

MARIANA DE OLIVEIRA PORTELLA

Ciência e costume na assistência ao parto

RECIFE

2017

MARIANA DE OLIVEIRA PORTELLA

CIÊNCIA E COSTUME NA ASSISTÊNCIA AO PARTO

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal de Pernambuco como requisito parcial para obtenção do grau de doutora em Sociologia, sob orientação do Prof. Dr. **Paulo Henrique Martins**.

Recife

2017

Catálogo na fonte
Bibliotecária Maria Janeide Pereira da Silva, CRB4-1262

P843c Portella, Mariana de Oliveira.
Ciência e costume na assistência ao parto / Mariana de Oliveira Portella. – 2017.
262 f. : il. ; 30 cm.

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

1. Sociologia. 2. Política pública. 3. Parto (Obstetrícia) – Aspectos sociais. 4. Parto (Obstetrícia) – Fatores de risco. I. Martins, Paulo Henrique (Orientador). II. Título.

301 CDD (22. ed.) UFPE (BCFCH2017-156)

MARIANA DE OLIVEIRA PORTELLA

CIÊNCIA E COSTUME NA ASSISTÊNCIA AO PARTO

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

Aprovada em: 24/02/2017.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^o. Dr. Paulo Henrique Novaes Martins de Albuquerque (Orientador)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof.^o. Dr. Artur Fragoso de Albuquerque Perrusi (Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof.^a. Dr.^a. Elaine Müller (Examinadora Externa)
Universidade Federal de Pernambuco

Via videoconferência

Prof.^a. Dr.^a. Rosamaria Carneiro Giatti (Examinadora Externa)
Universidade de Brasília

Prof.^a. Dr.^a. Soraya Resende Fleischer (Examinadora Externa)
Universidade de Brasília

A todas as mulheres de minha linhagem, cuja coragem (para os partos e para a vida), ajuda-me sempre a continuar.

A Manoela e ao Caetano, primaveras da minha alma.

AGRADECIMENTOS

O percurso que me conduziu do início ao fim do doutorado representa um período importante na minha biografia, em que muitos descortinamentos foram feitos. Durante esse tempo, mais do que nunca, senti-me lançada no mundo, acumulando ferramentas diversas que foram utilizadas na construção do entendimento sociológico e de debates profundos e urgentes, ora feitos de forma solitária, ora na presença de outros. O fazer sociológico, nesse sentido, mostrou-se a mim também como rede de relações, perpassada por certas pessoas, marcantes tanto naquilo que o doutoramento tem de mais encantador, quanto de mais complexo. Mencionarei abaixo algumas delas, como forma de manifestar o sentimento gerado em mim a partir de relações inscritas na dádiva.

A minha mãe, Mirtes Maria, pelo incentivo irretocável, pela forma que me pôs a habitar sua visão de mundo, alimentando constantemente a ideia de que tudo daria certo para mim. Também agradeço imensamente pelo exemplo de coragem, amor e alegria.

Ao meu pai, Onofre, por vibrar sempre a cada conquista minha e pela referência que se tornou frente aos desafios que demandam sensibilidade, objetividade e senso de justiça.

Aos meus queridos irmãos, que tanto me ensinaram e ensinam, que sempre estarão ao meu lado com o amor e a franqueza que apenas a irmandade faz fluir.

Ao Allan, amado companheiro, por dividir comigo todo o peso inscrito na vida adulta, especialmente quando dela se desdobra a responsabilidade direta sobre a vida de crianças e sobre outras infinitas responsabilidades, incluindo teses. Também agradeço pela vivência da plena alegria e do diálogo desenfreado, em momentos que são para mim como diamantes. Que nunca nos falte coragem para construir, juntos, um modo de vida equilibrado, onde há espaço e atenção para tudo o que nos faz feliz.

À Elza, por nos ajudar a ter tempo para o trabalho intelectual, pela presença e confiança inspiradoras, e por me ensinar tantas coisas importantes.

Ao Jardim Alecrim, Escola Waldorf Recife e Jardim Satori, pelo exímio trabalho pedagógico que desenvolvem, por contribuir com a tranquilidade de minha família.

Ao Grupo Boa Hora, que tendo me conduzido pela diversidade de olhares que significam o processo de gestar e parir, foi agente de um processo importantíssimo para mim, de desenvolvimento da capacidade de atenção para os signos do sofrimento e do cuidado. Agradeço também pelo papel importante que esse coletivo desempenha na luta pelo acesso à assistência obstétrica humanizada.

À Dan Gayoso, especialmente, essa grande mulher, merecedora de todo o meu respeito e admiração.

Ao Grupo Curumim, especialmente na figura de Paula Viana, pelo apoio que desempenhou para a realização da pesquisa. Também pelo compromisso com a causa das mulheres e pelas conquistas sociais, ambos promovidos com base na justiça e na ética.

À Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, especialmente na figura de Lilian Barros, por facilitar meu contato com algumas parteiras.

À Ludmila, pelo apoio e pela interlocução sempre interessada e questionadora. Aos vizinhos e todos os seres do Monte dos Vagalumes, que fazem deste lugar um refúgio delicioso, e que me tocaram, diversas vezes, para fora da caverna.

Às minhas queridas amigas do grupo de pesquisa Narrativas do Nascer, lugar onde floresceu uma comunhão criativa, questionadora e tocada pelo afeto. Tenho todas vocês em altíssima conta.

Às doulas com quem tive o prazer de constituir relações de parceria, verdadeiras irmãs.

Às mulheres e gestantes que acompanhei como doula e que muito me ensinaram a respeito da nossa capacidade de entrega. Que um dia nós mulheres sejamos livres para vivenciar o parto de acordo com as nossas necessidades.

Aos profissionais com quem tive o prazer de compartilhar o espaço da assistência obstétrica integral e humanizada. À Tatianne e Prazeres, especialmente, criaturas de luz, para mim as melhores parteiras do planeta. Ao Renato, Thiago, Lúcia e Leila, excelentes pessoas e profissionais, médicos sempre dispostos à desconstrução e ao cuidado.

Aos profissionais que se dispuseram a gravar entrevistas, contando-me dos fundamentos da prática obstétrica.

Aos colegas, funcionários e professores do Programa de Pós-graduação em Sociologia, por promoverem um espaço intelectualmente atraente. Aos professores que contribuíram com a pesquisa fazendo críticas e sugestões sobre o projeto e sobre o texto com o qual qualifiquei. Às coordenações que passaram pelo Programa durante o período da pesquisa, agradeço pela compreensão, competência e agilidade.

Aos grupos de pesquisa com os quais pude trocar e produzir. Entre eles, especialmente, o Núcleo de Cidadania e Processos de Mudança (Nucem).

Ao meu orientador, Paulo Henrique, pelo exemplo de entusiasmo com o fazer sociológico, por incentivar e inspirar criatividade e liberdade para a escrita.

À Capes, pelo suporte financeiro.

É falso que o verdadeiro seja uno e o falso, múltiplo. É verdadeiro que ambos são múltiplos. Há mais de um jeito de dar o laço nos sapatos. Muitos laços se desamarram ao andarmos. Mas muitos outros, não.

Eduardo Viveiros de Castro

Fala-se da dificuldade entre a forma e o conteúdo, em matéria de escrever; até se diz: o conteúdo é bom, mas a forma não, etc. Mas, por Deus, o problema é que não há de um lado um conteúdo, e de outro a forma. Assim seria fácil: seria como relatar através de uma forma o que já existisse livre, o conteúdo. Mas a luta entre a forma e o conteúdo está no próprio pensamento: o conteúdo luta por se formar. Para falar a verdade, não se pode pensar num conteúdo sem sua forma. Só a intuição toca na verdade sem precisar nem de conteúdo nem de forma. A intuição é a funda reflexão inconsciente que prescinde de forma enquanto ela própria, antes de subir à tona, se trabalha. Parece-me que a forma já aparece quando o ser todo está com um conteúdo maduro, já que se quer dividir o pensar ou escrever em duas fases. A dificuldade de forma está no próprio constituir-se do conteúdo, no próprio pensar ou sentir, que não saberiam existir sem sua forma adequada e às vezes única.

Clarice Lispector, A descoberta do mundo.

RESUMO

Esta tese trata de relações sociais desenvolvidas no campo profissional da assistência obstétrica e aponta para a dimensão epistemológica da hierarquia profissional estabelecida nesse campo. O recorte da pesquisa abarcou profissionais médicos, enfermeiras, parteiras e doulas e toma como referência o caso da assistência na cidade do Recife/PE. O objeto da pesquisa se constituiu na trama de práticas discursivas que reproduzem formas de conhecimento sobre o parto, desenvolvidos num gradiente entre saberes formais canônicos coloniais, como a biomedicina, e saberes não formais anti-coloniais, como pode ser entendido o saber tradicional. A investigação buscou, por meio da análise das práticas discursivas que permeiam as atuações profissionais, aprofundar o entendimento da hierarquia e do trânsito de saberes que compõem a prática da assistência, mapeando parte desse vasto território de diversidade de modos de assistência ao parto. Tomou-se como hipótese geral a ideia de que o discurso sobre o parto foi colonizado pela concepção biomédica do evento e do corpo, com prejuízos graves para sujeitos não-médicos e, sobretudo, para as mulheres. Nesse sentido, a hierarquia profissional estabelecida no campo da assistência obstétrica pode ser vista como fruto da hierarquização de saberes que também é refletida por padrões de dominação sobre o corpo que pare. A proposta da investigação foi identificar os sinais desses processos de colonialidade de práticas e saberes. A tese demonstra que a medicalização do parto é uma expressão da hierarquia profissional e não tem sido efetivamente combatida por importantes políticas públicas voltadas para humanização da assistência, na medida em que essas não alteram o padrão de centralidade médica, historicamente construído a partir de estratégias de difamação e criminalização da assistência não-médica. O risco é um traço epistemológico marcante em todo saber obstétrico e como categoria discursiva é fundamental para a compreensão da hierarquia profissional que reproduz sistemas de privilégios e ausência de reconhecimento e autonomia profissional. Como desdobramento da centralidade do risco, o tempo do parto torna-se objeto de escrutínio, passível de controle e medicalização. A partir disso, pode-se dizer que a prática obstétrica dentro do modelo hegemônico tecnocrático contribui para a supressão da variabilidade dos tempos do parto (ou das formas de parir), contribuindo mais com o controle do que com o cuidado.

Palavras-chave: Parto. Saberes. Hierarquia. Poder. Risco.

ABSTRACT

The present thesis deals with the social relations developed in the professional field of obstetric care and points to the epistemological dimension of the professional hierarchy established in the field. The study scope covered medics, nurses, midwives and doulas and takes as reference the provision of care in Recife/PE. The goal of the study was constituted in the web of discursive practices which reproduce forms of knowledge regarding childbirth, developed in a gradient between colonial formal canonical knowledges, such as biomedicine, and anticolonial non-formal knowledges, as the traditional knowledge may be considered. The investigation tried to, through the analysis of the discursive practices that permeate professional performance, deepen the understanding of hierarchy and traffic of knowledges which compose the practice of care, mapping part of this vast territory of diversity of modes of childbirth care. The idea that the discourse regarding childbirth has been colonized by the biomedical conception of the event and of body with severe prejudice, to non-medical individuals and, above all, to women has been taken as the general hypothesis. Under that perspective, the professional hierarchy established in the field of obstetric care may be seen as a consequence of the tiering of knowledges that is also reflected by standards of domination over the body that gives birth. The goal of the investigation was to identify the flags of these coloniality processes over practices and knowledges. The thesis demonstrates that medicalization of childbirth is one expression of the professional hierarchy and have not been effectively fought with important public policies aimed at the humanization of the care, insofar as these do not change the standard of medical centrality, historically constituted from strategies of defamation and criminalization of the non-medical care. The risk is a striking epistemological trace in all obstetric knowledge and as discursive category it is fundamental to the understanding of the professional hierarchy that reproduce systems of privilege and absence of recognition and professional autonomy. As an unfolding of the centrality of the risk, the length of the childbirth turns into the object of scrutiny, liable of control and medicalization. From that, it is possible to affirm that the obstetric practice within the hegemonic technocratic model contributes with the suppression of the diversity of lengths of childbirths (or of forms of childbirths), contributing more with control than with care.

