

UFRRJ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS
SOCIAIS

DISSERTAÇÃO

**ENTRE OS CONFLITOS E IMPASSES DO “PARTO HUMANIZADO”:
UMA ETNOGRAFIA NA CASA DE PARTO DAVID CAPISTRANO
FILHO**

JULIANA BORGES DE SOUZA

2018



UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS

**ENTRE OS CONFLITOS E IMPASSES DO “PARTO HUMANIZADO”:
UMA ETNOGRAFIA NA CASA DE PARTO DAVID CAPISTRANO
FILHO**

JULIANA BORGES DE SOUZA

Sob orientação da Prof. Dra.

ALESSANDRA DE ANDRADE RINALDI

Dissertação apresentada ao Curso do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Ciências Sociais.

SEROPÉDICA, 9 DE MAIO DE 2018

Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Biblioteca Central / Seção de Processamento Técnico

Ficha catalográfica elaborada
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

S719e Souza, Juliana Borges de, 1990-
ENTRE OS CONFLITOS E IMPASSES DO "PARTO
HUMANIZADO": UMA ETNOGRAFIA NA CASA DE PARTO DAVID
CAPISTRANO FILHO / Juliana Borges de Souza. - 2018.
136 f.

Orientadora: Alessandra de Andrade Rinaldi.
Dissertação(Mestrado). -- Universidade Federal Rural
do Rio de Janeiro, Ciências Sociais, 2018.

1. parto humanizado. 2. antropologia. 3.
conflitos. I. Rinaldi, Alessandra de Andrade, 1972-,
orient. II Universidade Federal Rural do Rio de
Janeiro. Ciências Sociais III. Título.

UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS

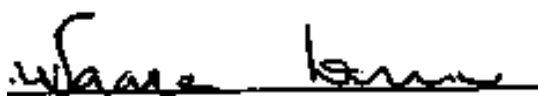
JULIANA BORGES DE SOUZA

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Ciências Sociais**, no Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais.

Dissertação aprovada em 9 de maio de 2018.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Rinaldi', is written over a horizontal line.

Prof. Dra. ALESSANDRA DE ANDRADE RINALDI (Orientadora)

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Naara Luna', is written over a horizontal line.

Prof. Dra. NAARA LUCIA DE ALBUQUERQUE LUNA - UFRRJ

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Marcos Antonio', is written over a horizontal line.

Prof. Dr. MARCOS ANTONIO FERREIRA DO NASCIMENTO - FIOCRUZ

EPÍGRAFE

“A intermitência do sonho é que nos permite suportar os dias de trabalho”.
(Pablo Neruda)

DEDICATÓRIA

Dedico à todas as mulheres,
todas as mães, todas as estudantes
e todas as trabalhadoras.

AGRADECIMENTOS

Gostaria, de antemão, agradecer...

Sei que a defesa da dissertação está longe de ser o trabalho final das nossas vidas acadêmicas, mas agradeço mesmo assim.

Agradeço, mesmo de que forma breve, pois este pedaço da pesquisa carrega toda uma rede de apoio, de pessoas, de afetos, de anseios, de alegrias, de conselhos que tive até chegar aqui.

Agradeço aos meus amigos, Ricardo Filho, Lívia Salgado e Thainá Freitas, pelas indicações de textos, pelas discussões e pelas risadas descontraídas, sobretudo pela amizade.

Aos meus amigos/as do Coletivo de Pais e Mães (COPAMA) da UFRRJ, pela força de continuar a caminhada e lutar por uma universidade mais inclusiva.

Agradeço aos companheiros de lar- Inauê, Tassia, Joshua, Taranis pela companhia.

A minha família, mãe, pai, irmãos, primos, avó, tios, afilhados. Todo o meu amor que não cabe em palavras

Ao meu companheiro Maurício, pela paciência, pelo amor, e pelas revisões críticas do trabalho e correções gramaticais.

Ao meu filho Arunã, por todo amor que sinto por ele.

Aos amigos, as mães, pais e os profissionais da área da saúde que estão envolvidos nesta pesquisa, em especial a diretora da Casa de Parto, Leila Azevedo, que autorizou a pesquisa.

Aos professores e discentes do PPGCS-UFRRJ, ao Diego Couto, ao Tiago Resende, ao Felipe Belido, pelas risadas descontraídas, ao Thiago Sardinha, pela amizade, didática e paciência para me explicar a teoria marxista. Em especial à Juliana Marques, agradeço pela troca de leituras, pela companhia, pelo carinho e sede de mudar o mundo. À Jamille Narciso, Suelem Prestes, Julia Dionísio, Michele Bezerra, Cíntia Campos, Thais Xavier, Nildamara Torres, Isis Araujo, Marlise Rosa, Cecília Ribeiro, Damaris Oliveira, Naara Luna, Flavia Braga, Carly Machado, Luena Pereira, Nalayne Pinto, a estas mulheres e tantas outras que me inspiram, o meu muito obrigada.

Agradeço ao secretário do nosso programa PPGCS-UFRRJ, o Lima sempre disposto ajudar, muito agradecida pela sua gentileza!

Ao PPGHCS-Fiocruz, em especial à Adriana Medeiros, que me compartilhou suas fotografias e companhia na Casa de Parto, ao IESC-UFRJ, a qual pude realizar disciplinas que ajudaram na reflexão desta pesquisa. Ao professor Luiz Fernando Duarte Dias (PPGAS-MN) pela mestria e que apesar do rigor nas correções, havia amabilidade em cada gesto durante as aulas proferidas na Oficina de Expressão Escrita em Antropologia no Museu Nacional. Agradeço a Olivia Hirsch pelas

conversas e indicações de leituras. Também agradeço a Marina Nucci, por compartilhar o resultado da sua pesquisa de pós-doc (COC/ Fiocruz) sobre o surgimento do hormônio sintético ocitocina e a sua chegada no Brasil.

Agradeço também a Capes e ao meu programa, pelo consentimento da bolsa de estudos. Entendo as dificuldades, principalmente após o golpe de 2016, em manter concessões de direitos. Espero ter feito jus ao investimento desta verba pública para realização deste trabalho acadêmico.

A minha querida orientadora Alessandra Rinaldi, pela leitura do texto, pelas indicações, pelos ensinamentos, pelo incentivo, pelo amor, carinho e cuidado que sempre teve. Certa vez li uma metáfora sobre o útero materno. Este órgão é aquele que “acolhe”, “protege” e “abriga” o filho durante a gestação, ao mesmo tempo é aquele que contrai para “expulsa-lo” do corpo materno, dando aquele novo ser vida própria, deixando tecer o seu próprio caminho. Acho que esta ideia cabe na relação com a Alessandra, pois ao mesmo tempo, ela sempre está disposta a cuidar, a proteger, a acolher suas filhas que academia trouxe ao longo desta jornada. Ela ao mesmo tempo incentiva-nos a trilhar os nossos próprios caminhos.

Agradeço a banca, professora Naara Luna e professor Marcos Nascimento, por aceitar o convite, pelas críticas valiosas e participação deste processo de trocas de conhecimentos.

Gratidão a todos!

RESUMO

A presente pesquisa tem por objetivo compreender os sentidos sobre “parto humanizado” “parto biomédico” e sobre a “violência obstétrica”. Para tanto, a pesquisa dedicou-se à genealogia dos termos e das práticas, visando apreender consensos e dissensos sobre os temas na cidade do Rio de Janeiro. Além disso, foram realizadas pesquisas etnográficas em uma audiência pública na Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro, intitulada “Parto humanizado e o direito da escolha” e na Casa de Parto David Capistrano Filho, com o propósito de observar como se configuram os diferentes saberes e práticas do campo da medicina e da enfermagem em relação ao “parto humanizado”; além disso, como se dão conflitos e impasses em um ambiente “humanizado”. Houve a intenção de observar como as diferentes visões acerca do “parto biomédico” e do “parto humanizado” se concretizam em espaços públicos e políticos. Por fim foram realizadas 13 entrevistas com semiestruturadas com das usuárias/o da Casa de Parto e de agentes de áreas biomédicas, visando suas percepções sobre os temas em tela. Foi possível perceber as múltiplas facetas do termo “parto humanizado” e as disputas entre os atores envolvidos sobre a gerência no corpo feminino e na sua reprodução.

Palavras chave: gênero, humanização, medicalização.

ABSTRACT

The present research has the objective of dealing with questions related to the senses about "humanized labor", "biomedical labor" and "obstetric violence". In order to achieve this goal, a research was developed dedicated to the talk about the genealogy of terms and practices, aiming to seize consensuses and associations about the themes in the city of Rio de Janeiro. In order to refine our research and data, an ethnographic survey was conducted during a public hearing at the Legislative Assembly of the State of Rio de Janeiro entitled "Humanized Childbirth and Right of Choice" and at the David Capistrano Filho Childbirth Center. The methodology adopted was aimed at observing and analyzing how the different knowledge and practices of the field of medicine and nursing in relation to "humanized childbirth" are triggered and organized. In addition, we tried to understand how conflicts and impasses occur in a "humanized" environment. During the ethnographic process, we also seek to observe how the different views on understand the "biomedical childbirth" and "humanized labor" become concrete in public and political spaces. As a final step of this process, 13 semi-structured interviews were conducted with some of the users of Casa de Parto and some agents in biomedical areas, aiming to capture their perceptions about the themes of this research. It was possible to notice the multiple facets of the term "humanized childbirth" and the disputes between the actors involved in the management of the female body and its reproduction.

Keywords: gender, humanization, medicalization

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS	10
LISTA DE FIGURAS	11
LISTA DE SIGLAS.....	12
 INTRODUÇÃO	 13
 1- A parturição no Brasil : Tecnologias obstétricas em disputa, medicalização e violência obstétrica.....	 23
1.1 - As tecnologias obstétricas - das formas de parto e cuidado com o gestar e o parir.....	23
1.2 - Medicalização do corpo.....	27
1.3- A crítica hegemônica e contra hegemônica.....	30
1.4-Corpo feminino invadido: a violência obstétrica.....	32
 2- Respostas à medicalização.....	 38
2.1- Humanização da assistência ao parto.....	38
2.2 - A Humanização das práticas no âmbito internacional.....	39
2.3- As Políticas de Atenção à Saúde da Mulher no Brasil.....	41
2.4- Parto humanizado e o direito feminino, as controversas da rede cegonha.....	47
 3- Audiência pública : "Parto humanizado e o direito da escolha"	 51
3.1- A Assembleia Legislativa do Rio de Janeiro.....	60
3.2- Uma breve descrição: As múltiplas vozes femininas e a produção da política.....	61
3.3 -Quem tem direito ao parto humanizado?.....	63
3.4 – A invenção da cesariana e o empoderamento e seu paradoxo: a violação do corpo da mulher.....	65
3.5 – Os cuidados femininos e a gestão da reprodução.....	70

4-CASA DE PARTO.....	77
4.1- A entrada no campo.....	77
4.2- Sobre a Casa de Parto David Capistrano Filho.....	79
4.3 - A parturientes e a chegada à Casa de Parto.....	86
4.4 O funcionamento dos grupos.....	90
4.4.1- Os grupos gestacionais iniciais.....	93
4.4.2.1 -Os grupos mais avançados: as técnicas.....	94
4.4.2.1-Grupo de Amamentação.....	94
4.4.2.2 -Os grupos mais avançados: as técnicas.....	96
4.4.2.2-Grupo de Trabalho de parto e Tecnologia do parto.....	96
4.4.3 Chegando a hora: Chá do Parto.....	99
4.4.4 Grupo dos pais.....	101
4.5- A construção da “Rede de Apoio à Casa de Parto”	102
4.6 Do Público ao Comunitário: O Dia da Reforma da Casa de Parto.....	104
4.7 Parto: Para além do corpo	105
 5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	 107
6- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	111
7- ANEXOS E APENDICES.....	127

LISTA DE TABELA

Tabela 1.	Relação das pessoas entrevistadas na Casa de Parto David Capistrano	David Filho	76 – 77
			

LISTA DE FIGURAS

Figura 1.	Convocação da audiência pública ".....	58
Figura 2.	Chamada para a audiência pública.....	58
Figura 3.	Página Virtual do Movimento "Meu corpo, minhas regras, nossas escolhas"	59
Figura 4.	Presidente da Plenária.....	62
Figura 5.	Representante das Doulas.....	62
Figura 6.	Mesa da Plenária.....	62
Figura 7.	Casa de Parto.....	81
Figura 8.	Serviços da Casa de Parto.....	82
Figura 9.	Sala de pré-consulta.....	83
Figura 10.	Sala de recepção	83
Figura 11.	Parede com agradecimentos.....	84
Figura 12.	Relatos de agradecimentos à Casa.....	85
Figura 13.	Sala dos grupos.....	90
Figura 14.	Roda de conversa.....	90
Figura 15.	Cavalinho.....	98
Figura 16.	Banquinho.....	98

LISTA DE SIGLAS E ABREVIações

Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
Alerj	Assembleia Legislativa do Rio de Janeiro
Aben	Associação Brasileira de Obstetrizes e Enfermeiros
Abenfo	Associação Brasileira de Obstetrizes e Enfermeiros Obstetras
AISM	Atenção Integral à Saúde da Mulher
CP	Casa de Parto
Cebrap	Centro Brasileiro de Análise e Planejamento
CFM	Conselho Federal de Medicina
CBO	Classificação Brasileira de Ocupação a
CONEP	Comissão Nacional de Ética de Pesquisa
CEP	Comitês de Ética em Pesquisa
CNTUR	Confederação Nacional do Turismo
Cofen	Conselho de Enfermagem
Coren	Conselho Regional de Enfermagem
Cremerj	Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro
EACH	Escola de Artes, Ciências e Humanidades
MS	Ministério da Saúde
MR8	Movimento Revolucionário 8 de Outubro
ONU	Organização das Nações Unidas
OMS	Organização Mundial da Saúde
PC do B	Partido Comunista do Brasil
PAISM	Programa de Atenção Integral de Saúde da Mulher
Psol	Partido Socialismo e Liberdade
Rehuna	Rede Nacional para a Humanização do Parto
SUS	Sistema Único de Saúde
STF	Supremo Tribunal Federal
UFRRJ	Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Unicamp	Universidade Estadual de Campina

INTRODUÇÃO:

O presente trabalho se propõe a consolidar minhas reflexões acerca de um processo que teve sua gênese em 2014, momento o qual me descobri grávida e, por conta disso, aproximei-me de outras mulheres que igualmente realizaram o pré-natal e parto no sistema público de saúde. A partir do relato dessas mulheres acerca de suas experiências perante o parto, iniciei minha jornada antropológica sobre essa temática.

As mulheres com as quais dialoguei frequentemente relatavam algum tipo de sofrimento proveniente de mau atendimento nas unidades de saúde. Dentre esses relatos alguns se destacaram, como foi o relato de Beatriz: “... *fiquei mais de vinte horas em trabalho de parto, sem direito a ingestão de alimentos, de acompanhante e junto de várias pessoas na mesma situação...*” fazendo-a se sentir como se estivesse prestes a ser “*abatida em um matadouro*”. Outra interlocutora, Iara, ao descrever o momento do parto, disse: “...*amarraram minha mão, subiram em cima de mim e amassaram minha barriga...*”. Possivelmente Iara foi submetida à “Manobra de Kristeller”, uma pressão fúndica que ocorre quando o médico ou a enfermeira faz pressão com o antebraço sobre o abdômen da parturiente para acelerar o parto, técnica essa já banida pelo Ministério da Saúde e não recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

Esses e outros casos revelam a chamada “violência obstétrica”. Tratando-se da prática de violência na gestão da vida (FOUCAULT 1979) pautada por um ato institucional, promovido no setor da saúde que pode abranger desde o pré-natal até a posterior assistência ao parto. Essa categoria, de acordo com Mendonça (2014) foi utilizada por ativistas da “humanização do parto e do nascimento” para nomear diversos procedimentos médicos realizados durante o parto e que são padrões nas redes hospitalares, indicando-os como métodos indesejáveis e realizados sem real indicação ou comprovação científica ou sem o uso da medicina baseada em evidências¹.

1 “Humanização como a legitimidade científica da medicina, ou da assistência baseada na evidência (evidence-based, orientada pelo conceito de tecnologia apropriada e de respeito à fisiologia). É considerada pelos iniciados como o padrão ouro; a prática orientada através de revisões sistemáticas

Em pesquisas apresentadas no livro “Mulheres brasileiras e Gênero nos espaços público e privado”² alguns autores afirmam que uma em cada quatro mulheres sofrem alguma forma de violência³ durante o parto. Segundo esses estudos, “os tipos de violência mais comuns são gritos, procedimento doloroso sem consentimento ou informação, falta de analgesia e até negligência”.

É interessante observar que “a imposição de intervenções danosas à integridade física e psicológica das mulheres nas instituições, e por profissionais, em que são atendidas, bem como o desrespeito a sua autonomia” (ARTEMIS, 2015) são muitas vezes ressignificadas, convertendo-se em demandas por direitos⁴. À luz do conceito de economia moral cunhado por Fassin (2014)⁵, objetivei pensar *como a produção de política a favor de uma “humanização” e assistência ao parto está suportada na ideia de que parturientes são corpos em sofrimento*

A princípio a escolha sobre a temática “humanização do parto” e conflitos entre os profissionais envolvidos na assistência no parto se deu quando soube que a ANVISA⁶ tentou fechar a Casa de Parto em 2009, em consequência de rumores de que em uma CP as mulheres e seus bebês morrem porque não são atendidas por

de ensaios clínicos randomizados, em oposição à prática orientada pela opinião e tradição. Em DINIZ, Carmen Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. Ciência saúde coletiva, v. 10, n. 3, p. 633, 2005

² Publicado em 2010 e organizado pela fundação Perseu Abramo e pelo SESC SP O livro é dividido em temáticas são: Percepção de Ser Mulher: Feminismo e Machismo; Divisão Sexual do Trabalho e Tempo Livre; Corpo, Mídia e Sexualidade; Saúde Reprodutiva e Aborto; Violência Doméstica e Democracia, Mulher e Política. A pesquisa tem caráter quantitativo, com uma narrativa a fim de demonstrar a condição da mulher brasileira na atualidade, com um tom de uma certa denúncia. Ver em http://www.efpa.com.br/telas/produtos/detalhes.asp?Id_Produto=320

³ ABRANO, Fundação Perseu. Violência no parto: Na hora de fazer não gritou. Disponível em: <<http://novo.fpabramo.org.br/content/violencia-no-parto-na-hora-de-fazer-nao-gritou>>. Acesso em: 20 maio 2015.

⁴ Como a ideia do direito da presença dos acompanhantes durante o parto, previsto na Lei Federal nº 11.108, de 07 de abril de 2005, ou como a ingestão de alimentos etc.

⁵ Economia de valores e normas morais de um dado grupo em um dado momento” (Fassin, 2014, p.5) que visa legitimar políticas estatais

⁶ “Em 2009, a Vigilância Sanitária do Estado do Rio de Janeiro interditou a Casa de Parto alegando que não havia licença sanitária e condições para o seu funcionamento. Tal fato mobilizou entidades sociais em defesa da humanização do parto e do direito de escolha mulher por locais diferenciados do hospital no momento do parto que resultou na concessão de licença de funcionamento da Casa de Parto David Capistrano Filho pela Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil, representada pela Superintendência de Vigilância Sanitária, por meio da Portaria Estadual n.287, de 17 de novembro de 2009.” PEREIRA, Adriana Lenho de Figueiredo et al. ASISTENCIA MATERNA E NEONATAL EN LA CASA DE PARTO DAVID CAPISTRANO FILHO, RIO DE JANEIRO, BRASIL. **R. Pesq.: Cuid. Fundam**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 4, p.2905-2913, 01 fev. 2017.

médicos/as, e sim, por enfermeiros/as obstétricas⁷. Na época houve mobilizações a favor da Casa de Parto e notas públicas por associação de médicos contra a existência das Casas de Parto. Esta Casa, em particular, conseguiu manter funcionando após o ocorrido. Outro marco importante para esboçar este trabalho, foi que em 2012 o Conselho Regional de Medicina publicou duas resoluções: 265/2012 e 266/2012. A primeira impede que médicos atuem em partos em casa ou em Casas de Parto. Já a segunda proíbe a entrada de doulas, parteiras e obstetrícias em hospitais/maternidades. Estas resoluções geraram polêmicas entre os conselhos de medicina e de enfermagem que irei refletir ao longo do trabalho.

O presente trabalho de dissertação é o desdobramento da etnografia que realizei na Casa de Parto David Capistrano Filho, no bairro de Realengo, em meu trabalho de conclusão de curso de graduação. Fiz o curso de graduação em hotelaria e ao longo da minha vida acadêmica me interessei pelas Ciências Sociais, mais especificamente a Antropologia. Por intermédio da minha orientadora, fui apresentada aos estudos sobre gênero, parentesco, sexualidade e feminismos. Diante disso, busquei relacionar com trabalhos em grupos de extensão e de pesquisa na universidade que fossem voltadas as estas temáticas. Com o Núcleo de pesquisa sobre Cultura, Identidades de Subjetividade, o grupo de extensão Coletivo Feminista Maria Vem com as Outr@s e Coletivo de Pais e Mães da UFRRJ, tive a oportunidade de realizar pesquisa de iniciação científica sobre a adoção, na graduação, por meio de estudos de antropologia jurídica. A ideia era analisar como se dava as adoções pleiteadas por casais homossexuais, após decisão de 2011, a qual o Supremo Tribunal Federal reconheceu como união estável a relação de pares homossexuais. A proposta foi receber os efeitos da decisão nos processos de adoção no Fórum da Infância e da Juventude do Rio de Janeiro, além das etnografias dos grupos de apoio à adoção.

Inspiradas pelas reflexões da antropologia e dos conceitos da “hotelaria hospitalar”, na pesquisa anterior estava interessada na gestão hospitalar dentro do conceito de “hotelaria hospitalar”. No que diz respeito à hospedagem, hospitais e

⁷ E nessa mesma época, em 2009 foi elaborada uma pesquisa, afim de “provar” que na Casa de Parto David Capistrano Filho é um lugar seguro para nascer. Os resultados mostraram que, dentre os atendidos 1477 partos normais em 2009, houve duas mortes neonatais e 1475 nascidos vivos e sem nenhum óbito materno (PEREIRA, AZEVEDO, MEDINA, LIMA, SCHOETER, 2009).

hotéis (podem ser pensados como análogos⁸) me suportei na resolução da Confederação Nacional do Turismo (CNTUR) número 1.118, de 23 de outubro de 1978 que define o “estabelecimento de hospedagem, como serviços parciais de alimentação, no qual se alugam quartos, ou vagas, com banheiros privativos ou coletivos, asseguradas às condições mínimas de higiene e conforto”⁹. Boeger (2008) diz que o conceito de “hotelaria hospitalar” surge no século XX, “baseada na nova tendência de valorização do paciente, buscando satisfazer necessidades e desejos dele e de seus familiares”. Este conceito é recente, surge em 1990 no primeiro Congresso Brasileiro de Hotelaria Hospitalar. Em e, em 2000, é criada a Sociedade Brasileira de Hotelaria Hospitalar. Uma das definições do conceito, de acordo com Boeger, seria a “reunião de todos os serviços de apoio, que associados aos serviços específicos, oferecem aos ‘clientes internos’ e ‘externos’ conforto, segurança e bem-estar durante o seu período de internação” (p.19).

A Casa de Parto David Capistrano Filho funciona em oposição aos procedimentos médicos “tradicionais”. Não há presença de médicos e, nos pré-natais as enfermeiras indicam métodos não-farmacológicos às parturientes. A unidade remete à ideia de casa, com três suítes, uma sala de espera com uma televisão, uma estante de bambu e paredes rosa claro com fotos das famílias que

⁸ De acordo com o Ministério da Saúde (1965) refuta a ideia da etimologia do termo hospital, remetendo a relação - hospitais e hóspedes – o qual tem a mesma derivação, desta forma criando interligações entre os conceitos. “A palavra hospital é de raiz latina (Hospitalis) e de origem relativamente recente. Vem de hospes – hóspedes, porque antigamente nessas casas de assistência eram recebidos peregrinos, pobres e enfermos. O termo hospital tem hoje a mesma acepção de nosocomium, de fonte grega, cuja significação é – tratar os doentes – como nosodochium quer dizer – receber os doentes. Outros vocábulos constituíram-se para corresponder aos vários aspectos da obra de assistência: ptochodochium, ptochotrophium, asilo para os pobres; poedotrophium, asilo para as crianças; orphanotrophium, orfanato; gynetrophium, hospital para mulheres; zenodochium, xenotrophium, refúgio para viajantes e estrangeiros; gerontokomium, asilo para velhos; arginaria, para os incuráveis. Hospitium era chamado o lugar em que se recebiam hóspedes. Deste vocábulo derivou-se o termo hospício. A palavra hospício foi consagrada especialmente para indicar os estabelecimentos ocupados permanentemente por enfermos pobres, incuráveis e insanos. Sob o nome de hospital ficaram designadas as casas reservadas para tratamento temporário dos enfermos. Hotel é o termo empregado com a acepção bem conhecida e universal. No concílio de Orleans, ocorrido em 549, o Hôtel Dieu de Lyon, criado em 542, por Childebert, foi designado sob o nome de xenodochium. Era destinado a receber pobres, órfãos e peregrinos. Vários “hospitais” para escolares e peregrinos foram criados em Paris – o hospital dos escolares de São Nicolau do Louvre, em 1187; o hospital do Santo Sepulcro, em 1326, para receber peregrinos de Jerusalém; o hospital de Santa Catarina, para abrigar apenas por três dias os desocupados. O termo hospital era, pois, impreciso, nesta época, em relação ao conceito atual”. (MINISTERIO DA SAUDE 1965) **HISTÓRIA E EVOLUÇÃO DOS HOSPITAIS.** 1965. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_08.pdf>. Acesso em: 1 jan. 2015.

⁹Disponível em Diário oficial. **Resolução CNTUR 1.118.** Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/diarios/3389812/pg-59-secao-1-diario-oficial-da-uniao-dou-de-09-11-1978>>. Acesso em: 20 mai. 2015.

tiveram filhos naquele local. Há grupos educativos diários organizados pela equipe composta por enfermeiras obstétricas¹⁰ e residentes em enfermagem.

Naquele contexto, do trabalho de graduação, a ideia era analisar as estratégias operacionais, sobretudo junto aos profissionais da saúde da Casa de Parto. Já a presente dissertação visa compreender a produção de discursos dos profissionais e das usuárias do Centro de Parto Normal - Casa de Parto David Capistrano Filho, sobre as formulações dos sentidos da “humanização do parto”. Procuro entender o que leva as pessoas a buscar essa via alternativa de parto, mais especificamente o que as pessoas procurarem neste espaço de produção do “parto humanizado”.

Por conseguinte, à proposta elencada, viso nessa pesquisa investigar como se configuram os conflitos¹¹ e impasses no ambiente “humanizado”, analisando a percepção dos enfermeir(as) obstetras da Casa de Parto no que tange aos campos da medicina e da enfermagem. Parto do pressuposto de que o que está em questão é uma disputa de poder/saber¹² acerca do parto. A partir dessa premissa, creio que médicos e enfermeiros disputam o monopólio da verdade sobre os corpos femininos e sua reprodução. De outro ponto de vista, olhando para as mulheres que optam pelo “parto humanizado”, acredito que, compartilham da ótica de que seus corpos estão ligados à “natureza”¹³ pura.

Assim, para além da reflexão circunscrita à Casa de Parto, almejo diferenciar os sentidos inerentes ao “parto humanizado” e ao “parto medicalizado”; identificando os espaços políticos de conflito dos saberes da área médica e da enfermagem. Busco analisar as dimensões dos conflitos entre instituições -Conselho Regional de Medicina e o Conselho Regional de Enfermagem, ambos do Rio de Janeiro- que regulamentam as práticas da saúde à luz da análise sobre o tema apreendendo o

¹⁰ Me refiro no gênero feminino, pois existe apenas um enfermeiro obstétrico.

¹¹ Entendo aqui “conflito” nos termos do sociólogo Simmel. O conflito como uma forma de sociação, ou seja, é constituinte da sociedade. É na decorrência de ações e reações dos indivíduos entre si, nas interações, nas relações de oposição, nas cooperações, nas contradições, nos consensos etc. Em **Simmel, G.** Questões fundamentais da sociologia. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2006.

¹² Ver em FOUCAULT (1979)

¹³ Como Tornquist argumenta, o conceito de natureza, aparece como uma alternativa aos valores atribuído a explicações biomédicas, aproximando de concepções fisiológica e naturalista do corpo. TORNQUIST, Carmen. Armadilhas da nova era: natureza e maternidade no ideário da Humanização do parto. Estudos Feministas, n. 2, p. 483-492, 2002.

que entendem por “ato médico”, “parto”, “violência”, “reprodução”, “corpo”, “natureza” e “direitos da mulher”.

Justificativa e fundamentação teórica:

É nessa direção que surge a presente pesquisa, cuja proposta pretende ampliar as reflexões sobre natureza e cultura (cf. STRATHERN,1995; ALZUGUIR, NUCCI ,2015, FONSECA, 2004; HEILBORN, 2003; LUNA, 2007; MARTIN, 2006; ORTNER, 1979; ROHDEN, 2006; TORNQUIST, 2002 et al), além dos estudos sobre violência, gênero e instituições estatais (VIANA, LACERDA,2004; RINALDI, 2012 et al) assim, como sobre o campo da gestão dos corpos femininos.

É importante sublinhar que é extensa a literatura científica sobre *parto*, *humanização do parto* e *violência obstétrica* capaz abranger discussões que articulam saberes antropológicos, históricos e ligados a área da saúde que muito contribuiu para o presente estudo. Dessa forma, pauto-me em pesquisas como o da antropóloga Carneiro (2014) a qual fez etnografia em dois grupos de preparação para o parto humanizado, um institucional vinculado ao um hospital universitário na cidade de São Paulo e outro grupo independente. Ela traz concepções do que seria o “parto natural”, “mais natural” ou “humanizado” a partir das narrativas das mulheres que compunham o grupo. Sendo assim, sua a ideia foi refletir sobre aquelas ditas adeptas as concepções do “parto humanizado” em detrimento da cesariana. Dessa forma conseguiu trazer uma pluralidade nos sentidos e nas práticas do que poderia ser considerado “humanizado”.

Auxilia-me também a análise da pesquisadora Hirsch (2015) que realizou em seu trabalho de doutoramento a análise de campo em dois grupos educativos sobre “parto humanizado” para mulheres do Rio de Janeiro em camadas de classes sociais distintas. Sendo uma na rede pública de saúde, na Casa de Parto David Capistrano Filho localizada na Zona Oeste do RJ e um grupo privado de preparação ao parto coordenado por doulas na Zona Sul do RJ. A ideia da pesquisadora era analisar como o projeto da “humanização do parto” ocasiona interpretações distintas nas mulheres e de que forma a classe social interferia nas subjetividades das

mesmas. A proposta da autora foi analisar como essas mulheres significam e vivem a parturição, a partir da distinção do mundo social.

A metodologia da pesquisa

A partir desses estudos indicados acima, e de uma mistura entre momento de vida e interesse de pesquisa, quanto a seus fins e meios, me propus uma pesquisa etnográfica na Casa de Parto David Capistrano Filho e na audiência pública “parto humanizado e o direito da escolha”, contando com uma descrição densa, portanto “um trabalho árduo de observação”, elaborando sentidos e significados nesse espaço de atenção à gestante (GEERTZ, 1998). Realizei observação participante e entrevistas semiestruturadas com os atores envolvidos - enfermeiras, técnicos, usuárias e usuários. Nesse universo busquei aprender as visões sobre o “parto medicalizado” e o “parto humanizado”. Os entrevistados desta pesquisa são oito funcionárias e cinco usuários, sendo quatro mães e um pai; a escolha dos entrevistados foi determinada pela disponibilidade das pessoas em conversar depois do expediente de trabalho, além de realizar observação participante nos grupos educativos da Casa de Parto.

Minha entrada no campo se deu a partir dos contatos que havia feito enquanto realizava o meu pré-natal na instituição, no período de janeiro a junho de 2014. Acompanhei durante minha pesquisa de monografia, no ano de 2015, duas moradoras gestantes da residência estudantil da UFRRJ que conheci por meio de conversas a qual relataram que estavam fazendo pré-natal na Casa de Parto.

Voltei a campo em janeiro de 2017, juntamente com o parecer favorável da Comissão de Ética¹⁴ da UFRRJ, após novo pedido formal junto à diretoria da Casa de Parto, onde fui prontamente autorizada a realizar a pesquisa.

