293, abr-jun 2015.

PASSOS, Â. F.; AGOSTINI, F. S. Conjuntivite neonatal com ênfase na sua prevenção. **Revista Brasileira de Oftalmologia**, v. 70, p. 57-67, 2011.

ROHDEN, F. História e tensões em torno da medicalização da reprodução. **Revista Gênero - v.6, n.1 - Programa de Estudos Pós Graduated em Política Social da Universidade Federal Fluminense**, Niterói, p. 213-224, 2006.

SANTOS FILHO, L. **História geral da medicina brasileira**. São Paulo: Hucitec - EdUSP, 1991.

SANTOS, B. D. S. Um discurso sobre as ciências na transição para uma ciência pós-moderna.. **Estudos avançados [online] vol.2, n.2.**, 1988. 46-71.

SCHMIDT, S. R. G.; SCHMIDT, A. P.; SCHMIDT, A. P. Anestesia e analgesia de parto. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 93(6 supl1), p. 110-178, 2009.

SCHWARCZ, L. M. **Retrato em branco e negro**. Rio de Janeiro: Cia das Letras, 1987.

SOUZA, H. R. Tornar-se mãe. **Civitas**, V.15, n.2, Porto Alegre, p. 342-349, abr-jun 2015.

TORNQUIST, C. S. Paradoxos da humanização em uma maternidade do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, 19 (Sup.2), Rio de Janeiro, p. S419-S427, 2003.

TORNQUIST, C. S. **Parto e Poder. O movimento da humanização do parto no Brasil**. Florianópolis, Santa Catarina: Tese de doutorado. PPGAS-UFSC., 2004.

TORNQUIST, C. S. Parto e poder. O movimento pela humanização do parto no Brasil. **Tese de doutorado. Programa de Pós Graduação em Antropologia Social. Universidade Federal de Santa Catarina.**, Florianópolis, 2004.