Keywords: Childbirth. Knowledges. Hierarchy. Power. Risk.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Dedicatória em livro de obstetrícia à Madame Durocher.....	141
Figura 2 - Dedicatória em livro à parteira Arcanja de Jesus.....	142
Figura 3 - Exemplos de padrões abertos e fechados do Dominó Obstétrico.....	149
Figura 4 - Publicidade das "Gottas Salvadoras das parturientes o Dr. Vanderlaan", 1921.....	195
Figura 5 - Partograma (Curva de Zhang).....	217

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

Anvisa - Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BCF - Batimentos Cardíacos Fetais
CPN - Centros de Partos Normais
COFEN - Conselho Federal de Enfermagem
CFM - Conselho Federal de Medicina
CNPq - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
Cremepe - Conselho Regional de Medicina do Estado de Pernambuco
Cremesp - Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
Cremerj - Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro
EAD - Educação a Distância
EACH - Escola de Artes, Ciências e Humanidades
ENSP - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
Febrasgo - Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia
FIGO - Federação Internacional de Ginecologistas e Obstetras
Fiocruz - Fundação Oswaldo Cruz
HMR - Hospital da Mulher
IMIP - Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira
MBE - Medicina Baseada em Evidências
MS - Ministério da Saúde
Nupar - Núcleo de Parteria Urbana
ONU - Organização das Nações Unidas
OMS - Organização Mundial da Saúde
ONG - Organização Não-Governamental
PNDS - Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher
PSF - Posto de Saúde da Família
PHPN - Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
PNPT - Programa Nacional de Parto Tradicionais
RMM - Razão de Mortalidade Materna
REHUNA - Rede pela Humanização do Parto e Nascimento
Sinasc - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS - Unidade Básica de Saúde

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

USP - Universidade de São Paulo

Unifesp - Universidade Federal de São Paulo

WHO - World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	16
1.1 INSPIRAÇÕES INICIAIS.....	18
1.2 OBJETIVOS DA PESQUISA.....	21
1.3 SITUANDO A PESQUISA.....	23
1.4 TERMOS GERAIS DA PESQUISA E ORGANIZAÇÃO DA TESE.....	26
1.5 O OLHAR SOBRE O OBJETO.....	30
1.6 PESQUISA QUALITATIVA E REALIDADE SOCIAL.....	35
1.7 INSERÇÃO NO CAMPO E CONSTRUÇÃO DOS DADOS.....	37
1.8 ANÁLISE DOS DADOS.....	44
2 CENÁRIO NACIONAL DE ATENÇÃO AO PARTO.....	49
2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA O PARTO NO BRASIL.....	65
3 ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA PODER E MEDICALIZAÇÃO.....	78
3.1 DEMARCAÇÕES DE GÊNERO NOS SABERES DO PARTO E DO PARTEJAR.....	84
3.2 A CENTRALIDADE DO MÉDICO E DO HOSPITAL.....	93
3.3 PARTEIRAS, CHARLATANISMO E A CARTA MAIS ALTA DO JOGO.....	96
4 O CAMPO DA ASSISTÊNCIA NO RECIFE.....	107
5 A GEOPOLÍTICA DA ASSISTÊNCIA AO PARTO.....	138
5.1 TERRITÓRIO DE RISCO, TERRITÓRIO DE EXPERIÊNCIA.....	138
5.2 DOMÍNIO OBSTÉTRICO.....	147
6 OS RISCOS DO PARTO.....	164
6.1 RISCO INERENTE.....	164
6.2 RISCO PROFISSIONAL.....	167
6.2.1 Médico obstetra.....	171
6.2.2 Enfermeira obstetra.....	176
6.2.3 Parteira urbana.....	180
6.2.4 Parteira tradicional.....	185
6.2.5 Doula.....	190
7 O TEMPO DO PARTO.....	195
7.1 PARTO NO HOSPITAL.....	202

7.2 PARTO NO DOMICÍLIO.....	211
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	229
REFERÊNCIAS.....	234
APÊNDICE A – CONTRATO PRÉ-NATAL.....	251
ANEXO A - PHPN.....	255
ANEXO B – INDICADORES REDE CEGONHA.....	256
ANEXO C - PARTOGRAMA.....	258
ANEXO D – NOTA PÚBLICA.....	259

1 INTRODUÇÃO

Esta tese diz respeito ao campo profissional da assistência obstétrica, no qual os atores envolvidos (parteiras, enfermeiras, médicos e doulas) pensam e executam ações de intervenção sobre corpos de mulheres e de seus respectivos bebês. A intenção de pesquisar o tema do parto surgiu como fruto de experiências relacionadas à maternidade, que passei a exercer em 2007. As experiências de parto que vivi foram duas e profundamente diferentes entre si. Na primeira delas, estive em um hospital universitário, hospital-escola, ligado à rede pública. Na segunda experiência, quase três anos após a primeira, permaneci em minha casa durante o trabalho de parto e recebi a assistência de uma parteira e de uma doula. A maneira intensa com que vivenciei esses processos de escolha, desdobraram-se num envolvimento mais profundo com o movimento da humanização da assistência, de modo que em 2008, precisamente, tornei-me doula. Por expressão deste ofício, acompanhei mulheres em trabalho de parto, em variados contextos, cerca de cem vezes.

O contato com a realidade obstétrica do Recife teve início em 2009, quando mudei com minha família para esta cidade. Encarando uma realidade já antecipada pelas estatísticas de perfil de nascimento, encontrei um cenário de assistência ao parto dominado pela medicalização e pelo nascimento cirúrgico optativo, a cesariana agendada. Por outro lado, muitas outras redes tornaram-se evidentes, por efeito da mobilização de mulheres e profissionais em torno do conceito de humanização. No Recife, essas redes possuem uma forte expressão e se apresentam de maneira bastante diversificada, embora possuam, como pontos de convergência, o combate à medicalização e a legitimidade de cenas de parto não hospitalares e não protagonizadas por médicos. Me inseri em uma dessas redes, a partir do momento em que me conectei a um grupo local de educação perinatal.¹

O campo do parto, na realidade local do Recife, deve ser apreendido como objeto fractal, cujas formas não se deixam captar por abordagens binárias. Ao contrário, evitar os binarismos se tornou condição *sine qua non* para a apreensão dessa multiplicidade estética, e portanto política, da assistência ao parto e das cenas de parto. Da assimetria instalada entre o cenário nacional da assistência obstétrica, fortemente medicalizado, e as minhas próprias experiências de parto, já é possível notar a diversidade de cenas que compõem o campo e dela

¹ A educação perinatal é um processo educativo que visa informar e preparar gestantes e familiares para a vivência dos processos de gestação, parto e pós-parto (puerpério).

tirar algumas conclusões a respeito do lugar profissional. Se sobrepondo a isso, minha experiência como doula ajudou-me a reforçar e replicar as qualidades dessa assimetria, de modo que cada parto vivenciado (meus e das outras mulheres), serviu-me como ilustração da pluralidade social e cultural que enriquece o parto como questão sociológica.

Adentrar neste universo pela porta do movimento de humanização do parto, fez com que as primeiras referências do campo chegassem até mim travestidas por leituras militantes, articuladas em torno de direitos humanos relacionados ao parto, direitos reprodutivos. As diversas vozes que compõem o movimento de humanização, fazem deste um conceito polissêmico e asseguram o lugar da autonomia da mulher no caminho de transformação do atual modelo hegemônico. Meu olhar, contudo, procurava os caminhos para compreender as hierarquias profissionais. Sem sombra de dúvidas, essas hierarquias estão relacionadas ao lugar da mulher na cena de parto, mas separam-se deste na medida em que envolvem variáveis outras, tais como técnica, legalidade, risco, diploma, experiência.

O conjunto de referências que constituem o discurso da humanização é moldado pelo saber biomédico. Nesse sentido, os protocolos, os *guidelines* e as diretrizes lançadas por órgãos reguladores, como Organização Mundial da Saúde (OMS) e Ministério da Saúde (MS), são bastante valorizados e usualmente referenciados no discurso que estrutura os princípios gerais da humanização, inclusive no que diz respeito à categorização do campo profissional. O reconhecimento dessas instituições como representantes do saber científico moderno, as tornam uma espécie de guardiãs dos princípios da medicina e da ética médica. É por meio da categoria *skilled attendants*, lançada pela OMS, que se busca normalizar as práticas, exercendo um controle de qualidade e adequação entre os profissionais da assistência.

“An accredited health professional – such as a midwife, doctor or nurse – who has been educated and trained to proficiency in the skills needed to manage normal (uncomplicated) pregnancies, childbirth and the immediate postnatal period, and in the identification, management and referral of complications in women and newborns” (WHO, 2004, p. 1)

A hierarquização dos saberes profissionais ocupou o centro das primeiras inspirações sociológicas que chegaram a mim. Minha curiosidade apontou para as relações estabelecidas entre a classificação técnica lançada pela OMS – e portanto adotada por vezes importantes dentro do movimento de humanização – e o estado de poder instaurado no campo dos saberes do parto. A compreensão acerca das relações profissionais ou, mais

especificamente, das formas com que respondem ao exercício de poder, motivou-me a demarcar as linhas gerais de uma geopolítica do parto. Neste sentido, meu olhar teve de estar desabilitado a crivar o campo por meio de critérios técnicos ou de autoridade, para que eu não incorresse no risco de reforçar o cientificismo, na execução de uma leitura excludente. A partir disso, posso dizer que meu objeto (ou o meu olhar) sofreu um descortinamento, causado pela sensibilidade aos rituais e à estética da assistência, nessa busca pelo sentido político que ordena o campo.

Quando um sociólogo toma por objeto de reflexão o corpo, a dor, o sofrimento, a saúde, a doença, ou o parto, há de se encarar o fato do saber biomédico constituir as representações oficiais desses fenômenos no mundo ocidental contemporâneo. Por isso, assumir o lugar de pesquisadora, cientista social, diante dos saberes envolvidos no recorte desse estudo, veio a se configurar como importante questão epistemológica. A escolha por um fazer sociológico alinhado à sociologia da saúde, e não a uma sociologia médica, requer uma atenção redobrada quanto ao distanciamento necessário entre o olhar analítico e os sentidos da hegemonia biomédica. Assim, torna-se necessário a sensibilização do olhar sociológico quanto à diversidade epistemológica, em vista de uma compreensão satisfatória e horizontal das diversas manifestações culturais da assistência obstétrica e do trânsito de saberes que elas envolvem.

Por fim, este é um trabalho sobre parto, que fala das diferenças entre médicos, parteiras, enfermeiras e doulas, e que desloca o discurso da sociologia sobre práticas em saúde, redefinindo sua apresentação metodológica e enunciativa. Em última análise, a intenção foi produzir a tese em consonância com a transformação canônica das ciências humanas, que mistura, embaralha e complexifica as relações entre linguagem, razão e contingências históricas. É um trabalho que procura alterar a perspectiva e os termos de compreensão a respeito do diálogo fortemente desigual e assimétrico entre médicos e não-médicos, trazendo algo de importante sobre o estatuto ontológico do conhecimento obstétrico científico, ao evidenciar sua origem no projeto de modernidade, sua base empírica e experimental, sua condição hegemônica, colonial e androeuromerenciada.

1.1 INSPIRAÇÕES INICIAIS

Desde o início de minha incursão como profissional no campo da assistência, comecei a alimentar o desejo de realizar uma pesquisa acadêmica a respeito da assistência obstétrica, a partir de indagações que giravam em torno da medicalização do parto e da

assistência, de modo geral. Tanto a vivência das mulheres, quanto a vivência dos profissionais, mostraram-se interessantes meios de apropriação dessa realidade brasileira, na qual a experiência do parto se transforma em experiência de violência.

No meio da humanização, faz-se corrente a ideia de que o corpo que pare é capaz de parir, independentemente de onde viva ou como viva a mulher em questão. Dessa perspectiva, o trabalho de parto e o parto são apreendidos como eventos fisiológicos, lapidados pela própria evolução da espécie humana. Sendo, portanto, dois processos milenares, seriam também mecanismos “feitos para darem certo”. Ainda nessa perspectiva, o sujeito profissional contribui significativamente para a construção do desfecho do parto. Quer dizer, se todas as mulheres são capazes de parir, por que não parem (ou praticamente não parem) alguns segmentos sociais de mulheres, com destaque dado às mulheres brancas, das classes mais altas, moradoras dos centros urbanos?