¹⁴ Sobre a dimensão ética do uso de nomes anônimo Fonseca nos provoca a pensar que ao usarmos nomes fictícios nos nossos pesquisados para preservá-los, na medida que os dados são de domínio público, o anonimato não é fundamentalmente aceito como uma forma apenas de “respeito”. Pois tem aqui um ponto de negociação com seus informantes, o que pode passar a ideia de que tem algo para camuflar. Havendo a dissimulação dos nomes de pessoas ou de determinado grupo. Existe a tendência de que isto dê “a mesma impressão que trazem os rostos borrados ou as tarjas pretas cobrindo os olhos que vemos em filmes e fotos de jovens infratores” (2008, p. 49). Apontando ocasiões etnográficas nas quais apareceram juízos de valores dos seus pesquisados, Fonseca diz que ao conservar os nomes autênticos dos informantes era implícito a ideia de que eram “cidadãos

A Casa de Parto funciona como um centro de referência de parto normal e é conduzida por enfermeiras obstétricas e têm atendimento com uma assistente social e uma nutricionista. São divididas em consultas de pré-natal e grupos educativos, além da roda de conversa da Casa. Todos os dias têm algum grupo sendo divididos a partir da idade gestacional. Os primeiros meses de gestação são direcionadas as temáticas de vínculo, gênero, direitos etc. Os primeiros grupos são organizados através de temas voltados as questões mais subjetivas, já os grupos voltados às gestações mais avançadas norteadas para as técnicas corporais (MAUSS 1984) ¹⁵, cujo propósito é educar as futuras mães através de oficinas de amamentação, trabalho de parto, tecnologia do parto etc. Além desses, acompanhei algumas rodas de conversas, que ocorrem no pós-parto.

Apesar de já ter aberto um diálogo por conta do meu envolvimento supracitado, houve certo estranhamento por parte das profissionais sobre a minha presença no campo. Talvez por não ser da área de saúde, por vezes acreditavam que estava no curso de “serviço social”, ou que estaria ali, pois supostamente poderia estar grávida. Também não havia compreensão do método de pesquisa etnográfico, me questionaram sobre o tempo que estaria pesquisando, o que eu pretendia com a pesquisa, mostrando um ar de desconforto. Havia, no começo da

honestos”, ao passo que as outras pesquisas em que fantasiam os nomes foram subentendidos com a imagem dos “bandidos”. Penso, como apontado por Fonseca, que não necessariamente devemos naturalizar algumas questões éticas, pois, a exemplo dos nomes fictícios, pode ser vista pelos pesquisados como uma política discriminatória enquadrando os estereótipos que buscamos interrogar. No entanto, Fonseca (2008,p.49) baliza que, escolher pseudônimos em etnografias é, de certa forma, uma maneira de nos advertimos a nós próprios que não trazemos a ambição de restabelecer uma adequação ao “realismo total” na escrita; usando o conceito de Geertz, na etnografia, “é a realidade das vidas sendo descritas que dá sentido ao exercício acadêmico”. Para realização deste trabalho optei por usar nomes reais nas pesquisas relacionados as arenas públicas (como o nome da diretora da Casa de Parto e componentes da Assembleia Publica) e os nomes fictícios nas entrevistadas que realizei na Casa de Parto, mas informei antes aos entrevistados, caso quisessem manter os nomes reais, respeitaria a vontade dos informantes.

¹⁵ Para Mauss (1984, p.401) o corpo não é entendido apenas como uma perspectiva biológica, mas como uma construção social. A técnica é a " expressão das maneiras pelas quais os homens, de sociedade a sociedade, de uma forma tradicional, sabem servir-se de seu corpo"(p.401). Para tanto, é necessário que seja eficaz e tradicional. As técnicas corporais variam entre as sociedades, pela geração, pelo modo de ensinamento, como a técnica de nadar, de andar, de dormir etc. As técnicas do nascimento e da obstetrícia são as posições do parto, o local de parir, os cuidados com a mãe, os cuidados com as crianças, a amamentação etc.

pesquisa, uma resistência dos profissionais em falar comigo, com o tempo a desconfiança foi se diluindo¹⁶.

A princípio, havia escolhido mais dois espaços hospitalares para realizar a pesquisa - Maternidade de Seropédica e Hospital da Mulher Mariska Ribeiro- os quais tentei fazer campo, porém sem êxito. Na primeira instituição fui até a Secretaria de Saúde de Seropédica, em dezembro de 2016, e deixei o pedido para realização da pesquisa acompanhado com protocolo de aceite da comissão de ética da UFRRJ. Em janeiro de 2017, recebi a ligação de uma funcionária da Secretaria que me informou que era preciso ir pessoalmente até a Direção da Maternidade para fazer a solicitação da pesquisa. Encaminhei-me até lá e solicitei ao diretor da maternidade, no entanto, foi negado o pedido. Contudo, por conta da mudança na direção da maternidade, devido ao resultado das eleições municipais, cheguei a fazer novo pedido solicitando a entrada da pesquisa, mas, igualmente, sem sucesso. Já na segunda instituição, tive que submeter o pedido a um processo interno no hospital. Em janeiro de 2017, dei entrada no processo para passar pelo comitê de ética do Hospital da Mulher Mariska Ribeiro e aguardaria o retorno para dar início no trabalho de campo. Foi aceito em setembro de 2017, mas, por conta do tempo, optei por não realizar a pesquisa.

Sobre a divisão e organização dessa dissertação, a mesma está dividida em quatro partes. No primeiro capítulo tenho a intenção de contextualizar a produção no saber médico, mais especificamente o saber obstétrico a partir do séc. XIX. Abordo como as formas de parto e de cuidado com o gestar e o parir entram em disputas ao longo da história e como isso chega no Brasil.

No segundo capítulo tenho a intenção de analisar o debate sobre “humanização” na saúde no contexto internacional e nacional. Analiso como se deram as políticas públicas voltadas para área da “humanização” da saúde no contexto brasileiro; e como o assunto do “parto humanizado” e a invenção do conceito de “violência obstétrica” surgem e as suas dimensões ambíguas.

¹⁶ No final dos grupos educativos sempre há momentos para registrar pelas câmeras dos celulares das enfermeiras, as fotos são divulgadas na página do facebook. Por mais que eu tentasse interagir, percebia que era excluída nas fotos. Até o momento que decidir participar de um dia da reforma da Casa de Parto, levando o meu filho junto. Tal como Geertz e sua esposa, que se “tornaram visíveis”, após correrem junto com os envolvidos nos jogos da briga de galo, em Bali, durante uma operação policial, acredito que “me tornei visível” também. As enfermeiras pediram para tirar foto comigo, e apareceu a minha foto junto com a Arunã (meu filho de três anos) e outras pessoas, no álbum descrito como “pessoas queridas”

No terceiro capítulo viso analisar na audiência pública da Alerj denominada “o Parto Humanizado e o direito da escolha”. A proposta é analisar as ideias dos diferentes agentes da área da saúde que concretizam nas visões sobre o “parto biomédico” e ao “parto humanizado”. A intenção é perceber as disputas saberes da área da médica, da enfermagem, do legislativo e dos movimentos feministas, além de ponderar dimensões dos conflitos dos conselhos (CREMERJ e COREN) que regulamentam as práticas da saúde.

Por fim, no ultimo capítulo, apresento minha etnografia na Casa de Parto David Capistrano Filho nos grupos educativos e no Mutirão de Reforma da Casa de Parto. Tenho a finalidade, neste capítulo, de compreender os sentidos sobre a “humanização do parto” formulados pelas parturientes e as profissionais, privilegiando a etnografia dos grupos educativos da Casa. Almejo perceber o que as mulheres buscam neste espaço. Além, de entender o que elas formulam sobre por “parto”, “gênero”, “reprodução”, “corpo”, “natureza”, “direitos da mulher” e “parentalidade”. Desta forma, o que entendem por “parto humanizado” e suas implicações.

1- A PARTURIÇÃO NO BRASIL: TECNOLOGIAS OBSTÉTRICAS EM DISPUTA, MEDICALIZAÇÃO E VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.

1.1- As tecnologias obstétricas - das formas de parto e cuidado com o gestar e o parir

Nessa primeira seção tenho a intenção de contextualizar a produção no saber obstétrico no Brasil a partir do século XIX, observando como uma sociedade com um forte componente moral acolheu esses saberes sobre o corpo feminino pelo olhar do médico.

No Brasil, tradicionalmente, os partos e seus cuidados eram um ritual de mulheres, muitas vezes encabeçado pela figura da parteira¹⁷. Esta detinha um saber empírico e assistia no domicílio a futura mãe, antes, durante e depois da chegada da criança (ROHDEN, 2006; BRENES, 1991). Essa figura, de inteira confiança do mulherio, era consultada sobre temas variados, como cuidados com o corpo, doenças venéreas, o aborto etc. (BRENES 1991, p.135).

De acordo com Magalhães (1922 *apud* Rohden 2006, p 214), até o início do século XIX, a presença do profissional médico só era requerida em casos de partos complicados, nos quais a vida da criança ou da gestante estivesse em risco. Assim era rara a presença de um médico no momento do parto. Dar à luz fora de casa era uma situação anormal, considerada apavorante e procurada apenas em casos extremos, principalmente por pessoas “desclassificadas socialmente”. Além disso, de acordo com a autora, há relatos dessa época de que a presença do médico pudesse causar uma certa virtude do “excesso de pudor” em relação ao profissional, pois era um homem conduzindo o parto no corpo feminino. De um modo geral, a medicina até então não intervinha muito no aparelho genito-urinário e nas chamadas enfermidades femininas (ROHDEN 2006, p.214).

¹⁷ De acordo com a Barreto (2008, p.903) as parteiras eram designadas para a “mulher que cuidava da assistência ao parto: parteira, comadre, aparadeira e curiosa. O termo comadre foi bastante utilizado na língua portuguesa e significa ‘com a mãe’. Em inglês, o termo correspondente seria midwife, que também quer dizer ‘com a mulher’, ou seja, aquela que tem a função de acompanhar outra mulher. Na França, a parteira instruída tornou-se sage-femme ou ‘mulher sábia’. De modo geral, pode-se afirmar que, entre o século XVI e início do XVIII, a parteira era uma mulher que aprendia seu ofício com outra comadre ou com a experiência de parir seus próprios filhos”

Com a vinda da Corte Portuguesa ao Brasil, em 1808¹⁸, ocorreu a implantação do ensino oficial de Medicina, primeiro na Bahia e depois no Rio de Janeiro. Assim, em 1809, a *arte obstétrica* passou a ser lecionada na Escola de Cirurgia do Rio de Janeiro e a cadeira de partos, que constava do currículo das academias médicas supracitadas, foi integrada definitivamente quando estas se transformam nas prestigiadas Faculdades de Medicina, criadas em 1832 (SANTOS FILHO, 1991 *apud* Rohden 2006, p. 214).

Mott (2002) lembra que no Brasil a partir da década de 1820, as parteiras, além de atenderem no domicílio recebiam gestantes em suas casas. Ao longo dos anos essa configuração de atendimento se expandiu e as casas das parteiras começaram a ser conhecidos pelo nome de “Casas de Maternidade”.

Em 1832 foi criado um “curso de partos” no país no intuito de que as parteiras estudassem de acordo com as normas da ciência, assim, essa conduziria uma “forma correta” de atender as mulheres na ocasião do parto e nos cuidados do recém-nascido. De acordo com Barreto (2008), as mulheres que almejassem atuar como parteiras precisavam inscrever-se no curso de partos, ter no mínimo 16 anos completos, precisavam apresentar um atestado de bons costumes passado pelo Juiz de Paz da freguesia, saber ler e escrever corretamente e pagar 20.000 réis pela matrícula. Já em 1854, o curso foi reformulado, introduzindo-se outras exigências:

a idade das candidatas passou de 16 para 21 anos; a moralidade deveria ser atestada pelas famílias; a autorização para matrícula era dada pelo pai, quando a candidata era solteira, e pelo marido, quando casada; além do domínio da escrita e da leitura em língua portuguesa, passou-se a exigir o conhecimento do francês e das quatro operações matemáticas - Decreto 1387, 28 abr. 1854 (BARRETO, 2008, p. 908)

A partir de então, passou-se a divulgar a ideia das parteiras especializadas com certificado¹⁹ concedido pelos médicos (RODHEN, 2006, p. 215).

¹⁸ Maia (2010, p. 67) aponta que “no Brasil, apesar da existência de faculdades de medicina desde 1808, a primeira médica brasileira, Maria Augusta Generoso Estrela, precisou se formar em Nova York, em 1881. Foi a Reforma Leôncio de Carvalho, de 1879, que permitiu o ingresso de mulheres nos cursos superiores”

¹⁹ “Exigia-se das parteiras francesas que chegavam ao Brasil, como também das brasileiras, um exame frente aos médicos delegados para que o diploma de parteira fosse registrado nas Câmaras

A introdução da medicina neste espaço inaugurou não só a experimentação clínica articulada com o discurso anátomo-patológico, quanto produz um discurso a partir da penetração da figura masculina no saber e prática obstétrica (BRENES 1991, p.135-136).

Nesse cenário, as parteiras começam a perder sua autonomia na gestão dos corpos femininos e os médicos começam a desempenhar fortemente sua autoridade na regulamentação das práticas das parteiras. Dessa forma, esses profissionais passam cada vez mais a gerenciar a saúde feminina e sua reprodução (RODHEN 2006). De acordo com Martins (2005) a constituição da ciência obstétrica esteve sujeitada a um conjunto de situações, não apenas a transformação do status do médico como um saber autorizado, como também a própria reorganização do saber científico que se teve nas primeiras décadas do século XIX e a reestruturação do ensino da medicina.

A reorganização do conhecimento científico que aconteceu nas primeiras décadas do século XIX levou ao abandono definitivo das explicações especulativas sobre o corpo humano. O corpo se transforma num cenário material e visível, num novo território cujas verdades eram acessíveis ao olhar atento do médico e do cientista, que passaram a lançar um olhar em profundidade entre tecidos e órgãos em direção ao núcleo da verdade (MARTINS, 2005, p. 652)

Martins (2004, p. 83) diz que houve uma reestruturação do ensino da área da medicina. A ideia era que tivesse uma composição de especialidade pautada no saber científico, de forma a objetivar os processos e construir um vocabulário próprio e, a constituição dos acessos aos espaços hospitalares, para atender às demandas médicas. No que tange parto, essas mudanças resultaram na criação das “maternidades” na segunda metade do século XIX.

Cada vez mais os médicos iam tomando a frente no gerenciamento da saúde feminina e da reprodução. Iam se especializando e investindo na normalização das práticas relativas ao corpo feminino. A influência das parteiras era crescentemente defasada. Quando surgiram as primeiras maternidades no Rio de Janeiro, as parteiras

Municipais. Apesar disso, o recurso a ‘comadres’ ou ‘curiosas’, para os médicos sem nenhuma habilitação, continuou comum. A isto atribuíam a frequente infecção puerperal, dada a falta de higiene e assepsia” (RODHEN 2006 p. 215-216)

diplomadas foram convocadas ao trabalho, mas sob o controle dos médicos. A autoridade de ginecologistas e obstetras sobre o comportamento das mulheres, no final do século XIX, ultrapassava em muito o domínio dos consultórios. E principalmente ultrapassava o domínio do físico, do orgânico ou mesmo do psíquico para se instalar no domínio da moral. A crescente especialização médica sobre o corpo feminino, aliada ao clima intervencionista mais geral que caracterizava a medicina do século passado são fatores implicados nesse processo. (SANTOS FILHO, 1991 *apud* Rohden 2006, p. 216)

Brenes (1991) aponta que apesar da existência das faculdades e de o ensino teórico ter melhorado bastante, a partir de 1832 o ensino prático permanecia precário tanto pela falta de espaço físico para alocar as parturientes quanto pelo reduzido número de mulheres grávidas que procuravam o serviço. No Rio de Janeiro o curso era ministrado em dois locais, no Hospital Militar e na Santa Casa, a qual já havia uma enfermaria para atender mulheres pobres, mas as irmãs de caridade ofereciam forte resistência à entrada dos alunos na enfermaria devido a fatores morais. Assim, a ideia de criar maternidades anexas às faculdades de Medicina veio na Lei de 28 de abril de 1854, que reformou as Faculdades e determinou a criação de maternidades anexas às mesmas. Naquele momento, a fim de atrair mulheres para esses espaços houve por parte da corporação médica um enorme esforço em construir uma imagem do médico que inspirasse confiança na população. Aliado a isso, o discurso médico teceu para a mulher uma nova subjetividade, de maneira que,

garantiu-lhe um novo papel na sociedade, abrindo-lhe as portas para uma vida social mais intensa, esposando-lhe nova configuração dentro do lar, da família, tornando-a, enfim, um ser bem mais vivo que a mulher da sociedade patriarcal da colônia. Porém, o ponto de apoio deste discurso que criou a mulher da sociedade imperial foi a sexualidade feminina. Sexualidade que foi descrita a fundo, com acurada precisão fazendo a mulher um ser frágil e inconstante, a quem somente os médicos poderiam orientar, por serem os únicos que a conheciam. Deste “jogo” surgiram “o mito do amor materno”, a “mãe dedicada”, “boa esposa”, “a rainha do lar”, as histéricas, as mundanas e toda uma série de tipos femininos que ocupariam a literatura médica e o imaginário social do século XIX. A mulher criada no século XIX, que povoou as páginas do romance nacional, destacava-se pela sua constituição frágil e débil. (BRENES 1991, p.145)

De acordo com Nagahama e Santiago (2005), o processo de hospitalização do parto, a partir do século XX, com a institucionalização da assistência ao parto foi

fundamental para a apropriação do saber nesta área e para o desenvolvimento do saber médico. Tal processo produz a transformação do papel da mulher de sujeito (como parteira) para objeto no processo do parto e nascimento (como parturiente). Desse modo, a apropriação do saber médico e as práticas médicas constituíram fatores determinantes para a institucionalização do parto e a transformação de mulher em propriedade institucional no processo do parto e nascimento (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005, p. 656), sendo as parteiras retiradas da cena.

1.2- Medicalização²⁰ do corpo feminino:

De acordo com Moscucci (1990 *apud* Luna, 2007, p. 87), no final do século XVIII surgiram na Europa as primeiras especialidades médicas, como a urologia, a oftalmologia e a obstetrícia. No século seguinte, com a ordenação da obstetrícia e com o aparecimento da ginecologia, cada vez mais os cuidados com o corpo feminino são vistos como espaços exclusivos da competência médica. Propagou-se a ideia de que saberes não consagrados pela medicina eram feitos por pessoas de má-índole, consideradas charlatões, vistos como desqualificados, alvo também de censura.

Como forma de evidenciar a importância e a correção do seu papel na sociedade, os médicos se esmeram em denunciar os charlatões, representantes da desordem e da incompetência a serem combatidas. Eles iam contra a ciência, com a propagação de métodos irracionais, e da saúde pública, na medida em que atrapalhavam a ação do médico. É justamente em nome da saúde pública que os médicos vão exigir do Estado o combate ao charlatanismo, assegurando a sua posição de detentores oficiais e legítimos do saber sobre o corpo e a saúde. Os anos de estudo e o diploma garantiam sua competência, em contraste com o empirismo, a irracionalidade e o interesse pessoal dos diversos praticantes, entre eles as parteiras (RODHEN, 2001, p.69)

²⁰ Sobre a “medicalização”, Camargo (2013) fala o conceito é parte de um processo histórico, o qual é entendido de forma distinta as formas complexas de conceber a relação entre saúde e sociedade. Ele elenca três autores para mostrar as definições de “medicalização”: para Zola (2001 *apud* Camargo 2013, p 844), por exemplo, “a medicalização é uma forma de controlar a sociedade”. Para Foucault (1977 *apud* Camargo 2013, p 844), é “uma consequência inevitável dos processos de transformação social que criam a medicina moderna e ao mesmo tempo se submetem a ela”. E Conrad (2007 *apud* Camargo 2013, p 844), por fim, “adota uma definição operacional do conceito, extremamente útil para estudos empíricos; para este último, a medicalização é o processo de transformação de problemas anteriormente não considerados ‘médicos’ (ou ‘de saúde’) em problemas médicos, usualmente sob a forma de transtornos ou doenças” (CAMARGO, 2013, p. 844).

Ainda de acordo com a autora, a medicina, em especial a ginecologia, manifestava um interesse particular na vida social da mulher a partir da valorização da reprodução. Freitas (2008, p. 176) pondera que nesse período, a medicina consagrou uma série de mudanças em “relação aos cuidados com as doenças femininas e aprimorou seus conhecimentos em relação à reprodução”. Segundo Rohden:

O médico especializado observa e experimenta a natureza fisiológica e moral de seu paciente, desde já colocando a tensão entre as partes e o todo que o compõem. Isso só é possível porque o saber médico é valorizado e respeitado nos fins do século XIX. É investido de responsabilidade para dar conta e ajudar a construir o novo sujeito que se tornava cada vez mais distinto e singularizado (ROHDEN, 2000, p. 4)

Foi assim produzido um mapeamento do corpo feminino, e neste contexto, surge a clínica obstétrica, por conseguinte, o aparato o médico vai ganhando espaços de poder no mundo ocidental e a gerência no corpo, tornando-o singular e distinto. De acordo com Carrara e Heilborn (1998, p.2), graças aos trabalhos de Foucault reflexões saberes sobre os corpos são postos:

sabemos muito bem que o modo pelo qual os saberes científicos constroem seus objetos não é operação simples, nem suas consequências sociais são sempre previsíveis. Na maior parte das vezes, porém, a construção de novos objetos científicos supõe e geralmente reforça processos de dominação que atingem certos grupos sociais. Assim aconteceu, por exemplo, com os loucos, os sexualmente desviantes, as mulheres, as crianças ou os velhos, para os quais as ciências biomédicas construíram nos últimos duzentos anos nichos disciplinares específicos, como a psiquiatria, a ginecologia, a pediatria e a gerontologia. Porém, submeter os homens - seu organismo, seu comportamento ou os valores socialmente atribuídos ao gênero masculino - ao crivo da especulação científica parece ter sido tarefa bem mais complicada. Ainda no âmbito das ciências biomédicas, uma andrologia - enquanto ciência dos problemas que afetam os homens - nunca conquistou o mesmo grau de sistematicidade ou o mesmo prestígio acadêmico de disciplinas como a ginecologia

A medicalização do corpo masculino, por sua vez, de acordo com Pereira e Azize (2017), se dá de forma diferente em relação ao corpo feminino, uma vez que o mesmo é constituído com uma noção de dificuldade fisiológica sobre as intervenções médicas. Os autores ao analisarem os discursos sobre a viabilidade da produção de uma pílula anticoncepcional masculina na atualidade, mostram que nos discursos médicos:

[...] a função reprodutiva dos homens cisgêneros é construída como complexa e, em certo sentido, resistente a intervenções biomédicas. Tal noção evoca uma dificuldade para suprimir a produção de espermatozoides e também os efeitos colaterais advindos dessa supressão, comparando-a com uma facilidade associada à contracepção nos corpos femininos através de hormônios ou outras drogas e dispositivos médicos. (PEREIRA; AZIZE, 2017, p.6)

Se por um lado a função reprodutiva é situada como complexa para o corpo masculino, por outro, o corpo feminino é estabelecido como acessível às intervenções médicas, como o caso da contracepção. No caso da sexualidade, Pereira e Azize (2017, p.6) observaram que ocorre o oposto, que a “extensão da (bio) medicalização em relação aos homens, nas últimas décadas do século XX e no começo do século XXI, é marcada por uma ênfase na sexualidade”. Os homens se tornam passíveis de intervenção médica através de sua sexualidade, reduzida ao órgão sexual. Já nos corpos das mulheres, a sexualidade feminina é concebida como mais difusa e complexa.

De acordo com Fonseca (2004, p.16), os estudos sobre masculinidades a “sexualidade era para os homens como a reprodução era para as mulheres – ‘natural’”. Segundo Rodhen (2001), a andrologia seria a ciências dos “problemas” sexuais masculinos e a ginecologia não se reduziria à sexualidade, posta-se como algo mais abrangente,

ginecologia, estuda-se e trata-se a normalidade feminina, que é, por natureza, potencialmente patológica. [...] o andamento da vida feminina, nas suas várias fases, desde a puberdade até a menopausa, é percebido como propício a perturbações e desordens e por isso exige um cuidado constante. A ginecologia é a especialidade que se constitui sobre essa lógica. A andrologia associada à sifilografia parece mais ligada às perturbações que não são inerentes ao homem, mas decorrentes de atores que o retiram da ordem normal (RODHEN,2001, p. 52)

Para Rodhen (2001) a mulher era estimada como aquela mais sujeita a doenças e instabilidades e à necessidade de uma ciência específica. A ginecologia se formava com base na relação própria entre a “patologia” e a “natureza feminina”, fazendo com que este corpo fosse cada vez mais controlado e gerenciado pelo saber médico.

1.3- A crítica hegemônica e contra hegemônica

Nucci (2018) reflete sobre a chegada da ocitocina sintética, enquanto uma tecnologia do parto no Brasil na década de 50 e 60 do século XX. Sua ideia foi analisar as argumentações dos obstetras da época sobre a recomendação ou não do uso de tal substância. Para tanto pesquisou os dois principais periódicos brasileiros de obstetrícia do Brasil do século XX (Revista de Ginecologia e d'Obstetrícia e o Anais Brasileiros de Ginecologia). Em 1950 houve uma rede de alianças entre os cientistas que produziram a substância junto com a indústria farmacêutica, fazendo como que tivesse uma rápida comercialização e fabricação do produto.

Para a autora, a chegada do medicamento do Brasil produziu dois modelos de assistência ao parto: o primeiro foi o dos “abstencionistas” que eram vistos como arcaicos, como os dogmáticos da obstetrícia clássica, e destacavam a atividade do obstetra encadeando mais intervenções no corpo da parturiente; o segundo, o dos chamados “intervencionistas”, eram vistos como os modernos, que traziam os novos estudos e novos recursos terapêuticos, propondo uma mudança no modelo de assistência obstétrica. Assim, como aponta Nucci (2018, p. 16), “a postura intervencionista foi expondo a oposição entre ‘passividade’ – ligada ao ‘atraso’ – e ‘atividade’ – ligada ao ‘avanço’, ‘modernidade’ e ‘cientificidade’ – do obstetra no atendimento ao parto”.

Dessa forma, a questão seria romper a passividade médica e dominar a natureza, e “o argumento utilizado é de que a ocitocina sintética, ou Pitocina, seria uma substância capaz de ‘imitar a natureza’, (re) produzindo contrações uterinas do parto normal” (Nucci, 2004, p.17).

De acordo com Diniz (2005), o considerado “pai da obstetrícia brasileira”, Fernando Magalhães, empregou o termo “humanização” pela primeira vez no início do século XX. Sendo resgatado pelo médico Jorge de Rezende, décadas mais tarde para defender as medidas intervencionistas durante o parto. Ambos entendiam a intervenção como necessária e defendiam o uso de narcose e o uso de fórceps como “humanizadora” na assistência dos partos. Era então o dever do médico intervir como o “apagamento” ou aceleração da experiência do parto, pois o

mesmo era visto como “evento medonho” causando dor e sofrimento às mulheres (DINIZ, 2005, p. 628).

Desta forma, como aponta Nucci (2018, p.18), a justificativa para as intervenções seria a própria “natureza” imprevisível do parto, que poderia ocorrer de forma lenta ou rápida. Mas o que estava em jogo era previsibilidade que no parto teria a dor e o sofrimento da parturiente. As intervenções médicas fariam com que superasse a natureza, fazendo com que o parto ocorresse de forma mais rápida e eficaz.

O movimento de contra hegemonia ao modelo biomédico foi batizado com nomes diferentes nos diversos países e no Brasil foi, em geral, chamado de “humanização do parto” (Diniz, 2005). De acordo com Diniz (2005), no Brasil, na década de 1970 houve algumas figuras na medicina obstétrica com práticas divergente da época, como Moises Paciornick no Paraná e Galba de Araújo que tinha como inspiração as formas mais naturalistas de acompanhamentos dos partos, tendo como base as práticas tradicionais de parteiras e indígenas.

De acordo com Mendonça (2013), a partir da década de 1970 o debate da “humanização” vem ganhando espaço na área da saúde. Sendo a proposta do modelo “humanizado” um intermediário entre o modelo “tecnocrático” e o modelo “holístico”, como a autora explica abaixo:

o tecnocrático seria o da medicina ocidental moderna, que enfatiza a separação entre corpo e mente e elege a máquina como modelo de funcionamento para o corpo, este sendo assim visto como objeto, promovendo a alienação entre médico e paciente e o largo uso de intervenções, com o objetivo de corrigir disfunções e curar doenças (de fora para dentro). Neste paradigma encontra-se a valorização da ciência e da tecnologia, com a organização hierárquica e padronizada do atendimento e a intolerância para com outras modalidades. Por outro lado, o modelo holístico veria o corpo como um “campo energético”, onde intervenções em nível energético e emocional seriam mais efetivas do que as intervenções tecnológicas. Já os humanistas, ocupando uma posição intermediária entre estes dois modelos, veem o corpo enquanto “organismo” e enfatizam o paciente enquanto sujeito relacional. DAVIS-FLOYD (2003 *apud* Mendonça, 2013, p. 41)

Um dos efeitos do “movimento da humanização do parto”, como aponta Mendonça (2014), foi a denúncia da intervenção médica agora vista como algo violador dos corpos. Dessa forma, apontam esses procedimentos médicos

realizados durante o parto, padrões nas redes hospitalares em atos de violação dos corpos das parturientes, denominando por “violência obstétrica”.

1.4- Corpo feminino invadido: a violência obstétrica

Nesse cenário de emergência do saber/poder médico foram instituídas práticas violadoras em face do corpo feminino. Tais violações são iniciadas com a emergência da obstetrícia e se perpetuam nos dias atuais. As mulheres foram e são objeto de “violência obstétrica” e de outras formas de violação, como por exemplo, ter seus corpos transformados em “objeto de ensino” nos hospitais universitários. A exemplo disso, Diniz et al. (2016) trazem em seu artigo “A vagina-escola: seminário interdisciplinar sobre violência contra a mulher no ensino das profissões de saúde um caso que ocorreu no segundo semestre de 2014, em São Paulo. Trata-se de uma Ação Pública composta pelo depoimento de Mary Dias, estudante universitária, negra, que denunciou ter recebido em um hospital-escola duas episiotomias em um mesmo parto. Seu corpo foi usado para fins didático, sem seus consentimentos e “supostamente para que ambos tivessem a oportunidade de treinar o corte e a sutura em sua vagina.” (p.255).

É interessante notar que não só nas condições de gênero, mas também, se entrelaçam em questões de classe social, etnia, faixa etária, posição no ciclo reprodutivo, afiliação religiosa, capital cultural e educacional, como aponta Heilborn (2003),

Esta lista de itens constitui a moldura que fabrica e encerra as condições de existência e produz a experiência social, o que significa as marcas produzidas nos sujeitos por sua inserção em diferentes critérios de classificação social, condição que determina sua apreensão do mundo e as vicissitudes de sua trajetória existencial (HEIBORN,2003, p.199)

De acordo com Carneiro (2017, p.419) um grupo razoável de mulheres negras relataram não ganhar analgesia no SUS no momento do parto, por escutarem dos profissionais que elas são “fortes” e “resistentes”, e que por muitas vezes recebem um tratamento frio e distanciado.

No decurso da minha pesquisa de campo, também pude perceber similaridades no universo pesquisado. Durante uma conversa com uma das minhas entrevistadas na Casa de Parto, ao falar sobre a “violência obstétrica”, Luna de 33 anos, me conta o seu relato do parto para ilustrar a vivência dela enquanto uma mulher negra usuária do SUS. Para Luna a “violência obstétrica” ocorre mais nos hospitais públicos e relembra que maioria das mulheres que dependem dos hospitais públicos são negras. Segundo afirmou:

A gente sabe como as mulheres negras são tratadas. São ditas como fortes, que aguentam muito, aguentam o tranco, não podem gritar, não pode reclamar. Eu sofri bastante quando fui transferida para o hospital da mulher, sofri bastante, minha amiga que é negra também sofreu. Minha irmã sofreu bastante, é negra. E é isso, é forçar o parto, é subir na barriga, é tratar a criança de qualquer jeito quando ela sai. Quando é cesária, não permitir que a criança amamente assim que saia. Apagam a mãe, deixa a criança distante da mãe. E uma série de situações, é uma violência física, é uma violência psicológica. É uma violência por causa da raça, da cor, da religião. (...)