O objeto de pesquisa, nessa investigação, são as práticas profissionais. Tal escolha, pode-se dizer, nasceu nesse campo de cruzamentos entre a medicalização, estatísticas de morbimortalidade e narrativas de mulheres. O campo da assistência, vasto e diversificado, abriga parteiras, médicos, enfermeiras, doulas e tantos outros profissionais. Para a sistematização do entendimento que esta tese se propõe a construir, foi firmada a decisão pela abstenção dos níveis de informalidade com que alguns desses sujeitos exercem seu ofício. Doulas e parteiras tradicionais, por exemplo, não contam com regulações formais de classe, tampouco com legitimidade oficial (inscrita em diplomas universitários, por exemplo) para o exercício de suas atividades assistenciais. Abstraindo a formalidade envolvida nesse recorte, o uso do termo “profissional” está ligado à definição do próprio afazer. Responsabilizar-se pelos resultados do parto é agir profissionalmente na cena do parto, é exercer a ação especialista, destituindo-se da condição leiga, reservando-a à mulher assistida.²

Percorrendo esse eixo das práticas profissionais, as perguntas que me interpelaram no início do processo de pesquisa abordavam a influência dos protocolos obstétricos sobre as experiências de parto e os seus desfechos. O protocolo, neste caso, pode ser visto como um

2 As mulheres também possuem conhecimento obstétrico, não devem ser tidas como “leigas”. Por razão de suas próprias experiências de vida, percepção do corpo e capacidade de observação (observação de outros profissionais ou de outras mulheres parindo), as mulheres possuem conhecimento válido e profundo a respeito do parto. Jordan (1997), assim como outras autoras, mostrou como esse conhecimento próprio das mulheres é deslegitimado no modelo hegemônico de assistência. Seguindo os propósitos da pesquisa, os saberes ditos “profissionais” são aqueles que envolvem fronteiras entre a posição da parturiente e do profissional na cena do parto.

guia prático, uma sistematização de procedimentos, algo elaborado para dar fluidez e fundamento à prática profissional. Nesse sentido, as evidências científicas e as regulações lançadas pela Organização Mundial de Saúde e Ministério da Saúde parecem desempenhar um papel importante, na medida em lançam seus *guidelines* e separam “o joio do trigo”, “as boas das más práticas”. A grosso modo, essa é a perspectiva defendida pelo movimento de humanização na leitura crítica que faz do cenário nacional.

Na leitura sociológica, entretanto, a questão protocolar se mostra limitada, assim como a categorização em torno do conceito de *skilled attendant*. Pode-se dizer, são perspectivas que negligenciam as qualidades culturais da assistência, as implicações geradas no trânsito dos saberes obstétricos e, dependendo da forma como forem mobilizadas, negligenciam também a própria autonomia da mulher, conceito fundante no campo das práticas humanizadas.

Exemplo importante disso é o caso da parteira tradicional no discurso da humanização. A parteira tradicional não é considerada uma *skilled attendant*, não possui diploma de nível superior. Nesse sentido, a parteira tradicional não atua em conformidade com o “padrão ouro” da assistência obstétrica e em diversos contextos está presente no discurso da humanização de forma subjugada. Contudo, encontrando sentido dentro de um paradigma de assistência pautado pelo cuidado, a parteira tradicional oferece resistência ao sinais de medicalização do parto, uma resistência que não deveria ser subjugada. Como mostra Soraya Fleischer (2011), em sua tese que me serviu de inspiração do início ao fim do doutorado, a parteira tradicional não deve ser vista como sinal de “atraso” no sistema de saúde brasileiro.

Essas reflexões me levaram ao olho do furacão onde avistei o espelhamento da sociologia com as ciências biomédicas e o risco concreto de construir uma leitura do campo, cuja base não rompe com a colonialidade inscrita no saber biomédico, mas ao contrário, a reforça. Se, inicialmente, a construção de minha abordagem envergava para o interior de uma lógica binária, restringindo o debate a polarizações do tipo médicos/parteiras tradicionais, medicina hegemônica/medicina popular e sistema oficial/sistema tradicional, a complexidade dos modelos e arranjos de assistência, que não se deixa captar por isso, levou-me a atentar, no percurso do caminho investigativo, para as particularidades das profissões do parto. Apreendê-las na dimensão de seus devires, para além daquilo que as definem como categoria médica, não-médica, diplomada ou não diplomada.

A diversidade de pontos de vista, imensamente maior que a disputa ciência/tradição, apresenta diferentes globalidades ou visões globais do problema. Como diz Eduardo Viveiros de Castro (1999), “não há outro modo de contar a história senão do ponto de vista de uma das partes”. No caso, há uma variedade de partes, são muitas as visões globais do problema. O contato entre essas visões profissionais, dado a partir do contato entre os sujeitos, é outro aspecto importante para o desenvolvimento da pesquisa, sobretudo no que diz respeito ao processo de tradução, compreendido como aquele que permite a inteligibilidade recíproca entre as experiências de mundo.

Posso dizer que o processo de descortinamento do objeto foi também um descortinamento de meu próprio olhar, como pesquisadora e como doula também. Este processo conduziu-me a um debate construído no nível dos saberes obstétricos, onde busquei evidenciar alguns de seus aspectos, a lógica com que descrevem, explicam e predizem as realidades do parto. O trânsito de saberes envolvidos na conformação de cada cena de parto remete ao deslocamento centro/margem e envolve a passagem por fronteiras epistemológicas que demarcam, tanto a contingência dos próprios saberes, quanto a organização geopolítica da assistência. A ordem instalada na hierarquização dos saberes atinge igualmente a dimensão das práticas, entre elas a prática discursiva. Este trabalho apresenta os frutos de uma investigação a respeito desse campo de hierarquias, clareando algumas tensões presentes nas relações sociais estabelecidas nas cenas de parto e seus entornos.

1.2 OBJETIVOS DA PESQUISA

A investigação buscou, por meio da análise das práticas discursivas que permeiam o campo³ profissional da assistência obstétrica, aprofundar o entendimento da hierarquia e do trânsito de saberes que compõe esse campo. A pesquisa não respondeu à pretensão de avaliar toda a variedade de profissionais do parto, mas de percorrer uma diversidade importante, composta por doulas, parteiras, médicos obstetras e enfermeiras obstétricas.

3 As noções de campo e campo discursivo, mobilizadas nesta tese, estão apoiadas sobre a teoria dos campos desenvolvida por Bourdieu (2012), segundo a qual o campo é um espaço simbólico onde as lutas dos agentes determinam, validam e legitimam representações. Visto como produto sócio-histórico, os diversos componentes do campo necessitam serem apreendidos em suas posições relativas aos demais. Qualquer campo pode ser caracterizado pela elaboração de sua linguagem própria, presente de formas variadas em seus componentes. O aspecto mais evidente é a criação de termos ou a sua redefinição para nomear, classificar e avaliar seus agentes e seus produtos. O campo se configura igualmente como órgão de linguagem.

O objeto da pesquisa se constituiu na trama de práticas discursivas que reproduzem formas de conhecimento sobre o parto, desenvolvidos num gradiente entre saberes formais canônicos coloniais, como a biomedicina, e saberes não formais anti-coloniais, como pode ser entendido o saber tradicional. Constatada a pluralidade de contextos e modelos de assistência obstétrica, a proposta da investigação foi identificar os sinais desse processo de colonialidade de práticas e saberes. O objetivo geral da pesquisa constituiu-se por mapear parte desse vasto território de diversidade de modos de assistência ao parto, tomando como hipótese geral a ideia de que o discurso sobre o parto foi colonizado pela concepção biomédica do evento e do corpo feminino, com prejuízos graves para sujeitos não-médicos e, sobretudo, para as mulheres. Nessa direção, os seguintes objetivos específicos foram adotados:

- Identificar as noções centrais presentes na forma como os profissionais compreendem o trabalho de parto;
- Interpretar as práticas discursivas que tratam da reprodução de práticas no contexto da assistência obstétrica;
- Interpretar as práticas discursivas que tratam de questões relacionais entre os profissionais;
- Identificar as noções centrais na forma como os profissionais compreendem o próprio ofício;
- Identificar noções de autonomia profissional, bem como as maneiras como este conceito é mobilizado;
- Identificar os sentidos de reconhecimento e de ausência de reconhecimento que compõem a vivência de trabalho dos sujeitos profissionais.

A partir disso, é demonstrado que as práticas discursivas reproduzidas pelos profissionais do parto reafirmam os resultados de um processo histórico de destituição da legitimidade de saberes costumeiros, incluindo saberes tradicionais, e de exclusão social, embora a própria medicina não tenha, de fato, conseguido superar sua reprodução costumeira. No processo de conquista da hegemonia médica, a negação de práticas tidas como primitivas, irracionais e ignorantes, assumiu um lugar central no discurso, habitado também por preconceitos relativos ao corpo da mulher. Esse processo histórico deixou marcas que até hoje perduram como obstáculos na conformação de modelos de assistência descentralizados, pautados prioritariamente pelo cuidado.

Grande parte do esforço investigativo esteve em captar a hierarquia de saberes obstétricos, a partir das práticas manifestadas no campo. As práticas, incluindo a prática discursiva, engendradas aos saberes circulantes, traduzem os sentidos políticos que revestem a assistência ao parto. De uma ponta à outra, da formação dos profissionais ao serviço diretamente prestado à população, é possível dizer que esses sentidos revelam a centralidade da prática e do saber médico e que o fazem por meio da categoria de risco e de tempo do parto.

1.3 SITUANDO A PESQUISA

A contradição entre sociologia da saúde e sociologia médica (PARSONS, 1951) habita o reconhecimento do lugar dos saberes biológicos e biomédicos, na apreensão dos fenômenos do corpo relacionados à saúde. As referências produzidas pelo saber biomédico são referências culturais dominantes na sociedade, como são no escopo do campo científico, o que representou para a sociologia e antropologia da saúde, um certo atraso em introduzir a questão das práticas de assistência e da experiência do corpo para o interior do seu conjunto de preocupações. Pode-se entender o interacionismo simbólico (FREIDSON, 1975; GOFFMAN, 1983; 1987) como a perspectiva que surge para inaugurar a possibilidade de leituras sociais do ato médico, expondo mecanismos de regulação da vida coletiva (CARAPINHEIRO, 1986).

Na sociologia da saúde, este trabalho está alinhado a uma vertente de análise cuja percepção das práticas de assistência abarca seus sentidos políticos, atenta ao fato de que, na medida em que a medicina avançou no controle da sexualidade, foram cada vez mais reforçados os traços que, na sociedade,

consolidam os interesses médicos aos interesses que estão na sua órbita: novas competências e técnicas adaptadas à especificidade da atuação médica nesses domínios; maior clarificação das funções sociais da medicina (orientar, controlar, aconselhar, mais que curar); inauguração de estratégias de apropriação de novas posições de poder nunca experimentadas anteriormente (CARAPINHEIRO, 1986, p. 20).

O estudo das racionalidades médicas, fortemente representado pelos trabalhos de Madel Luz (1995; 2005), contribuiu significativamente para a construção da perspectiva adotada na pesquisa, na medida em que aponta para a centralidade da doença no paradigma biomédico e para a exclusão de outras racionalidades de cura. Esse processo de silenciamento (SANTOS, 2009) reflete a organização da vida social erguida pela expansão da racionalidade

técnica, o que possui relação direta com a experiência de usuários e profissionais do sistema de saúde. Essa manutenção da prática em saúde como dispositivo de colonialidade está na raiz do capitalismo biomédico ou do utilitarismo instaurado no cenário da assistência (MARTINS, 2003).

Com relação à vivência dos profissionais, nesse campo demarcado por hierarquias, alguns estudos que foram de suma importância para a concepção desta pesquisa, tendo contribuído para a apreensão dos conflitos que perpassam a assistência em contextos hospitalares (BALDWIN et al, 1992; MACHADO, 1995, 1997; VEER & MEIJER, 1996; CARAPINHEIRO, 1998; BONET, 2004). Adentrando propriamente nos estudos do parto, é necessário apontar que possuem maior expressividade no campo da antropologia. A começar por Lévi-Strauss (2012), em *A eficácia simbólica*, texto no qual o autor analisa um ritual xamânico Cuna, por meio de uma situação envolvendo um parto obstruído.⁴ Mauss, em *As técnicas do corpo*, também se deteve um pouco a respeito do parto como evento cultural, dizendo com todas as letras que as

as formas de obstetrícia são muito variáveis. (...) Coisas que acreditamos normais, como o parto na posição deitada de costas, não são mais normais que as outras, por exemplo, a posição de quatro. Há técnicas do parto, seja por parte da mãe, seja por parte de seus auxiliares; do modo de pegar a criança, da ligadura e corte do cordão umbilical; cuidados com a mãe, com a criança (MAUSS, 2003, p. 412).