Eu fiz o meu pré-natal todo na casa de parto, foi maravilhoso tudo. Mas no dia do parto, minha pressão não baixava, não fui permitida a ficar mais na Casa e fui transferida para o Hospital da Mulher. Chegando no hospital fiquei cerca de 40 minutos na sala de espera com duas enfermeiras me olhando, perguntando se era o primeiro filho, rindo e me perguntando se estava doendo e nem uma delas encostava em mim. E a sala de triagem estava vazia, e eu ficava ali sem acesso a minha família, as pessoas podiam me olhar 3 segundos e ir embora. Toda vez que eles tentavam, tomavam um esporro. Depois de mais de 40 minutos esperando, com muita dor, me fizeram exames de sangue. Fiquei sentada em uma cadeira dura, enfim, largada. Depois me levaram para uma sala para ver o monitoramento do coração do bebê, colocaram um equipamento de elástico que aperta bastante a barriga, muito desconfortável. Passei mal, fiquei uns 20 minutos com aquele negócio na minha barriga apertando. Depois disso, fui transferida para uma sala lá em cima. Cheguei no quarto, tinha 3 leitos. Só tinha uma mulher lá cheia de dor, mas ela era parda, tinha cabelo liso. Eu fiquei com minha sogra e o meu esposo. Essa outra menina foi visitada pela enfermeira umas 4 vezes e eu apenas 1 vez. Eu não tinha dilatação suficiente. E a menina do meu lado recebeu soro e eu não recebi nenhum tipo de medicamento. Soube depois disso, que as meninas que vem da Casa de Parto são consideradas “fortes” que aguenta mais o tranco que outras mulheres. Ou seja, me largaram lá, porque na consciência deles, achavam que eu aguentava. Então eu fiquei de 11 da manhã até 19 horas sentido dor. E sem conseguir os 10 cm de dilatação, só 5cm. Então, o meu sogro e meu esposo, fizeram um escândalo na recepção e conseguiram me transferir de sala. E falaram que só tinha uma médica atendendo no dia. E me prepararam para uma cesariana, e eu só chorava, porque eu não queria, eu tenho muito medo de operação, eu me sinto mal só de falar sobre isso. E aí, eu passei por

uma cesaria, não deixaram o meu esposo entrar. E antes de me abrirem, que essa é a palavra, me abriram, elas (a equipe médica) começaram a conversar em si. Eu estava muito nervosa, porque não tinha ninguém comigo. E uma das meninas perguntou assim “essa anestesia é daquele lote que deu problema mais cedo? E a outra respondeu: é, vamos ver como vai ficar”, só que já tinham aplicado em mim. Bom, graças a Deus eu não tive nada. Mas eu já estava muito nervosa, e tinha uma das mulheres que estava lá uma moça, eu apertei a mão dela e pedir para ela ficar comigo. E ela perguntou se eu queria dormir. Eu estava cansada, nervosa, falei que sim, foi a pior coisa que eu falei. E nesse momento me apagaram. Quando eu acordei, a minha filha estava a dois metros e meio de mim, muito distante. E aquela outra menina, que teve o parto normal, estava com o bebê no colo dela. Fui transferida para o quarto, mas ninguém avisou para o meu esposo onde eu estava. Ele me achou horas depois. Tive minha filha sete e pouca da noite e só fui ver o meu esposo as dez e pouco da noite. Quando eu vi ele, eu só chorava. Porque inventaram que eu tinha sífilis, que minha bebê tinha sífilis. A médica falou isso alto no quarto, na frente de todo mundo. Fui transferida, fiquei mais um dia no hospital. Deram dois dias de antibióticos para minha bebê, sem necessidade. (Entrevistada LUNA, 33 anos, protestante, negra)

Mulheres são violadas também em razão da forma como seus partos são realizados, podendo leva-las ao óbito. No Brasil, com a instauração do CPI da mortalidade materna, iniciadas em 1996 e finalizadas em 2001, concluiu que o perfil das vítimas são as mulheres com baixas renda e escolaridade, como apontam Viana e Lacerda (2004). Não apenas as mulheres de classe social desfavorecidas são vítimas de desacato institucional. Carneiro (2017) aponta que a crítica das feministas negras da década de 1980 está na essencialização da categoria mulher, em relação às femininas brancas,

Crítica das feministas negras na década de 1980 ao feminismo branco, que, em tese, havia essencializado a ideia de mulher, tanto no corpo quanto na noção de mulher branca, sem ponderar a respeito da diversidade entre as mulheres. Foi justamente, por isso, que as feministas negras passaram a dizer ser impossível de se reconhecerem enquanto sujeitos da experiência e de direitos sem que, a um só tempo, raça, classe e gênero se comunicassem e compusessem uma interface a não ser separada. (CARNEIRO, 2017, p 419,420)

Na pesquisa “Nascer no Brasil”, coordenado pela professora Maria do Carmo Leal (2014), pela Fundação Oswaldo Cruz, aponta que 52% dos partos do país são

feitos por meio de cesarianas. No sistema privado, esse dado chega a 88% de cesarianas.

De acordo com a pesquisa de Carneiro (2011) para além da regra da cesárea, por vezes já denominada de “cultura de cesariana” e considerada uma “epidemia” comum dentro do setor privado. É questionada pelas ativistas da humanização do parto a necessidade da discussão sobre a incursão de determinados procedimentos médicos rotineiros que causam sofrimentos as parturientes, de acordo com as ativistas, tirando a autonomia das mulheres sobre seus partos.

Existe o entendimento de que é preciso romper com o que a pesquisadora Carneiro (2011, p. 18) denomina de “efeito cascata”. Trata-se de uma expressão que representa a sequência de “procedimentos de rotina”: a tricotomia (raspagem dos pelos pubianos); o enema (lavagem intestinal); a ocitocina (hormônio sintético que acelera as contrações uterinas); a ruptura da bolsa (aminiotomia); a epidural (analgesia) e a episiotomia (corte da musculatura perineal para a passagem do bebê). Circula, entre os profissionais e adeptas do parto humanizado, que uma atitude gera a outra, dando o “efeito cascata”, a ocitocina, que acrescenta a dor, conduz, por exemplo, à anestesia, à epidural e, assim, consecutivamente. Além da imposição do jejum e da posição deitada para parir, bem como o tratamento desrespeitoso por parte da equipe médica, a escuta continuada dos batimentos cardíacos do feto, o isolamento durante o trabalho de parto e a não possibilidade de caminhar ou de se usar outros métodos para conforto da dor que não seja a anestesia peridural são técnicas consideradas pelas defensoras do “parto humanizado” como procedimentos dispensáveis e muitas das vezes violentos as mulheres e seus bebês (DINIZ, CHACHAM, 2006; CARNEIRO, 2011).

De acordo com Pulhez (2015) essas experiências são relatadas por mulheres que sofreram maus-tratos, reivindicando-o status de “vítima” em face desse tipo de violência. A autora mostra que para um conjunto de mulheres que se manifestam através de atos públicos, passeatas e pelas redes sociais da Internet, contrárias as intervenções médicas e uso de cesarianas corriqueiras, a analgesia também pode ser lida como uma “violência obstétrica”. Isso porque, de acordo com a autora, tira a autonomia da escolha das mulheres,

Nesse sentido, a falta de analgesia em partos realizados na rede pública de saúde também tem sido considerada uma forma de violência obstétrica, uma vez que a anestesia é negada às parturientes que a desejam. Assim, se por um lado a analgesia é

negada por mulheres por se considerar que ela é uma intervenção desnecessária, por outro lado, reconhece-se que a não realização desse procedimento, quando da vontade da mulher, é uma maneira de negar o seu protagonismo e a autonomia que ela teria de decidir sobre seu próprio corpo (PULHEZ,2015, p. 88)

Essas visões não são consensuais entre as ativistas/profissionais da “humanização”. Como visto, para algumas a intervenção médica por meio da anestesia- tiraria a experiência de uma “maternidade plena”. Para outras adeptas a humanização do parto isso impediria a realização de completude durante o parto (PULHEZ 2015).

Pulhez (2013) ao resenhar o trabalho da feminista e filósofa francesa Elizabeth Badinter no livro intitulado “O Conflito – a mulher e a mãe” (2010), aponta que:

embora não use o termo violência em nenhum momento, aponta de modo enfático para a sobrecarga que as mulheres da atualidade estariam sofrendo pelo o que ela chama de “ofensiva naturalista”. Considerando mais especificamente o contexto francês, mas também levando em conta outros países europeus, a autora põe em evidência novos sentimentos em torno da maternidade e questiona o lugar do feminismo neste contexto em que as mulheres colocam-na como algo essencial ao feminino. Para ela, com esta defesa do instinto materno, elas estariam abandonando toda a igualdade de gênero que teriam conquistado até hoje. As pílulas anticoncepcionais, a cesariana e a mamadeira teriam sido, para ela, conquista feministas de valor inestimável. Assim sendo, parir em casa, sem anestésias ou outras intervenções médicas, amamentar até que a criança decida quando parar, recusar qualquer tipo de leite artificial e, no limite, abandonar o trabalho, tudo isso seria um grande retrocesso aos avanços do feminismo. Além, segundo ela, de gerar um sentimento de culpa nas mulheres que não se adequam ao ideal da “boa mãe”, ou seja, aquelas que não parem naturalmente, que não amamentam por livre demanda, que não se recusam a tomar hormônios para não “contaminar” os bebês, que não confiam seus filhos a babás e creches.(PULHEZ,2013,p 560)

Conforme apontado por Pulhez (2013) nos termos apontados por Badinter, tal alternativa de “humanização do parto” pode ser lida como mais uma forma de “violação” as mulheres, uma vez que impõe às mulheres que não devam ser dominadas pelas tecnologias médicas. Tal visão criaria um retrocesso na perspectiva feminista, segundo Badinter posto que o ideário da “humanização” traz em si a ideia do “instinto materno” ligando à uma “natureza feminina”.

Já em outra perspectiva, a ideia da “humanização do parto” pode ser entendida como materializado a pauta feminista, posto que traz à cena debates

sobre o direito da escolha e das formas de parir decididas pelas mulheres e não pelo saber/poder médico.

Desta forma, há uma análise crítica na percepção do domínio do corpo feminino e de violência de gênero pelas adeptas do “parto humanizado” (CARNEIRO 2014, PULHEZ 2013). Mas o que é interessante notar, é que existem discursos dissonantes daquelas que entendem nos procedimentos rotineiros da obstetrícia “atos de violência” (PULHEZ, 2015, p.97).

No próximo capítulo irei introduzir os debates sobre a noção da “humanização” e as respostas na medicalização no contexto internacional e como isso incide no contexto nacional.

2- RESPOSTAS À MEDICALIZAÇÃO:

2.1- Humanização da assistência ao parto.

Diniz (2005) propõe pensar que a assistência médica ao parto, estudada no capítulo anterior, expressou uma mudança na compreensão do parto como experiência humana e, para quem o assiste, uma mudança no “que fazer” diante do sofrimento do outro humano.

Para a autora, se no modelo anterior de assistência médica, tutelada pela Igreja Católica, o sofrimento no parto era apresentado como penitência pelo pecado original (DINIZ, 2005), “a obstetrícia médica deixou de considerar a mulher como uma alma culpada que deve expiar seus pecados, compreendendo-a como vítima da sua natureza” (Diniz, 2005, p.268). Assim, adverte a autora, oferecendo solidariedade humanitária e científica diante do sofrimento, a obstetrícia cirúrgica, masculina, reivindicou sua superioridade sobre o ofício feminino de partejar.

Dessa forma, segundo a autora, a obstetrícia médica passa a oferecer um “apagamento” dessa experiência tida como medonha. Assim, iniciada na segunda década do século XX nos EUA e na Europa e, durante várias décadas posteriores, muitas mulheres de classe média e alta no mundo industrializado, como na Europa e nos Estados Unidos, deram à luz sob sedação total - chamado de “sono crepuscular”, ou twilight sleep. (DINIZ, 2005. p. 268).

Esse modelo de assistência, associada ao parto instrumental, foi abandonado quando a alta morbimortalidade materna e perinatal passou a ser considerada inaceitável. Entretanto, com o advento de formas mais seguras de anestesia, persistiu o modelo de assistência com a mulher sendo “processada” em várias estações de trabalho (pré-parto, parto, pós-parto), como em uma linha de montagem (Martin, 1987 *apud* Diniz, 2005).

Em meados do século XX o processo de hospitalização do parto estava instalado em muitos países, mesmo sem que jamais tivesse havido qualquer “evidência científica” de que fosse mais seguro que o parto domiciliar ou em casas de parto (Tew, 1995 *apud* Diniz 2005). Sobre esse processo Diniz destaca:

No modelo hospitalar dominante na segunda metade do século 20, nos países industrializados, as mulheres deveriam viver o parto (agora conscientes) imobilizadas, com as pernas abertas e levantadas, o funcionamento de seu útero acelerado ou reduzido, assistidas por pessoas desconhecidas. Separada de seus parentes, pertences, roupas, dentadura, óculos, a mulher é submetida à chamada “cascata de procedimentos” (Mold & Stein, 1986 *apud* Diniz 2005)

Sublinhando a carência das relações humanas nessa forma tecnocêntrica de assistência e do sofrimento físico e emocional desnecessário que causa, a autora pondera que essa forma “irracional” provocava mais danos que benefícios. Por conseguinte, iniciou-se um movimento internacional visando priorizar a tecnologia apropriada, a qualidade da interação entre parturiente e seus cuidadores, e a desincorporação de tecnologia danosa.

Percebe-se que a “evidência científica” ou autoridade da ciência é chamada ora para autorizar ora para deslegitimar determinadas práticas. A ciência por sua vez, busca um lugar de neutralidade, objetividade e universalidade. Mas como apontam Manica e Ramírez-Gálvez (2015, p,11) esta produção de verdade está relacionada aos aspectos de “processos ‘sociais’ e políticos que envolvem a produção do conhecimento científico”.

2.2 - A Humanização das práticas no âmbito internacional

Para Diniz (2005) a crítica ao modelo de assistência acima descrito se desenvolve a partir de uma variedade de perspectivas. Nessa direção Tornquist (2002) entende que o Movimento pela Humanização do Parto e do Nascimento é um desdobramento recente que Tânia Salem chamou de “Ideário do Parto sem Dor”. Iniciado nos anos de 1950, a partir das ideias de Dick-Read e Lamaze, “obstetras de vanguarda preocupados em minimizar as dores do parto e transformá-lo em um evento mais prazeroso, propondo para isso o uso de técnicas comportamentalistas de controle da dor” (Tornquist, 2002, p. 485) influenciando outros obstetras na década seguinte.

Ainda de acordo com Tornquist (2002, p. 486), uma segunda geração do “Parto sem Dor” trouxe valores individualistas/libertários ao campo da parturição e

do nascimento (influência do movimento hippie e da contracultura). Particularmente a sexualidade da mulher, a participação do pai no processo, a valorização do feto e do recém-nascido como um sujeito dotado de individualidade são valores presentes nesse cenário e são frutos da incorporação do ideal do “casal igualitário ou grávido”, cujo projeto familiar buscou embaralhar os papéis de gênero particularmente no que tange aos cuidados com os filhos, incluindo-se aí a gestação e o parto.

Nesse contexto podemos observar que a reflexão feminista, em suas múltiplas versões contribuiu para a inclusão da ideia de assistência ao parto como parte dos “direitos reprodutivos” e “sexuais”, tratando assim do cuidado no parto como um direito humano (DINIZ, 2005).

Em razão do que foi apontado por Diniz (2005) a partir de 1985 surgiu um movimento internacional, coordenado pela OMS, apontando a necessidade de revisão das práticas desempenhadas no acompanhamento da gestação e do nascimento. Ocasionalmente, no mesmo ano, uma conferência entre os escritórios regionais da OMS na Europa e Américas e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) em Fortaleza (CE), sobre tecnologia apropriada no parto. Esse encontro foi um marco, com forte apelo de saúde pública e de defesa de direitos das mulheres, assim como a resultante Carta de Fortaleza (DINIZ, 2005; MORAIS 2010).

Por “recomendações da OMS”, a autora Diniz(2005), entende quatro documentos da organização: (1) o *Appropriate Technology for Birth* de 1985, também conhecido como “Carta de Fortaleza”, foi o primeiro “manifesto” internacional sobre a “humanização do parto”, (2) *Recommendations for Appropriate Technology Following Birth* de 1986, também conhecido como Carta de Trieste, (3) *Care in Normal Birth: A Practical Guide (Maternal and Newborn Health/ Safe Motherhood) Unit* de 1996 e, (4) *World Health Day: Safe Motherhood* de 1998.

Para Maia (2010), outro conceito importante para o debate acerca da humanização na saúde foi o de “direitos reprodutivos”. Esse surgiu no início da década de 1980 como “estratégia discursiva das feministas na prática política para reivindicar garantias de igualdade, liberdade, justiça social e dignidade no exercício da sexualidade e da função reprodutiva” (p.46). Foi instaurada no plano internacional no Ciclo de Conferências da Organização das Nações Unidas (ONU) na década de 1990, o qual foi fundamental para a consolidação do conceito. Maia (2010), aponta

ainda que na Conferência Internacional de População e Desenvolvimento, realizada na cidade do Cairo em 1994, e em Beijing em 1995, na Conferência Mundial Sobre a Mulher, o conceito foi definido:

Os direitos reprodutivos se ancoram no reconhecimento do direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsavelmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos e de ter a informação e os meios de assim o fazer, e o direito de gozar do mais elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva. Inclui também seu direito de tomar decisões sobre a reprodução, livre de discriminação, coerção ou violência (ALVES, 2004 *apud* Maia, 2010, p.46-47).

Assim, os direitos reprodutivos trouxeram para o debate público temas antes considerados da esfera privada, sejam eles gestação, parto, morte materna, contracepção, aborto etc., que até então eram impossíveis de serem problematizados em sua perspectiva política e de cidadania (MAIA, 2010, p.47).

2.3 As Políticas de Atenção à Saúde da Mulher no Brasil

No Brasil a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais nas primeiras décadas do século XX. Porém, nesse período traduziam uma visão restrita sobre a mulher, limitada à sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares (BRASIL 2014; RATTNER, 2014).

De acordo com Rattner (2014), esses programas foram vigorosamente criticados por sua perspectiva reducionista ao tratar a mulher como sujeito que teria acesso a alguns cuidados de saúde somente no ciclo gravidez e parto, ficando sem assistência na maior parte de sua vida. Assim, “no bojo de um movimento internacional de crescimento da consciência das mulheres de seu papel social historicamente construído”, o movimento de mulheres brasileiro conseguiu que fossem separadas as duas áreas técnicas em “Saúde da Criança e do Adolescente” e “Saúde da Mulher” (RATTNER, 2014, p. 103).

Ainda de acordo com a autora, essa ruptura conceitual contribuiu para que a mulher fosse vista não apenas como quem engravida e tem filhos, mas também

como sujeito de direitos, com a garantia de atendimento a outras questões de saúde além das relacionadas à reprodução social e fisiológica.

De acordo com Leite e Paes (2009), a partir do debate de redemocratização do Brasil, na década de 1980 começou a discussão sobre a sexualidade feminina situando-se na anticoncepção, no contexto da saúde reprodutiva, entendido agora como direito das mulheres. A partir desses debates surgiram grupos organizados de mulheres na Unicamp cuja proposta era Atenção Integral à Saúde da Mulher (AISM), incluindo os elementos sobre educação sexual e de saúde reprodutiva. Era pauta o direito à procriação, à sexualidade e à saúde ao planejamento familiar, à discriminação do aborto, à democratização da educação para a saúde e outras ações relacionadas à esfera da saúde pública.

Neste processo de redemocratização do país, como apontam as autoras Leite e Paes (2009) surgiu um grupo maior de sanitaristas, psicólogas e sociólogas representantes dos grupos de mulheres, demógrafos, pesquisadores universitários e profissionais da saúde em parceria com o Ministério da Saúde constituíram o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), oficializado pelo Ministério em 1984.

O movimento feminista, o movimento de mulheres, a pastoral da família, a Unicamp, o Cebrap e a Fundação Carlos Chagas participaram ativamente da formulação PAISM. Esse se tornou um marco histórico na evolução dos conceitos de saúde da mulher, “ao contemplar saúde reprodutiva, planejamento familiar, prevenção de câncer cervicouterino e de mamas e questões relativas às doenças sexualmente transmissíveis”, como aponta Galvão (1999 *apud* Leite e Paes, 2009, p.708). O objetivo deste programa foi entender a assistência à mulher considerando os fatores biológicos, psicológicos e culturais com os temas centrais no planejamento familiar, no aborto e na sexualidade (CARNEIRO,2011).

Nesse contexto é criado também o Sistema Único de Saúde (SUS), pensado pela Constituição Federal de 1988 com o “objetivo de garantir à toda população brasileira o acesso universal às ações e serviços de saúde”. Esse foi oficializado pela Lei Nº8080/90, com a ideia da universalidade, integralidade, equidade no contexto da saúde pública, criando uma ideia posterior de uma “humanização da saúde”.

As mobilizações dessa época, ligadas aos movimentos de redemocratização política, do movimento sanitário e do movimento de mulheres, em torno de pautas de direitos sexuais e reprodutivos além de das críticas ao modelo médico hegemônico, fizeram emergir ponderações que até então faziam parte dos questionamentos internos à área da saúde e ao exercício de seus profissionais (DESLANDE, 2005). Foram, dessa forma, acionadas como um conjunto de diretrizes que constituíram temáticas de diversos programas e políticas de saúde no Brasil, a partir da década de 1990. Algumas secretarias municipais e estaduais de saúde seriam pioneiras deste processo, que na década seguinte seria ampliado, atingindo uma abrangência nacional. O Ministério da Saúde lançou alguns programas que embarcaram nessas perspectivas, como o

Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, em 2000, que seria substituído pela Política Nacional de Humanização – Humaniza SUS, em 2004; a Norma de Atenção Humanizada do Recém-Nascido de Baixo Peso, em 1999-2000; o Programa Humanização do Parto. Humanização no Pré-Natal e Nascimento, em 2002 (DESLANDE, 2005, p. 617).

Programas e políticas eram analisadas para a produção de diretrizes e técnicas, gerando vertentes importantes no contexto da saúde pública, tais como: os manuais sobre “Parto, Aborto e Puerpério”, a “Assistência Humanizada à mulher” de 2001 e o “Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso”, chamado de “Método Mãe Canguru” de 2002, as quais foram base de vários cursos para a capacitação de formadores na área da saúde da mulher no país. (DESLANDES, 2005).

Apesar das conquistas no que se refere às técnicas na gestão da saúde, Mello (2008) aponta que devido ao mau relacionamento entre os profissionais e pacientes e pela dificuldade de acesso aos serviços do SUS, torna-se um desafio a constituição da política dita “humanizada”.

Ainda como um dos resultados desse processo da década anterior, em maio de 2000, o Ministério da Saúde lança uma ação chamada de “Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar” que tem como objetivo:

Difundir uma nova cultura de humanização na rede hospitalar pública brasileira. Melhorar a qualidade e a eficácia da atenção dispensada aos usuários dos hospitais públicos no Brasil. Capacitar os profissionais dos

hospitais para um novo conceito de assistência à saúde que valorize a vida humana e a cidadania. Conceber e implantar novas iniciativas de humanização dos hospitais que venham a beneficiar os usuários e os profissionais de saúde. Fortalecer e articular todas as iniciativas de humanização já existentes na rede hospitalar pública. Estimular a realização de parcerias e intercâmbio de conhecimentos e experiências nesta área. Desenvolver um conjunto de indicadores de resultados e sistema de incentivos ao tratamento humanizado. Modernizar as relações de trabalho no âmbito dos hospitais públicos, tornando as instituições mais harmônicas e solidárias, de modo a recuperar a imagem pública dessas instituições junto à comunidade. (BRASIL, 2000)²¹

Deslandes (2004) aponta que o termo “humanização” é algo construído socialmente, além de ser polissêmico. Primeiro, o termo pode ser visto como humanização em oposição à violência seja essa física, psicológica, que expresse “maus-tratos” ou “violência simbólica”. Termo definido pela autora, como um não reconhecimento das necessidades emocionais, psicológicas dos usuários. O segundo significado para o termo, de acordo com a mesma, entendido que a humanização se dá a partir das melhoras das qualidades dos serviços prestados, ou seja, competência ao atendimento de qualidade juntamente com os avanços tecnológicos e um bom relacionamento entre a equipe.

A “humanização”, segundo a autora, estima o “cuidado” sob um ponto de vista técnico, acompanhado do reconhecimento dos direitos do paciente, de sua subjetividade, juntamente com o reconhecimento do profissional. Sendo assim, pode significar “um novo modelo de comunicação entre profissionais e pacientes e quiçá novas práticas cuidadoras” (DESLANDES, 2004, p.13) ou uma “nova cultura”.

Essa “nova cultura” é entendida como outra forma de lidar com a saúde e com os usuários, a partir da ideia de “humanização”, que é definida pelo programa como um:

(...) valor, na medida em que resgata o respeito à vida humana. Abrange circunstâncias sociais, éticas, educacionais e psíquicas presentes em todo relacionamento humano. Esse valor é definido em função de seu caráter complementar aos aspectos técnico-científicos que privilegiam a objetividade, a generalidade, a causalidade e a especialização do saber. (BRASIL 2000)²²

21 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde

22 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde

Em 1993 surge a Rede pela Humanização do Parto. A partir de então, a autora mostra uma série de incentivos em prol da “humanização” no parto no Brasil. E como o movimento de “humanização do parto”, no Brasil, ganha distintos sentidos. Pode ser compreendida de diversas formas:

(1) Humanização sendo aquela que legitimidade científica da medicina, ou da assistência baseada na evidência; **(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), demandando um cuidado que promova o parto seguro, mas também a assistência não-violenta, relacionada às ideias de “humanismo” e de “direitos humanos”, dando às usuárias inclusive o direito de conhecer e decidir sobre os procedimentos no parto sem complicações; **(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; **(4)** Humanização como legitimidade profissional e corporativa de um redimensionamento dos papéis e poderes na cena do parto; **(5)** Humanização referida à legitimidade financeira (sic) dos modelos de assistência, da racionalidade no uso dos recursos; **(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 (acompanhantes de parto), alguma negociação nos procedimentos de rotina, a necessidade da gentileza e da “boa educação” na relação entre instituições e seus consumidores e **(7)** 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 (acompanhantes de parto), alguma negociação nos procedimentos de rotina, a necessidade da gentileza e da “boa educação” na relação entre instituições e seus consumidores (DINIZ, 2005, p. 633 *et seq*)

No âmbito da humanização do Parto no Brasil, aparece como um marco na representação criação da Rede Nacional para a Humanização do Parto (Rehuna), em 1993. Essa surgiu em decorrência de um evento que ocorreu em Campinas para discutir questões relativas às incidências de partos via cesariana. Esta é uma rede composta por profissionais de saúde ditos progressistas, gestores de políticas de saúde, feministas, terapeutas alternativos, obstetras e grupos organizados de usuários do serviço de saúde etc. A proposta do Rehuna vem ao encontro da base consensual da OMS, de 1985, que consiste, de acordo com Tornquist (2002)

em linhas gerais, pode-se dizer que esse movimento propõe mudanças no modelo de atendimento ao parto hospitalar/medicalizado no Brasil, tendo

como base consensual a proposta da Organização Mundial de Saúde (OMS), de 1985, e que inclui: incentivo ao parto vaginal, ao aleitamento materno no pós-parto imediato, ao alojamento conjunto (mãe e recém-nascido), à presença do pai ou outra/o acompanhante no processo do parto, à atuação de enfermeiras obstétricas na atenção aos partos normais, e também à inclusão de parteiras leigas no sistema de saúde nas regiões nas quais a rede hospitalar não se faz presente. Recomenda também a modificação de rotinas hospitalares consideradas como desnecessárias, geradoras de risco e excessivamente intervencionistas no que tange ao parto, como episiotomia (corte realizado no períneo da mulher, para facilitar a saída do bebê), amniotomia (ruptura provocada da bolsa que contém o líquido amniótico), enema (lavagem intestinal) e tricotomia (raspagem dos pelos pubianos), e, particularmente, partos cirúrgicos ou cesáreas(...). O conjunto de medidas tidas, então, como humanizadoras busca desestimular o parto medicalizado, visto como teologizado, artificial e violento, e incentivar as práticas e intervenções biomecânicas no trabalho de parto, consideradas como mais adequadas à fisiologia do parto, e, portanto, menos agressivas e mais naturais.(TORNQUIST 2002 p. 483)

O “parto humanizado” passa a ser debatido no Brasil, na década de 1990, como consequência das críticas ao sistema médico obstétrico vigente e de uma nova proposta de atenção ao parto e nascimento, como aponta Diniz (2005 *apud* Carneiro 2011). De maneira geral, Rosamaria Carneiro define “parto humanizado” como:

Aquele com o mínimo de intervenções médicas e farmacológicas possível ou, então, o que respeita o tempo físico e psíquico de cada mulher para parir, em ambiente respeitoso e acolhedor e com seu consentimento informado para todo e qualquer procedimento realizado. (CARNEIRO ,2011, p.13)

Para Tornquist (2002) a categoria “natureza” está implicada na concepção do “parto humanizado”. Nessa perspectiva, há uma ligação como os movimentos ecologistas, de uma aproximação ao modo de vida indígena e do cuidado com o meio ambiente. O parto, nesse contexto, é entendido como um evento fisiológico e que é altamente tecnologizado pela medicina, de forma desnecessária. É possível perceber nesse discurso uma retirada do “parto” do campo da medicina e posto na esfera de uma “natureza feminina” autônoma.

Desta forma o movimento e o termo "humanização" precisam ser entendidos em suas convergências, divergências e contradições, pois são categorias em disputa e polissêmica. Estão em constante em debate, definição e redefinição (MENDONÇA,2013, DESLANDES 2004).

As visões sobre o corpo feminino estão fortemente presentes no cenário o qual são valoradas as práticas do “parto humanizado”²³, resultando inclusive algumas práticas nas políticas públicas. Uma dessas iniciativas foi a Rede Cegonha, que produziu embates dentro de determinados movimentos feministas²⁴, que irei a seguir elencar posteriormente.

2.4- Parto humanizado e o direito feminino, as controversas da rede cegonha

Em 24 de junho de 2011, o então Ministro da Saúde Alexandre Padilha cria no âmbito do Sistema Único de Saúde o Programa Rede Cegonha, instituído pela Portaria 1.459 do Ministério da Saúde, com objetivo de: 1) “fomentar a implantação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e a saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento e ao desenvolvimento da criança de zero a quatro meses”; 2) “organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade” e 3) “reduzir a mortalidade materna e infantil no componente neonatal”.

Este programa, ao qual é filiada à Casa de Parto David Crispiano Filho, tem como objetivo dar início a uma política pública na área de saúde, propondo maior disponibilidade de atendimento pré-natal, garantia de realização de todos os exames necessários, inclusive um exame de ultrassonografia, encaminhamento para atendimento se houver alguma complicação durante a gravidez e vinculação da

²³ . Como aponta Diniz (2009) no contexto do “parto humanizado”, as questões relativas ao gênero feminino, aos seus processos reprodutivos e à medicalização de seus “corpos articulam-se com concepções de temáticas sobre “saúde” e “doença”. Um corpo defeituoso, que precisa ser conduzido, Diniz SG. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. RevBras Crescimento Desenvolv Hum. 2009; 19(2):313-326.

²⁴ Sobre o feminismo e maternidade Scavone (2001) aponta que, os debates amadurecem no período do final do 1960 aos meados da década de 1980. As mudanças advêm nas sociedades ocidentais devido às transformações realizadas pós-segunda guerra mundial, a grande rapidez da industrialização e da urbanização; a grande inserção das mulheres no mercado de trabalho; controle da fecundidade contracepção, por meio da medicalização, destacando a pílula contraceptiva. A autora consagra em três momentos do movimento feminista acerca das visões sobre a maternidade. O primeiro foi entendido que a maternidade era um “defeito natural”, e a negação da maternidade seria o primeiro passo para acabar com a dominação masculina e a mulher então seria reconhecida com outras potencialidades. O segundo momento é a negação do “defeito natural”, e a maternidade é posta como identidade e poder feminino de gerar filhos. E último momento é a desconstrução do “defeito natural”, mostrando que “não é o fato biológico da reprodução que determina a posição social das mulheres, mas as relações de dominação que atribuem um significado social à maternidade” (p.141). Este último adveio com a expansão das novas tecnologias reprodutivas.

gestante à maternidade de referência para o parto. De acordo com a portaria nº 1.459/2011, do Ministério da Saúde (MS), instituindo-a no SUS

Consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis²⁵.