Brigitte Jordan (1989; 1993; 1997), considerada a mãe da Antropologia do Parto, tornou-se reconhecida pelos estudos que realizou em sociedades diversas, de uma perspectiva crosscultural comparativa. A autora também deu grande contribuição ao analisar as relações de poder inscritas no confronto de saberes, circunstância que deu origem ao conceito de *authoritative knowledge*, diversas vezes empregado na argumentação da tese. Robbie Davis-Floyd (1987; 2001; 2003) também é outra autora da qual não se pode esquecer quando o tema de estudo é a experiência do parto. Sua contribuição é fundamental para a apreensão do parto como constructo cultural e para a crítica dos modelos de assistência, sobretudo o modelo biomédico hegemônico. Com essa perspectiva, a autora esmiuçou alguns procedimentos

4 Vale ressaltar o seguinte trecho: “o objetivo do canto é ajudar num parto difícil. Sua utilização é relativamente excepcional, já que as mulheres indígenas da América central e América do Sul parem com mais facilidade do que as das sociedades ocidentais. A intervenção do xamã é, portanto, rara, e ocorre em caso de fracasso à pedido da parteira”. O texto de Lévi-Strauss possui um caráter especial, pois traz o xamã como uma espécie de médico psicanalista, e ressalta a separação entre este e a parteira. Nesse texto, o autor também traz elementos que nos fazem pensar o evento do parto como pertencente a uma coletividade.

obstétricos bastante usuais em hospitais norte-americanos, expondo suas simbologias dentro de um sistema de crenças a respeito do parto. A autora elabora uma tipologia da assistência obstétrica, definindo os contornos dos modelos tecnocrático, holístico e humanizado.

Outras autoras, como Christine McCourt (2009) e Dawn Hillier (2003) também foram importantes para a concepção e desenvolvimento da pesquisa, na medida em que trazem perspectivas importantes a respeito das concepções de tempo no parto e no partear, e das globalização na (e da) assistência obstétrica, respectivamente.

No Brasil, a produção de literatura a respeito do parto deve muito à História, campo no qual Maria Lúcia Mott (1999a; 1999b; 2007) construiu sua enorme contribuição em torno do desenvolvimento da obstetrícia como arte médica, tratando de temas ligados à formação de parteiras, atuação de parteiras imigrantes, fenômeno da hospitalização do parto, entre outros. Ainda no campo da História, Correa Anayansi Brenes (1991; 1996) e Maria Renilda Barreto (2000; 2001) também desenvolveram estudos importantes, com foco sobre o ensino de obstetrícia em escolas de parteiras e sobre as práticas profissionais utilizadas com as mulheres, respectivamente, no século XIX.

Outro bloco de autoras brasileiras, importantes para o conhecimento das questões sociais envolvidas no parto, está ligado ao movimento de humanização da assistência e se desenvolve paralelamente a este (RODRIGUES, 2015). Simone Diniz (1997; 2001), pesquisadora da área de saúde materna, com grande influência sobre a produção acadêmica atual – em diversas áreas, incluindo as ciências humanas – traz uma perspectiva original marcada por gênero, raça e classe. A autora aponta questões fundantes no modelo de assistência obstétrica, descortinando seus privilégios, apresentando-o como sistema de poder, a partir da medicalização do corpo feminino. Susana Tornquist (2004) aborda o ideário emergente da humanização, apontando as perspectivas implicadas ao conceito, bem como as contradições de suas práticas. Rosamaria Carneiro (2011) e Laís Rodrigues (2015) aprofundaram o debate, contribuindo para o entendimento do parto como experiência do corpo e das relações de poder envolvidas na assistência obstétrica, tomando como ponto de partida a voz das mulheres.

Trabalhos sobre parteiras também foram de grande relevância para essa pesquisa, na medida em que clarearam o horizonte que compreende a atuação dessas mulheres. Entende-se que, até pouco tempo atrás, a experiência das ciências sociais em tratar da atuação das parteiras tradicionais esteve marcada fortemente pela ideia de resgate. Até mesmo por delinear

definitivamente esses caminhos, destaco a pesquisa realizada por Soraya Fleischer (2011), cuja perspectiva, avessa aos binarismos, analisa parte do universo simbólico de parteiras marajoaras, abarcando as relações de cuidado e de conflito construídas entre elas e suas comunidades, incluindo mulheres, familiares e outros profissionais. Destaco também Luciane Ouriques Ferreira (2013) e Raquel Paiva Dias-Scopel (2015), pelas contribuições valorosas em torno da saúde indígena e da perspectiva metodológica do fazer antropológico.

Sonia Hotimsky (2007) preenche um espaço extremamente relevante para o desenvolvimento dessa pesquisa, tendo trazido à tona os sentidos políticos inscritos na formação universitária em obstetrícia, contribuindo para a compreensão da prática obstétrica médica, primeiramente como prática orientada pela desigualdade de gênero; e em segundo lugar, como prática costumeira.

As referências apontadas acima representam uma certa contingência dentro das ciências sociais, pela qual se reconhece o parto como tema emergente nas humanidades, diferentemente do que acontece nas áreas de saúde coletiva, saúde pública, enfermagem, medicina, medicina preventiva, fisioterapia, psicologia, nutrição etc, nas quais o parto e as práticas de assistência possuem maior expressividade como objetos de pesquisa. Essas ainda são as áreas que mais discutem os temas ligados ao parto e o fazem, usualmente, da perspectiva biomédica, embora deva-se reconhecer o esforço das humanidades em compreender, mesmo que de dentro da biomedicina, outras dimensões perpassadas pela experiência do corpo que pare e do corpo que assiste o parto.

1.4 TERMOS GERAIS DA PESQUISA E ORGANIZAÇÃO DA TESE

Eric Hobsbawm e Terence Ranger (1984), em *As tradições inventadas*, diferem os conceitos de “tradição” e “costume”, apontando para a invariabilidade que reveste as manifestações da tradição e, inversamente, para a mutabilidade que caracteriza as manifestações do costume. Dessa perspectiva, o costume é responsável pela construção de um sentido de continuidade histórica, dado aos fenômenos sociais. Tais sentidos, que tanto podem ser de reprodução das normas, quanto de desconstrução das mesmas, estão perceptíveis na prática, na medida em que sua repetição, incorporadas nas suas tradições, visam inculcar certos valores e normas de comportamento.

“Costume” é o que fazem os juízes; “tradição” (no caso, tradição inventada) é a peruca, a toga e outros acessórios e rituais formais que cercam a substância, que é a ação do magistrado.

Pensando na assistência obstétrica, o padrão de aplicação da ocitocina exógena⁵ em parturientes, com raras exceções, pode ser vista como uma tradição orientada para a manutenção do costume que constitui a própria ordem médica na cena do parto. Outro lugar, na concepção desta tese, para o conceito de costume, está relacionado à disparidade entre ciência e tradição. Neste sentido, Rousseau pergunta: “o restabelecimento das das ciências e das artes contribuiu para aprimorar ou corromper os nossos costumes?” (ROUSSEAU, 1973). Dessa perspectiva, o conceito de costume utilizado neste trabalho assume um sentido próximo ao de hábito e o padrão de uso da ocitocina exógena deve ser visto como prática divergente com relação aos estudos científicos da área de medicina, cada vez mais contundentes quanto ao uso restrito da ocitocina sintética intravenosa durante o trabalho de parto (WEI et al, 2012).

No título da tese, a oposição criada entre ciência e costume é, na realidade, um jogo de palavras: os argumentos apresentados neste trabalho estão baseados em conclusões a respeito do hábito (ou da tradição) na prática científica biomédica; como também se baseiam no reconhecimento do pensamento científico na construção do saber tradicional.⁶ É um jogo de palavras que lembra a formação circunstancial de todo saber, diluindo a crença na pureza em qualquer um dos lados. A intenção é chamar a atenção para a distinção fundamental entre as sanções que reforçam os múltiplos sentidos da assistência, não tanto para formatar modelos de comparação, mas principalmente para esmiuçar as práticas relacionadas aos saberes, a partir das representações inscritas no discurso.

Biomedicina, racionalidade biomédica e saber biomédico são termos utilizados nesta tese para designar a principal referência cultural que molda as práticas de assistência em saúde, as concepções acerca do corpo e da doença no mundo ocidental contemporâneo (LUZ, 1988, 1995, 1996, 2005; CAMARGO JR., 1997, 2003). Com relação à racionalidade médica, Madel Luz (1995) analisou-a em comparação com outros sistemas médicos (como um tipo ideal weberiano), identificando em sua estrutura sistêmica complexa simbólica e empírica as seguintes dimensões: anatomia como morfologia humana; fisiologia como dinâmica vital;

5 Por ocitocina exógena entende-se a ocitocina industrial aplicada nas parturientes por via venosa. Seu efeito consiste no estímulo das contrações uterinas, com consequente abreviamento do trabalho de parto.

6 CUNHA, M. C. da. "Cultura" e cultura: conhecimentos tradicionais e direitos intelectuais. In: CUNHA, M. C. da. *Cultura com aspas e outros ensaios*. São Paulo: Cosac Naify, 2009.

doutrina médica; sistema de diagnose; sistema de intervenção terapêutica e, por último, embasando as dimensões anteriores, sua cosmologia.

O uso do termo não-médico pressupõe a existência do médico como lugar de referência na regulação da assistência em saúde. É uma expressão criada e significada em um contexto social que atribui poder normativo ao saber científico, de modo que qualificar a assistência nesses termos representa, geralmente, um rebaixamento ao nível do não-ideal. O termo tem portanto uso circunstanciado, faz menção à distinção entre médicos e não-médicos a nível político, não epistemológico.

Mais ou menos definido o domínio circunscrito pelos usos desses termos, cabe afirmar que a pesquisa encontrou neste íterim, modos de compreender a colonialidade do saber na assistência obstétrica, a partir de marcas inscritas no discurso profissional. O argumento desenvolvido nesta tese é o de que o campo profissional da assistência obstétrica possui uma ordenação social vinculada ao processo histórico de colonialidade dos saberes. Conforme será visto adiante, o risco e o tempo do parto, no discurso profissional, despontam como categorias centrais na reprodução desse cenário. Por meio delas, a ordenação social dos sujeitos se desenvolve segundo a lógica da predominância da racionalidade técnica e da hierarquia profissional erguida sobre marcadores sociais de papel e função, conforme sugere a valorização do diploma, por exemplo. O marcador de gênero, por outro lado, promove um deslocamento epistêmico que desfaz o controle da colonialidade, liberando o campo profissional para adaptar-se a uma nova ordem social, pautada no reconhecimento do parto como experiência do corpo feminino.

Terminada a exposição da parte introdutória, reveladora das primeiras inspirações que conduziram-me às perguntas da pesquisa, dos objetivos e das hipóteses da investigação, além do campo onde a pesquisa se situa, inicia-se a partir da próxima seção a explicação acerca da construção do olhar epistemológico e analítico sobre o objeto, incluindo os termos de minha inserção no campo. A organização da tese, em capítulos, se dá da seguinte forma:

O primeiro capítulo tece explicações a respeito do cenário nacional de assistência ao parto, apresentando resultados de pesquisas recentes e acontecimentos contemporâneos que, juntos, ajudam a traçar um panorama da situação atual do campo profissional obstétrico. Duas políticas federais de humanização da assistência obstétrica são avaliadas neste mesmo capítulo, mostrando como indicadores de avaliação de políticas não contribuem efetivamente para a transformação da prática biomédica. Tais indicadores trazem em si a lógica utilitarista,

incapaz de traduzir o parto como experiência inalienável. O argumento central por trás dessa exposição aponta para a descentralização da assistência como caminho fundamental na busca pela humanização da assistência.

O segundo capítulo demonstra a inteligibilidade do objeto a partir do referencial teórico adotado, dando os contornos iniciais da construção da obstetrícia como campo de poder, trazendo o desenvolvimento da medicalização como cenário onde essas relações de poder se manifestam com mais força. Os conceitos de autonomia e reconhecimento são localizados para a compreensão da hierarquia profissional engendrada ao funcionamento do paradigma da medicalização. A centralidade do sujeito médico no campo da assistência é apontada como resultado de negociações que envolvem visões de risco e visões de autonomia, conceitos organizados numa continuidade. Também são discutidas questões relacionadas a estratégias de silenciamento presentes na criminalização do curandeirismo ou do partejar “popular” das parteiras não diplomadas. Demonstra-se como há discursos que representam a sobrevivência de marcas coloniais que sustentam a estrutura do campo profissional há séculos.

O terceiro capítulo traz as particularidades encontradas no campo do Recife, a descrição dos sujeitos e das instituições presentes nesse campo profissional da assistência obstétrica. Nele descrevo com maior profundidade a minha inserção no campo, caracterizando-a como oportunidade de realização de uma etnografia das cenas de parto, enriquecida pela observação participante e pela realização de entrevistas.

O quarto capítulo apresenta as conformações gerais de uma geopolítica do parto, apresentando o risco e a experiência como categorias fundantes na organização dos sujeitos e das cenas de parto. Neste mesmo capítulo apresenta-se o uso da ferramenta “dominó obstétrico” e os frutos que dele rendeu, interessantes para o mapeamento das relações sociais inscritas no campo profissional.