Ao chegar ao Congresso Nacional o Programa Rede Cegonha recebeu apoio dos parlamentares de posição “antiaborto” e da Frente Parlamentar Mista em Defesa da Vida - Contra o Aborto. Se por um lado, o projeto Rede Cegonha traz debates que possam ser entendidos como um “avanço” na conquista de direitos da mulher, uma vez que produz “humanização do parto” e a redução da violência obstétrica; por outro lado tem sido apontado pelo Movimento Feminista e organização de posição “pró-escolha”²⁶ como um “retrocesso” na medida em que entende o planejamento familiar apenas pelo viés da maternidade.

O “Rede Cegonha” pode ser entendido como um avanço na conquista de direitos da mulher, do ponto de vista da atenção à assistência do parto, a maternidade e colabora para a chamada “humanização do parto” e redução da “violência obstétrica”. Por outro tem sido apontado pelo Movimento Feminista da Rede da Saúde e adeptas a posição “pró-escolha” como um retrocesso na medida em que entende o planejamento familiar pelo viés da maternidade.

O programa da Rede Cegonha traz à tona as questões sobre o que seria a “atenção integral à saúde das mulheres” e perpassa pelo tema dos direitos reprodutivos, inclusive daquelas que optaram por não serem mães.

Para as feministas da Rede Feminista de Saúde, o Programa Rede Cegonha provoca um “retrocesso de trinta anos na luta das mulheres pela saúde e emancipação feminina”. Segundo a cientista política da Rede, Télia Negrão o programa é “desumanizante” ao restringir os direitos reprodutivos apenas aquelas

²⁵ Disponível em SAUDE, Ministério da. **A portaria nº 1.459/2011, do Ministério da Saúde (MS), instituindo-a no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/108545-1459.htm>>. Acesso em: 20 jun. 2016.

²⁶ “O termo pró-escolha é abreviação para um grupo ou indivíduo que acredita que uma mulher deve ser capaz de escolher um aborto se e quando ela desejar interromper uma gravidez que é não intencional e insustentável ou simplesmente insustentável.” JACOBSON, Jodi. **Pro-escolha**. Disponível em: <<http://pelosdireitosreprodutivos.blog.com/2011/05/04/o-que-significa-ser-pro-escolha/>>. Acesso em: 20 nov. 2016.

que optam pela maternidade²⁷ Ao mesmo tempo, esta produção, além de universalizar essa mulher, ainda reduz os “direitos reprodutivos” no âmbito da assistência ao parto, reduzindo para o debate materno-infantil como levantado pelas representantes da Rede Feminista de Saúde, deixando de lado a discussão sobre aborto seguro, planejamento familiar etc.

De acordo com Leite e Paes (2009) a concepção de “direitos” é uma ideia que remete às conquistas por movimentos sociais com a finalidade de promover melhores condições de vida. A ideia de direito constitui internacionalmente a partir de 1948, do reconhecimento na Declaração Universal dos Direitos Humanos.

A Declaração de 1948 introduziu a concepção contemporânea de direitos humanos marcada pela universalidade e indivisibilidade, o que influenciou nos demais tratados e convenções internacionais de direitos humanos, compondo um sistema geral de proteção internacional, decorrente das aspirações do pós-guerra como resposta ao regime de terror imposto pelo nazismo durante a 2ª Guerra Mundial (BOBBIO1998 *apud* Leite e Paes 2009)

Segundo a antropóloga, Rosamaria Carneiro (2011 p. 5 e 6), o Programa Rede Cegonha, ao demandar ou reivindicar a maternidade poderia vista ora como um avanço nas políticas públicas ora como retrocesso, pois para algumas feministas “tal programa reiteraria a noção já tão debatida de ‘mulher-hospedeira’ e de que ‘anatomia é destino’.”

A autora ao analisar o programa, afirma que esse implicaria no importante reconhecimento da cidadania e efetivação do direito de acesso à saúde, reconhecimento de direitos humanos. Destaca a evidência e emergência das políticas públicas na área da saúde no contexto nacional. (CARNEIRO,2013)

Por outro lado, afirma seus limites no que tange a pluralidade da categoria “mulher”, e, especialmente, das críticas à prática obstétrica brasileira pelos/as adeptos/as do parto humanizado. Para a autora, dimensão da pluralidade é importante, caso o contrário a mulher será vista como uma categoria única, sem levar em conta sua etnia, classe social, orientação religiosa, orientação sexual, estilo de vida etc. Como aponta a autora, “par a par com a cidadania, vem a necessidade

²⁷ . Aparece na cosmologia ocidental do parentesco uma relação entre mãe e filho, a qual é vista como autoevidente, ver em STRATHERN, Marilyn. Necessidade de pais, necessidade de mães. Estudos Feministas, Rio de Janeiro, 3(2): 303-29, 1995.

de se reconhecerem as diferenças entre as mulheres, ponto também bastante merecedor de atenção e consideração” (CARNEIRO, 2013, p. 57).

3- AUDIÊNCIA PÚBLICA: “PARTO HUMANIZADO E O DIREITO DA ESCOLHA”

O Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro (CREMERJ) publicou em seu regimento, no ano de 2012, duas resoluções²⁸ que gerou embate com Conselho Regional de Enfermagem. A primeira resolução, a 265/2012, visa impedir médicos de atender partos domiciliares, de participar de equipes de suporte e de sobreaviso previamente acordados²⁹, além de tornar compulsório aos hospitais notificar ao conselho de medicina as transferências de parto domiciliar e das oriundas chamadas “Casa de Parto.

A segunda resolução, a 266/2012, impede doulas³⁰, parteiras e obstetizes de atuar em partos hospitalares, uma vez que são consideradas, de acordo com o documento, profissionais não habilitados e/ ou não reconhecidos como profissionais da área da saúde. Tal publicação gerou polêmica, tanto no campo científico (Bourdieu, 2011, p. 5) - área do saber médico e do saber da enfermagem- quanto em movimentos partidários, movimentos feministas e das adeptas ao “parto humanizado”.

Já ocorrera em 2009 conflito semelhante entre os conselhos, devido a reabertura da Casa de Parto David Capistrano Filho, no bairro de Realengo, na cidade do Rio de Janeiro. Nessa ocasião o CREMERJ posicionou-se contra a reabertura da Casa, declarando em nota publicada em seu jornal circular³¹ no mês junho/julho 2009, destacando em caixa alta a ausência de médicos:

²⁸ Ver a reportagem no PROMUNDO. Movimento pelo direito ao Parto Humanizado e contra retrocesso da resolução do CREMERJ acontece no Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://promundo.org.br/2016/03/01/movimento-pelo-direito-ao-parto-humanizado-e-contraretrocesso-da-resolucao-do-cremerj-acontece-no-rio-de-janeiro/>>. Acesso em: 08 ago. 2016.

²⁹ Geralmente quando a mulher planeja um parto domiciliar, avisa uma equipe médica de backup de transferência em casos de alguma intercorrência durante o parto.

³⁰ Essas resoluções citadas provocaram efeitos na movimentação das doulas no RJ, resultando na recente lei de junho de 2016. Mais informações em: **LEI Nº 7314 DE 15 DE JUNHO 2016**.: dispõe sobre a obrigatoriedade das maternidades, casas de parto e estabelecimentos hospitalares congêneres da rede pública e privada do estado do rio de janeiro em permitir a presença de doulas durante o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, sempre que solicitadas pela parturiente. Disponível em: <<http://alerjln1.alerj.rj.gov.br/CONTLEI.NSF/c8aa0900025feef6032564ec0060dfff/f6a4bdfe5bb46c4383257fd4005a506c?OpenDocument>>. Acesso em: 08 ago. 2016.

³¹ CREMERJ. Em discussão, a “Casa de Parto” de Realengo e o movimento de convênios. Disponível em: <http://old.cremerj.org.br/jornais/jornais_pdf/109.pdf>. Acesso em: 01 fev. 2017.

O Conselho Federal de Medicina e o Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro voltam a denunciar mais um desrespeito à saúde da população [...] Alertamos as autoridades para o equívoco da reabertura da “Casa de Parto” em Realengo, que viola a legislação brasileira, e normas éticas, técnicas e bioéticas de atendimento à mulher e à criança. A “Casa de Parto”, que funciona SEM MÉDICOS, nega o acesso ao atendimento por obstetras, pediatras e anestesistas, dando uma clara demonstração de descaso com a gestante e com o recém-nascido. É um desrespeito à cidadania submeter mãe e filho a uma condição de risco pela banalização que se quer imputar ao ato de nascer.

E segue, expondo a necessidade de uma equipe multiprofissional de atendimento ao parto:

Defendemos o correto: uma maternidade bem equipada com a presença de uma equipe multiprofissional, com número adequado de médicos e outros profissionais, que seja bem treinada e apta a enfrentar qualquer situação de risco. O CFM e o CREMERJ reafirmam que continuarão buscando os instrumentos legais para impedir o absurdo funcionamento da “Casa de Parto”, que caracteriza um retrocesso inaceitável para a assistência materno-infantil na cidade do Rio de Janeiro em pleno século 21.

No Brasil não é obrigatório que partos sejam realizados por médicos/as, obstetras³² e enfermeiros/as³³, sendo esta última categoria autorizada pelo Coren e pela lei 7 489 de julho de 1986³⁴ a assistirem partos - sejam domiciliares, hospitalares ou em Casas de Parto.

Existem outros profissionais que aparecem nesta arena de disputa pelo o parto, de acordo com Riesco e Tsunechiro (2002), a profissional em obstetriz surge pela primeira vez no Brasil como o título entregue às formadas no Curso de Obstetrícia da Faculdade de Medicina e Cirurgia do Pará, entre 1922 e 1925. Dois tipos de formação eram oferecidos, os cursos de enfermagem e de obstetrícia funcionavam de maneira independente até então:

32 Obstetriz é um profissional que formado pelo curso de Obstetrícia pela USP em São Paulo (é o único curso do Brasil)

33 De acordo com Riesco e Tsunechiro (2002,p.450)” Com relação ao ensino de enfermagem no país, em 1890, foi criada no Rio de Janeiro a Escola Profissional de Enfermeiras e Enfermeiros no Hospício Nacional dos Alienados e, no início do novo século, foram organizadas outras escolas particulares e públicas em vários estados brasileiros. Entre elas, destaca-se a Escola Dona Anna Nery, em 1923, no Rio de Janeiro, cujo modelo de ensino baseado no sistema norte-americano foi considerado padrão. A associação do trabalho da parteira e da enfermeira foi sendo cogitada já no final do século XIX, quando médicos brasileiros passaram a propor a formação profissional de parteiras que fossem também enfermeiras.”

34 Ver em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7498.htm

Com a crescente hospitalização do parto, o campo de atuação das parteiras passou a ser objeto de disputa entre estas, as enfermeiras e os médicos, e uma grande polêmica foi gerada entre enfermeiras e parteiras. De um lado, as enfermeiras não aceitavam que as parteiras formadas pelos médicos nos cursos anexos às clínicas obstétricas das faculdades de medicina recebessem o título de enfermeira obstétrica e lutavam por consolidar o curso como uma especialidade da enfermagem. Para elas, os cursos de parteira, denominados de enfermagem obstétrica, eram um exemplo de especialização sem base, uma vez que a formação anterior em enfermagem não era exigida das candidatas. Por outro lado, as parteiras argumentavam que no mundo inteiro o ensino da obstetrícia era responsabilidade de médicos, professores da clínica obstétrica, e que a enfermagem e a obstetrícia eram profissões afins, porém, distintas, não sendo possível conferir às enfermeiras com um ano de especialização as mesmas competências e prerrogativas asseguradas àquelas que faziam o curso de obstetrícia. (RIESCO; TSUNECHIRO, 2002, p. 451)

Em 1970 foram introduzidas modificações nas grades curriculares, decorrente da reformulação das universidades brasileiras, propondo “vedar a duplicação de meios para fins idênticos ou equivalentes”, como aponta Riesco e Tsunechiro (2002) e os cursos de enfermagem e de obstetrícia se fundiram. Em 2005, o curso de Obstetrícia foi recriado na Universidade de São Paulo no campus da EACH - Escola de Artes, Ciências e Humanidades e atualmente é o único curso de ensino superior com formação em obstetrícia no Brasil³⁵.

Vale ressaltar que de acordo com Moraes (2010, p. 82), a partir de 1998, foram incentivadas a especialização em “enfermagem obstétrica” no Brasil, afim de promover o parto normal realizado por essa categoria. A autora aponta que isso aconteceu após o destaque na primeira Conferência Internacional sobre Humanização do Parto e do Nascimento, ocorrida em Fortaleza (CE). No ano de 1995, ativistas e profissionais refletiram nessa conferência sobre “avanços nas reflexões acerca do conceito de humanização, na ênfase da importância da mulher nesse processo e, ainda, na discussão do papel dos diferentes interlocutores para a efetivação de sua proposta” (p. 81).

³⁵ Mais informações em CURSO OBSTETRÍCIA. **O curso e sua história.** Disponível em: <<http://obstetriciasite.wixsite.com/cursoobstetricia/blank-cee5>>. Acesso em: 01 jan. 2018.

O Dossiê Humanização do Parto (2002), realizado pela Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, destaca que outra categoria emerge no país, as Doulas³⁶. O documento aponta que o grupo Doulas do Brasil foi criado em 2002 por iniciativa de quatro mulheres e também doulas da região de São Paulo e Campinas. Foi difundida por uma plataforma virtual, oferecidas por elas, informações sobre a profissão de doula, cursos de capacitação, o parto, depoimentos, fotos e um cadastro nacional de doulas.

Feito esse parêntese acerca dos profissionais que disputam o parto, voltemos ao objetivo deste capítulo que consiste em analisar os efeitos e as práticas das supracitadas resoluções do Cremerj, do ano de 2012. A partir das narrativas das integrantes da audiência pública que ocorreu na Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro, em março de 2016, interessa-me perceber como são narrados os conflitos entre os conselhos, dos profissionais³⁷, além de analisar as dimensões do cuidado, o entendimento dos serviços de saúde e a gestão da reprodução.

Sabrina Seibert, representante do Conselho Regional de enfermagem, durante a audiência, descreve as demandas que surgiram a partir dos conflitos instaurados entre os conselhos de enfermagem e de medicina em decorrência as resoluções de 2012. Além disso, destaca como o debate chegou ao Poder Judiciário

³⁶ De acordo com Simas (2016, p. 46) "A primeira organização profissional de formação de doulas, a National Association of Childbirth Assistants (NACA), foi fundada nos Estados Unidos em 1984 e se dissolveu dez anos depois, momento em que vários outros grupos apareceram. Em 1992, é fundada a Doulas of North America (DONA), organização que certifica doulas, e que alterou recentemente o nome para DONA International, tendo em vista a expansão para mais de 50 países. De acordo com os dados da própria organização, o número de membros ativos era 750 em 1994 e 6.154 em 2012, entre doulas de parto e de pós-parto, especialização criada recentemente."

³⁷ Para Machado (1996 *apud* Maia 2010), ação da sociologia das profissões é diferenciar profissão de ocupação. E a medicina, por excelência, possui um status de "profissão" e a enfermagem no processo de "profissionalização", pois a medicina é: "um corpo de conhecimentos complexo, fechado e específico; monopoliza um mercado com demanda ilimitada e legalmente protegido; a atividade do médico é individual e de responsabilidade intransferível, sendo o trabalho coletivo pouco desenvolvido; e a autonomia é crucial para o seu cotidiano de trabalho. Por outro lado, tem-se a enfermagem, que pode ser vista como em processo de profissionalização. Mesmo apresentando os atributos que definem uma profissão – os indivíduos a exercem em tempo integral e vivem de sua remuneração; há compromisso com normas e modelos apropriados e identificação com os colegas e a profissão; há corporações que tratam de regular a atuação profissional e o monopólio do mercado de trabalho; há um corpo de conhecimentos teóricos e práticos a ser formalmente transmitido; há um código de ética e uma busca de confiabilidade social; a ocupação adquire autonomia. Além disso, profissões se organizam em corporações que atuam no sentido de garantir a autorregulação (tanto técnica quanto eticamente) e a regulação do mercado, incluindo a manutenção do monopólio." (MAIA, 2010, p.64)

e as formas dos trâmites da judicialização³⁸ desse processo. Sendo que um dos efeitos desse processo, foi a audiência pública que ora apresento neste capítulo.

Representantes do Coren destacam que a entidade solicitou a suspensões das resoluções 265 e 266, pois as mesmas se referiam ao acesso da assistência ao parto e à segurança das mulheres. Desta forma, o Coren ajuizou uma Ação Civil Pública³⁹ contra o Cremerj, ainda em 2012⁴⁰, pedindo a anulação dessas resoluções. Assim, obtiveram a liminar com antecipação de tutela, pois de acordo com o Conselho de enfermagem, a decisão do Cremerj colocava as mulheres em “situação de risco”. Em julho do mesmo ano, a decisão judicial resultou na suspensão das resoluções até nova decisão. Já em setembro de 2014, uma decisão judicial de primeira instância avaliou como pertinente a solicitação do Coren em pedir a suspensão das resoluções. Em janeiro de 2016, quando processo se encontrava na primeira audiência da segunda instância, o então presidente ⁴¹ solicitou vistas do processo, para entender o que o relator estava ponderando. Não houve consenso na nova decisão, foram dois votos a favor do Cremerj e um contra. Após isto, o Coren entrou como um “embargo infringente”, previsto na Lei nº 10.352/2001 ⁴² contra decisão do STF, alegando que não houve consenso na decisão. Os advogados,

³⁸ “No contexto democrático contemporâneo, o fenômeno da judicialização da saúde expressa reivindicações e modos de atuação legítimos de cidadãos e instituições, para a garantia e promoção dos direitos de cidadania amplamente afirmados nas leis internacionais e nacionais. O fenômeno envolve aspectos políticos, sociais, éticos e sanitários, que vão muito além de seu componente jurídico e de gestão de serviços públicos. O processo judicial, individual e coletivo, contra os Poderes Públicos, teve início na década de 90, com as reivindicações das pessoas vivendo com HIV/Aids para medicamentos e procedimentos médicos. As reivindicações fundamentam-se no direito constitucional à saúde, que inclui o dever estatal de prestar assistência à saúde individual, de forma integral, universal e gratuita, no Sistema Único de Saúde (SUS), sob a responsabilidade conjunta da União Federal, estados e municípios. “Em VENTURA, Miriam et al. Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 20, n. 1, p.78, 2010. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312010000100006>.

³⁹ Trata-se “A ação civil pública é um instrumento processual, de ordem constitucional, destinado à defesa de interesses difusos e coletivos. Mesmo estando referida no capítulo da Constituição Federal relativo ao Ministério Público (artigo 129, inciso III)” JUSBRASIL. **Ação Civil Pública**. Disponível em: <<https://www.jusbrasil.com.br/topicos/26413013/acao-civil-publica>>. Acesso em: 01 fev. 2017.

⁴⁰ Em paralelo, em 2012, houve também algumas manifestações contrárias as resoluções do Cremerj. Houve também uma movimentação de algumas instituições como Associação Brasileira de Enfermagem, Associação Brasileira de Enfermagem Obstétricas, Doulas, presença de movimentos feministas em passeata contrária ao posicionamento do Cremerj.

⁴¹ O presidente da oitava turma, da primeira audiência da segunda instância

⁴² No “art. 530 Cabem embargos infringentes quando o acórdão não unânime houver reformado, em grau de apelação, a sentença de mérito, ou houver julgado procedente ação rescisória. Se o desacordo for parcial, os embargos serão restritos à matéria objeto da divergência”

representantes do Coren, solicitaram então um novo julgamento com uma nova turma⁴³.

Como explica a Sabrina, membra do Coren durante a audiência:

Na verdade, o relator estava a nosso favor, só que quando veio agora em janeiro de 2016 a decisão final, o relator votou a favor de manter as resoluções revogadas e o presidente da mesa e a outra juíza votaram por liberar, para que as resoluções voltassem a valer. Então elas estão valendo desde fevereiro de 2016. É de obrigatoriedade da classe médica atende-las então, os profissionais que optaram por estar atendendo mulheres que desejam um parto domiciliar, hoje estão na clandestinidade. Eles não podem estar aqui porque eles temem a represália do seu próprio conselho. O que o conselho coloca é que eles serão caçados e isso já ocorreu no Rio de Janeiro uma vez, por conta da abertura da Casa de Parto e a Leila pode estar contando isso(...)e qual é o papel do Estado de está permitindo que essas mulheres tenham a sua decisão constitucional de liberdade de escolha, um direito constitucional... Então nós estamos aqui para saber das mulheres se esse, realmente, é o desejo delas e pedir a ajuda de vocês para tá mantendo esse movimento de pressão do judiciário. (SABRINA, Coren)

É importante trazer algumas questões que suportaram esse debate apontado pela representante do Coren. Para ela, a questão é que o Cremerj não regulamenta as profissões das enfermeiras, obstetras, doulas e parteiras no seu regimento profissional. Mas, como uma estratégia, a lei 7498 de 1986, a qual regulamenta o exercício profissional da Enfermagem, reconhece as parteiras e as obstetrizes. O Conselho Federal de Medicina não formaliza a profissão da Enfermagem em seu regulamento, tão pouco as doulas, obstetrizes e parteiras. O embate se dá, porque tal dispositivo deixa à disposição da direção médica do hospital a decisão das entradas das parteiras, das doulas e das obstetras durante o parto. Essas resoluções entendidas como disputas entre os lugares e os profissionais “dignos” de realizar o parto, foram alvos de processo de judicialização da saúde⁴⁴ (Diniz et al

⁴³ “As *turmas* são um tipo de colegiado, o que no sistema Judiciário significa um corpo formado por três ou mais juízes.” VENTURINI, Lilian. <https://www.nexojornal.com.br/expresso/2017/02/02/O-que-são-as-Turmas-do-Supremo-Tribunal-Federal>. Disponível em: <<https://www.nexojornal.com.br/expresso/2017/02/02/O-que-são-as-Turmas-do-Supremo-Tribunal-Federal>>. Acesso em: 16 set. 2017

⁴⁴ O próprio conceito de “judicialização da saúde”, necessita ser entendido de forma ampliada e diversa para que possa consistir em no “reclame de bens e direitos nas cortes: são insumos, instalações, medicamentos, assistência em saúde, entre outras demandas a serem protegidas pelo princípio do direito à saúde.” (Diniz et al. 2014, p. 592). O Brasil se difere da maioria dos países que tem a concepção do sistema universal de saúde, pois no Brasil não presa pela garantia dos “serviços à saúde”, mas na ideia do “direito à saúde”. Já no caso brasileiro, na judicialização do direito à saúde, não dirige garantir o “direito à vida” e sim em garantir a “dignidade da pessoa humana”. O que

,2014), pleiteado pelo Coren contra as resoluções do Cremerj, a fim de ressaltar o direito da assistência do parto.

Depois destes acontecimentos ocorreram algumas mobilizações que foram divulgados em um grupo virtual (via facebook), criado em janeiro de 2016, intitulada “Meu corpo, minhas regras, nossas escolhas”⁴⁵. De acordo com o site, o movimento é constituído por profissionais, mulheres e familiares a favor do “parto fisiológico” e “direitos reprodutivos das mulheres”, entendendo como arbitrárias as resoluções do Cremerj. Diante dos conflitos gerados pelos conselhos, articularam-se também outras ações, como duas marchas contra as resoluções na praia do Leme e na Central do Brasil, no centro do Rio de Janeiro. Tais mobilizações deram origem à audiência pública, que ora apresentamos, e que fora conduzida no dia 14 de março de 2016 pela deputada Rejane de Almeida do PC do B, conhecida como “Enfermeira Rejane”, devido ao seu engajamento político tendo o histórico de participação no Conselho regional de enfermagem e no sindicato de enfermagem⁴⁶, além de ser também presidente da Comissão Permanente de Defesa dos Direitos da Mulher da Alerj.

significa dizer que a saúde não seria um fim em si mesmo, mas na verdade um meio para a garantia da dignidade do ser humano. (DINIZ ET AL. 2014, p. 592)

⁴⁵ Ver <https://www.facebook.com/meucorpomeuminhasregrasnossasescolhas/?fref=ts> O parto aqui é entendido, pelo movimento em questão, como um evento fisiológico e que as intervenções médicas são consideradas desacerbadas.

⁴⁶ Em ALERJ. **DEPUTADOS / FICHA COMPLETA.** Disponível em: <<http://www.alerj.rj.gov.br/Deputados/PerfilDeputado/323?Legislatura=18>>. Acesso em: 01 fev. 2017.



Figura 1 Convocação da audiência pública Fonte: <https://pt-br.facebook.com/meucorpomeuminhasregrasnossasescolhas/> acesso 02/01/17

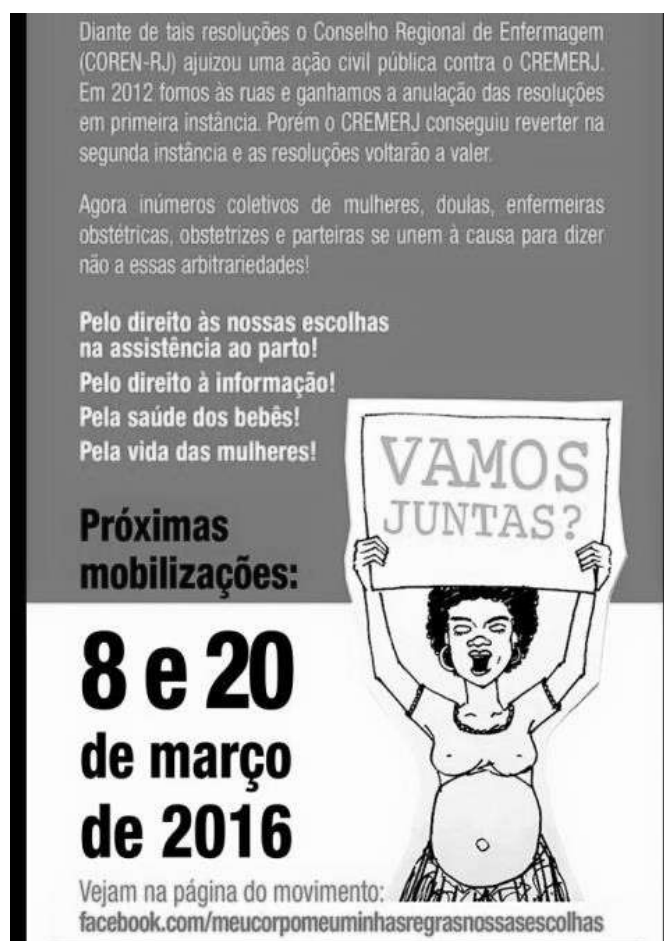


Figura 2 Chamada para a audiência pública Fonte: <https://pt-br.facebook.com/meucorpomeuminhasregrasnossasescolhas/> acesso 02/01/17

Desde que iniciei a pesquisa realizei diferentes frentes de trabalho: na Casa de Parto, em fórum de debates, palestras, sobre o assunto e dentre elas, participei desta audiência pública, como dito, divulgada por um grupo virtual.

Ao me deslocar para esse evento queria entender tanto os conflitos que apareciam nesse campo quanto da regulação da prática de saúde no envolvimento do processo gestacional. Por acreditar que aquele seria um momento privilegiado de espaços de disputas e verdades sobre a reprodução do corpo feminino, decidi então realizar a pesquisa de campo.

A intenção foi entender, na audiência pública “parto humanizado e o direito da escolha”, em março de 2016, os sentidos proferidos sobre o “parto humanizado” no panorama da audiência. Além do trabalho de campo, utilizei a gravação disponível no canal do Youtube ALERJ, pelo site <https://www.youtube.com/watch?v=xeEgo60Lku4&t=5099s>, realizando as transcrições das falas dos componentes da audiência.



Figura 3 - Página Virtual do Movimento "Meu corpo, minhas regras, nossas escolhas". Fonte: <https://pt-br.facebook.com/meucorpomeuminhasregrasnossasescolhas/> acesso 02/01/17

3.1- A Assembleia Legislativa do Rio de Janeiro:

A Assembleia Legislativa do Rio de Janeiro (Alerj) é conhecida popularmente como a “Casa do Povo”, como se esse espaço concretizasse a ideia do Estado Democrático de Direito. Em seu site oficial está escrito que “a representação que se encontra no Poder Legislativo é uma síntese da realidade do Estado” ⁴⁷ e informa que de todos os Poderes, o Legislativo é o que tem mais acesso à população civil ⁴⁸.

De acordo com Escosteguy (2017), o poder legislativo, além de exercer a função legiferante (produzir leis) e fiscalizadora, também cumpre um papel educativo. Nesse espaço público, de acordo com o autor, as propostas que atingem diretamente o interesse das pessoas são exibidas, debatidas e transformadas em normas legais.

Há nesse processo de constituição das leis a participação geralmente de segmentos organizados da sociedade, como sindicatos, confederações de trabalhadores, Organizações Não Governamentais, associações etc, levando seus pleitos. Nas audiências públicas, essas demandas são ouvidas e debatidas a fim de colaborarem com os parlamentares, dando a ideia da participação política nessa casa legislativa (ESCOSTEGUY, 2017).

A Alerj é composta por setenta deputados⁴⁹ que representam supostamente os seus eleitores. De acordo com o site da instituição, as audiências públicas são realizadas pelas “comissões permanentes” ⁵⁰ para debater projetos de lei, ouvir propostas de organizações da sociedade civil, mediar negociações etc.

⁴⁷ Ver em ALERJ. **Alerj como funciona**. Disponível em: <<http://www.alerj.rj.gov.br/Alerj/ComoFunciona>>. Acesso em: 01 fev. 2017.

⁴⁸ O Poder Legislativo se faz presente nos três níveis de poder no Brasil: a federal com a Câmara dos Deputados e Senado Federal, a estadual localizada nos Estados, nas Assembleias Legislativas, e, no Distrito Federal, na Câmara Legislativa do Distrito Federal e, por fim, a municipal, nas Câmaras de Vereadores. Ver em BRASIL. **Câmara dos Deputados e Senado compõem o Poder Legislativo**. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/governo/2009/11/camara-dos-deputados-e-senado-compoem-o-poder-legislativo>>. Acesso em: 29 jan. 2017 e ESCOSTEGUY, Carlos. **O Poder Legislativo**. Disponível em: <<http://www12.senado.leg.br/jovemsenador/home/paginas/cursos-online/planos-de-aula-ilb-o-poder-legislativo>>. Acesso em: 23 jan. 2017.

⁴⁹ Em relação a participação política no âmbito da divisão de gêneros, há oito mulheres deputadas atualmente na Alerj de acordo com o site oficial.

⁵⁰ “As Comissões Técnicas Permanentes cabe dar parecer sobre os temas abordados no projeto ou mensagem (Educação, Saúde, Assuntos Tributários, por exemplo). Antes de irem para as Comissões temáticas, entretanto, os projetos precisam passar pelo crivo da Comissão de Constituição e Justiça (CCJ), a mais importante da casa. Cabe à CCJ e seus integrantes, apoiados por um corpo técnico, dizer se o projeto atende aos requisitos constitucionais, legais e jurídicos. Só depois da análise sobre a constitucionalidade é que os projetos são remetidos às comissões temáticas, de acordo com os assuntos a que se referem”, ver no site <http://www.alerj.rj.gov.br/Alerj/ComoFunciona>

Essas sessões são abertas ao público e os membros das comissões podem solicitar a presença de pessoas ou entidades para prestar esclarecimentos e suprimir questões sobre temas em discussão. Já os deputados podem conduzir requerimento de informações a autoridades públicas do Estado para solicitar esclarecimentos sobre determinados assuntos.

3.2- Uma breve descrição: As múltiplas vozes femininas e a produção da política.

Na mesa da plenária havia representantes do Movimento de Doulas, da Associação Brasileira de Obstetizes e Enfermeiros Obstetras (Abenfo), da Associação Brasileira de Obstetizes e Enfermeiros (Aben), da direção da Casa de Parto, representante da Secretaria Estadual de Saúde, representante do programa da Rede Cegonha Carioca e a deputada Rejane, a qual presidia a mesa. No público, encontravam-se pessoas partidárias ao PC do B, representantes de movimentos feministas e pessoas civis interessadas na temática. A deputada Rejane informou que enviou um convite ao Ministério Público e ao Cremerj para participação do evento, mas não obtiveram retorno. Como dito, trata-se de iniciativa solicitada por membros do Conselho de Enfermagem e do Movimento “Meu corpo, minhas regras, nossas escolhas, em decorrência das resoluções 265/2012 e 266/2012 do Cremerj.

A audiência estava prevista para 9 horas da manhã no dia 14 de março de 2016, mas teve que ser remarcada para o mesmo dia a tarde. Em razão disso algumas pessoas foram chamadas naquele momento da audiência para compor a mesa. Em face da mudança de horário também cheguei um pouco atrasada na Alerj. A audiência foi mediada pela deputada “Enfermeira Rejane” do PC do B e foi intitulada “Parto Humanizado e o direito da escolha”.

A composição se fazia em sua maioria por mulheres e algumas delas acompanhadas de filhos pequenos, carregados por slings (técnica de amarração com um pano junto ao corpo para sustentar o bebê). Algumas amamentavam e outras estavam grávidas. Dentre o público havia também profissionais de enfermagem e estudantes. Umas dessas vestiam camisas com a imagem do programa da Rede Cegonha Carioca e da Casa de Parto David Capistrano. Foram distribuídas cadernetas com informativos sobre o exercício da enfermagem e o outro

sobre violência doméstica. Acredito que o material distribuído esteja vinculado à comissão de defesa dos direitos das mulheres, a qual a deputada Rejane pertence.



Figura 4. Presidente da Plenária". Fonte: <https://pt-br.facebook.com/meucorpomeuminhasregrasnossasescolhas/> acesso 02/01/17



Figura 5- Representante das Doulas ". Fonte: <https://pt-br.facebook.com/meucorpomeuminhasregrasnossasescolhas/> acesso 02/01/17



Figura 6 – Mesa da Plenária- Fonte: <https://pt-br.facebook.com/meucorpomeuminhasregrasnossasescolhas/> acesso 02/01/17

3.3 -Quem tem direito ao parto humanizado?

De acordo com algumas pessoas presentes na sessão o “parto humanizado” não é acessível a todos. A classe social, a raça/ etnia ou gênero das pessoas farão com que tenham acessos diferenciados aos corpos, assim como terão possibilidades distintas de receber cuidados dessa ordem. Em face disso, pude presenciar Paula que é doula e Educadora Perinatal⁵¹ .coordenara do grupo de

⁵¹ “A Educação Perinatal é o processo de preparar a gestante e seu parceiro (a), ou apenas a gestante sobre a gravidez, o parto e o pós-parto (ou puerpério), onde informações são passadas para que possam vivenciar a gestação, o parto e o pós-parto da maneira natural, informada e consciente.” FONTOURA, Andrea. O que é e qual a diferença entre: Educadora Perinatal, Doula de Parto e Doula Pós Parto? Disponível em: <<https://doulandoamor.wordpress.com/2015/06/17/o-que-e-e-qual-a-diferenca-entre-educadoraperinatal-doula-de-parto-e-doula-pos-parto/>>. Acesso em: 01 maio 2017.

apoio ao Parto Ishtar⁵² falar sobre isso ao narrar sua trajetória durante a gestação e sua experiência com o “parto humanizado”. Ela diz que mesmo sendo uma “mulher, negra, da baixada fluminense” teve acesso a informação sobre o “parto humanizado”. Entretanto, sua experiência é singular e considera importante divulgar para outras mulheres. Segundo disse:

Eu, como mulher negra, moradora da Baixada Fluminense tive acesso a informação, que me levou a Casa de Parto, onde eu fui acompanhada, fiz o meu pré-natal e, quando entrei em trabalho de parto, fui para a Casa de Parto. Por conta dos protocolos próprios da Casa, não pude continuar o meu parto lá, fui transferida, e fui pra outro hospital. Durante todo esse período, durante o meu trabalho de parto, eu tive todos os meus desejos respeitados(...). Então, é importante que todos saibam que é um sistema e que a gente tá lutando, nadando contra a maré o tempo inteiro. (PAULA INARA, doula)

Suzane, enfermeira, da comissão de mulheres do PC do B de São João da Barra, em sua oratória afirma existir uma centralidade destas políticas e práticas da assistência ao humanizado do parto nas grandes metrópoles. Para a componente, isso restringe ou concede espaços que perpassa à produção do “parto humanizado”. Ela diz que é oriunda de uma cidade pequena no interior do Estado, que não há essa discussão no interior, demarcado apenas para o Município do Rio de Janeiro

E a nossa vivência lá da Casa de Parto não existe e eu acho que é muito importante que seja levada pra o interior, porque eu acho que as nossas mulheres, do interior do Estado, é de fundamental importância que elas tenham acesso a informação, de que existe esse serviço, esse trabalho e possam escolher a forma de terem seus filhos: no hospital ou na residência. Porque, afinal de contas, é o corpo delas, é os filhos dela. E, assim, a minha vinda aqui foi pra viver a experiências de vocês. Porque eu acho que é de fundamental importância que se leve uma Casa de Parto ao interior do Estado uma coisa que, ainda, é muito restrita ao Município cede (SUZANE, membra do PC do B)

⁵² De acordo com o site tem grupo em Copacabana, Tijuca, Jacarepaguá, Niterói, Região dos Lagos e na Baixada Fluminense. Ver em ISHTAR. Ishtar - Espaço para Gestantes (Rio de Janeiro). Disponível em: <<https://www.blogger.com/profile/06483275930420321129>>. Acesso em: 01 maio 2017.

Além de estar demarcado pela diferenciação do seu corpo, através do gênero e da raça, ou pela distinção do centro e à margem da cidade, conforme aparece nas falas anteriores, a disponibilização ao serviço é, também, associada às diferentes classes sociais. Scavone (2004), remete que no contexto brasileiro, a utilização das técnicas e tecnologias – o uso peridural por exemplo- é vista como um privilégio, não um direito. Da mesma maneira pode indicar uma forma de modernidade, com uma supervalorização de tecnologia médica e aceitação do seu uso. A questão posta por Diane é outra. O acesso a informação aparece como um privilégio e a recusa da medicalização como um direito. Tal manifestação remete à ideia de que “parto humanizado” é algo de uma classe social mais abastada, de uma elite econômica, pois seria esta que teria o poder da escolha.

Eu estou aqui, porque eu quero que todas as mulheres tenham acesso a isso, porque isso não pode ser um privilégio, isso não pode ser para uma elite(...). Eu tive acesso a informação, eu tive acesso a uma rede incrível, eu quero que todas as mulheres tenham isso. Eu quero que as mulheres possam parir com segurança, com acolhimento, com respeito, com uma equipe profissional qualificada, profissionais que estão atuando na clandestinidade não podem ser devidamente qualificados para nos dar a segurança de um parto saudável, para nós e para os nossos bebês. A gente não quer um parto maluco, não gente. A gente quer um parto seguro, saudável, para nós e para os nossos bebês, com respeito. É isso. (DIANA)

3.4 – A invenção da cesariana e o empoderamento e seu paradoxo: a violação do corpo da mulher.

De acordo com Mello-e-Souza (1994 *apud* Barbosa 2012) o campo médico apropriou-se dos discursos feministas por meio do argumento de que as mulheres têm autonomia sobre seus corpos. Por essa razão podem optar por formas diversas de parto, inclusive a cesariana. Entretanto, esse discurso não é unânime no campo médico e alguns de seus componentes não pensam a escolha da cesariana como uma possibilidade de autonomia, mas como uma indução ao risco, conduzida por médicos.

Nesse cenário, a realização excessiva de partos obstétricos foi denunciada como resultado de uma “cultura da cesariana”. Essa visão de que a escolha por cesariana é mais um risco do que uma possibilidade de escolha e exercício de autonomia feminina circulava como um discurso (FOUCAULT 1979) na sessão pesquisada.

Pude notar que para algumas palestrantes e para grande parte do público a “cultura da cesariana” é algo danoso a saúde das mulheres e de sua prole. Além disso, havia a associação de que essa cultura se devia ao fato de o campo médico brasileiro transforma o corpo da mulher em mercadoria. Isso pode ser visto na fala da deputada Rejane, quando diz que os médicos propuseram as resoluções do Cremerj não por preocupação com a saúde das mulheres, mas por um interesse mercadológico sobre seus corpos, em uma reserva de mercado.

De acordo com a deputada os médicos visam menos suas pacientes e mais a dominação de seus corpos como meio de obtenção de lucros. A deputada Rejane traz a ideia de que a medicalização da prática obstétrica está suportada pelo sistema capitalista que ordena a vida social, produzindo uma “maquinização” do corpo feminino, como aponta as autoras,

(...)as modificações definitivas na assistência ao parto ocorreram a partir do século 17 quando se descobriu o mecanismo da ovulação, pois o entendimento de que a mulher possuía uma estrutura mais delicada do que a do homem levou à percepção do parto como perigoso para a saúde e que a medicina deveria protegê-la. O modelo cartesiano do dualismo mente/corpo evoluiu para o corpo como uma máquina, sendo o corpo masculino considerado o protótipo desta máquina e o feminino um desvio do padrão masculino, considerado hereditariamente anormal, defeituoso, perigosamente imprevisível, regido pela natureza e carente do controle constante por parte dos homens. Com o advento do capitalismo industrial, a prática da assistência ao parto se consolidou como exercício monopolizado dos médicos e, assim, foi legitimado e reconhecido. ARRUDA (1989 *Apud* NAGAHAMA ; SANTIAGO 2005)

Martin (2006), antropóloga norte americana, influenciada pelo pensamento marxista, no livro “Metáforas médicas do corpo feminino”, no capítulo “Mulher no corpo: uma análise cultural da reprodução”, diz que a medicina ocidental pensa o corpo como uma máquina. O útero como uma máquina de produção, a mulher como a operária, o médico como o técnico ou o mecânico que “conserta” ou o supervisor a fim de “produzirem” bebês saudáveis. Sendo assim, a cesariana, que exige o máximo de “condução” do médico e mínimo de trabalho ao útero, é considerada o

melhor processo para produzir os melhores produtos. Essa ótica teria então gerado um processo de substituição das mãos das parteiras pelas tecnologias médicas (o bisturi, o fórceps). A própria ideia do trabalho de parto é entendida como um trabalho fabril, que é subdividido em vários estágios, na fase latente, dilatação, de expulsão, progressão etc.

Esse debate pode contribuir à medida que se constitui a partir dos saberes científicos do século XIX a meados do XX, uma na formulação da "metáfora da máquina". Dessa forma o paradigma da medicina remete a funcionalidade do corpo feminino relacionado ao modo de organização industrial capitalista (MARTIN, 2006). À luz dessas questões que circulam o debate do corpo feminino e reprodução, formulam-se dentro da audiência a ideia de que além da cesariana, há outras "intervenções desnecessárias", denominadas por algumas de "violência obstétrica"⁵³. Para além ponto vista econômico, acredito que está em jogo é uma questão moralidade médica, que pauta o seria melhor para mãe e para bebê (PULHEZ 2015, p.94).

Ao longo da sessão havia discursos suportados na crítica à mercantilização do corpo feminino pelo campo médico. Além desse tipo de acusação a prática médica foi considerada um *locus* de produção de "violência obstétrica". Em face desse discurso surgem múltiplas vozes defendendo a importância de práticas que não promovam a "violência obstétrica". Heloísa Lessa, enfermeira obstétrica, elenca nomes dos profissionais e dos ambientes favoráveis para ter um parto que não proporcione uma violação dos corpos femininos.

É isso que a gente precisa entende, por que a gente quer doula, por que a gente quer parto em casa, por que a gente quer casa de parto, por que a gente quer isso tudo? Porque a gente quer de verdade menos mortalidade materna, a gente quer menos sangramento, a gente quer um parto mais fácil, a gente quer um parto menos penoso, a gente quer que o parto deixe de ser lembrando como uma coisa dolorosa. A gente vai falar de que alguma coisa foi difícil e a gente fala da dor, "foi um parto". Não! Este parto é um parto da violência obstétrica, esse parto é o parto da posição deitada, é o parto da mulher que não tem um acompanhamento digno do lado dela, isso a gente não quer mais. (HELOISA LESSA, enfermeira obstétrica)

⁵³ Não tenho a intenção de tratar a categoria como unívoca, mas nesse momento estou me adendo nas falas das integrantes da audiência.

Em mesma direção, Luciana traz a ideia de que é necessário levar uma “conscientização” das mulheres que não querem o “parto humanizado”. Pois estas estariam sendo “vítimas” de um sistema maior. Para ela as mulheres pobres são mais vítimas das “violências obstétricas” dentro de hospitais.

Pensando em como a gente conseguiria aumentar a conscientização, eu ainda escuto muitas mulheres falando que não querem parto humanizado ou parto normal por conta da dor. Porque o médico diz que não tem passagem e elas são, já no primeiro momento de sua consulta, induzidas a quererem um parto de cesariana. Imaginem nós, mulheres que ainda temos acesso à informação, se já somos condicionadas dessa forma, imaginem todas as outras mulheres, pobres, que na maioria das vezes não tem muitas informações, como elas são condicionadas a terem o parto por via cesárea. Hoje nós temos parto por via cesárea sendo marcado às 18h, porque por volta das 18h nós temos as taxas de emergência, então tem um lucro maior para esses médicos que irão fazer estes partos. Então o meu questionamento é justamente esse. Fora outras coisas que a gente vê: a mulher pode pagar por um dia de estética antes do parto, quando a gente não vê buffet sendo oferecido para que as pessoas fiquem numa antessala, observando por um Big Brother a mulher parindo. Então, gente várias situações bizarras. Como ficam, também, essas mulheres pobres que não tem esse acesso? Na verdade, minha pauta seria justamente falar sobre esse questionamento e como nós deveríamos pensar numa estratégia de conscientizar mais mulheres e que mais vozes femininas estejam dentro de uma próxima audiência pública falando e se defendendo de todas essas violências que a gente sofre cotidianamente. (LUCIANA, representante da União Brasileiras de Mulheres)

Pulhez (2014) mostra que a denúncia da “violência obstétrica” é uma disputa que visa uma construção de mundo, que estabelece o que é dispensável ou abusivo em um parto e transformação das mulheres em “vítimas”. Além de a categoria abarcar uma questão subjetiva, carrega um sentido político. O que está em jogo então é a “garantia a empatia social e a transformação delas em sujeito político, condição para a constituição de um movimento social reivindicativo e libertário”, como aponta Sarti (2009 *apud* Pulhez 2014 p.94).

A respeito do assunto Sônia Latije que fez parte da União Brasileira de Mulheres, se identifica como uma forte feminista que lutou na ditadura (no MR8), como disse na plenária “que nunca baixou a cabeça para homem nenhum”. Mas de acordo com ela, precisou “ter 56 anos e se aproximar da enfermagem para perceber que tinha vivenciado violência obstétrica” provocada pelo seu ginecologista. A

violência obstétrica aqui aparece como uma “revelação”, pois até então não havia produzido uma ideia de que aqueles procedimentos médicos era algo que violava o seu corpo. Sonia fala que havia, antes, um apreço pelo ginecologista, tinha uma relação afetiva, fez parte da sua vida pessoal, pois descobriu um câncer na mesma,

Fiquei absolutamente refém do meu ginecologista, um homem que eu adorava e que, inclusive, descobriu um câncer de mama em mim. Então, olha a relação. Mas ele foi autoritário e arrogante o tempo todo. Quando ele me dizia: “Você não tem dilatação.”; “Toma injeção, o menino tá sofrendo.”; “Tira o menino.” E aí, no meu segundo bebê, 5 anos depois era: “Você não tem dilatação”; “Você vai correr risco” e o meu segundo menino também é de Parto de Cesária. Hoje eu sou avó de dois bebês, cuja a história é: “O menino já tem 41 dias, e não sei o quer e pode ter corrido risco... Faz Cesária” e o segundo bebê não tem dois anos ainda, porque minha nora resolveu ter filho pra caramba. Então, não tem dois anos ainda e vai arrebentar o útero e tira a Cesária. Gente, desculpe eu falar assim porque eu não quero chorar então, eu fico assim, machona (SONIA, representante do movimento de mulheres brasileiras)

Suzane começou a dizer que iniciou as buscas sobre informações acerca do “parto humanizado” quando gestante, passando a frequentar as reuniões de um Grupo de Apoio chamado Istat. Depois narra o seu desejo e trajetória com o “parto domiciliar”, que fez o pré-natal na sua casa, com seu marido e com seus gatos⁵⁴. A partir do seu envolvimento com os grupos educativos, começou a formular as ideias de “violência obstétrica”, em decorrência com outras narrativas de mulheres que denominaram ter sofrido violências no período da gravidez, começou a formular para si o que seria violência obstétrica. A fala sobre a produção de uma “violência obstétrica” aparece tanto como materializar como para prevenir a violação dos corpos femininos.

Busquei uma equipe, comecei meu pré-natal, que era feito na minha casa, no conforto do meu lar, com meu marido, meus gatos, meu espaço. E, em paralelo, eu tinha o respaldo de uma Médica Obstetra, vamos classificar como humanizada. E, durante meu pré-natal, eu

⁵⁴ Carneiro (2014) remete a ideia que o parto está para além da fisiologia, ela é entendida como um evento familiar, sexual, espiritual, sexual, social e cultural. CARNEIRO, Rosamaria G. De perto e de longe do que seria natural, mais natural e/ou humanizado: uma etnografia dos grupos de preparo para o parto humanizado. In: FLEISCHER, Soraya; FERREIRA, Jaqueline. (Org.). Etnografias em Serviços de Saúde. Rio de Janeiro: Garamond, 2014, p. 243-266, 2014.

deixei de ser uma gestante de risco habitual. Eu comecei a ter uns picos de pressão, nada crítico, eu não precisei de medicação. Foi, meramente, um estado de alerta. E, pra minha infeliz surpresa, as 36 semanas (quase 8 meses de gestação), a minha filha ficou pélvica, que é o bebê sentado no útero. Me foi oferecido e, até então, estava com a minha obstetra, pois eu não teria mais condições de ter um parto domiciliar. Me foi oferecido a opção de versão cefálica externa, que é uma manipulação da minha barriga pra reposicionar o bebê. Fizemos duas tentativas em datas diferentes, porém eu já estava com 38 semanas de gestação e minha bebê já havia descido pelo meu osso da bacia e não foi possível realizar o procedimento. No primeiro momento eu fiquei em pânico, porque meu maior medo era cair numa cirurgia, mesmo que necessária. Não queria passar por uma cirurgia, enquanto minha médica explicou que olha, a posição que sua filha está é perfeita pra um parto pélvico. (...) E, então, a gente pode discutir os cenários pra gente ter um parto respeitoso, desde que você resolva ter o bebê. Fisiologicamente, de um Parto Normal. Discutimos a situação, havia algumas situações de risco, porque é um bebê mais complicado. E eu tava totalmente empoderada, eu tinha certeza que podia parir(...)E, por um acaso, na hora do expulsivo, minha filha estava numa posição anômala e o parto ficou inviável, precisou de uma cirurgia absolutamente bem indicada. Minha filha nasceu bem. Com a resolução atual, absurda, que você tira, totalmente, o respaldo médico pra um parto domiciliar. Você deixa tudo na mão da Enfermeira, um parto que tinha tudo pra ser perfeito, normal e bonitinho, ele pode precisar, sim, de uma assistência médica. Então você tirar a segurança de um parto, tendo assistência multidisciplinar, não tendo um médico de respaldo caso a situação sai do contexto, é um crime grave.... Que pode matar mães, que pode matar bebês e isso é impossível, é contra os Direitos Humanos. No mundo inteiro você tem respeito ao profissional Enfermeira Obstetra, da Obstetriz e ela pode seguir acompanhando a gestante sim com muita competência, a mulher pode ser muito respeitada sim no nascimento. Mas tem situações que foge e, quando você tira o direito da mulher ter uma assistência completa, segura, você está acabando com os Direitos Humanos, (SUZANA, componente do público geral da audiência)

3.5 – Os cuidados femininos e a gestão da reprodução.

Ao longo da sessão pude assistir à exposição da enfermeira obstétrica Heloisa Lessa, ativista do parto humanizado e precursora das ideias do obstetra francês Michel Odent ⁵⁵. Na época era a presidenta do instituto Michel Odent⁵⁶ no

⁵⁵ Odent, em uma frase celebre pelos ativistas do parto humanizado: “para mudarmos o mundo, é preciso primeiro mudar a forma de nascer” Ver em ODENT, Michel. O Renascimento do Parto. Florianópolis: Saint Germain, 2002. Dessa maneira, durante o nascimento, segundo esse médico, pode haver possibilidade de criar desvios de personalidades, de doenças, de males do mundo a partir

Brasil. Ao discursar ressaltou que independe das resoluções do Cremerj as mulheres vão continuar tendo a “autonomia” de realizar o parto domiciliar. Segundo a mesma, o que está em pauta é uma ideia de uma hierarquia entre os profissionais, que impediria o trabalho em grupo. Trata-se, segundo ela, de uma perpetuação do poder médico e do controle do corpo feminino. Segundo afirmou:

a gente tem que trabalhar em equipe no posto de saúde e a gente tem que trabalhar em equipe no parto em casa. E é por aí que eles estão quebrando a gente, então a ideia é manter as categorias isoladas, brigando entre si. A gente não precisa disso! Eu hoje tenho orgulho em dizer que eu tenho uma equipe que trabalha em parto hospitalar e parto domiciliar, onde enfermeiras, médicos, pediatras, psicólogos, doulas, estão juntos e podem trabalhar sem hierarquia. Isso é possível. E é a favor disso que estamos lutando, é contra a hierarquia(...). É por isso que isso é tão atacado, e quando a gente vê uma mulher parindo dessa mulher, ninguém controla uma mulher, isso é impressionante. A gente vê uma mulher sendo suturada num hospital ela não dá um gemido, é uma tristeza, ela não dá um gemido, porque ela sabe que se ela dá um gemido ela vai ser maltratada. “Ah, então eu ligo você aí, minha filha, toda arreganhada”. É assim que ela é tratada. Quando a gente vai para a Casa de Parto, a gente vai suturar, a batalha que é para a gente conseguir, porque é doloroso, porque essa mulher reclama, então uma mulher que tem a possibilidade de dar conta de parir sem intervenção nenhuma, por suas pernas, isso dá a ela um poder, e é por isso que querem nos calar, querem nos calar no parto e querem nos calar na nossa vida. (HELOISA LESSA, enfermeira obstétrica)

Maia (2010) ressalta que a enfermagem obstétrica está tendo cada vez mais a ampliação no mercado de trabalho no contexto brasileiro. Além de mostrar uma importante área de *expertise* no serviço da “humanização do parto” por parte da enfermagem. O Ministério da Saúde traz normativas que incentivam a humanização da assistência ao parto, a qual certifica a atuação da enfermeira obstetra na atenção ao parto normal sem complicações. A exemplo disso, autora fala que, o Ministério da Saúde tem financiado cursos de capacitação; estabelecendo pagamento, pelo SUS, de parto assistido por enfermeira obstetra e implantação dos Centros de Parto Normal (CPN), unidades privilegiadas de atuação dessa profissional em partos sem

da liberação do hormônio da ocitocina (chamado pelo autor de “hormônio do amor”, é o mesmo hormônio liberado durante o sexo), de forma “natural” produzido pelo corpo da mulher que ocorre durante o trabalho de parto. Além desse livro, publicou cerca de 50 livros sobre temática do parto dentre elas “o Renascimento do parto”, “A cientificação do amor”, “Água e sexualidade” etc.

⁵⁶ Ver em <https://institutomichelodent.com.br/> acesso 15/03/2017

distocia (complicações durante o trabalho de parto), além da atuação em partos domiciliares.

De acordo com a representante da Associação Brasileira de Enfermagem Obstétrica, Maysa Gomes, ao discursar na mesa da plenária as resoluções do Cremerj dificultam a atenção ao parto, fornecida pelas profissionais enfermeiras obstétricas e obstetrizes. Segundo ela, tratam-se de decisões que delimitam e padronizam os espaços de atuação do médico, de enfermeira e obstetrizes na atenção ao parto em domicílio e hospitais. Explicou que nos chamados partos de “baixo risco” ou partos de “risco habitual”, o acompanhamento da gestação, do parto e do pós-parto podem ser realizados por enfermeiros e obstetrizes que estejam qualificadas para tal. Na mesma direção, como se trata de um “processo fisiológico”, as mulheres podem e devem ter a opção de ser atendidas em um hospital, em um centro de parto normal ou em uma casa de parto ou em um domicílio.

Para ela, há de se pensar que a concepção da assistência ao parto também deve pressupor que a maioria das mulheres estão “saudáveis”. Para a mesma, o atual modelo hospitalar, “biomédico” entende a gestação, o parto e o pós-parto como algo que altera a saúde das mulheres. Dessa forma as gestantes são submetidas a um modelo de assistência montado para aquelas que adoecem. O primeiro pressuposto, de acordo com Maysa, deve ser que as mulheres são saudáveis. O que está em debate é a transição de paradigmas, “para um modelo onde a principais protagonistas deixa de ser o médico e passar a ser a mulher, e ela que precisa poder escolher quais são os locais em que se sente mais segura” sic.

Sendo assim, é possível notar que esta visão remete a uma crítica ao modelo biomédico e ao paradigma do cuidado. Pensando em termos foucaltianos, o processo de nascimento passa ser de interesse da biopolítica. Há, então, uma vigilância estatal, interessada no cuidado e controle dos corpos e da população, normatizando o biológico e o controle das vidas.

Maysa afirma que essas resoluções interferem no processo de cuidado das mulheres De acordo com a palestrante para que se desencadeie o processo e

transcorra da forma mais “natural possível”, a parturiente precisa de um sistema que esteja adequado, e completa dizendo:

E para que possamos construir isso é necessário que um grupo multidisciplinar esteja trabalhando em acordo. Portanto essas resoluções dificultam a escolha dessas mulheres para tomar uma decisão coerente e segura, também dificultam aos diversos profissionais envolvidos no processo, ao atuarem sob ameaça. (...) na medida em que os profissionais trabalham com segurança, sabemos que em algum momento podemos necessitar dessa transferência e precisamos poder contar com esse plano”. (Maysa, enfermeira obstétrica).

Na audiência apareceu a ideia da dimensão da “gestão do cuidado”⁵⁷. Em um dos seus artigos o Cecílio (2009) analisa uma história escrita por Leon Tolstói bastante ilustrativa sobre as formas de cuidar e as críticas sobre a normativa do cuidado. No conto, o escritor, descreve o sofrimento do enfermo, pelo “olhar do doente”, qual é inscrita no personagem Ivan Ilitch até a sua morte. O personagem é oriundo de uma vida burguesa, e que a partir de debilidade – da sensação da dor, da perda de autonomia, do medo da morte, da sensação do desespero e de solidão. Consegue ser inserido na produção do cuidado em dimensões distintas, e de uma certa ausência de comunicação do outro, seja aquele que recebe o cuidado e gera o cuidado,

(...)é a incomunicabilidade com os outros. Ninguém parece entender o que ele está vivendo. Os médicos, porque insistem em um linguajar técnico, preocupados em encontrar um diagnóstico da doença e a terapia correspondente. A mulher e os filhos expressam pena e culpa ao vê-lo naquela situação.

Ele sabe que é um estorvo para a família. O pior, porém, é que ele sabe que todos mentem, que todos fingem não ver o agravamento de sua situação. Seus encontros com o espelho são dramáticos, quase insuportáveis. A imagem que vê em nada faz lembrar o homem que era antes inveja a vitalidade e a autonomia dos que não estão doentes. Um mundo que lhe parece cada dia mais distante. (CECILIO,2009, p 546).

Até que nesse contexto surge a figura do Guerássim, um serviçal humilde, da Rússia czarista, analfabeto, destinado ajudar o patrão nas suas atividades diárias visto que não o mais conseguia faze-las sozinha. Ivan Ilitch, em um dado momento descobre que ao erguer as pernas alivia sua dor e pede para que Guerássim o ajude

a erguer, foi uma primeira intervenção terapêutica eficaz, que foi taxado pelo médico e a família como um absurdo sem utilidade, pois não se encaixava nos cânones da medicina daquela época.

Esse ato de colocar as pernas de Ilitch no ombro de Guerássi foi criando laços de intimidade inimagináveis na época entre senhor e servo. Cecílio traz a ideia do cuidado como gesto acolhedor, que produz junto ao Ilitch um cuidado que tem a potência para diminuir a dor, admite o seu medo da morte e discute sobre isso e dispõe da atenção que necessita,

a invenção de um novo modo de cuidar que escapa dos instituídos e alarga e reinventa o mundo do possível. Uma “tecnologia de cuidado” que nasce do gesto, da proximidade física, da escuta e da generosidade do “cuidador”. (CECILIO, 2009, p 548) .

O autor também aponta para um certo risco dos programas de “qualificação” ou os dos programas de “humanização”. Pois as formas de construir o atendimento do outro podem permanecer colaborando para uma instrumentalização demasiada de formalizações do encontro “trabalhador- usuário”, impedindo a possibilidade dos encontros que produzem cuidado, como o caso dos personagens de Ilitch e Guerássi.

De acordo com Mendonça (2015) o ato do cuidado se dá partir da construção da abertura ao outro, ele traz a ideias oriundas do conceito do ato livre de Lévinas. A abertura para o outro, se faz por uma necessidade e total vulnerabilidade, de acordo com Lévinas (2012 *apud* Mendonça 2015). O “ato livre” então corresponde ao uma ação humana compelida pela presença da face do outro. As liberdades localizam tantos nas relações em meio a subjetividade e a vulnerabilidade. O cuidado é um acontecimento marcado pelo encontro de quem cuida e de quem é cuidado. Nessa perspectiva, o cuidador, pode ser inferido também como *Máquina de Guerra*,

O cuidador está em situação de “máquina de guerra”. Ele é membro, pertence ao aparelho de estado, mas sempre trás consigo a dobra do guerreiro, em luta pela destruição do estado ou do estabelecido. O que identifica, afetado pelo outro que sofre, o coloca em guerra com as estruturas disciplinares e disciplinadoras da atenção à saúde (MENDONÇA 2015, p 93).

De acordo com Mendonça, os modelos assistenciais do cuidado, passaram a ser parte integrante e ferramenta das técnicas de governo em uma era da biopolítica⁵⁸. Fazendo, desta forma parte da máquina do Estado e basilar do controle da população. A biopolítica, se dá partir do problema da *população* contextualizada no Estado liberal. É preciso então gerir os seres vivos, para que seja controlada a fim de garantir a melhoria da gestão da força de trabalho. Nessa perspectiva, o cuidado é biopolítica, mas só algumas vidas são cuidadas. Pelbart (2007) aponta que esse biopoder “não visa barrar a vida, mas tende a encarregar-se dela, intensificá-la, otimizá-la” (p. 1), chegando ao cerne da subjetividade e da vida contemporânea do biopoder. O deixar morrer e fazer viver implicam em cuidar da população, dos processos biológicos, otimizar e gerir a vida.

Sobre a concepção da “gestão do cuidado”, Zuleide Aguiar, enfermeira obstétrica, ao compor a mesa plenária reforça a ideia de que o enfermeiro atua no “cuidado diferenciado” em relação a essas mulheres. Essas resoluções, de acordo com a mesma, estariam impedindo estes profissionais de oferecer esse “cuidado”.

A gente precisa buscar porque existe uma demanda, existe mulheres querendo esse cuidado diferenciado. E outras que não buscam, talvez, porque ninguém falou disso para elas. Esse acesso, essa informação não chega até elas. E, quando chega, elas não podem usar. Porque a gente ainda tem uma minoria, e é isso que está acontecendo, que decide o que deve ser feito sem ter a possibilidade de um momento como esse, para que a população se manifeste e diga, eu quero um cuidado diferenciado, eu quero essa possibilidade. Nós queremos todas as possibilidades, porque eu acho que tudo tem que ser respeitado, desde que a gente possa optar. Então assim, eu trabalho no programa Cegonha carioca, eu trabalho na Casa de Parto David Capistrano, eu trabalho, também, com uma equipe de Parto Domiciliar. São várias possibilidades e todas elas com o objetivo de oferecer o melhor cuidado. (ZULEIDE).

Assim como os enfermeiros, as doulas são apresentadas como profissionais que são capazes de humanizar o parto e evitar “violências obstétricas”. Sobre isso, a Roberta Calábria, representante do Movimento de Doulas e do coletivo Parto com Princípio diz que a presença de doula ⁵⁹ é uma questão de saúde pública, pois

⁵⁹ Nas palavras de Roberta, doula é “aquela profissional que dá o suporte emocional, psicológico, afetivo e não medicamentoso, farmacológico para a gestante, durante a gravidez, durante o parto e, muitos casos, durante o pós-parto também, o puerpério.”

diminui as taxas de cesárias, as taxas de episiotomia e aumenta as taxas de aleitamento nas primeiras semanas após o nascimento.

A categoria “doula”, de acordo com a palestrante, é reconhecida pela Classificação Brasileira de Ocupação na CBO⁶⁰, no entanto, até aquele momento não havia uma lei que regulamentasse a participação no cenário de parto⁶¹.

Enquanto palestrava, na sessão plenária havia doulas que se manifestaram sobre o assunto. Em rumores paralelos à palestra principal queixavam-se de serem transformadas em “testemunhas oculares” de potenciais “violências obstétricas”, posto que o médico em exercício retiraria a “autonomia” da mulher sobre o seu corpo.