O quinto capítulo apresenta a parte mais substancial dos resultados da pesquisa, trazendo o lugar da categoria do risco na construção de discursos que demarcam a organização as fronteiras da geopolítica do parto. Fronteiras geográficas e epistemológicas que segregam lugares “onde o médico não chega” e lugares “onde o não-médico não entra”. A ideia deste capítulo é retomar os argumentos centrais da tese, demonstrando a colonialidade do saber como um sentido político da ordem obstétrica profissional.

O sexto capítulo aborda a questão do tempo do parto como um desdobramento da questão do risco no parto. Os locais de parto, hospital e domicílio são apresentados como lugares de diferenciação com relação às práticas de controle do tempo. Com isso, elucida-se uma parte importante dos saberes obstétricos, a forma como apreendem, evitam e predizem o parto obstruído.

1.5 O OLHAR SOBRE O OBJETO

Problematizar o modelo hegemônico de assistência obstétrica representou, nesta pesquisa, a transformação das crenças enraizadas no saber biomédico e nas hierarquias de gênero em objeto científico, passível de análise. Partiu-se do princípio de que parte desse conhecimento está pautado no subjugar de mulheres e, nesse sentido, o parto é manejado institucionalmente como verdadeiro palco de intervenções, controle e medicalização. Por outro lado, problematizar cenas de parto é um caminho que inexoravelmente conduz o olhar analista pela diversidade de modelos de assistência, por onde se descobre que há outras lógicas de apreensão do parto e da parturiente, ancoradas em outros princípios.

Esta tese trata da relação entre diferentes epistemologias, ou simplesmente saberes do parto, manifestados no discurso e nas práticas dos profissionais. A pesquisa parte da concepção de assistência obstétrica hegemônica, calcada na medicina como dispositivo de colonialidade, cujo desenvolvimento no tempo e no espaço se dá por relações de silenciamento e coerção. Nos moldes do que Souza Santos (2009) apresenta em *A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência*, ao elaborar os termos da transição paradigmática que incorre sobre a base epistêmica do direito e da ciência, esta tese aborda a assistência ao parto a partir do que sua configuração sócio-cultural evidencia como marcas de colonização e silenciamento.

A metodologia da pesquisa foi estruturada sobre a escolha de não reproduzir conceitualmente a dominação política contida na assimetria entre os níveis de social dos perfis profissionais. Ao contrário disso, a busca foi por reconhecer a atual cena política do parto em sua historicidade, o que passa necessariamente por admitir a hegemonia e o lugar conceitual dominante habitado pela medicina. Esse preâmbulo levou-me a um cuidado de análise redobrado, de modo a evitar reproduzir no decurso e no discurso da pesquisa, a hegemonia que se pretende evidenciar. Neste sentido, estive algumas vezes em dificuldades durante a escrita da tese, na busca por categorias analíticas e por conceitos apropriados à metodologia, que fossem esvaziados de sentido político. Por restrições lexicais minhas ou pela dificuldade

cultural de pensar em saúde fora da biomedicina, não pude evitar em algumas passagens o uso de uma linguagem que pretendia ultrapassar. Em parte, há na discussão trazida uma ênfase maior no discurso da parteira e do médico, pois é onde a disputa pelo lugar de valor conceitual se manifesta com mais força.

Dar à luz é um evento próprio da fisiologia da mulher – e, portanto, um evento biológico – mas também um fenômeno inevitavelmente cultural, na medida em que só pode ser concebido de forma relacional, em diálogo constante com a sociedade que lhe fornece os significados. O parto é, portanto, um evento natural e cultural, indissociavelmente; e também um evento que percorre o campo da individualidade humana.⁷ A combinação entre esses elementos adjacentes – dualidade constitutiva do parto, individualidade, corpo –, compõem, no campo prático atual, muitos cenários obstétricos distintos, moldando as formas de assistência, as práticas, a diversidade de profissionais, enfim, a experiência cultural do parto.

Entre uma mulher indígena amazonense que pare em sua aldeia, na presença de outras mulheres ou de seu pajé, e uma mulher branca urbana paulistana que recebe seu bebê por via cirúrgica em um hospital altamente capitalizado e amparada por seu plano de saúde, há uma enorme variedade de cenários, circunstâncias e crenças possíveis. Esses cenários que abrigam as cenas de parto são vistos como palco de mobilização dos saberes obstétricos. Considerando, em linhas gerais, a existência de paradigmas científicos, biomédicos, e paradigmas costumeiros, tradicionais, a pesquisa apresentada nesta tese partiu de um entendimento acerca do saber obstétrico que o apreende, qualquer que seja sua filiação, como forma inacabada, que se faz e se refaz constantemente (CUNHA, 2009).

Nesse sentido, dotados de historicidade e dinamismo, tanto a “ciência” quanto a “tradição”, não cabem em noções cristalizadas. Não se trata de negar as diferenças entre saberes tradicionais e saberes científicos, mas de apontar para a legitimidade de suas condições investigativas. As diferenças, concretamente, tanto podem surgir dos níveis estratégicos de cada saber, como podem surgir das premissas adotadas por cada um (LÉVI-STRAUSS, 1989; EVANS-PRITCHARD, 2005). A investigação e o dinamismo presente em todas as formas de conhecimento são suficientes para desestruturar a ideia recorrente de que a

7 Na modernidade, Schopenhauer trata da individualidade da perspectiva do espaço e do tempo, ao reconhecer a pluralidade que resulta da corporalidade do que é uno – neste caso, a vontade. Considero a individualidade humana como a representação, no corpo, da ténue, embora fundamental, linha de contato entre a natureza e a cultura dos homens. Sendo o corpo palco de impressões e expressões. Como escreveu Nietzsche, “quem está desperto e consciente diz: sou todo corpo e nada fora dele”.

ciência moderna, no caso o saber obstétrico biomédico, progride suas práticas com rapidez e eficácia, enquanto o saber obstétrico das parteiras está parado no tempo, como resquício do passado, representado ora como um tesouro a ser preservado (ou resgatado), ora como modelo obsoleto. Entre essas duas polaridades, que a pesquisa revela como não tão polares assim, os saberes obstétricos se diversificam, assumem colorações intermediárias, e passam a ser mobilizados por outros sujeitos profissionais, como parteiras urbanas, enfermeiras obstétricas e doulas.

Sabe-se que o desenvolvimento da obstetrícia envolveu um processo histórico de destituição da legitimidade e de silenciamento dos saberes tradicionais. A ligação desse processo secular com a situação atual da assistência ao parto no Brasil não é simples. Ao contrário, é um fenômeno multidimensionado que envolve inúmeros tipos de relações e que abrange muitos outros fenômenos sociais. Entre tantas marcas, o cientificismo e a manutenção de preconceitos raciais e de gênero são condições históricas básicas que moldam a prática da assistência ao parto, incluindo a manutenção de um sistema de privilégios profissionais, no qual o médico opera papel de destaque, em um sistema de juízos normativos.

A norma, na assistência obstétrica, é fruto do valor atribuído ao conhecimento científico moderno e que, portanto, advém de seu estilo autobiográfico, que recorre aos próprios achados para justificar-se como saber superior. Neste malabarismo discursivo autocentrado, a obstetrícia moderna encontra na categoria risco, uma de suas ferramentas mais poderosas. A partir do risco, os discursos de sujeitos profissionais, sobretudo médicos e enfermeiras, traçam códigos normativos que legitimam saberes biomédicos e excluem racionalidades que não atendam às exigências técnicas e legais da obstetrícia moderna. A partir disso, as hierarquias profissionais passam a constituir o campo de maneira estrutural, comprometendo a autonomia e o reconhecimento dos sujeitos.

O posicionamento adotado para o desenvolvimento da pesquisa se filia à epistemologia pós-estruturalista com perspectiva pós-colonialista e feminista. Com isso, buscou-se assumir um ponto de vista capaz de, simultaneamente, enfatizar os sistemas de poderes ligados à constituição da modernidade e a visibilidade à agência propositiva que os grupos sociais alavancam como forma de vida coletiva.

O paradigma biomédico, visto como campo de saber biológico, base epistemológica do conhecimento produzido pela medicina – o que envolve as instituições que a constituem e as práticas de assistência a ela vinculadas (CANGUILHEM, 2006) – faz-se a partir do

conhecimento biológico e de sua relação com a técnica. Essa união é a referência para o pensamento contemporâneo acerca da doença, do corpo e, ao que aqui mais interessa, do parto.

Nesse cenário, os parâmetros quantitativos e objetivos dos postulados científicos produzem padrões normativos que controlam os corpos, tanto aqueles que parem, quanto que nascem, quanto os que prestam assistência. Nesse sentido, a biomedicina se fundamenta como aparelho ideológico, interpelando permanentemente os indivíduos, moldando sua subjetividade e mecanismos de controle sobre a dor e o sofrimento (ALTHUSSER, 1985).

"É ela que, onipresente, vem nos dizer não apenas como curar nossas doenças ou aliviar nosso sofrimento, mas, propriamente, como viver. Embora não seja única e isso se dê num campo de tensões e ambiguidades, é a biomedicina que tem o domínio da concepção de vida e de morte na sociedade ocidental contemporânea" (SARTI, 2010, p. 78).

O lugar da epistemologia feminista na abordagem direcionada ao objeto está relacionado à compreensão do deslocamento epistêmico inscrito na assimetria entre os paradigmas de assistência: um deles centrado na ideia de memória cultural coletiva, como é o caso da parteira tradicional; outro centrado na liberação de uma ontologia do corpo feminino, como é o caso da parteira urbana e da doula; outro centrado na manutenção das relações de poder, como é o caso do modelo hegemônico centrado no médico e na institucionalização do parto. A epistemologia feminista provoca a liberação do sujeito, pela visibilidade dada ao corpo, na organização das experiências. Em oposição a ela, marcadores de papel e função reforçam a colonialidade por meio de concepções cristalizadas acerca de quais seriam os lugares dos sujeitos profissionais. Tratam-se de percepções que organizam as experiências dos sujeitos por intermédio da formalidade, de onde nasce a importância do diploma na organização do campo profissional. O deslocamento epistêmico trazido com a epistemologia feminista e os estudos pós-coloniais, a partir da introdução dos marcadores de raça e gênero, rompem com a lógica colonial, liberando o sujeito para a reflexividade a partir das experiências do corpo.

Outra referência que inspirou a concepção da pesquisa, surgida surpreendentemente na busca por leituras pertinentes, se refere ao movimento antropofágico, de Oswald de Andrade (1995), traduzido em linguagem antropológica. A antropofagia ilumina aspectos das relações presentes entre os atores e entre os grupos profissionais, caracterizando-as justamente como ato antropofágico, por meio do qual nos fazemos e nos conhecemos por meio do

processamento do outro em nós, da apropriação dos signos, mas não apenas, do outro. Nesse sentido, as trocas e os aprendizados que acontecem no contato entre os sujeitos profissionais, comumente avaliados como deformadores de saberes “puros”, passam a serem vistos pelo papel fundante que desempenham na reprodução dos conhecimentos obstétricos.

É uma referência que oferece um modelo teórico de apropriação da alteridade, valorizando o significado interno da sociabilidade, do qual depende a dinâmica cultural dos saberes e das práticas. Nesse sentido, a metáfora trazida pela imagem do canibal, ou da canibalização, aponta sobretudo para a superação dos mitos da autenticidade, da originalidade, da pureza, da não contaminação, e das formas essencialistas de identidade. Assim, liberta do estigma da ausência, a “alteridade antropofágica” (VIVEIROS DE CASTRO, 2008) se constitui, por princípio, como alteridade anti-colonial.

A canibalização passa a designar em plano inter ou intra cultural processos muito heterogêneos de apropriação e circulação. A dissolução do sujeito centrado do logos ocidental, que cumpre o tupi comunitário através do ritual canibal, é o ponto de contato mais relevante entre a antropofagia vanguardista devoradora e os que já desde o século XIX duvidaram de uma forma de produção de saber que pôs fora do jogo percepção e corpo (RINCÓN, 2011, p. 560).

Abaixo, um trecho no qual uma parteira significa a sua trajetória de aprendizado relativo à assistência obstétrica. Trata-se de uma profissional que, antes de cursar a formação acadêmica em enfermagem, já atuava como parteira domiciliar, inspirada por sua mãe, avó e bisavó. Não por coincidência, a parteira busca na biologia a analogia que melhor traduz o intercâmbio cultural que demarca a sua experiência. Tal qual a mastigação, a deglutição e a digestão, presentes no ato antropofágico, a simbiose, nas palavras da parteira, parece remeter a um processo de apropriação de saberes e práticas.