Temos que informar a mulher quais são os direitos dela e informar a mulher sobre a tal da violência obstétrica, porque tem muitas, muitas e muitas coisas que acontecem dentro de uma sala de parto que são ditas como normais, cotidianas e que o nosso papel, é o que a gente carrega é chegar ali no ouvido daquela mulher, durante a gestação, e dizer olha, se você deixar que isso seja feito com você ou se fizerem isso com você contra a sua vontade, isso significa que você está sendo vítima de violência obstétrica. (...)então nós somos, sim, testemunhas oculares do que está acontecendo ali. Então porque os médicos estão com tanto, tanto, tanto medo que a gente esteja ali olhando o que eles estão fazendo com as mulheres? (ROBERTA).

É interessante perceber que na plenária não era debatido apenas as resoluções, mas também “autonomia” da mulher. Sendo assim, o tema primordial do debate versava sobre os efeitos de ações públicas na dimensão privada da vida das mulheres (FOUCAULT,1979) .

⁶⁰ CBO. **CBO 3221-35 Doula**. Disponível em: <<http://www.ocupacoes.com.br/cbo-mte/322135doula>>. Acesso em: 17 maio 2017.

⁶¹ Um dos efeitos da resolução do Cremerj, foi a efetivação da lei das doulas no RJ - LEI Nº 7314 DE 15 DE JUNHO 2016.

4 CASA DE PARTO:

4.1 A entrada no campo

Em dezembro de 2016 fui até a Casa de Parto com o parecer favorável da comissão de ética em pesquisa da UFRRJ e a diretora, prontamente, autorizou a pesquisa. Nessa nova fase de observação, optei por acompanhar os grupos educativos da Casa, a qual vou explorar no decorrer deste capítulo. Durante minha inserção, senti-me um pouco “fora do lugar”, porque não era nem o profissional que cuida, nem a gestante ou acompanhante que recebe o serviço. Em campo tive que superar minha timidez e a desconfiança de algumas profissionais sobre a minha presença. Cheguei até a estar com uma mulher e sua família na primeira hora do trabalho de parto, mas preferi sair de cena, por questões éticas, achei que muito ia ouvir e pouco iria ajudar naquele momento.

Minha escolha de acompanhar os grupos se deu por conta de acreditar ser esse um bom lugar para ouvir das mulheres, profissionais e usuárias, suas percepções sobre o corpo, escolhas e experiências e, os sentidos do “parto humanizado”, por isso privilegiei a etnografia nos grupos educativos neste trabalho.

De certa forma, me sentia afetada (Favret-Saada, 2005) com a ideia da “humanização do parto” produzida na Casa de Parto. Muitas vezes sensibilizei-me diante das dores das mulheres que relataram suas experiências, seus medos e anseios durante os grupos educativos.

Além de acompanhar os grupos e eventos da Casa de Parto, fiz 13 entrevistas semi-estruturadas com os profissionais e usuárias/os, conforme aparece a relação abaixo:

Entrevistados	Idade	Religião	Filhos	Escolaridade	Ocupação	Etnia/Raça
1	39 anos	Candomblé	2	Ensino médio	Secretária	Negra
2	27 anos	Protestante- cristã	1	Superior completo	Auxiliar de Creche	Branca
3	26 anos	Umbanda	2	Superior	Mãe em	Parda

				incompleto	tempo integral	
4	37 anos	Evangélica	0	Pós-Graduação	Enfermeira Obstétrica	Parda
5	36 anos	Ateu	2	Superior completo	Músico e cuidador	Branca
6	31 anos	Espírita	0	Pós-Graduação	Enfermeira Obstétrica	Branca
7	36 anos	Católica	0	Pós-Graduação	Enfermeira Obstétrica	Branca
8	26 anos	Evangélica	0	Superior completo (residente)	Enfermeira Obstétrica	Branca
9	30 anos	Evangélica	2	Pós-Graduação	Enfermeira Obstétrica	Branca
10	40 anos	Católica	0	Pós-Graduação	Enfermeira Obstétrica	Parda
11	33anos	Evangélica	1	Superior incompleto	Dona de casa	Negra
12	30 anos	Evangélica	0	Superior Completo	Técnica administrativa	Parda
13	50 anos	Candomblé	1	Pós-Graduação	Enfermeira Obstétrica	Negra

Perfil sociológico dos entrevistados. Usei as categorias que os/as entrevistaram responderam.

A ideia de pesquisar os “conflitos e impasses” do parto humanizado na CP surgiu a partir da fala de uma das interlocutoras da pesquisa, sobre uma tentativa de fechamento da unidade em 2009, em consequência de rumores de que estavam ocorrendo óbitos materno-infantis. Supostamente a unidade de saúde não disporia de recursos tecnológicos e profissionais necessários para garantir uma assistência segura, apesar do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), dispor da resolução de nº 478/2015 a qual certifica que os enfermeiros estão autorizados a realizar parto normal em mulheres consideradas de “risco habitual”.

De acordo com a diretora da CP, em 2009 a Vigilância Sanitária do Estado do Rio de Janeiro interditou a Casa de Parto alegando que não havia licença sanitária e condições para o seu funcionamento. De acordo com ela, tratava-se de uma empreitada da corporação médica por não aceitar modelos humanizadores distintos

ao ambiente hospitalar. Tal fato mobilizou pessoas ligadas aos movimentos de defesa da humanização do parto naquela época ⁶².

De acordo com Delage (2009), sucedeu-se naquele ano uma passeata na orla do Leme, no Rio de Janeiro, um “abraço” coletivo na Casa de Parto em Realengo e uma audiência pública na ALERJ, pautada na defesa do direito de escolha das mulheres que optam por parir em locais diferenciados do hospital. O episódio resultou na concessão de licença de funcionamento da Casa de Parto David Capistrano Filho pela Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil, representada pela Superintendência de Vigilância Sanitária, por meio da Portaria Estadual n.287, de 17 de novembro de 2009.

4.2 Sobre a Casa de Parto David Capistrano Filho

Os Centros de Parto Normal, ou Casas de Parto, foram regulamentados pelo Ministério da Saúde através da portaria MS/GM 985 de 05 de agosto de 1999. Segundo a diretora da Casa, o espaço funciona baseado na “tecnologia do cuidado” (cf. CECILIO 2009, MENDONÇA 2015). As casas de parto funcionam com profissionais de enfermagem obstétricas e técnicos de enfermagem e geralmente são anexas à estrutura de hospitais.

Na Casa de Parto (CP) fala-se de “tecnologias do cuidado” / “tecnologia leve” (aromaterapia, uso de bola de *pilates* etc), esse termo faz referência assimétrica entre os equipamentos ditos modernos da chamada “tecnologia dura” (como por exemplo maquinário de uma CTI). O uso das “tecnologias do cuidado” está ligado às técnicas de preparo para o parto, como me explica a diretora.

A Casa de Parto David Capistrano Filho ⁶³ foi inaugurada no dia 8 de março de 2004, vinculada ao Sistema Único de Saúde-SUS, estando localizada na Zona

⁶² - Rehuna (Rede pela Humanização do Parto e Nascimento), usuárias e profissionais da Casa de Partos, Escola de enfermagem Anna Nery-UFRJ, a presença do médico Michel Odent – um obstetra francês percurso do movimento do parto humanizado- etc.

⁶³ ANVISA (2004) descreve David Capistrano pelo “trabalho reconhecido na área social e empenhado na luta pela humanização do atendimento na saúde, cujo médico sanitaria dá nome às duas casas de parto visitadas. Grande incentivador do Programa Médico da Família e da assistência humanizada

Oeste da cidade do Rio de Janeiro. A data da inauguração, dia internacional da mulher, também carrega significados simbólicos sobre a construção do ideário feminista no serviço de saúde produzido pela Casa. A experiência da Casa de Parto (CP) é reconhecida pela assistência “humanizada” pelos ativistas do Rehuna. Quanto aos serviços, abarca o pré-natal, parto e puerpério, contemplando em sua maioria mulheres oriundas das classes populares (HIRSCH 2014).

É a única Casa de Parto do Rio de Janeiro e, diferente de outras existentes no Brasil, tem uma estrutura autônoma, pois não funciona acoplada a um hospital. Atende gestantes que não tenham feito cesarianas anteriores, com parto de “baixo risco”⁶⁴, acompanhando-as desde o início da gestação até o parto e pós-parto.

A CP é constituída por uma equipe ⁶⁵ composta por 19 enfermeiras obstétricas (sendo apenas 1 homem), 11 técnicas, 1 nutricionista, 1 assistente social, 1 administradora (sob responsabilidade da prefeitura do município do Rio de Janeiro), contando com um corpo clínico e de administradores que são servidores públicos alocados para este espaço. Os cozinheiros, motoristas, recepcionistas, equipe de limpeza, vigilância e lavanderia são funcionários terceirizados. É também campo para residência de enfermeiros/as da prefeitura.

A partir de uma entrevista, concedida pela diretora, pude perceber que o atendimento começa com uma Triagem das gestantes, trata-se de um exercício de escuta com o intuito de saber o que levou essas mulheres a buscar a CP:

ao parto em Centros de Parto Normal recebeu também homenagem do Ministério da Saúde, com a criação do Prêmio David Capistrano, da Política Nacional de Humanização no Sistema Único de Saúde. Nascido em Recife, faleceu em São Paulo, em 2000, aos 52 anos de idade.” ANVISA. **Casas de Parto investem na valorização da mulher.** Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/divulga/public/boletim/44_04.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2016

⁶⁴ Fatores relacionados ao risco habitual ou baixo risco, de acordo com o protocolo da Casa, está relacionada a diversos fatores. Em relação às características individuais e às condições sociodemográficas desfavoráveis: Idade menor do que 15 e maior do que 35 anos; Ocupação: esforço físico excessivo, carga horária extensa, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos, estresse; Situação familiar insegura e não aceitação da gravidez, principalmente em se tratando de adolescente; Situação conjugal insegura; Baixa escolaridade (menor do que cinco anos de estudo regular); Condições ambientais desfavoráveis; Altura menor do que 1,45m; IMC que evidencie baixo peso, sobrepeso ou obesidade. Fatores relacionados à história reprodutiva anterior: Recém-nascido com restrição de crescimento, pré-termo ou malformado; Macrosomia fetal; Síndromes hemorrágicas ou hipertensivas; Intervalo interparto menor do que dois anos ou maior do que cinco anos; Nuliparidade e multiparidade (cinco ou mais partos); Fatores relacionados à gravidez atual: Ganho ponderal inadequado; Infecção urinária; Anemia.

⁶⁵ A diretora me contou que para fazer parte da equipe, o profissional já tinha que ter um perfil diferenciado, que um dos pré-requisitos era atuação na área de obstetrícia há pelo menos 5 anos e passar por uma prova escrita.

Costumo dizer as residentes para receber as mulheres sem levantar a sobrançelha, por às vezes você não diz nada, e a mulher diz assim “eu tenho 4 ou 5 parceiros e você diz “ah é” e já levanta a sobrançelha”. Então você tem que se treinar. Você pode até não ter o mesmo estilo de vida daquela pessoa, mas você tem que respeitá-las. (Leila, diretora, entrevista realizada em janeiro de 2017).

Na entrada na Casa de Parto, conforme aparece na figura 7, pode-se observar a frase: “Parir e Nascer com Dignidade e humanização” escrita na parede, junto a um cartaz “Casa de Parto: do ventre ao colo, um elo de amor e compromisso com o nascer naturalmente”. Essa ideia de “dignidade” está atrelada ao projeto de “cidadanização” feminina promovida pela Casa (HIRSCH 2014).



Figura 7 Casa de Parto fonte: Google Street View.

Ao entrar na recepção, observa-se um espaço de espera decorado com bancos de bambu, sofá, uma estante com televisão, um telefone, ventilador de teto, um computador e alguns cartazes temáticos conforme as datas comemorativas (natal, festa junina, dia da mulher etc.). Não tem cheiro de éter, marcante em ambientes hospitalares, e que remete uma ideia de assepsia dos hospitais.

Além da sala de espera, há três suítes⁶⁶, uma cozinha e uma garagem onde fica a ambulância pronta para transportar gestantes que apresentem alguma intercorrência⁶⁷ durante o pré-natal. Caso isso ocorra, o destino é a unidade de referência, o hospital da Mulher Mariska Ribeiro em Bangu, localizado a cerca de 10 minutos do local. O transporte também é usado para levar exames de sangue ou de urina que são recolhidos ali mesmo na Unidade. Ao lado da casa, existe ainda, um quintal com flores e árvores.

O espaço remete à ideia de residência, mesclado com um ambiente hospitalar. Há uma sala com seus moveis e afins, junto com equipamentos e objetos hospitalares, como balança ou medidor de pressão, para ilustrar esse espaço ambíguo - casa e unidade de saúde- como exemplificados pelas figuras 8, 9 e 10 abaixo:



Figura 8 Serviços da casa de parto. (Cartaz que mostra os serviços da Casa de Parto). Fonte: arquivo pessoal

⁶⁶ Suíte “Fadynha” que é uma professora de ioga. “Ester e Livia, 9 luas” porque hoje são mulheres que faz parte do Programa Nacional da Política da Mulher em Brasília. Ambas são medicas e participaram da construção da primeira Casa de Parto no Brasil em Goiás. “E nove luas foi a primeira casa de parto do Rio em Niterói privada”. “Vania Lucia” que é uma parteira que trabalha com a rede curumim em Pernambuco e formadora de Doulas e parteiras tradicionais. Explica a diretora da Casa.

⁶⁷ Quando existe uma irregularidade ou alguma complicação durante o processo de parto ou pré-natal.



Figura 9 Sala de pré-consulta (espaço onde a mulher tira a pressão e se pesa, antes da consulta) . Fonte: arquivo pessoal



Figura 10 Sala de recepção. (Espaço onde espera antes de ser consultada)
Fonte: arquivo pessoal Fonte: arquivo pessoal

Os atendimentos da Casa de Parto são divididos em: consultas de pré-natais, encontros educativos, consulta com nutricionista e atendimento com a assistente social. As funcionárias usam roupas e toucas coloridas, porém, quando a casa

recebe mulheres em trabalho de parto, colocam o uniforme verde comum nas instituições hospitalares.

Há murais para fotos, depoimentos e escritos de famílias que passaram pela experiência do “parto humanizado” na casa. Nesses murais as parturientes/ puerpérios colocam também depoimentos para os futuros filhos, em grande parte, pedidos de desculpas quando trata-se de uma gravidez não desejada. Menções com referências cristãs nesses depoimentos são frequentes, remetendo a figura de Deus e Jesus Cristo, bem como, agradecimentos ao acolhimento da Casa de Parto. Esses recados são produzidos durante os grupos de vínculos, como aparece nas figuras 11 e 12 abaixo:



Figura 11 Parede com agradecimentos fonte: arquivo pessoal



Figura 12 Relatos de agradecimentos a Casa (os relatos de agradecimentos e fala da alegria da chegada do filho. Fonte: arquivo pessoal

Neste espaço sobressai-se uma moralidade sobre a produção do feminino e da maternidade, como um projeto que a pesquisadora Hirsch (2014) chama de produção de uma “nova mulher”, normalizando a questão da parturição, como produto da natureza que se transforma no ato de parir. Constrói-se a percepção de uma “mulher transformada” junto a concepção de “cidadanização”, que transmite valores de “independência, autoconfiança, com consciência corporal, política, de

direitos e de cidadania, ou, como preferem chamar na casa de parto, uma mulher ‘empoderada’” (p.120).

Na Casa observa-se o “empoderamento” feminino através do ato de parir. Percebo que a CP, através de sua direção, traz dimensões sobre as concepções de gênero e de feminismo dentro dos serviços de saúde. Consequência talvez do contexto das mobilizações sociais (feministas) em defesa da saúde e direitos reprodutivos, que existem de forma mais organizada desde a década de 1970 no Brasil, como vista no capítulo 2 desta dissertação.

Existe uma sala de acolhimento denominada Vitoria Pamplona ⁶⁸, este espaço é destinado à execução de grupos educativos dirigidos às gestantes. Nessa sala são feitas rodas de conversas com as gestantes, bem como, com as mulheres que já tiveram recentemente os seus bebês.

O espaço funciona ainda, como lugar para palestras/ “acolhimentos” ministradas pela diretora da Casa de Parto, Leila Azevedo, aos interessados no atendimento da CP. Neste contexto é explicado como funcionam os grupos e as consultas. Sendo assim, é o momento da introdução aos conceitos de “parto humanizado” e do esclarecimento de que na Casa não se faz “parto cirúrgico” (cesariana), bem como é ressaltado o fato de que funcionam sem a presença de médicos.

4.3 - A parturientes e a chegada à Casa de Parto

A partir da observação participante nos grupos educativos, pude perceber a diversidade das mulheres que são atendidas pela CP. Nestes grupos as mulheres falam sobre suas vidas, ocupações, hábitos alimentares, sobre suas experiências pessoais nos grupos.

Nos grupos, as mulheres são diversas, há mulheres negras, pardas, brancas, estudantes de ensino fundamental à estudantes de pós-graduação, vegetarianas ou

⁶⁸ “Vitoria Pamplona é psicóloga, especialista em psicodrama: metodologia que trabalha tanto as questões educacionais quanto as emocionais. Integra o Centro de Estudos e Atendimento a Mulheres e à Infância onde ministra cursos para gestantes e pais de primeira viagem. Psicóloga. Mestra em Educação. Coordenadora de Grupos de Gestantes e de Preparação de Profissionais para atuar no ciclo gravídico-puerperal. “INTEGRAR. Vitória Pamplona. Disponível em: <<http://www.integrareeditora.com.br/autor.asp?id=42>>. Acesso em: 20 jun. 2015.

aquelas que “come só miojo”⁶⁹. Observei, em um dos grupos, a presença de duas estrangeiras gestantes, contudo, não tive oportunidade de conversar com elas.

Algumas chegam à CP em razão da proximidade geográfica para realização do pré-natal. Outras chegaram por indicações de amigas ou por pesquisa própria. Como aponta Hirsch (2014, p.165) durante as consultas e grupos as mulheres são incitadas a falar sobre seus medos e anseios, bem como, “ser chamada pelo nome e reconhecida como ‘pessoa’⁷⁰ pelos profissionais de saúde. A algo que valorizam e com o qual não estavam acostumadas nas maternidades públicas – cuja marca é a impessoalidade e padronização da assistência”, como aparece na fala de Sara, umas das minhas entrevistadas:

Nos grupos eu sempre chorava, não era só a gravidez, elas queriam saber como estava a nossa saúde mental, isso importa. Nos chamam pelo nome, sabe? Então aqui é um lugar de desabafo, de saber o que está acontecendo. E são profissionais que realmente escutam a gente. E isso aconteceu com a Natalia (uma enfermeira), e foi decisivo para eu escolher como seria o meu parto. Porque eu estava tão tensa, com muito medo de ir para a maternidade, que a minha ansiedade não tava deixando ela nascer. Ela conversou comigo, ela falou que a gente tinha a opção de fazer o descolamento da membrana, eu faço o toque, e aí é de 24 a 72 horas para você entrar em trabalho de parto. E aí eu me entreguei, eu tomava aqueles banhos bem demorados, colocava as músicas que eu gosto, e eu relaxei de verdade.

Há as que escolheram essa “via alternativa” por estarem inseridas em um universo com certa “politização” sobre seus corpos, suportado na ótica de que o parto é algo da “natureza feminina”⁷¹.

⁶⁹ Fala de uma das mulheres no grupo educativo sobre alimentação.

⁷⁰ Em sua pesquisa na casa de Parto, a autora mostra que a percepção das usuárias é a constituição de “pessoa” a partir da relação com DaMatta, como Hirsch (2015, p 242) aponta “Os adjetivos usados para qualificar o “tratamento” recebido não foram poucos: educado, atencioso, carinhoso, amigável, familiar, receptivo, dedicado, hospitaleiro, paciente etc. Noutras palavras, o que as mulheres mais valorizam na CP é a possibilidade de serem tratadas como ‘pessoas’ (DaMatta, 1997), reconhecidas em sua individualidade, com um nome, uma história e sendo percebidas como envoltas em redes sociais mais amplas”

⁷¹ Essa “natureza” não percebida pelas adeptas como uma negação ou de submissão dentro do ideário da “humanização do parto”. Como no artigo “O óvulo e o esperma: Como a ciência construiu um romance baseado em papéis estereotípicos macho-fêmea”, de Martin (1996). No artigo a autora mostra como a “ciência” constroem um discurso sobre o corpo feminino, que não é neutro de moralidades, discursos inclusive que produzem hierarquias sociais, relações de poderes em relação a homens e mulheres. No discurso científico, analisado por Martin, as fêmeas (portadora do óvulo) são vistas a partir de uma narrativa como passivas e os machos (portador do espermatozoide) como heroicos pela “personalidade” dos gametas. Já na esfera do “parto humanizado” há uma posituação do polo da natureza, na ideia de um “empoderamento” àquelas que conseguiram parir da forma que

De acordo com Alzuguir e Nucci (2015), ao pesquisar redes virtuais de mulheres que se denominavam “mamíferas”, a partir das concepções do parto e da amamentação, aponta que há uma forte valorização da conexão com a “natureza feminina” dentro do ideário da humanização do parto. Para as autoras, essa percepção sobre as mulheres tem as raízes do pensamento Iluminista dos meados dos anos XVIII e XIX⁷².

. A antropóloga Tornquist (2002, p. 490), aponta as armadilhas desse discurso posto que aposta em uma essência feminina universal, liberada da dimensão simbólica, além de promover uma equivalência entre feminilidade e maternidade. Duas das minhas entrevistadas me contaram que queriam passar pelo “parto humanizado”, pois queriam vivenciar a dor do parto. A dor aparece então, como uma dimensão ressignificada, que ora lhe confere “poder” ora “autonomia”,

eu sempre pensava, desde de criança, de que eu queria que o meu filho nascesse de parto normal, humanizado. Antes mesmo de saber que eu estava grávida, eu vi um documentário chamado Renascimento do Parto. Lá eles explicam as vantagens de você ter um parto humanizado, e para o bebê. E eu comecei a me interessar sobre o parto humanizado. Depois minha prima que falou da Casa de Parto. Eu queria sentir a dor do parto, porque eu queria saber como era ser mãe (Keila, 26 anos.)

Eu queria sentir a dor do parto, eu queria sair de lá mais forte, não uma mulherzinha com medo. Eu queria de lá uma mãe, uma mulher. Eu fiz essa tatuagem na coxa, doeu, mas eu olhava pra dor e a encarava, então eu não pedi para parar. Sabia que ia sair mais forte (Susa, 27 anos)

Também aparecem os motivos relacionados à estética com o corpo e à dimensão do cuidado de si, que aparecem também imbuído de valores de estilo de vida “humanizado”, o qual fez com que optassem por essa via de parto.

Primeiro, eu sempre quis ser mãe, desde de criança eu quis ser mãe, e sempre que eu pensava em parto, eu pensava em parto normal. Primeiro porque uma questão estética, eu sempre fui gordinha. E eu vi que a minha família inteira, quem passou por uma cesariana

planejaram, sem ou com mínima intervenção. A natureza feminina parece como algo ativo sobre a sua parturição, reduzindo por vezes, a mulher à maternidade.

⁷² Há o “desenho de uma continuidade traçada entre mulheres e o reino animal, por meio da aproximação delas com a classificação taxonômica dos mamíferos” (ALZUGIR, NUCCI, 2015, p. 3).

engordou muito depois. E não só pela estética, mas pela dor dos pontos, imagina, a barriga cai em cima dos pontos, dói muito. E eu não queria passar por isso. E um outro motivo é que odeio depender das pessoas, e no parto normal é tranquilo, você vai precisar de uma ajuda ou outra, mas não completamente. E quando eu descobrir que estava grávida, uma amiga minha tentou ter os dois filhos dela aqui, mas não conseguiu. Ela que me indicou a Casinha. Essa minha amiga me conhece, sabe que faço pedagogia, sabe que eu tenho um trabalho todo diferenciado com as crianças, uma coisa mais humanizada, tenho uma relação horizontal com as crianças, entendo a criança como um sujeito pensante, que é um ser que faz parte da sociedade. E por eu já ter uma visão humanizada de outras questões, ela imaginou que eu queria ter um parto natural, um parto humanizado. E eu queria isso, um parto na piscina, na água, era meu sonho. (Sara, 26 anos).

4.4 O funcionamento dos grupos



Figura 13- Sala dos Grupos
Fonte: arquivo pessoal



Figura 14- Roda de conversa. Fonte: David-Capistrano-Filho-SMSDC-RJ194438333933692/?fref=photo Acesso em: 12 jan. 2017.

Os grupos educativos têm um caráter terapêutico, de ajuda mútua e solidariedade. Sendo assim, se assemelham em parte aos Grupos de Apoio a Adoção, posto que pretendem educar o corpo para maternagem (RINALDI, 2012), mas se distinguem pela efetivação da presença⁷³ de profissional de saúde (REZENDE, 2012). Há encontros quinzenais para as gestantes e são organizados pela equipe da casa de parto. No entanto, todos os dias têm grupos educativos separados pela idade gestacional das usuárias, com sessões marcadas previamente durante o pré-natal.

Em cada encontro⁷⁴ são debatidos temas diferentes, tais como: modificações na gravidez, expectativas, direitos da mulher, vínculo, gênero, tecnologias de cuidados, trabalho de parto, parto e cuidados com o recém-nascido.

⁷³ Com a especificidade dos “grupos de papais”, que foi uma demanda de pai que levou a proposta para direção da Casa, a qual vou trabalhar mais adiante.

⁷⁴ Os primeiros encontros dos grupos são temas voltados a questões mais subjetivas, como vínculo, gênero etc, já as gestações mais avançadas são voltadas as técnicas corporais (MAUSS 1984), tem caráter educativo, são oficinas de amamentação, trabalho de parto, tecnologia do parto etc e por fim, acompanhei algumas rodas de conversas, que ocorrem pós-parto.

Ao se discutir o parto sempre é incentivada pela a equipe da Casa de Parto a presença do companheiro⁷⁵ ou um acompanhante escolhido pela gestante. Caso não seja possível, ressaltam a importância de pessoas “próximas” à parturiente, preferencialmente alguém da família⁷⁶, avó ou avô da futura criança ou como alguma amiga. Geralmente a futura avó materna está presente durante os grupos, pois durante o trabalho de parto a gestante poderá escolher duas pessoas para acompanhá-la.

A ideia de uma “família em rede”, preconizada na CP, como aponta Hirsch (2014), aparece enquanto decisiva para realização da via de parto na perspectiva dos profissionais da CP. O parto é uma experiência a qual é inferida junto à família extensa. Sendo assim, a noção de família difere da que aparece na pesquisa de Tânia Salem (2007) sobre o “casal grávido”, nos anos de 1980 advinda de uma classe média urbanizada, “psicologizada”. Naqueles grupos pesquisados por Salem existia uma ênfase na família nuclear, a partir da perspectiva individualista de pessoa (Dumont,1992). A ideia trazida por Salem é que os laços conjugais, dentro da categoria de “casal grávido”, são postos como suficientes e auto referidos e que isola as relações familiares externas em relação a família nuclear. Isso é um ponto que difere na Casa de Parto do ideário do “casal grávido” analisado por Salem. Existe o incentivo pela presença da avó paterna, da avó materna, do pai, do avô paterno, da avó paterna.

Nos grupos da CP existe a ideia de uma reeducação do corpo biológico através desses espaços educativos. Há intenção de pedagogizar esse corpo feminino para o parto, por meio do ideário do “parto humanizado”. Intenciona-se desmistificar o parto como algo negativo, patológico, doloroso, medonho e sujo. Há um preparo psicológico e corporal até o momento do parto, criando assim, o que a antropóloga Tornquist (2002) chama de “pedagogia do parto”.

⁷⁵ O que pode remeter a uma visão heteronormativa de família (BUTLER 2003), mas também entendo que os arranjos familiares são diversos, são mulheres que tem ou não relação com pai da criança. Há mulheres solteiras, que moram na casa dos pais etc. Segundo a diretora da Casa, existem mulheres com múltiplos parceiros, mas durante o campo não vi casais homossexuais pleiteando o serviço da casa.

⁷⁶ De acordo Fonseca (2002), “falar de família é evocar um conjunto de valores que dota os indivíduos de uma identidade e a vida de um sentido” (2002 p.5). A concepção de família assume também, além da simbólico, um papel pragmático de formulações de políticas públicas. Salienta Fonseca que é necessário ter uma linguagem para falar de conjuntos de valores e práticas familiares sem cair na ilusão de se tratar de um modelo único, homogêneo, coerente e hegemônico.

Se o corpo é uma construção social é preciso, então, aprender a parir, a partir das técnicas corporais da parturição (MAUSS 1984). Se por um lado, algumas profissionais da Casa de Parto afirmam que o corpo biológico é “naturalmente” feito para parir, é preciso também relembrar o corpo através de uma “didática da gestação”, de acordo com a antropóloga Torquinst (2015). Ela aponta que:

Podemos pensar que a pedagogia do parto e a didática da gestação, sugeridas pelos manuais para mulheres grávidas, seriam uma socialização consciente, necessária para recuperar instintos perdidos, mas para efetivamente aprender e treinar técnicas corporais que foram desaprendidas na medida em que o parto deixou de ser assunto de mulheres e passou para o campo médico, tornando-se um saber esotérico, muitas vezes inacessível à maioria das mulheres. A pedagogia do parto se coloca como uma tarefa da mulher moderna, que escolhe dar à luz, que é dona de seu corpo e de sua sexualidade: há um feminismo em todas essas imagens das mulheres cuja singularidade (um corpo capaz de gestar e parir) é valorizada como um espaço de poder e de saber. As mulheres são vistas como capazes de ter seus filhos com a mediação e apoio de outras mulheres, não lapidadas pela formação médica intervencionista (TORNQUIST, 2015, p. 489)

Existe uma ambientação dos grupos, geralmente as enfermeiras chegam antes e colocam músicas relacionadas à gestação ⁷⁷, colocam spray com aromas na sala. As sessões são divididas em dois momentos, de acordo com o estágio gestacional. Um dos grupos abarca grávidas até 35 semanas e nesse grupo são discutidos temas como “alimentação”, “vínculos”, “gênero”, “expectativas”, “direitos”. O segundo grupo abrange pessoas de gestações mais avançadas, a partir de 36 semanas. Nesse as sessões são voltadas para as técnicas corporais (MAUSS 1984) São encontros com caráter educativo tais como oficinas de “amamentação”, “trabalho de parto”, “tecnologia do parto” etc. Os quais pretendo apresentar nas próximas seções.

⁷⁷ Geralmente são as mesmas músicas: “Reconhecimento” - Isadora Canto; Tempo do Gilberto Gil; “Alma” tocada pela Zélia Duncan; “Grávida” Marina Lima, 9 Meses (Oração do Bebê) da Barbara Dias

4.4.1- Os grupos gestacionais iniciais

Como dito anteriormente, tratam-se de grupos dirigidos às grávidas com até 35 semanas e nesse grupo são abordados temas como alimentação, vínculos, gênero etc. Os temas são menos voltados às técnicas e mais aos afetos e subjetividades das gestantes. Existem dinâmicas cujas propostas são promover a vinculação entre a futura mãe e o bebê.

Acerca desses grupos iniciais, a exemplo do grupo de “vínculos”, existe a proposta de que as mulheres escrevam uma carta ao bebê e depois leia em voz alta. Sendo seguido de um debate, algumas mulheres choram, contam das dificuldades financeiras, falam das expectativas do desejo de ter o filho. Muitas vezes pedem desculpas ao filho, por não desejar a gravidez naquele momento.

No grupo de direitos, a condução é feita pela assistente social da Casa. Ela fala sobre os direitos sociais, do registro da criança, de pensão alimentícia, fala da possibilidade da laqueadura de trompas e da vasectomia pelo SUS. Estando inserido assim, em projeto maior de “cidadania” já explorado por Hirsch (2014).

Há o grupo que debate “gênero”, através, por exemplo da exibição de filmes e ou dinâmicas elaborada pela equipe técnica. No dia que fui no grupo sobre gênero foi passado o curta chamado “Raimundo, acorda”. O vídeo trabalhava com a ideia de alteridade de gênero. É história de um sonho de um homem, a qual relata o cotidiano de um casal heterossexual, mas o marido faz o papel da esposa e a esposa do marido. A ideia central do curta era desnaturalizar os papéis de gênero e uma denúncia ao machismo.