"Eu tive curiosidade e quis conhecer o outro lado. Eu quis fazer uma adaptação daquilo que eu já sabia, com aquilo que estava aprendendo na faculdade. Então eu digo que eu tenho as duas medidas e caminho sem machucar nenhuma das duas, porque no fundo eu continuo sendo uma parteira. No final, não faz diferença na verdade, no final é tudo a mesma coisa. Quer dizer, eu me aposentei como enfermeira, mas continuei sendo parteira. Ou seja, não me aposentei de nada. E olhe, a gente troca ideias, a gente vê e sabe o que é útil. Como parteira, já aprendi tanto com doulas, a usar aquelas bolas grandes, absorvente no congelador para aliviar o inchaço na vulva. A parteira deve sempre estar fazendo uma simbiose" (parteira tradicional 3).

1.6 PESQUISA QUALITATIVA E REALIDADE SOCIAL

A pesquisa qualitativa assume papel de extrema importância frente a complexidade das sociedades contemporâneas, isto é, das diversas modalidades de relações sociais presentes nessas sociedades. Os processos de individualização em curso na contemporaneidade levam à necessidade de apreender cientificamente a experiência individual dos sujeitos, que não pode ser analisada unicamente com as ferramentas da pesquisa quantitativa (MELUCCI, 2005). A apreensão da vida cotidiana e dos sentidos das ações individuais extrapolam as estruturas sociais e as ordens constituídas. Assim, o mergulho na realidade concreta, vivenciada pelos indivíduos constituídos, no caso dessa pesquisa, por profissionais do parto e parturientes, faz-se necessário para a devida apreensão das diferenciações, do corpo em sua performance social.

A pesquisa qualitativa passou e vem passando por mudanças importantes em sua dimensão metodológica e epistemológica. A redefinição da relação entre sujeito e objeto, localizado no bojo da virada epistemológica, já não permite a concepção do pesquisador como sujeito neutro, capaz de desvendar a realidade por detrás do discurso dos sujeitos. Atualmente, o pesquisador tende a ser visto mais como observador-no-campo, alguém que constrói e interpreta os dados a partir de suas próprias referências culturais. Sem dúvida, para a realização da pesquisa aqui apresentada, tal pressuposto teve de ser assumido, olhado de frente, dado meu envolvimento prévio com o campo, o que inclui relações pessoais minhas com profissionais, mulheres e saberes obstétricos.

Essa problemática, inevitavelmente, cria – ou parte de – uma tensão entre as esferas do conhecimento científico e não-científico. O primeiro, apreendido como prática social, passa a ser reinterpretado como produtor de narrativas, o que dilui a sua ultrapassada pretensão de descortinar a realidade em si.

A pesquisa produz interpretações que buscam dar sentido aos modos nos quais os atores buscam, por sua vez, dar sentido às suas ações. Trata-se de relatos de sentidos, ou, se queremos, de narrações de narrações. A narração de plausibilidade representa um ponto crítico do desafio metodológico introduzido pela pesquisa qualitativa, que hoje caracteriza, como já foi dito, a pesquisa social no seu conjunto (...). O objetivo da pesquisa social não tem mais a pretensão de explicar uma realidade em si, independente do observador, mas se transforma em uma forma de tradução do sentido produzido pelo interior de um certo sistema de relações sobre um outro sistema de relações que é aquele da comunidade científica ou do público. O pesquisador é alguém que traduz de uma linguagem para outra (MELUCCI, 2005, p. 33-34).

Frente a esse cenário, surgem questões fundamentais para pensar a metodologia qualitativa a partir da virada epistemológica. A primeira delas diz respeito às implicações trazidas pela distância que separa a interpretação da realidade: as pesquisas qualitativas ainda podem ser compreendidas em função de sua relação com a realidade ou tratam-se somente de representações? Em segundo lugar, o relativismo também se coloca como um problema, visto que o abandono completo da legitimidade dos achados científicos poderia levar ao silêncio:

Se se entra em uma pluralidade de interpretações, de paradigmas, de pontos de vista, o risco do relativismo está bem presente e o relativismo obriga ao silêncio porque, como na clássica contradição do cético, se se diz que tudo é relativo ou que nada é verdadeiro, não se tem mais direito de falar, por definição (MELUCCI, 2005, p. 35)

Nesse sentido, é importante atentar para a distinção entre pesquisa qualitativa e quantitativa, diferenciação comumente carregada de preconceitos e críticas, engendrada na falsa disputa entre suas disposições científicas. Pesquisas qualitativas voltam-se para a explicação do modo como os fenômenos sociais acontecem. Pesquisas qualitativas não se propõem a examiná-los em sua dimensão mensurável, ao contrário,

Ressaltam a natureza socialmente construída da realidade, a íntima relação entre o pesquisador e o que é estudado, e as limitações situacionais que influenciam a investigação (DENZIN E LINCOLN, 2006, p. 23).

De fato, conceituar pesquisa qualitativa é também enxergá-la como contraponto da pesquisa quantitativa. No entanto, essa relação não deve impor qualquer tipo de hierarquização, mas levar à compreensão de seus papéis específicos na linha contínua de busca por conhecimento. Questões relativas à confiabilidade e à validade na pesquisa qualitativa ganham destaque nessa discussão, pois são os caminhos que garantem a qualidade e a coerência das interpretações expostas no decorrer da pesquisa.

Confiabilidade diz respeito à independência entre os achados de um estudo e as circunstâncias de sua produção. Na pesquisa qualitativa a confiabilidade pode ser garantida pela *descrição de baixa inferência* (SILVERMAN, 2009), cujo foco deve estar sobre a análise de dados construídos pelo pesquisador na relação deste com seu campo de pesquisa. No caso desta pesquisa, a confiabilidade repousa sobre a legitimidade das vivências que tive a oportunidade de experienciar como doula profissional e, posteriormente, nas entrevistas que realizei junto aos profissionais. Nesse sentido, busquei tratar sempre os dados “brutos”, relatos e discursos literais, em detrimento de sentidos gerais contidos em depoimentos. Além

disso, padronizei as anotações de campo e as transcrições, submetendo eventualmente o material de investigação a diferentes análises, feitas por outros pesquisadores.

A validade, por sua vez, está relacionada ao sentido de acurácia, isto é, ao grau de proximidade entre os fenômenos sociais e as conclusões obtidas a seu respeito. Na prática, conforme Silverman sugere, precepei-me com a validade iniciando a análise sobre uma parcela pequena dos dados. Com isso, reforcei a pertinência das categorias analíticas que já haviam despontado a partir do referencial teórico e atinei para outras categorias que pareceram-me importantes. Dessa forma, pude “testar as hipóteses que surgem expandindo com consistência seu corpo de dados” (SILVERMAN, 2009, p. 267). Esse é o chamado método comparativo e sua execução implica, necessariamente, no encontro com casos desviantes.

O método se inicia com uma pequena porção de dados. Um esquema analítico provisório é gerado. O esquema é então comparado com outros dados e, quando necessário, são feitas modificações no esquema. O esquema analítico provisório é constantemente confrontado por casos 'negativos' ou 'discrepantes' até o pesquisador ter derivado um pequeno conjunto de regras recursivas que incorporem todos os dados da análise. (MEHAN, 1979, p. 21 *apud* SILVERMAN, 2009)

A metodologia desta pesquisa envolveu, como será aprofundado no capítulo cinco, a análise de práticas discursivas relativas ao universo de trabalho de cada profissional, o que permitiu a composição de uma descrição geral desse campo diverso. O conjunto de dados possui composição diversificada, se constituindo como uma bricolagem de discursos apreendidos na vivência do campo profissional, complementados com dados construídos por meio de entrevistas. O foco lançado sobre os dados se desenvolveu a partir da preocupação com o sentido político contido na atuação dos profissionais do parto. Os profissionais considerados foram médicos obstetras, enfermeiras obstetras, parteiras e doulas.

1.7 INSERÇÃO NO CAMPO E CONSTRUÇÃO DOS DADOS

As reflexões empreendidas nesta tese, acerca de qualquer questão tocada por ela, não poderiam ser separadas de minha proximidade com o tema e com o campo, caracterizada para além da relação entre pesquisador e objeto de pesquisa. A minha inserção no campo profissional da assistência obstétrica é anterior à formalização da pesquisa e compreende, como já apontado, experiências pessoais como parturiente, experiências profissionais como doula autônoma e, por fim, experiências científicas como cientista social. A partir do reconhecimento de meu objeto como objeto fractal, múltiplo em suas manifestações, em suas

dimensões constitutivas e nas formas como pode ser vivenciado, busquei estar sempre aberta ao afeto (FAVRET-SAADA, 2005) e à construção de um olhar vibrátil sobre o campo, meio para a compreensão estética dos agenciamentos e dos fenômenos sociais inerentes a ele.

O afeto, no sentido aqui empregado, diz respeito a algo que faz parte da minha experiência no campo e que poderia ser traduzida por “conhecer o lugar do profissional deste próprio lugar”. Trata-se de uma disposição que vai muito além da empatia ou da observação participante, como também está aquém ou além das representações (GOLDMAN, 2005). O afeto se configura como uma disposição do pesquisador *com* o objeto, na medida em que eles se relacionam como sujeitos dotados de discurso, para além do estranhamento que os separa. Deslocar-se, sair do estranhamento para a relação com o outro, abrindo a perspectiva analítica para a afetação, suscita o bombardeamento de percepções, sensações, impulsos e pensamentos. Esse deslocamento é estimulante, pois requer a construção de novas configurações, novas posições experimentadas pelo pesquisador. Na condição de pesquisadora, posso afirmar que minha vivência como mãe e como doula contribuíram enormemente na busca pela clareza crítica e analítica.

Reconhecer o meu lugar no campo, que não é apenas o lugar de pesquisadora, como já está claro, se constitui como fundamental para o afetar-se. Nesse sentido, os profissionais com os quais conversei, sobretudo aqueles que sabiam previamente de minha identidade profissional, certamente embarcaram em uma relação de troca comigo pautando-se também no já vivido por mim e por eles, vivido algumas vezes, inclusive, nas mesmas cenas de parto. Pautaram-se também no que eles sabem que eu também sei, apelando para situações potencialmente vividas por quem vive a assistência obstétrica do lugar profissional. Este processo abre um precedente valioso, por meio do qual, invadida por desestabilizações nos meus próprios princípios e convicções, pude rever muitas e muitas vezes, bem dizer a todo momento, os temas nevrálgicos e as disputas centrais que emergem da organização social do campo profissional. Posso dizer que fiz da “participação um instrumento de conhecimento” (FAVRET-SAADA, 2005 p. 157).

Feitos esses apontamentos acerca de minha dupla inserção no campo, é necessário afirmar que a pesquisa aconteceu a partir do deslocamento que possibilitou exercitar o olhar, a escuta e outras formas de sociabilidade, para além do fato de fazer parte de uma das categorias profissionais pesquisada e de um recorte importante do campo, distinto pelo signo da humanização. Toda a problemática da neutralidade vem à tona a partir dessas questões e,

para saná-la, é necessário reforçar o entendimento da construção de conhecimento também como relação social, uma vez que o pesquisador social (tenha ou não tenha uma dupla inserção no campo) é um sujeito não-neutro, na mesma medida em que também o são os sujeitos dos grupos pesquisados (MELUCCI, 2005; DENZIN e LINCOLN, 2006).

É como se as práticas de tipo qualitativo tivessem aberto a estrada para uma redefinição do campo no seu conjunto e começassem a produzir uma mudança dos velhos limites que separavam quantidade e qualidade; como se tivessem começado a superar a herança dualística da modernidade e operassem como fatores de inovação por todo o campo da pesquisa social (MELUCCI, 2005, p. 32).

Independentemente da proximidade com um dos grupos pesquisados, as informações e os dados da pesquisa são sempre construídas em relação. Essa não é uma questão exclusiva da pesquisa qualitativa e pode ser pensada não como um problema inevitável, mas como uma oportunidade oferecida ao pesquisador, que poderá observar aspectos mais sutis dos fenômenos sociais estudados, colocando em cheque os seus próprios esquemas explicativos.

Nesse sentido, afirmar que faço parte de uma das categorias profissionais estudadas e que, portanto, compartilho de algumas de suas ideias – assim como compartilho de ideias apresentadas por sujeitos de outras categorias – não deve ser compreendido como falta ou como aspecto comprometedor dos achados científicos aqui presentes. Ao contrário, o meu pertencimento social frente aos grupos e às relações estudadas deve ser percebido como um canal de favorecimento da compreensão sociológica dos fatos. Sabe-se que essa associação não é simples e que, muitas vezes, a forma como o pesquisador é afetado pelo campo, gera o descrédito da pesquisa, através do entendimento de que a familiaridade com o grupo estudado pode impedir o pesquisador de se distanciar, suficientemente, para considerar as evidências e as racionalizações próprias do grupo (POUPART, 2008). Em oposição a essa segunda perspectiva, opta-se pela elucidação dos vieses, em lugar da tentativa infecunda de eliminá-los. Trata-se de esclarecer as influências presentes na reflexão empreendida e, principalmente, as condições de produção das análises e do discurso sociológico proposto. Dito isto, resta descrever como se deu a construção do conjunto de dados a partir de minha inserção no campo da assistência ao parto.

Como doula autônoma, pude empreender o método etnográfico de maneira mais significativa em cenas de parto moldadas pelo viés da humanização. A partir do que já foi exposto na sessão anterior, sabe-se que isso significa, em outras palavras, que minha

experiência na assistência ao parto está predominantemente circunscrita à realidade de alguns hospitais privados e dos partos domiciliares assistidos por parteiras urbanas.

Em hospitais e maternidades do SUS, minha atuação foi possível a partir de três situações distintas: doulando mulheres que optaram por parir no SUS em busca de partos humanizados nas suítes PPP; doulando mulheres até então desconhecidas por mim, voluntariamente; supervisionando a atuação das alunas dos cursos de doula.⁸ Partos domiciliares atendidos por parteiras tradicionais e parteiras “na tradição” representam o tipo de cena de parto mais incomum no meu repertório como doula.⁹ Poucas foram as ocasiões em que tive a oportunidade de testemunhar a assistência obstétrica domiciliar prestada por essas profissionais.

Ao longo dos cinco anos em que atuei como doula, acompanhei cerca de cem cenas de parto e alimentei um diário de campo com observações e apontamentos construídos durante esses processos de parturição. Essas observações eram passadas para o papel após o parto, geralmente quando eu já estava em casa, recuperada do trabalho que costuma-se empregar nas madrugadas. Essas observações dizem respeito a acontecimentos diversos relativos à assistência, impressões causadas pelo contato que estabeleci com instituições, famílias e outros profissionais. Quando estive em ponto de retomar o diário, na busca por evidências pertinentes aos objetivos da pesquisa, foquei nos apontamentos que relatam práticas de assistência, que descrevem o funcionamento das instituições hospitalares e que trazem os sentidos das relações profissionais. O conteúdo das notas contidas neste diário surgem em alguns pontos da tese citados como “notas de campo”. Em outros, surge como recortes de fala, anotados no diário a partir de conversas com profissionais, desenvolvidas geralmente nos ambientes físicos de assistência. Nesse sentido, a metodologia da pesquisa está totalmente alinhada com o princípio de que “boas conversas geram bons dados”. Nesse mesmo diário de campo, onde anotei aspectos de minha vivência e observações realizadas nos

8 Atuei como formadora de doulas em dois cursos oferecidos no Recife. A atividade de prática supervisionada das alunas foi possível através de parcerias estabelecidas com gestores de determinados hospitais públicos da cidade.

9 Parteiras tradicionais e “na tradição” se diferenciam em vários aspectos. Com relação às formas de aprendizado, parteiras tradicionais geralmente incorporam o ofício a partir da convivência com parteiras experientes de suas famílias ou comunidades. A parteira “na tradição”, por outro lado, embora também aprenda pela oralidade, está inscrita dentro de um modelo de aprendizado que prevê a institucionalização da relação “informal” entre mestre e aprendiz. Assim, parteiras “na tradição”, diferentemente das parteiras tradicionais, formam-se em cursos modulares de carga horária definida. Como ficará claro adiante, Recife é uma das cidades que oferece tais cursos.

espaços de assistência, transcrevi também os termos de algumas manifestações públicas, veiculadas por profissionais, principalmente nas redes sociais. O processamento das informações contidas no diário de campo se deu também de maneira indireta, intrínseca à construção dos argumentos da tese.

Com o intuito de aprofundar algumas questões, também foram realizadas entrevistas com profissionais, onde pude abordar mais diretamente pontos relativos à apreensão do trabalho de parto, e parto; ao uso de práticas obstétricas no contexto da assistência; às questões relacionais entre profissionais; à apreensão do próprio ofício; às noções de autonomia e de reconhecimento que preenchem o afazer de cada um.

A categoria parteira “na tradição” surge na tese em diversos momentos, uma vez que sua presença (marcante especialmente no campo do Recife) e as relações que se constituem a partir dela carregam sinais inequívocos de hierarquização. Contudo, é necessário ressaltar que não foram realizadas entrevistas com parteiras na tradição e minha experiência em cenas de parto assistidas por este perfil profissional limita-se a uma única ocasião. Infelizmente, a rede de humanização da assistência obstétrica no Recife é fragmentada, envolve disputas históricas e indisposições que muitas vezes fecham as portas para o diálogo. Assim, considero que não tive acesso suficiente às práticas discursivas, tampouco às práticas obstétricas dessas profissionais, de modo que não pude discorrer a respeito de suas acepções e cosmologias de parto da maneira feita com os outros perfis. Por tal razão, pareceu-me mais franco e justo esquivá-la de análises pormenorizadas acerca do seu discurso e trazê-las ao texto apenas onde sua definição conceitual (aprendiz “institucionalizada” de parteira tradicional, sem laços de consanguinidade ou de vizinhança com suas “mestras”) foi o bastante para fundamentar a discussão.

Sabe-se que a linguagem não pode ser entendida como uma ponte direta entre a realidade de um indivíduo e os ouvidos do pesquisador. Ambos são sujeitos sociais e tanto o observador/entrevistador quanto o objeto/entrevistado/observado selecionam o que falam e o que ouvem. Em suma, interpretam a todo momento, cada um de seu lugar, a realidade em que vivem, as formas de expressá-la verbalmente e de ouvi-la quando dita pelo outro.

O ator social não tem uma função neutra de informações colocadas à disposição do pesquisador, mas desenvolve um papel ativo que condiciona o processo cognoscitivo. Ele assume, no curso de uma pesquisa empírica, um duplo papel: de um lado é parte do objeto de estudo do pesquisador, e de outro, enquanto sujeito discursivo, age também como *medium* entre o pesquisador e a realidade social mais

ampla que ele está investigando. Se é dos discursos e das ações dos atores que o pesquisador traz grande parte das informações que lhe são necessárias, o ator social produz, todavia, e transmite seletivamente um tipo de conhecimento e uma interpretação da realidade examinada (RANCI, 2005, p. 44).

Todo discurso é contextualizado, possui historicidade e se justifica a partir da situação de quem fala, mas também de quem ouve e interpreta. O uso de entrevistas como método de pesquisa, necessariamente se relaciona com a própria natureza do objeto da pesquisa social. O uso da linguagem na pesquisa traz a possibilidade do pesquisador embaralhar a realidade com as interpretações que os atores dão a respeito dela. Investigar o discurso dos atores significa trabalhar com informações que já foram filtradas ou remodeladas antes de serem verbalizadas.

Julga-se que a combinação entre dados construídos por meio da observação participante e dados construídos na relação da entrevista, favorece o aprofundamento da compreensão das práticas e das relações cotidianas (POUPART, 2008a). Por meio da observação, nota-se o sentido “naturalizado” que recobre as práticas e os discursos; enquanto a interrogação dos sujeitos acerca dessas mobilizações, possível na ocasião da entrevista, desdobra-se sobre os sentidos conscientemente atribuídos a elas. Esse ganho é o que justifica a incorporação da entrevista no conjunto de ferramentas de pesquisa neste trabalho.

Toda problemática criada em torno do uso da entrevista como técnica investigativa se relaciona em algum nível com o uso da linguagem. Apesar dos limites que o uso da entrevista impõe ao trabalho, ela ainda é “um dos melhores meios para apreender o sentido que os atores dão às suas condutas (...), a maneira como eles se representam no mundo e como eles vivem sua situação (...)” (POUPART, 2008a, p. 217). Do ponto de vista epistemológico, as interpretações do sujeito e do pesquisador se constituem como relatos possíveis, enredos que apresentam versões diferentes da realidade. Assim, a entrevista deve ser compreendida como evento relacional construída por pelo menos duas pessoas.

Toda pesquisa com entrevista é um processo social, uma interação ou um empreendimento cooperativo, em que as palavras são o meio principal de troca. (...) ela é uma interação, uma troca de ideias e de significados, em que várias realidades e percepções são exploradas e desenvolvidas. Com respeito a isso, tanto o(s) entrevistado(s) com o entrevistador estão, de maneiras diferentes, envolvidos na produção de conhecimento (GASKELL, 2011, p. 73).

Foram abordadas nas entrevistas as motivações que levam os profissionais a exercer a assistência obstétrica; quais os sentidos que cada um enxerga a respeito dos tipos de

parto ou dos modelos de assistência ao parto; quais os sentidos que cada um imprime sobre a própria prática. Além do aprofundamento das questões acima pontuadas, as entrevistas cumpriram um papel decisivo no incremento da variação de perfis profissionais abordados na pesquisa. Conforme já esclarecido, minha inserção no campo como doula facilitou em muito o acesso à profissionais alinhados com noções de humanização. Por outro lado, o contato especialmente com médicos e enfermeiras alheios a esse paradigma – já que alinhados ao modelo hegemônico de assistência – é bem menos significativo no conjunto que compõe a minha experiência no campo. Assim, foi empreendido como forma de recrutamento de entrevistados, o método conhecido por “bola de neve” (BIERNACKI e WALDORF, 1981), cujo resultado reflete a construção de uma amostra não probabilística, por meio de indicações sucessivas: os participantes iniciais da pesquisa indicaram novos participantes – geralmente colegas, alunos ou professores – que indicaram outros, dos quais alguns não possuem qualquer identificação com ideias de humanização. Vale notar que, nesses casos, omiti minha formação de doula, apresentando-me somente como pesquisadora.

Um roteiro semi-dirigido foi elaborado a partir das perguntas centrais que contemplam os objetivos da pesquisa. Este roteiro serviu-me como lembrete, um guia contra o esquecimento dos pontos centrais, sinalizador de uma agenda flexível de tópicos, incluindo as categorias de análise, que deveriam ser trabalhadas no decorrer da conversa. Como não fez parte dos objetivos da pesquisa inferir fenômenos que tenham representatividade estatística, as entrevistas foram utilizadas de modo a “explorar o espectro de opiniões, as diferentes representações sobre o assunto em questão” (GASKELL, 2011, p. 68). Na prática, sabe-se que esse tipo de roteiro semi-dirigido não basta em si mesmo, de modo que o aprofundamento nas questões depende da interação estabelecida entre pesquisadora e entrevistados, sobre a qual a liberdade e a escuta devem exercer efeitos notáveis. No capítulo quatro, será descrita a ferramenta nomeada por “dominó obstétrico”, utilizada para a abertura das entrevistas com médicos, parteiras urbanas, doulas e enfermeiras. Além de suscitar informações reveladoras, a ferramenta revelou-se como eficiente “quebra-gelo”, uma forma interessante de desenvolver a fluidez da conversa.

As entrevistas ocorreram basicamente em dois locais, no domicílio e em ambientes de trabalho, como consultórios médicos e salas de aula. Algumas tiveram de acontecer em ambientes públicos, como cafés e restaurantes, por sugestão dos entrevistados, embora essa

fosse uma situação evitada por mim, dadas as interferências presentes nesse tipo de ambiente. Antes de começar a entrevista, ou mesmo apresentar o “dominó obstétrico”, expliquei resumidamente os objetivos da pesquisa e solicitei a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Mediante consentimento, as entrevistas foram gravadas em aparelho de áudio e, posteriormente, transcritas por mim.

As parteiras tradicionais foram entrevistadas durante os cursos oferecidos pela ONG Grupo Curumim em parceria com órgãos públicos. Obtive gentilmente autorização para participar desses eventos e pude hospedar-me nos mesmos locais em que as parteiras estiveram, o que rendeu muitos momentos de troca e conversa. Os cursos foram realizados no município de Gaibu, em Pernambuco e em São Luis do Maranhão, no Maranhão. Ao longo dos cinco dias em que ocorrem esses cursos, pude acompanhar as aulas e demais atividades, a partir das quais produzi diversas anotações em outro diário de campo. Com relação às entrevistas com as parteiras participantes, estas foram realizadas de manhã cedo, nas dependências do hotel, antes de iniciadas as atividades do curso.

Outra oportunidade de troca com parteiras tradicionais acontece anualmente no sítio onde resido com minha família, desde 2013. Tornou-se um hábito que elas sejam hospedadas por mim quando são chamadas para vir ao Recife, ministrar rodas de conversas com alunas e professoras do curso de parteria urbana. Muitos momentos de diálogo e trocas estabelecidas nesses dias, em minha casa, foram rememoradas por mim no percurso da pesquisa e da escrita.