Em um dos dias que participei do grupo de gênero, uma das mulheres enfatizou a importância do homem na criação dos filhos, não na produção do cuidado equiparado a mulher, mas no “ensinar a ser homem aos filhos”. Isso gerou uma polêmica, algumas se posicionaram contrárias a esta ideia. Um dos pais comentou assim “eu acho errado falarem para o meu filho (estava esperando o segundo filho) que família é qualquer coisa, família sou eu, minha esposa e meu filho(...) essas coisas que ficam ensinando na escola, de ideologia de gênero, que pode ser gay, eu acho errado”.

Eu estava apenas observando, mas depois desse comentário eu decidir intervir. Falei que tinha vários tipos de família: famílias adotivas, existia pai solteiros,

mãe solteiras, pessoas criadas com mãe e madrinha, filhos criados com avós, criadas por duas mães, dois pais. Enfim, enfatizei que não poderíamos colocar nossa realidade ou nosso ideal de família como universal. Perguntei se o filho dele fosse gay, o que ele faria? Ele respondeu que o filho dele não seria gay, porque ele iria ensiná-lo a não ser. Eu respondi, calmamente, que ele tinha duas opções: ou ele seria tão impiedoso quanto a mãe e padrasto que matou o filho em janeiro de 2017 por ser gay⁷⁸ ou poderíamos ensinar os nossos filhos a respeitar as diferenças sendo ele gay ou não, e não ficar reproduzindo os discursos de intolerância. Tiveram outras pessoas que concordavam comigo, enfatizando da importância do respeito, outras não se manifestaram. Foi um momento um pouco turbulento, mas passou.

4.4.2.1 Os grupos mais avançados: as técnicas

Grupo de Amamentação:

Respeito muito minhas lágrimas
Mas ainda mais minha risada
Inscrevo, assim, minhas palavras
Na voz de uma mulher sagrada
Vaca profana, põe teus cornos
Pra fora e acima da manada
Ê, ê, ê, ê, ê
Dona das divinas tetas
Derrama o leite bom na minha cara
E o leite mau na cara dos caretas.
(Gal Costa-Vaca Profana)

Começo a epígrafe com esta música, pois foi apresentada pelo grupo Materno em Canto durante o III Simpósio Internacional de Assistência ao Parto: Informação, Autonomia e Consentimento em 2016 ⁷⁹ disponível no site do evento. A amamentação tem um lugar em destaque no cenário da humanização do parto, a “dona das divinas tetas” é essa “mulher sagrada” que amamenta. Hirsch (2014, p 125), aponta como ponto de destaque” o incentivo ao aleitamento materno permeia

⁷⁸ Disponível em **Em post, jovem disse antes de morrer que foi agredido pela mãe por ser gay**. Disponível em: <<http://g1.globo.com/sp/ribeirao-preto-franca/noticia/2017/01/em-post-jovem-disse-antes-de-morrer-que-foi-agredido-pela-mae-por-ser-gay.html>>. Acesso em: 01 fev. 2017

⁷⁹ Disponível em **Em TAKATA, Bia. Materna em Canto no SIAPARTO**. Disponível em: <<https://vimeo.com/169377655>>. Acesso em: 01 mar. 2018

o ideário da ‘humanização’ como um todo e encontra na valorização da ‘natureza’ e do ‘natural’ seu principal fundamento”.

Mas, há antes de tudo, para as profissionais da Casa, uma técnica do amamentar. Durante a oficina, uma das enfermeiras pega um seio feito de pano, com o mamilo, aréola, bico e nódulo, mostrando a fisiologia interna e externa do seio. Ela ensina o que seria uma forma correta do bebê pegar o seio materno, de segurar o bebê durante e o que fazer após a mamada. Explica como faz massagem para que o peito não fique com leite “empedrado”⁸⁰ e os tipos de bico dos seios. Quem como deve ser armazenado o leite materno, caso a mãe tenha que trabalhar. Há uma condenação do uso de chupeta por parte dos profissionais da Casa, as profissionais trazem dados científicos para comprovar a argumentação. As enfermeiras contam que as gestantes provavelmente terão os embates com os familiares e amigos de outra geração, oferecendo “cremogema” - preparação com leite com base de amido- para criança. Durante a oficina foi abolida a ideia da “amamentação cruzada”, que é a prática de amamentar uma criança que não é sua filha. Uma das enfermeiras falou que a “amamentação cruzada” teve uma origem na escravidão, que as amas de leites davam o leite para os filhos das senhoras de engenhos, pois era considerado leites mais fortes. Mas que o primeiro momento, as escravas davam os seus leites aos seus filhos, garantindo o colostro -que elas explicam ser a parte com mais nutrientes e anticorpos do leite- e o leite mais gorduroso ia para os filhos das suas donas. A imagem profissional e promoção do que seria entendido por elas como boas práticas de amamentação, é levada de forma diligente. A exemplo disso no último dia 28 de março de 2018, o Conselho Federal de Enfermagem, se posicionou em uma nota de esclarecimento sobre a “amamentação cruzada” que ocorreu na mídia brasileira. Aconteceu uma novela da Rede Globo “O outro lado do paraíso” personagem da enfermeira Susi, interpretada pela atriz Ellen Roche, promove a amamentação cruzada, prática de mães amamentarem bebês de outras mulheres que apresentam dificuldades com o aleitamento.

⁸⁰ É quando o seio fica duro, inchado e dolorido durante o período de lactação.

O Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) esclarece que a chamada “amamentação cruzada” pode trazer diversos riscos ao bebê, inclusive a transmissão de doenças infectocontagiosas, sendo contraindicada pelo Ministério da Saúde e Organização Mundial da Saúde. O leite materno doado aos bancos de leite passa por rigoroso controle de qualidade e por pasteurização antes de ser consumido por recém-nascidos internados.

A Enfermagem tem um papel fundamental na promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, comprovadamente capaz de reduzir infecções e alergias, além de fortalecer o vínculo mãe-bebê. Trata-se de profissionais qualificados, que oferecem apoio e orientação baseada em evidências científicas. (COFEN,28/3/18)⁸¹

4.4.2.2 Os grupos mais avançados: As técnicas

Grupo de Trabalho de parto e Tecnologia do parto

Tempo, tempo, tempo, tempo
És um senhor tão bonito
Quanto a cara do meu filho
Tempo, tempo, tempo, tempo
(Gilberto Gil- Oração ao tempo)

No grupo sobre “trabalho de parto” e “tecnologia do parto” são explicados as “tecnologia do cuidado” .Estas tecnologias do cuidado são: Caminhar durante o trabalho de parto, pois isso aumenta os movimentos pélvicos para auxiliar na liberação de ocitocina; massagem com óleos essenciais; banhos de água morna; movimentação na bola suíça (*pilates*); uso de o banquinho para gestante parir de cócoras; a música que a gestante escolheu durante o trabalho de parto; penumbra (o ambiente com a luz de baixa intensidade)e a presença do acompanhante.

Uma das enfermeiras, mediadora do grupo educativo, durante o grupo de trabalho de parto, afirma que o uso dessas “tecnologias do cuidado” provoca a

⁸¹ Nota disponível em: COFEN. **Cofen publica nota de esclarecimento sobre Amamentação Cruzada**. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/nota-de-esclarecimento-sobre-amamentacao-cruzada_61584.html>. Acesso em: 28 mar. 2018.

liberação dos hormônios envolvidos no processo do nascimento (prostaglandinas, endorfinas e ocitocina), logo ativa o que elas chamam do “o cérebro primitivo” e reduzir o estímulo do neocórtex.

As indicações de métodos não-farmacológicos, como o uso de tinturas de aroeira ou “terapia com alho” (pede-se para colocar uma trouxinha de alho, tipo absorvente interno, enroladas em gazes e com fio para retirada, coloca-se um dente de alho à noite na vagina e ao retirá-lo pela manhã desprezando-o, conforme descrito no protocolo de atendimento da CP) para tratar infecção do trato urinário. Esses métodos são influenciados por medicinas alternativas que trabalham com um protótipo centralizado na saúde e não na doença, como é o caso da biomedicina. Conformando uma racionalidade médica, tal como a homeopatia, fitoterápicos, aromaterapia a medicina tradicional chinesa e a medicina ayurvédica. (LUZ, 1997).

São também explicadas neste grupo, as formas de parir e além disso, mostram vídeos de mulheres parindo na CP (de lado, de quatro, na água, de cócoras, em pé, com o uso do “cavalinho” - para a mulher ficar com perna aberta inclinada para frente - ou do “banquinho” - similar com assento de vaso sanitário cortada no meio). Os vídeos são embalados pela música “oração do tempo”. Dentro da lógica da humanização do parto, o “tempo” também ganha importância. O “tempo” da espera é uma tecnologia também, para uma das enfermeiras que conversei durante o campo é o “tempo do trabalho de parto, que permite o ato de partejar, de esperar em silêncio o parto acontecer”. É um recurso não farmacológico que se utiliza durante o trabalho do parto.



Figura 15 o cavalinho

fonte:<http://www.cirurgicamache.com.br/Produtos/Detalhes.asp?op=589>



Figura 16 -O banquinho- fonte <http://www.ilithia.com.br/banqueta-para-parto->

É dito que a mulher pode obter a posição que ela quiser, exceto a “posição obstétrica” chamada de litotômica. Em um dos grupos, uma das mediadoras falou “a posição obstétrica é uma posição antifisiológica, nunca vi ninguém fazer cocô com a

perna para cima. Só privilegia o médico. O parto obstétrico é um parto que subjuga, oprime as mulheres” (nota de campo). Dessa forma, aparece uma ideia de resistência e “empoderamento” no contexto do “parto humanizado”.

4.4.3 Chegando a hora:

Chá do Parto

Oitavo mês aguenta
Que eu já to chegando
Só quero um jeito de te encontrar
No nono vem a pressa
A dor, o choro, a gente
Desculpa você ter que sangrar
E por mais uns anos
Você vai fazer planos
Pensando se eles servem pra mim
E eu vou te acordar
Bem de madrugada
Você vai me amar mesmo assim
O meu primeiro passo
Vai ser no seu abraço
Me segura quando eu cair
E no final do dia só a tua voz
Que vai me poder fazer dormir
Se é tempestade, todo medo
Se for arrependimento
Por favor tira daí
Você ainda não me tem inteiro
Nem me conhece direito
Mas já posso te ouvir
E quando a barriga for crescendo
Você ainda vai ser linda
Eu nem preciso te ver
Seca o choro e fica aqui comigo
Que até assim tristinha eu já sei
Que eu amo você!
Barbara Dias-9 Meses (Oração do Bebê)

Em um outro momento em campo, durante um dos grupos educativos, no chamado o “Chá do Parto”, direcionada para gestantes com mais de 37 semanas, ou seja, próxima de dar à luz. Nesse encontro, pode ser feito um “Raio X natural”, uma pintura corporal é realizada por uma das enfermeiras na barriga da gestante simulando o bebê dentro da barriga. Ocorrem dinâmicas, rodas, na quais são

discutidos o “plano de parto” - documento que detalha o que quer que ocorra durante o trabalho de parto-. Primeiro pedem apenas para as mulheres entrarem na sala do grupo.

Pedem para contar como está sendo a gravidez, sobre a ansiedade e sobre os medos. Depois disso pedem para as mulheres deem as mãos, formando uma roda, apagam a luz, pedem para se conectar com o filho na barriga, fecharem o olho e fazer o livro mental da gravidez. Colocam a música “oração da bebê”, a música fala sobre emoção, sobre a espera, dos medos e das ansiedades. O eu lírico da música seria a criança que está sendo gestada direcionadas as mães. Enquanto as mães estão de olhos fechados ouvindo a música, pedem para refletir sobre tudo que passou. Quando as luzes se acendem e abrem os olhos percebem que os acompanhantes estão atrás. Geralmente é acompanhado de muita emoção e choro pelas gestantes. Sempre tem uma dinâmica nos grupos, quando fui a CP, como era julho estava enfeitada com apetrecho de festas juninas. Havia a brincadeira da pescaria, uma bacia com balde de água e uns peixes de plástico. Pediram que a gestante tirasse uma frase que estava no peixe e lesse e falasse sua opinião sobre o assunto. E as frases são: “Não vou ficar sozinha”, “meu parto, meu corpo, minhas regras”, “estou com medo”, “nascer no momento certo”, “estou ansiosa”, “meu bebê sabe quando nascer”, a “Casa de Parto é...”

Uma enfermeira pergunta para uma gestante que estava na sua segunda gestação na CP sobre o que as pessoas pensam da Casa de Parto. A usuária fala: “as pessoas pensam que a gente é maluca, sabe? Que aqui não tem médico, não tem recurso, mas assim, a gravidez é minha, o corpo é meu, é o meu parto, então sou eu que escolho”. E a enfermeira pergunta, e se você precisar ir para ao hospital, ela responde: “já não vai ser mais eu, nem a minha escolha, mas a vontade de Deus, eu não quero nem pensar nisso” (notas de campo).

As mulheres passam um sentimento que materializam a lógica de que esse universo deve “resistir” e não se submeter ao aparato médico. Pois, essa mulher teria por seus meios a capacidade de parir. Se por acaso esse corpo não puder ser capaz, a intervenção médica aparece. Mas há uma forma de consolação no discurso das usuárias e das profissionais, como se fosse a vontade divina ou a vontade do bebê.

As enfermeiras pedem para que decidam questões do tipo: como você planeja o seu parto? Quem vai cortar o cordão umbilical? Que música vai tocar? Que posição você quer ter seu filho? Quem vai estar com você nesse momento? É retomado a ideia das técnicas corporais e das dimensões subjetivas acerca do parto.

4.4.4 Grupo dos pais.

Existem ainda os *grupos de papais*, criado em 2015 e coordenado por um pai que teve dois filhos na Casa de Parto (sendo que apenas homens podem participar). Foi uma iniciativa de um dos pais da CP e acolhida pela instituição. Durante uma das entrevistas de um dos gestores dessa iniciativa falou que a proposta é sensibilizar os pais para uma “paternidade mais participativa” e um espaço para que os homens falem sobre a sua experiência, medos e anseios acerca da paternidade, sem que a masculinidade⁸² fique em suspeição (ALMEIDA 1996).

De acordo com Carrara e Heiborn (1998) houve um reflexo da "crise" da masculinidade, a partir dos anos 1960 conferida a identidade masculina, que tem suas origens na segunda onda feminista e do incipiente do movimento homossexual. Há uma série de denúncias envolvendo violência doméstica, assédio sexual, posicionamento no mercado de trabalho ações homofóbicas etc. Como reflexo desta “crise” tiveram algumas mobilizações, como aponta os autores.

e para alguns ainda como reflexo da mesma "crise", os homens começam a se organizar, ao menos em alguns países, em torno da singularidade de seu gênero. Alguns desses grupos de homens se revestem de um caráter quase terapêutico, procurando ajudar os seus membros a superar os conflitos que o mundo moderno coloca a sua Identidade de gênero. Outros apresentam um caráter redentário, reunindo homens em busca de uma masculinidade menos agressiva, mas responsável e doméstica. Nos Estados Unidos, tal movimento já consegue arrebatar milhares de adeptos (oriundos principalmente da classe média branca) em gigantescas manifestações públicas. Para muitos, tais grupos nada mais seriam do que a resposta agônica do "sexo forte" frente a erosão final de seus privilégios sociais. De todo modo, sua presença na cena pública contribui para tornar urgente a reflexão sobre o assunto (Carrara e Heibon, 1998, p.3)

⁸² De acordo com Almeida (1996) a masculinidade é um fenômeno do nível discursivo e do discurso enquanto prática. Existe um campo de disputa de valores morais, um discurso sobre a dominação e a ascendência social, atribuindo aos homens este privilégio potencial.

Retornando ao campo, ao conversar com um dos coordenadores do grupo, ele me conta que é o cuidador exclusivo de dois filhos, um menino de 5 anos e uma menina de 1 ano. Ele me explica que quando descobriu que a sua companheira estava grávida do primeiro filho, estava desempregado. A qual decidiu conjuntamente com sua companheira que seria o cuidador exclusivo dos seus filhos, enquanto sua companheira assumiria o papel de provedora da família.

De acordo com meu interlocutor o cuidado também passa por uma redenção do masculino, passando este também ser entendido como um cuidador da criança. A ideia, de acordo com ele, é que nesses grupos os pais possam rediscutir o lugar da parentalidade. Nessa ótica o “cuidado” também pode partir do universo masculino, não sendo algo inerente apenas à mulher/mãe, mas não necessariamente propondo os efeitos de uma lógica de igualdade em relações de gêneros.

4.5- A construção da “Rede de Apoio à Casa de Parto”.

A Casa de Parto, diferente de outras unidades de saúde, amplia as relações comunitárias. Como acompanho a página virtual do facebook da Casa de Parto, vi que tinha uma chamada de evento organização de mutirão para reforma da Casa de Parto. Aparecia com a seguinte chamada:

“Axs Filhxs, Mães, Pais, simpatizantes, militantes do SUS e/ou do direito de escolha e de Nascer naturalmente, chegou a nossa hora de mostrarmos nosso compromisso político-afetivo com um lugar que a 13 anos leva alegria, amor e saúde a milhares de famílias nessa cidade, principalmente na Zona Oeste Carioca! A Casa de Parto vive um momento muito crítico no que diz respeito a sua estrutura física, de insumos, atrasos de salários entre outros e o Grupo de Papais da Casa de Parto convoca esta reunião como resposta da sociedade carioca a um governo (se inclui o anterior) que negligencia e desrespeita este equipamento tão essencial para a vida das mulheres e daquelas que estão por vir! Então, o encontro está marcado, venha com sua ideia com sua proposta e rumo ao Mutirão! Juntos pela preservação do que é nosso! Por um SUS Público, Equânime e de qualidade, sempre! Por mais casas de parto na cidade!!”.

Cheguei na Casa de Parto David Capistrano Filho em Realengo no 08/07/2017 às 9h, conforme combinado no evento virtual. A chamada da reunião foi

proposta por um representante do Grupo de Pais da Casa de Parto. Foi convocada a fim de organizar o Mutirão de Reforma da Casa de Parto.

A reunião foi feita na sala a qual é feita os grupos educativos. Seguimos o “ritual” nos grupos- tiramos os nossos sapatos, escolhemos um lugar, sentamos no chão encostados na parede. Fizemos uma roda sentados no chão e todos tinham que se apresentar, falando o nome, contando um pouco sobre o seu vínculo com a CP. Estavam presentes na reunião membros do grupo de pais, mulheres acompanhadas de seus filhos e funcionários da CP

Téo, que é um dos membros do grupo de pais, disse que o mutirão não é apenas como um ato que visava a reforma do espaço, mas como um “ato político”. Uma ação da sociedade civil a fim de resistir ao sucateamento dos serviços públicos. Foi levantada a visibilidade da reforma, foi citado alguns nomes de deputados e representantes do poder público para somar naquela. A Dani, autointitulada como feminista e comunista, participante do grupo Olga Benário, que teve dois filhos na CP, explicou antes da reunião, já havia sido articulada em outros momentos para se pensar o mutirão, sugerida no grupo dos pais. E foi anuncia a iniciativa na audiência Mortalidade Materna no Rio de Janeiro, promovida pela ex-vereadora Marielle Franco⁸³ do PSOL em maio de 2017 . Dennis, também participante do grupo de pais, que veio desacompanhado, expressou o desejo de compensa-los pelo atendimento que a CP e que se pudesse ia pintar, capinar etc para retribuir a dívida da recepção/assistência do filho (MAUSS 2003).

A Leila, diretora da casa, relembra que ANVISA em 2009 tentou fechar a casa por insalubridade, mas que não tinha fundamento jurídico para tal, mas hoje em dia tem. Porque as paredes estão rachando, na banheira está com fungo na parede, a água quente não funciona mais, e o gerador de luz não funciona mais. A prefeitura não tem verba para reparos. Ela completa dizendo: “A prefeitura não se mexe aqui porque a gente não incômoda ninguém, não há índice de morte materna. Nem

⁸³ “No dia 14 de março de 2018, Marielle Franco foi assassinada a tiros junto com Anderson Gomes, seu motorista, quando voltava de um evento com jovens negras. A dor da sua morte e de tudo o que ela simbolizava desencadeou homenagens emocionadas em redes sociais e grandes manifestações nas ruas pelo Brasil e no mundo”. Trata-se de uma morte política, Marielle foi uma militante dos direitos humanos e deixou o seu legado contra violência produzida pelo Estado, contra violência a mulher e contra o racismo. PSOL. **Marielle Franco**. Disponível em: <<https://www.mariellefranco.com.br/averdade>>. Acesso em: 20 mar. 2017.

crianças, nem as mães morrem aqui. Eles acham que a gente é maluca, brincando de parir, então eles deixam a gente lá brincando”

Foi proposto pelo Téo que no dia 15 de julho, uma amiga dele que trabalha como pedreira, chamada Rita Aranha, que tem uma empresa denominada “Batom na laje”. A ideia de chamar uma mulher que supostamente assume uma profissão generificada -mestra de obra-, é propositalmente posta por Teo, que provoca o tempo todo uma ideia de desconstrução dos papéis de gênero, como algo imbuído socialmente. Por fim, o Teo propôs uma página Rede de Apoio à Casa de Parto no facebook, um evento sobre a campanha e o dia do mutirão, e um grupo pelo WhatsApp, para o dia 19 de agosto de 2017.

4.6 Do Público ao Comunitário: O Dia da Reforma da Casa de Parto

O dia da reforma foi marcada para um sábado de manhã. Quando o evento foi divulgado por meio do facebook, a direção da Casa recebeu uma visita da Prefeitura do Rio para liberação da verba destinado às obras. Mas mesmo com obra prevista, foi decidido pelos organizadores do evento em manter o dia da reforma, para realizar reparos externos. Foram feitos pela diretora da Casa, camisas estampadas com nome do Reparto e uma ampla divulgação virtual. A deputada Rejane fez um vídeo de chamada para o dia, tinha fotos de pessoas que tiveram filhos na casa de parto com a camisa e enfermeiras.

No dia anterior havia chovido muito e no sábado estava nublado. Achei que teria poucas pessoas, mas para minha surpresa tinha por volta de 100 pessoas, crianças, adultos, idosos trabalhando. Foi dividido em comissões: jardinagem, pintura e horta. Tinha uma banda de pagode que tocava enquanto as pessoas conversavam e trabalhavam, uma mistura de “festa da laje” com reforma do espaço. O vocalista da banda era amigo de um dos pais da CP. Teve um bolo de frutas com parabéns para uma das crianças que completava um ano de idade. Uma das famílias ofereceu o almoço e algumas pessoas ofereceram o lanche coletivo. Perguntava as pessoas como elas haviam chegado ali, um idoso me contou que a sobrinha teve o filho lá e que ele veio de Minas passar as férias com ela no Rio.

Tinha pessoas envolvidas com a enfermagem que reconheci de outros eventos, havia jornalistas da Fiocruz, pessoas envolvidas com alimentação natural (Terrapia⁸⁴ da Fiocruz), pessoas envolvidas com a permacultura também que veio por intermédios de amigos. A diretora da Casa trouxe todos da família dela: irmã, irmão, sobrinha, mãe e sua esposa. Conversei com uma jovem médica que estava ali, falou que era uma militante feminista e uma amiga dela do movimento falou da reforma, ela trabalha na maternidade do hospital Albert Schweitzer que é naquela região. Ela me contou que foi a primeira vez que ela tinha vindo à CP, mesmo sendo moradora da zona Oeste. Contou que tem vontade de realizar grupos educativos na unidade a qual trabalha, mas que não sabe se o diretor vai autorizá-la. Perguntei sobre a relação da medicina com proposta do parto humanizado, o que ela entendia sobre isso. Ela foi falando que acredita que os médicos só fazem determinadas ações no intuito de ajudar a gestante, não percebem como uma violência, mas que não aprendeu uma outra forma de agir “sou a única do plantão que espero o tempo da mulher, sempre tem outro médico perguntando se preciso de ajuda no trabalho de parto, ela falou que não, que com calma a criança vem”. Me contou que pensou em desistir de medicina na época da residência dela, pois era obrigada a submeter pacientes a procedimentos invasivos, e pessoas as vezes com uma dor aguda, seguido com toques de outros alunos de residência. Ela se negou a fazer inúmeras vezes e isso a deixava mal vista pelos demais. Ela falou que todos se incomodavam, mas como era protocolo para aprendermos, ninguém o questionava.

4.7 Parto: Para além do corpo

A casa de parto não está pautada apenas em uma visão pautada no cuidado e na humanização. Profissionais desse cenário acionam relações entre natureza e sobrenatural.

Pude perceber que dentro da sala da diretora tem um altar com representações religiosas, como Iemanjá e a imagem da Virgem Maria. Notei essa visão sobre as religiosidades ao longo da pesquisa de campo, quando conversava com uma das enfermeiras e uma “usuária” da CP. Era um dia da reunião da reforma da casa de parto, fui convidada para almoçar junto com Roberta na CP, pela

⁸⁴ Grupo que executa cursos sobre alimentação “viva”, ligada aos “crudívoros”.

enfermeira Fabrícia (que foi uma mãe que teve os dois filhos da CP). Almoçamos eu, Fabrícia, Roberta e filha da Roberta.

Conversamos um pouco sobre momentos do parto, Fabrícia contou que uma das clientes⁸⁵ da Casa que tinha muita afeição a ela, entrou em trabalho de parto justamente no seu plantão. A usuária, chamada Karen, estava com dilatação total e não paria, mas estava nervosa, com um olhar de preocupada, Fabrícia percebeu que algo estava errado, pois de acordo com ela, Karen sempre foi uma mulher “empoderada e determinada”. Procurou entender o que estava ocorrendo. Karen contou que no dia anterior, uma mulher da igreja fez uma “revelação” que a filha dela nasceria morta. Ela estava preocupada, então Fabrícia perguntou se ela acreditava em Deus, ela respondeu, sim. A enfermeira propôs uma oração, afirmando que Deus iria conduzir o parto e que era para ela não acreditar na revelação, porque era “coisa do demônio”. Nota-se dessa forma a presença de crenças de natureza evangélica.

Nessa mesma conversa Roberta parturiente adepta do Candomblé contou-me ainda sobre o seu segundo parto. Disse que chegou no plantão da enfermeira Odara, uma umbandista cujo orixá é Oxum, um “parteiro”, de acordo com Roberta. Relata que, quando Odara a viu em trabalho de parto, pediu para que fosse para casa e tomasse um banho de rosas brancas, e assim ela o fez. Voltou para sua casa, tomou o banho e saiu, quando chegou na casa de parto, em menos de uma hora, pariu sua filha.

Fabrícia, que também é enfermeira da Casa de Parto, teve o primeiro filho na CP e o segundo em um hospital, pois estava com uma infecção. Ela conta que no primeiro parto quem a assistiu foi a enfermeira Odara, que foi professora dela na época da graduação. No momento em que pariu foi para água. Durante o trabalho de parto Odara falou: “eu sei nega que você é católica, mas você sabe que dentro de você tem uma lemanjá”, pediu que ela fosse para banheira e lá ela pariu.

É interessante notar que a concepção de parto encontrada aqui de forma análoga a que foi abordada por Carneiro (2013), está suporta não apenas uma ideia no sentido fisiológico do corpo, como também na dimensão espiritual, social e cultural

⁸⁵ Cliente de saúde é uma categoria nativa, refere-se as usuárias desse serviço oferecido pelo SUS.

5 – Considerações finais:

Acredito que a Casa de Parto é um bom exemplo de narrativas da construção sobre a humanização da assistência à saúde, principalmente no que tange a saúde pública brasileira. A Casa de Parto consiste num atendimento que visa à humanização e um bem-estar dos corpos femininos para aquelas que buscam esse serviço.

Vale ressaltar, entretanto, que a ideia de “parto humanizado” está suportada por uma visão de gênero baseada na crença de que o universo feminino está mais submetido a uma suposta “natureza” do que o masculino. Sendo assim, as políticas públicas, bem como sua aplicação na Casa de Parto, materializam essa visão. Acredito que a questão que deve ser perguntada é: em que medida que a discussão da “autonomia feminina” constituída pelas práticas de saúde presente no “parto humanizado” são uma reiteração desse discurso, que parte do pressuposto de que a mulher está associada à natureza e o homem à cultura? Em que medida a ideia de que a mulher está apta a suportar a dor por ser “empoderada” reproduz uma ideia de que isso se deve à sua suposta natureza? Quais são os pontos de contato e de afastamento no que tange à compreensão sobre o feminino, existentes entre a prática do “parto humanizado” e a do “parto biomédico”?

As práticas do parto biomédico baseiam-se na ideia que existe uma natureza potencialmente patológica, que tem que ser controlada, o parto é entendido como um “ato médico”, conduzido por esse profissional. Já no “parto humanizado” a ideia central, organizadora das práticas consiste no fato de que há na mulher uma natureza pulsante, que tem de ser autônoma no processo de parturição, sendo este “assistido” pelas enfermeiras. Mas será que os dois modelos estão produzindo “sombras” um do outro? Ambos estão partindo do pressuposto de seus trabalhos de devam ao fato de que existe “natureza feminina” que de um lado, tem de ser domada e de outro, ressaltada.

A Casa de Parto, por meio de suas oficinas, das tecnologias, produzidas pela concepção do “parto humanizado”, organizadas por sua equipe técnica, ao promoverem a pedagogia do parto humanizado, acabam reiterando a ideia de que

isso é inerente à natureza, essencialmente no corpo da mulher. Dessa forma, materializam a lógica de que o universo feminino deve “resistir” e não se submeter ao aparato médico.

Será que essa alternativa de “humanização do parto” pode ser lida como mais uma forma de cerceamento a algumas mulheres, uma vez que impõe a esse universo que não devam ser dominadas pelo saber médico, que controla sua “natureza”, ou que mercantiliza seus corpos? Existem mecanismos distintos de submissão do feminino por meio do imperativo de que possuam uma “natureza” própria para parir que necessita apenas de ser administrada pela pedagogização do “parto humanizado”. O que leva a pensar que a “humanização” é uma “pedagogização” capaz de ensinar os corpos e as mentes femininas. No hospital esse corpo é docilizado, controlado e medicalizado nas práticas de saúde.

Sobre meus anseios e minhas formulações pré-concebidas na pesquisa também fez com que direcionasse as formas e os recortes analíticos. Penso que ir a contramão do modelo obstétrico, o modelo de humanização do parto, pode ser e é lido como uma perspectiva feminista, a qual coloca na centralidade o parto a mulher. A qual busca em tese o reconhecimento em sua singularidade, em sua diferença, e em seus anseios, em seus medos, em seus desejos e em suas expectativas durante o parto. Mas por outro lado, essa ideia da “liberdade da escolha” preconizado pelas ativistas do parto humanizado, pode ser arbitrário com aquela que por um motivo não puderam ou que optaram por outra via de parto, em outro modelo que não o “humanizado”. Ao impor a esse universo, de forma quase dogmática, por algumas adeptas/ativistas do parto humanizado, que não devam ser dominadas pelo saber médico, pode também gerar uma autoridade contra outras mulheres, gerando outras posições hierárquicas.

Uma outra coisa que me inquietou, em outros momentos fora da CP-em palestras e fórum de discussões sobre o “parto humanizado” -, ativistas preconizando as premissas de Odent, reproduzindo a ideia de que a produção do hormônio naturalmente produzido como ocitocina, resultaria em uma produção de afetos entre mãe-filho. Esses hormônios só são liberados, de acordo com Odent, mediante ao parto e a amamentação. Me questiono, se essa premissa for válida

dentro do movimento de “humanização do parto”, como ficam aquelas que não passaram pela experiência do parto vaginal/humanizado ou que não amamentam? As mães portadoras de HIV não produzem afeto, nesta perspectiva? O afeto está marcado nas dimensões hormonais ou sociais?

Estas e outras questões nortearam o meu trabalho. Dessa forma, busquei desnaturalizar tanto o saber biomédico sobre o sistema do cuidado na sociedade ocidental, como também estranhar os modos de pensar, as verdades, produzidas pelos ideários do “parto humanizado”.

Ao pensar a produção de política a favor de uma “humanização” e assistência ao parto suportada na ideia de que parturientes são corpos em sofrimento, no decorrer do trabalho pude observar como os saberes científicos entraram em disputa no que tange ao processo de medicalização e naturalização do corpo feminino. Assim, no decorrer do século XX, superando o pensamento da intervenção aliada à ideia de progresso, observei que em um dado momento essa intervenção passou a ser encarada como danosa e denominada pelas ativistas e adeptas do “parto humanizado” como “violência obstétrica”.

Proponho pensar que ao afastar-se da ideia da “violência obstétrica”, a prática do “parto humanizado” busca a visão do bem-estar dos corpos femininos. Em face da ideia do corpo como mercadoria, de acordo com algumas visões das adeptas do “parto humanizado” no meu universo pesquisado, apareceu como sendo produzido pela medicina. Mas há que se pensar de que a medicina também produz um corpo que está sendo analgesiado, não apenas o feminino, mas qualquer corpo, para alívio da dor e sofrimento alheio, baseada em uma moralidade médica em que se acredita está fazendo o correto diante do sofrimento do outro.

Retomando os embates produzidos na audiência pública “parto humanizado” na Alerj, acredito que faz parto de um evento importante na disputa longa pelos direitos reprodutivos das mulheres e contra um certo autoritarismo médico obstétrico. Mas além de ser uma questão mais complexa do que a disputa de campos científicos, põe também em cheque as esferas do legislativo e os movimentos sociais (feministas), movimentos partidários, além dos médicos, enfermeiros, obstetizes, doulas e adeptas ao “parto humanizado”. São espaços que

retratam as disputas de legitimidades para um lugar de fala e de competência dos profissionais sobre atuação no corpo feminino e a sua reprodução

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRANO, Fundação Perseu. Violência no parto: Na hora de fazer não gritou. Disponível em: <<http://novo.fpabramo.org.br/content/violencia-no-partona-hora-de-fazer-nao-gritou>>. Acesso em: 20 maio 2015.

ABRASCO. Aprovada a resolução sobre ética em pesquisa nas Ciências Humanas e Sociais. Disponível em:<<https://www.abrasco.org.br/site/2016/04/aprovada-a-resolucao-sobreetica-em-pesquisa-nas-chs/>>. Acesso em: 01 ago. 2016.

ALERJ DEPUTADOS / FICHA COMPLETA. Disponível em:<<http://www.alerj.rj.gov.br/Deputados/PerfilDeputado/323?Legislatura=18>>. Acesso em: 01 fev. 2017.

ALERJ. Alerj como funciona. Disponível em:<<http://www.alerj.rj.gov.br/Alerj/ComoFunciona>>. Acesso em: 01 fev. 2017.

_____ AP 15/03/2016-PartoHumanizado. Disponível em:<<https://www.youtube.com/watch?v=xeEgo60Lku4&t=5099s>>. Acesso em: 01 fev. 2017.

ALMEIDA, M., 1995, Senhores de Si. Uma Interpretação Antropológica da Masculinidade. Lisboa: Fim de Século ALMEIDA, M. V. “Gênero, masculinidade e poder. Revendo um caso do Sul de Portugal”, Anuário Antropológico, 95: 161-190

ALZUGUIR, Fernanda Vecchi; NUCCI, Marina Fischer. Maternidade mamífera? Concepções sobre natureza e ciência em uma rede social de mães. Mediações, Londrina - Pr, v. 20, n. 1, p.217-238, 10 jun. 2015. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/mediacoes/article/view/21114/pdf_7>. Acesso em: 12 nov. 2015.

BARBOSA, Gisele Peixoto et al. Parto cesáreo: quem o deseja? Em quais circunstâncias? Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p.1611-1620, 20 jun.

2002. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n6/a06v19n6.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2015.

BARRETO, Maria Renilda Nery. Assisted birth in 19th century Bahia. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v. 15, n. 4, p. 901-925, 2008.

BOEGER, M. A. *Gestão em hotelaria hospitalar*. São Paulo: Atlas, 2003.

BOURDIEU, Pierre. O campo político. *Revista Brasileira de Ciência Política*, [s.l.], n. 5, p.193-216, jul. 2011. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-33522011000100008>.

_____, Pierre. *O poder simbólico*. Trad. Fernando Tomaz. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1989.

BRASIL Câmara dos Deputados e Senado compõem o Poder Legislativo. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/governo/2009/11/camarados-deputados-e-senado-compoem-o-poder-legislativo>>. Acesso em: 29 jan. 2017

_____. Ministério da Saúde. A portaria nº 1.459/2011, do Ministério da Saúde (MS), instituindo-a no Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/108545-1459.htm>>. Acesso em: 20 jun. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual dos comitês de mortalidade materna / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 3. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. 104 p

BRENES, Anayansi Correa. História da parturição no Brasil, século XIX. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 7, p. 135-149, 1991.

BUTLER, Judith “O parentesco é sempre tido como heterossexual?”. Cadernos Pagu, 21: pp. 219-260, 2003

CAMARGO Jr., K. R. Medicalização, farmacologização e imperialismo sanitário. Cadernos de Saúde Pública, v. 29, n. 5, p. 844-846, 2013.

CARNEIRO RosamariaGiatti. Dilemas antropológicos de uma agenda de saúde pública: Programa Rede Cegonha e , pessoalidade e pluralidade. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141432832013000100005&scriptci_arttext>. Acesso em: 20 jun. 2015.

_____. Rosamaria G. De perto e de longe do que seria natural, mais natural e/ou humanizado: uma etnografia dos grupos de preparo para o parto humanizado. In: FLEISCHER, Soraya; FERREIRA, Jaqueline. (Org.). Etnografias em Serviços de Saúde. Rio de Janeiro: Garamond, 2014, p. 243-266, 2014.

_____. RosamariaGiatti. CENAS DE PARTO E POLÍTICAS DO CORPO: uma etnografia de práticas femininas de parto humanizado. 2011. 341 f. Tese (Doutorado) - Curso de Ciências Sociais, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2011.

_____, Rosamaria. Daquilo que os médicos quase não falam: transe e êxtase na cena de parto. Experiências e percepções dissidentes de saúde e de bem-estar na contemporaneidade. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2013, vol.18, n.8, pp.2369-237

_____, Rosamaria. O peso do corpo negro feminino no mercado da saúde: mulheres, profissionais e feministas em suas perspectivas. **Mediações - Revista de Ciências Sociais**, [s.l.], v. 22, n. 2, p.394-424, 31 dez. 2017.

CBO. CBO 3221-35 Doula. Disponível em:<<http://www.ocupacoes.com.br/cbomte/322135-doula>>. Acesso em: 17 maio 2017.

CECÍLIO, L. C. O. A morte de Ivan Ilitch, de Leon Tolstói: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. Botucatu: Interface, v. 13, supl. 1, p. 545-555, 2009 Coletiva, [s.l.], v. 10, n. 3, p.615-626, set. 2005.

CALVO, Daniela. **Concepção e cura do sofrimento e da doença no candomblé.** Disponível em:
<http://www.simpósio.abhr.org.br/resources/anais/6/1473985869_ARQUIVO_artigoabhr.pdf>. Acesso em: 1 fev. 2016

COXON, Kirstie. Risk in pregnancyandbirth: are wetalkingtoourselves?. Health, Risk&Society, [s.l.], v. 16, n. 6, p.481-493, 18 ago. 2014. Informa UK Limited. <http://dx.doi.org/10.1080/13698575.2014.957262>

CREMERJ. Em discussão, a “Casa de Parto” de Realengo e o movimento de convênios Disponível em:<http://old.cremerj.org.br/jornais/jornais_pdf/109.pdf>. Acesso em: 01 fev. 2017.

CURSO OBSTETRÍCIA. O curso e sua história. Disponível em:<<http://obstetriciasite.wixsite.com/cursoobstetricia/blank-cee5>>. Acesso em: 01 jan. 2018.

DAS, Veena, 2012, “Entre palavras e vidas: um pensamento de encontro com margens, violências e sofrimentos”, entrevista por M. Misse et al., Dilemas, 5 (2): 335-356.

DELAGE, Deborah. CASA DE PARTO DAVID CAPISTRANO FILHO -REALENGO, RJ. Disponível em: <<http://www.redehumanizaus.net/6613-casade-MAIA>, Otávio Fabrício Lemos Corrêa; CUNHA, Marize Bastos da. Uma etnografia do espaço de cuidado. Vivência Revista de Antropologia, Rio de Janeiro, v. 45, n. 44, p.23-36, 14 nov. 2014.parto-david-capistrano-filhorealengo-rj>. Acesso em: 8 jun. 2009.

DESLANDES ,Suely F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. Instituto Fernandes Figueira, Fiocruz. Rio de Janeiro, n. , p.07-14, 09 jan. 2004.

_____, Suely Ferreira. A ótica de gestores sobre a humanização da assistência nas maternidades municipais do Rio de Janeiro. *Ciênc. Saúde Coletiva*, [s.l.], v. 10, n. 3, p.615626, set. 2005. FapUNIFESP (SciELO). DOI: 10.1590/s1413-81232005000300018. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300018>. Acesso em: 12 nov. 2016

DINIZ SG. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. *RevBras Crescimento Desenvolv Hum*. 2009; 19(2):313-326.

_____, Carmen Simone Grilo et al. A vagina-escola: seminário interdisciplinar sobre violência contra a mulher no ensino das profissões de saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, [s.l.], v. 20, n. 56, p.253-259, mar. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0736>.

_____, Carmen Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciênc saúde coletiva*, v. 10, n. 3, p. 633, 2005

_____, Simone G.; CHACHAM, Alessandra S.. O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. Disponível em:<http://www.mulheres.org.br/revistarhm/revista_rhm1/revista1/80-91.pdf>. Acesso em: 20 maios 2015.

DO PARTO, Dossiê Humanização. Rede Nacional Feminista de Saúde Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. São Paulo (SP), 2002.

DUMONT, Louis. *Homo Hierarchicus: o sistema das castas e suas implicações*. Edusp, 1992

ESCOSTEGUY, Carlos. O Poder Legislativo. Disponível em: <<http://www12.senado.leg.br/jovensenador/home/paginas/cursosonline/planos-de-aula-ilb-o-poder-legislativo>>. Acesso em: 23 jan. 2017.

FASSIN, D . Compaixão e Repressão: A Economia Moral das Políticas de Imigração na França, Ponto Urbe, São Paulo, v. 15, p. 122, 2014. Disponível em: <https://journals.openedition.org/pontourbe/2467> . Acesso em: 2 fev . 2017

FAVRET-SAADA, Jeanne. 2005. "Ser afetado". Cadernos de Campo, 13:155-161.

FLEISCHER, Soraya; FERREIRA, Jaqueline. (Org.). Etnografias em Serviços de Saúde. Rio de Janeiro: Garamond, 2014, p. 243-266, 2014.

FONSECA C. Olhares antropológicos sobre a família contemporânea. In: Althoff CR, Elsen I, Nitschke RG, organizadoras. Pesquisando a família: olhares contemporâneos. Florianópolis: Editora Papa-Livro; 2002. p. 55-68.

_____, C. A certeza que pariu a dúvida: paternidade e DNA. Estudos Feministas, Porto Alegre. v.12 n.2, p.13- 34, maio-ago, 2004

_____. Claudia Lee Williams. O Anonimato e o texto Antropológico: Dilemas éticos e Políticos da Etnografia em casa. Revista Teoria e Cultura V.2/N.1 e 2., p. 39-53. 2008.

FONTOURA, Andrea. O que é e qual a diferença entre: Educadora Perinatal, Doula de Parto e Doula Pós-Parto? Disponível em: <<https://doulandoamor.wordpress.com/2015/06/17/o-que-e-e-qual-a-diferencaentre-educadora-perinatal-doula-de-parto-e-doula-pos-parto/>>. Acesso em: 01 maio 2017.

Foucault, Michel. Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Graal, 1995(1979)

_____. Michel. A governamentalidade, p.291-292. Cf. ORTEGA, Francisco. Habermas versus Foucault: apontamentos para um debate impossível. Síntese, Belo Horizonte, v.26, n.85, p.242-244, 1999

FREITAS, Patrícia de. A mulher é seu útero. A criação da moderna medicina feminina no Brasil. In: Antíteses, vol. 1, n. 1, jan.- jun. de 2008

GLOBO. Cinco obras de arte expostas na Alerj. Disponível em: <<http://oglobo.globo.com/rio/cinco-obras-de-arte-expostas-na-alerj-14305869>>. Acesso em: 01 fev. 2017.

GREGORI, M. F. Cenas e queixas: um estudo sobre mulheres, relações violentas e a prática feminista. São Paulo, Paz e Terra/Anpocs .1993.

Heilborn, M. L. Articulando gênero, sexo e sexualidade: diferença na saúde. In: Goldenberg, P.; Marsiglia, R. M. G.; Gomes, M. H. A. (Orgs.). O Clássico e o novo:tendências, objetos e abordagens em ciências e saúde. Fiocruz: Rio de Janeiro, 197-207, 2003

_____, M.L.; CARRARA, S. Em cena, os homens. Revista Estudos Feministas. Ano 6, 2sem., p. 370-374, 1998.

HIRSCH, Olivia Nogueira. O parto “natural” e “humanizado” na visão de mulheres de camadas médias e populares no Rio de Janeiro. Civitas - Revista de Ciências Sociais, [s.l.], v. 15, n. 2, p.229-249, 4 set. 2015. EDIPUCRS. <http://dx.doi.org/10.15448/1984-7289.2015.2.17933>

_____, Olivia. O parto “natural” e “humanizado”: um estudo comparativo entre mulheres de camadas populares e médias no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2014. Tese de doutorado em Ciências Sociais, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

Humanização do parto. Estudos Feministas, n. 2, p. 483-492, 2002.

.

INTEGRAR. Vitória Pamplona. Disponível em: <<http://www.integrareeditora.com.br/autor.asp?id=42>>. Acesso em: 20 jun. 2015.

ISHTAR. Ishtar - Espaço para Gestantes (Rio de Janeiro). Disponível em: <<https://www.blogger.com/profile/06483275930420321129>>. Acesso em: 01 maio 2017

JACOBSON, Jodi. Pro -escolha. Disponível em: <<http://pelosdireitosreprodutivos.blog.com/2011/05/04/o-que-significa-ser-proescolha/>>. Acesso em: 20 nov. 2015.

JUSBRASIL. Ação Civil Pública. Disponível em:<<https://www.jusbrasil.com.br/topicos/26413013/acao-civil-publica>>. Acesso em: 01 fev. 2017.

LAQUEUR, T. Da linguagem e da carne; A descoberta dos sexos. In: ____ (Org.). Inventando o sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud. Rio de Janeiro: RelumeDumará, 2001

LE BRETON, David. Antropologia do corpo e modernidade. Petrópolis: Vozes, 2011.

LEAL, Maria do Carmo; GAMA, Silvana Granado Nogueira da. Nascer no Brasil. Cadernos de Saúde Pública, [s.l.], v. 30, n. 1, p.1-10, ago. 2014.

LEI Nº 7314 DE 15 DE JUNHO 2016.: DISPÕE SOBRE A OBRIGATORIEDADE DAS MATERNIDADES, CASAS DE PARTO E ESTABELECIMENTOS HOSPITALARES CONGÊNERES DA REDE PÚBLICA E PRIVADA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO EM PERMITIR A PRESENÇA DE DOULAS DURANTE O PERÍODO DE TRABALHO DE PARTO, PARTO E PÓS-PARTO IMEDIATO, SEMPRE QUE SOLICITADAS PELA PARTURIENTE. Disponível em:<<http://alerjln1.alerj.rj.gov.br/CONTLEI.NSF/c8aa0900025feef6032564ec060dfff/f6a4bdfe5bb46c4383257fd4005a506c?OpenDocument>>. Acesso em: 08 ago. 2016.

LEITE, DA NÓBREGA MARINHO TORRES, Ana Cristina; ANTUNES PAES, Neir. Direitos femininos no Brasil: um enfoque na saúde materna. História, Ciências, Saúde-Manguinhos, v. 16, n. 3, 2009.

LUNA, N. Corpo, concepção, hereditariedade. In: Provetas e clones: uma antropologia das novas tecnologias reprodutivas [online]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ,

2007. Antropologia e Saúde collection, pp. 135-178. ISBN 978-85-7541-355-5. Available from SciELO Books

LUZ, Madet. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, [s.l.], v. 7, n. 1, p.13-43, jun. 1997. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73311997000100002>.

MADEIRA, Lélia Maria; DUARTE, Elisângela Dittz. A gestão hospitalar e a integralidade da assistência: o caso do Hospital Sofia Feldman. In: PINHEIRO, Roseni; FERLA, Alcindo Antonio; MAIA, Otávio Fabrício Lemos Corrêa; CUNHA, Marize Bastos da. Uma etnografia do espaço de cuidado. *Vivência Revista de Antropologia*, Rio de Janeiro, v. 45, n. 44, p.23-36, 14 nov. 2014.

MAIA, Mônica Bara. Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional. Editora Fiocruz, 2010.

MANICA, Daniela; RAMIREZ-GÁLVEZ, Martha. Tecnociência, corpos, gênero e sexualidade. *Mediações*, v. 20, n. 1, p. 11, 2015.

MARIA, Nícia. Em discussão, a “casa de parto” de Realengo e o movimento de convênios. *Cremerj*. Rio de Janeiro, p. 1-27. 9 jun. 2009.

MARTIN, Emily. Metáforas médicas do corpo da mulher: parto. In: *A mulher no corpo: uma análise cultural da reprodução*. Rio de Janeiro, Garamond, 2006, 2006.

_____, Emily. O óvulo e o espermatozoide. Como a ciência construiu um romance baseado em papéis estereotípicos macho-fêmea. Disponível em: <http://www.necso.ufrj.br/Trads/O%20ovo%20e%20o%20esperma.htm>

MARTINS, APV. A ciência obstétrica. In: *Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX* [online]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004, pp. 63-106. História e Saúde collection. ISBN 978-85-7541-451-4

_____, Ana Paula Vosne. A ciência dos partos: visões do corpo feminino na constituição da obstetrícia científica no século XIX. Estudos Feministas, Florianópolis,13(3): 320, setembro-dezembro/2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104026X200500030001 Acesso em: 01 fev. 2017.

MATTOS, Ruben Araujo de. Gestão em Redes: tecendo os fios da integralidade em saúde. Rio de Janeiro: Educs, 2006. p. 65-80.

MAUSS, Marcel. Ensaio sobre a Dádiva: Forma e Razão da Troca nas Sociedades Arcaicas. In: _____. Sociologia e Antropologia. São Paulo: Cosac Naify, 2003(1984). p. 183-294.

MELLO, I. M. Humanização da Assistência Hospitalar no Brasil: conhecimentos básicos para estudantes e profissionais. São Paulo: FMUSP, 2008

_____, I. M. Humanização da Assistência Hospitalar no Brasil: conhecimentos básicos para estudantes e profissionais. São Paulo: FMUSP, 2008

MENDONÇA, P.E.X. Sem Soberania: gestão solidária e força fraca para cuidar de vidas fracas Trabalho. Tese de doutorado. Programa de Pós Graduação de Clínica Médica da UFRJ, 2014

MENDONÇA, Sara Sousa. Mudando a forma de nascer: agência e construções de verdades entre as ativistas do parto humanizado. Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós Graduação em Antropologia da Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2013

_____, Sara Sousa. A invenção e a descoberta da violência obstétrica. Disponível em: <<http://www.29rba.abant.org.br/trabalho> ==&impressao;>. Acesso em: 6 ago. 2014.

MENEZES, Bernardo; EBC. Conselho Regional de Medicina do Rio proíbe médicos de participarem de parto em casa. Disponível em: O cuidado é um

acontecimento, não um ato. In: FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde. MERHY, Emerson. Emerson Merhy: O SUS será ferido de morte. Disponível em: <<http://www.abrasco.org.br/site/2015/10/emerson-merhy-o-sus-sera-feridode-morte/>>. Acesso em: 09 out. 2015.

MOTT, Maria Lúcia. Assistência ao parto: do domicílio ao hospital - 1830-1960. Projeto História. São Paulo, (25), dezembro, 2002. Disponível em: <http://revistas.pucsp.br/index.php/revph/article/view/10588> Acesso em: 01 fev 2017.

_____, Maria Lúcia. Assistência ao parto: do domicílio ao hospital - 1830-1960. Projeto História. São Paulo, (25), dezembro, 2002. Disponível em: <http://revistas.pucsp.br/index.php/revph/article/view/10588>

MORAIS, Fátima Raquel Rosado. A humanização no parto e no nascimento: os saberes e as práticas no contexto de uma maternidade pública brasileira. 2010.

NAGAHAMA, Elizabeth Eriko Ishida; SANTIAGO, Silvia Maria. A institucionalização médica do parto no Brasil. Ciência e Saúde Coletiva, RJ, v. 3, n. 10, p.651-657, abr. 2005

NEGRÃO, T. Entrevista concedida à Conceição Lemes. Rede Feminista de Saúde alerta: Rede Cegonha é retrocesso de 30 anos. Viomundo. 5 abr. 2011. Disponível em: <www.viomundo.com.br>. Acesso em: 10 jun. 2016.

NOGUEIRA, Viviane. Maternidade municipal Maria Amélia proíbe doulas em partos
Leia mais:
<https://oglobo.globo.com/sociedade/saude/maternidademunicipal-maria-amelia-proibe-doulas-em-partos-1-18945240#ixzz4lclWilo5> stest. O Globo. RJ, p. 1-2. 23 mar. 2016.

NUCCI, Marina; NAKANO, Andreza; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Ocitocina sintética e a aceleração do parto: reflexões sobre a síntese e início do uso da ocitocina em obstetrícia no Brasil. História, Ciência, Saúde – Manguinhos, 2018, no prelo.

ODENT, Michel. O Renascimento do Parto. Florianópolis: Saint Germain, 2002.

ORTNER, Sherry. Está a mulher para a natureza, assim como o homem para a cultura? In: 1979

PAINS, Clarissa. Grávidas acionam Justiça para garantir doulas em seus partos. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/sociedade/saude/gravidasacionam-justica-para-garantir-doulas-em-seus-partos-19007202>>. Acesso 2 de fev de 2017

PEREIRA, Georgia; AZIZE, Rogerio. A ENORME PRODUÇÃO DE ESPERMATOZOIDES: REFLEXÕES SOBRE COMO CORPOS MASCULINOS SÃO CONCEBIDOS NO CAMPO DA CONTRACEPÇÃO MASCULINA. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL FAZENDO GêNERO 11 & 13TH WOMEN'S WORLDS CONGRESS, 11., 2017, Florianópolis. Anais... . Florianópolis: Ufsc, 2017. v. 1, p. 1 - 13.

PELBART, P. P. Vida nua, vida besta, uma vida. Trópico, p.1-5, 2007. Disponível em:<<http://p.php.uol.com.br/tropico/html/textos/2792,1.shl>>. Acesso em: 10 jul. 2017.

PEREIRA ALF, Azevedo LGF, Medina ET, Lima TRL, Schoeter MS. Assistência materna e neonatal na Casa de Parto David Capistrano Filho, Rio de Janeiro, Brasil. RevPesqCuid Fundam 2012; 4(2):2905-13. .

POOLE, Deborah (2008). “El estado y sus márgenes. Etnografías comparadas”. Cuadernos de Antropología Social, n. 27, p. 19-52. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010. 189 p.

PULHEZ, Mariana. Mulheres mamíferas: práticas de maternidade ativa. Dissertação [Mestrado em Antropologia]. Campinas: UNICAMP, 2015.

RATTNER, Daphne. Da saúde materno infantil ao PAISM. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*, v. 8, n. 1, p. 103-108, 2014.

REVEL, Judith. Michel Foucault: conceitos essenciais. Trad. Maria do Rosário Gregolin, Nilton Milanez, Carlos Piovesani. São Carlos: Claraluz, 2005.

REZENDE, Claudia Barcellos. Em torno da ansiedade: subjetividade, mudança e gravidez. *Interseções: Revista de Estudos Interdisciplinares*, v. 14, n. 2, 2012.

RIBEIRO, Cláudia Regina; RUSSO, Jane Araújo; ROHDEN, Fabíola. Uma nova pedagogia da sexualidade para homens: discursos midiáticos e suas

reverberações. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, [s.l.], v. 23, n. 2, p.461-488, jun. 2013

RIESCO, Maria Luiza Gonzalez; TSUNECHIRO, Maria Alice. Formação profissional de obstetrias e enfermeiras obstétricas: velhos problemas ou novas possibilidades?. *Revista Estudos Feministas*, [s.l.], v. 10, n. 2, p.449-459, jul. 2002. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-026x2002000200014>.

RINALDI, Alessandra de Andrade. Relatório APQ1 Processo E-26/110.375/2012: Adoção em seus múltiplos sentidos. Rio de Janeiro: Faperj, 2012. 90 p.

ROHDEN, Fabíola. Histórias em torno da medicalização da reprodução. *Gênero*, v. 6, n. 1, Niterói: UFF, pp. 213-24, 2006.

Disponível em:

<http://www.revistagenero.uff.br/index.php/revistagenero/article/view/206>

_____, Fabíola. Uma ciência da diferença: sexo, contracepção e natalidade na medicina da mulher. Rio de Janeiro, 2000. Tese (Doutorado)–Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Museu Nacional/Universidade Federal do Rio de Janeiro

SARTI, C.; DUARTE, L. F. D. (Orgs.). *Antropologia e ética: desafios para a regulamentação*. Brasília: ABA, 2013. p. 131-171.

_____, C.A. Corpo, violência e saúde: a produção da vítima. *Sexualidad, Salud y Sociedad: Revista Latinoamericana*, Rio de Janeiro, v.1, n.1, p.89-103, 2009. Disponível em: www.e-publicacoes.uerj.br/ojs/index.php/SexualidadSaludSociedad/article/view/12/125

SALEM, Tânia. *O casal grávido: disposições e dilemas da parceria igualitária*. Rio de Janeiro: FGV, 2007

SAUDE, Ministério da. A portaria nº 1.459/2011, do Ministério da Saúde (MS), instituindo-a no Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em:

<<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/108545-1459.htm>>. Acesso em: 20 jun. 2016.

SCAVONE, Lucila. Dar a vida e cuidar da vida feminismo e ciências sociais. Unesp, 2004.

_____. Lucila. A maternidade e o feminismo: diálogo com as ciências sociais. cadernos pagu, n. 16, p. 137-150, 2001.

SESC. Violência no parto: Na hora de fazer não gritou. Disponível em: <<https://fpabramo.org.br/2013/03/25/violencia-no-parto-na-hora-de-fazer-naogritou/>>. Acesso em: 01 maio 2017.

SIMMEL, G. Questões fundamentais da sociologia. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2006.

SIMAS, Raquel. Doulas e o movimento pela humanização do parto – poder, gênero e a retórica do controle das emoções / Raquel Simas. – 2016. Orientador: Luiz Fernando Rojo Mattos. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal Fluminense, Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Departamento de Antropologia, 2016.

STRATHERN, Marilyn. Necessidade de pais, necessidade de mães. Estudos Feministas, Rio de Janeiro, 3(2): 303-29, 1995

TEIXEIRA, Luiz Antônio. PARTO: HISTÓRIA, TECNOLOGIA E MEDICALIZAÇÃO. Rio de Janeiro- Manguinhos: Fiocruz, 2017. Color

TORNQUIST C. S. Armadilhas da Nova Era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. Estudos Feministas, Florianópolis, ano 10, p. 483-492, 2002

_____. Carmen Susana et al. Parto e poder: o movimento pela humanização do parto no Brasil. 2004.

VENTURA, Miriam et al. Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, [s.l.], v. 20, n. 1, p.78, 2010. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312010000100006>

.
VENTURINI, Lilian. <https://www.nexojornal.com.br/expresso/2017/02/02/O-que-são-as-Turmas-do-Supremo-Tribunal-Federal>. Disponível em: <<https://www.nexojornal.com.br/expresso/2017/02/02/O-que-são-as-Turmas-do-Supremo-Tribunal-Federal>>. Acesso em: 16 set. 2017

VERGER, Pierre. 1983. "A sociedade egbe òrun dos Abikü, as crianças nascem para morrer várias vezes". *Afro-Ásia*, 14:138-160.

VIANNA, Adriana Direitos e políticas sexuais no Brasil: mapeamento e Diagnóstico / Adriana Vianna , Paula Lacerda. – Rio de Janeiro : CEPESC, 2004.

ANEXOS E APENDICES:

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Eu Sabrina Lins Seibert, moderadora da página do facebook intitulada "Meu corpo, minhas regras, nossas escolhas", inscrita no CPF 082.640.607-42, venho por meio deste, autorizar o uso de *prints* da página para a pesquisa da aluna da Juliana Borges de Souza, sob a orientação da professora doutora Alessandra Rinaldi. A aluna declara que a investigação tem caráter acadêmico, a fim de contribuir com a pesquisa de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais na Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro.

R., 05 de maio de 2017


Sabrina Seibert



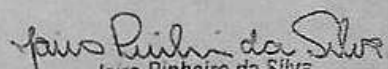
SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMISSÃO DE ÉTICA NA PESQUISA DA UFRRJ / COMEP

Protocolo Nº 784/2016

PARECER

O Projeto de Pesquisa intitulado *“Entre os conflitos e impasses do “Parto Humanizado”: uma etnografia na Casa de Parto David Capistrano Filho, no Hospital da Mulher Mariska Ribeiro e na Maternidade de Seropédica”* sob a responsabilidade da Profa. Alessandra de Andrade Rinaldi, do Departamento de Ciências Sociais, Instituto de Ciências Humanas e Sociais, processo 23083.005198/2016-16, atende os princípios éticos e está de acordo com a Resolução 466/12 que regulamenta os procedimentos de pesquisa envolvendo seres humanos.

UFRRJ, 13/09/2016.


Jairo Pinheiro da Silva
Pro-Reitor Adjunto de
Pesquisa e Pós-Graduação
Metr. SIAPE 1109555
UFRRJ

Prof. Dr. Jairo Pinheiro da Silva
Pró-Reitor Adjunto de Pesquisa e Pós-Graduação

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE

Eu _____ declaro que aceito participar do estudo científico realizado pela Juliana Borges de Souza, aluna da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro sob a orientação da professora Alessandra Rinaldi. A investigação tem caráter acadêmico, a fim de contribuir a pesquisa de Mestrado do Programa de Pós Graduação em Ciências Sociais na UFRRJ. Está pesquisa busca entender o que os “conflitos” do “parto humanizado”, como funciona a Casa de Parto David Capristano Filho em Realengo e na Maternidade de Seropédica e porque as parturientes/ puérpera buscam/recusam esse serviço. Gostaria de realizar uma entrevista, além das pacientes, com o corpo clínico (enfermeiros, médicos, técnicos em enfermagem etc), recepcionistas visando entender esses fatos. Queria deixar claro que há possibilidade de ter alguns riscos, como constrangimentos ou desconfortos emocionais. Se há acaso não esteja confortável, tem todo o direito de não o responder. Além disso, caso deseje não participar mais da pesquisa estará livre para tal decisão. A sua participação é voluntária e não haverá compensação financeira na pesquisa.

Nome: _____

Assinatura: _____ Data: _____



Estado do Rio de Janeiro
Prefeitura Municipal de Seropédica
Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil

MEMO DIR/ATB /35/16

Seropédica, 07 de dezembro de 2016

Da: Direção de Atenção Básica
Para: Direção da Maternidade Municipal de Seropédica

Encaminho, em anexo, o pedido de trabalho de pesquisa da mestranda da UFRJ Juliana Borges de Souza, a ser realizado na Maternidade de Seropédica, para avaliação e possibilidade de deferimento por V.S.

Atenciosamente,

Maria Aparecida Silva Vaz

Diretora de Atenção Básica
Matrícula - 7649

Entrevista para gestante Casa de Parto:

- 1) Qual é seu nome? Idade? Trabalha?
- 2) Narre a sua história. Diga como veio para Casa de Parto?
- 3) Como está sendo a sua gravidez, o seu pré-natal?
- 4) Como você se sente em relação ao “parto natural”, “parto normal” e a “cesárea”? Se pudesse escolher o tipo do seu parto como faria? Acha que todo mundo tem escolhas?
- 5) O que é o parto obstétrico para você?
- 6) O que você acha sobre as grupos da Casa de Parto?
- 7) O que é “violência obstétrica” para v

- 2) Conte um pouco da sua história, como veio para na Casa de Parto ou na Maternidade de Seropédica?
- 3) Quais são os serviços prestados na Casa de Parto ou na Maternidade Seropédica?
- 4) Quais são os profissionais que existem na Casa de Parto / ou na Maternidade de Seropédica?
- 5) Qual a sua percepção sobre o modelo de “parto biomédico” (para Casa de Parto)?
- 6) Qual a sua percepção sobre o modelo de “parto humanizado” (para maternidade)?
- 7) Com a sua experiência, acha necessário a discussão sobre “violência obstétrica” no local em que trabalha?
- 8) Conhece as Resoluções 265/2012 e 266/2012 do CREMERJ? Qual seu posicionamento a respeito da mesma?
- 9) Já vivenciou alguma situação que envolveu algum problema no parto? Como foi? O que acha de um parto realizado por enfermeiros? O que é “ato médico”?

Entrevista para as profissionais de saúde:

- 1) Qual é o seu nome? Sua idade? Profissão?

FOTOS DO DIA DO MULTIRÃO:
Autora das fotos: Adriana Medeiros