Optei por não revelar os nomes de meus interlocutores, tampouco a data em que o registro do dado foi produzido. Os trechos retirados das entrevistas estão relacionados às categorias profissionais dos sujeitos que os construíram. Estes, foram apontados como se fossem todos do gênero feminino, uma escolha justificada tanto pela contribuição a manutenção do anonimato de meus interlocutores, como também pela representatividade, significativamente maior, de profissionais do gênero feminino na obstetrícia profissional. Omiti qualquer informação que pudesse levar a autoria da fala, como também foram retiradas informações que pudessem revelar a identidade de profissionais, pacientes e familiares.

1.8 ANÁLISE DOS DADOS

Considerando o dinamismo do processo de pesquisa, especialmente quando se trata da pesquisa qualitativa, é preciso ver a análise não como uma etapa estritamente

separada da construção e sistematização dos dados. A submissão de minha vivência, como profissional da assistência, a um processo de análise científica foi, além de desafiador – dada a necessidade de distanciamento e separação –, um processo muito interessante, pois levou-me à consciência do quanto eu mesma já não havia “sociologizado” sobre o campo, sobre minha própria atuação e sobre a atuação de meus colegas. Com isso, é importante constatar que o olhar analítico esteve presente durante todas as etapas da pesquisa, da vivência à escrita, sempre construída em espaços negociados de trocas e interpretação.

O enfoque da análise do discurso é aquele que melhor define o processamento das informações e dos dados construídos no decorrer da pesquisa. A escolha pela análise do discurso se justifica em razão de sua relevância e pertinência quanto à compreensão da reprodução e manutenção de saberes dominantes, bem como do silenciamento de outros saberes. Esse caminho analítico se torna uma possibilidade a partir da compreensão do discurso como acontecimento, existência concreta de estruturas sociais e sistemas estratégicos. Nesse sentido, os discursos profissionais devem ser vistos como produções situadas, onde o que está em jogo é a manutenção de sistemas de privilégios e do controle sobre o corpo da mulher.

Do ponto de vista prático, Rosalind Gill diz que “É muito mais fácil discutir os temas centrais da análise de discurso do que explicar como concretamente fazer para analisar textos” (GILL, 2011, p. 250). Primeiramente, há de haver uma mudança epistemológica importante, de modo que o interesse da pesquisa não seja a revelação da realidade concreta que antecede o discurso, mas sim a realidade construída pelo discurso. A autora também destaca o *espírito da leitura cética*, que em linhas gerais trata do abandono da crença naquilo que é apresentado como dado. “Tal prática implica em mudar a maneira como a linguagem é vista, a fim de focar a construção, organização e funções do discurso, em vez de olhar para algo atrás, ou subjacente a ele” (GILL, 2011, p. 252).

Na pesquisa, o *espírito da leitura cética* esteve presente na medida em que não busquei nos textos consultados somente uma síntese das informações veiculadas, mas também as características do texto que propiciam determinada leitura e que tentam conduzir a construção do meu pensamento sobre este ou aquele assunto. Atentar para a estrutura e organização do texto é fundamental na apreensão de sua subjetividade e dos “não-ditos”. A codificação também surge como tema principal da análise de discurso. Ela é possível após o mergulho profundo no material estudado, impulsionado pelas leituras e releituras dos textos.

A análise não pode ser encarada como um processo puramente mecânico (GASKELL, 2011, p. 86) e que deve estar “enraizada nas próprias entrevistas, de tal modo que, quando a análise é feita, o corpus pode ser trazido para justificar as conclusões”.

Para Foucault (2002a, 2007, 2012), o discurso é o conjunto de enunciados que provém de um mesmo sistema de formação, sendo possível o delineamento de suas condições de produção, como também a investigação das unidades que conformam o discurso, a partir da forma como os fatos discursivos se apresentam. As funções cumpridas pelo discurso dentro de um sistema estratégico estão relacionadas à implicação do poder no interior desse sistema, de modo que o poder não está fora do discurso. Não está fora, mas tampouco pode ser visto como fonte ou como origem do discurso. O poder é algo que funciona através do discurso, porque o discurso é, ele mesmo, um elemento em um dispositivo estratégico de relações de poder. Os discursos são elementos ou blocos de táticas no campo das relações de força, de modo que pode haver discursos diferentes e mesmo contraditórios dentro de um mesmo sistema estratégico (FOUCAULT, 2007). Apontado como um conjunto de sequências de signos ou um conjunto de enunciados, o discurso não se restringe ao âmbito da episteme e muito menos do verbo, mas assume uma relação profunda com o não discursivo e, finalmente, com as práticas sociais.

As práticas discursivas não são pura e simplesmente modos de fabricação de discursos. Elas tomam corpo no conjunto das técnicas, das instituições, dos esquemas de comportamento, dos tipos de transmissão e de difusão, nas formas pedagógicas que, por sua vez, as impõem e as mantêm” (FOUCAULT *apud* CASTRO, 2009, p. 119)

O próprio discurso se constitui como prática social, já que não é satisfatoriamente contemplado pela ideia de representação, tampouco pela ideia de ser reflexo direto dos processos sociais (IÑIGUEZ, 2004).

O discurso nada mais é do que a reverberação de uma verdade nascendo diante de seus próprios olhos; e, quando tudo pode, enfim, tomar a forma do discurso, quando tudo pode ser dito a propósito de tudo, isso se dá porque todas as coisas, tendo manifestado e intercambiado seu sentido, podem voltar à interioridade silenciosa da consciência de si (FOUCAULT, 2012, p. 46).

A prática discursiva, por sua vez, surge como conceito derivado da noção de discurso, mas que reforça este como forma de ação sobre o mundo, produzida fundamentalmente nas relações de força sociais. Nesse sentido, ter as práticas discursivas como objeto de pesquisa significa dar ênfase à historicidade do discurso e às condições

institucionais de legitimação da enunciação, deslocando a história das ideias para o estudo dos dispositivos enunciativos. Assim, tão importante quanto compreender a lógica da argumentação dos autores, que leva ao seu ponto de vista, é compreender esse discurso em sua historicidade e perceber que ele desempenha algum papel na conformação da pluralidade dos contextos obstétricos. Para tal, é preciso enxergá-lo como ação social. Trata-se de identificar o *ethos retórico* presente no discurso:

O enunciador deve legitimar seu dizer: em seu discurso, ele se atribui uma posição institucional e marca sua relação a um saber. No entanto, ele não se manifesta somente como um papel e um estatuto, ele se deixa apreender também como uma voz e um corpo. O *ethos* se traduz também no tom, que se relaciona tanto ao escrito quanto ao falado, e que se apoia em uma 'dupla figura do enunciador, aquela de um caráter e de uma corporalidade (...) A imagem discursiva de si é, assim, ancorada em estereótipos, um arsenal de representações coletivas que determinam, parcialmente, a apresentação de si e sua eficácia em uma determinada cultura (CHARAUDEAU & MANGUENEAU, 2004, p. 221).

Sendo o caráter constitutivo do discurso, seu aspecto especialmente ressaltado na prática analítica, pode-se afirmar que esta opera em três dimensões: o discurso enquanto texto; o discurso como prática discursiva empregada em uma situação social concreta e; o discurso como exemplo de prática social que, não apenas expressa ou reflete identidades práticas e relações, como também as constitui e configura (IÑIGUEZ, 2004). Nesse sentido, a análise do discurso presume que o discurso não é determinado pelas instituições e estruturas sociais, mas que é parte constitutiva delas, uma vez que o discurso constrói o social. Assim, o foco da pesquisa está sobre a trama de práticas discursivas que reproduzem formas de conhecimento sobre o parto, desenvolvidos num gradiente entre saberes formais canônicos coloniais e saberes não formais anti-coloniais.

Constatada a pluralidade de contextos e modelos de assistência obstétrica, a proposta da investigação foi identificar, na arqueologia dessas formas de cuidado, os vestígios e sinais de um processo de colonialidade de práticas e saberes. Como já apontado, a pesquisa percorreu um caminho sensível ao mundo vivido, representado por uma abordagem atenta aos sentidos das práticas sociais. O objeto foi a prática discursiva de parteiras, médicos, enfermeiras e doulas; e o discurso, conforme está sendo apresentado, esteve apreendido como conjunto de sequências de signos, conjunto de enunciados.

Esclarecidos alguns parâmetros da análise do discurso, utilizada na pesquisa como ferramenta de interpretação e análise dos dados construídos, resta esclarecer como se deu a organização dessas informações.

Conforme já tratado, o conjunto de dados se constituiu das anotações de campo feitas nos diários e das entrevistas transcritas. As diversas leituras desse material possibilitou a captação dos principais eixos temáticos e a definição das categorias de análise, pela observação da frequência com que aparecem, mas principalmente pelo o que representam no interior da lógica explicativa dos sujeitos. Com isso, definidas as categorias de análise, deu-se o momento de marcar os trechos das entrevistas e das anotações de campo, seguindo tal definição, categorizando-as afinal. É importante compreender que as categorias já haviam sido delineadas a partir da própria perspectiva teórica adotada, mas que os dados construídos em campo serviram para reforçá-las ou desdobrá-las em outras mais. Por fim, as categorias trabalhadas foram as seguintes: experiência; reconhecimento; risco; autonomia profissional e tempo do parto.

Geralmente, a compreensão das categorias se dá de modo que uma favorece a compreensão das outras, dado o concatenamento entre as suas representações. Para exemplificar, pode-se pensar na estreita relação entre risco e tempo, na maneira como essas duas categorias percorrem juntas as lógicas interpretativas dos sujeitos, atestando sentidos políticos variados às práticas. O quadro de análise foi construído com base nos eixos temáticos e nas categorias e foi sendo gradativamente preenchido com a identificação dos sujeitos profissionais, os trechos das entrevistas e as notas de campo. Em diversos momentos, foi desafiadora a tarefa de ligar cada trecho selecionado a uma ou outra categoria de análise, o que se explica pelo diálogo que há entre os sentidos produzidos na (e pela) manifestação discursiva dos diferentes profissionais. O argumento central da tese parte dessas categorias para demonstrar que campo profissional da assistência obstétrica se orienta por relações profissionais pautadas no silenciamento e na exclusão.

2 CENÁRIO NACIONAL DE ATENÇÃO AO PARTO

A assistência obstétrica praticada atualmente no Brasil é, de maneira geral, marcada por alto grau de medicalização. Embora a medicalização seja um fenômeno mais abrangente do que as taxas de cesariana, é possível apreendê-las como indicadores fundamentais da tecnocracia e do viés intervencionista da assistência obstétrica. Seguindo nesse viés, conforme dados disponíveis no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) e no banco de dados do Datasus, as taxas de operações cesarianas vêm aumentando vertiginosamente desde a década de 70, correspondendo, em 2010, a 52% do total dos partos realizados no país. No setor de saúde suplementar, no mesmo período, a taxa de cesariana chegou a 82%, enquanto no Sistema Único de Saúde (SUS), atingiu 37%.

O quadro geral delineado por essas proporções de cesarianas e partos normais no sistema público e suplementar, foi analisado em 2011, pelo maior e mais recente estudo produzido a respeito da assistência obstétrica, no Brasil: a pesquisa *Nascer no Brasil*, coordenada pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz) e financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Tendo abrangido 191 municípios do Brasil, distribuídos por todos os estados, a pesquisa contou com dados provenientes de 23.940 entrevistas realizadas com mulheres, entrevistas com gestores, prontuários e cartões de pré-natal, objetivando o aprofundamento do conhecimento acerca da magnitude, dos determinantes e dos efeitos das intervenções obstétricas no parto. Também foram apontados como objetivos da pesquisa o estudo da motivação das mulheres com relação ao tipo de parto; a descrição das complicações médicas durante o puerpério e período neonatal; a descrição das estruturas hospitalares quanto à qualificação dos recursos humanos, disponibilidade de insumos, equipamentos, medicamentos e Unidade de Terapia Intensiva (UTI) para adultos e neonatos (LEAL et al, 2014a).

Os resultados da pesquisa apontam para a problemática, o problema social, gerado a partir das práticas de assistência, na medida em que elas se mostram fortemente orientadas para a medicalização. Nesse sentido, nascer no Brasil não tem sido uma experiência “natural” nem para pobres nem para ricos. O parto vaginal, mais frequente nos estabelecimentos públicos, quase sempre ocorre com muita dor e excesso de intervenções. Nos estabelecimentos privados, a cesariana, uma cirurgia muitas vezes desnecessária (do ponto de

vista da medicina que se baseia em evidências científicas) e quase sempre pré-agendada, vem se constituindo como uma opção para minimizar os efeitos dessa experiência inexoravelmente sofrida (LEAL e GAMA, 2014).

A taxa de cesariana indica o grau com que a racionalidade tecnocrática permeia o modelo de assistência hegemônico, posto seu caráter cirúrgico e resolutivo. Cabe ressaltar que a Organização Mundial da Saúde atesta que taxas de cesarianas maiores que 10% não estão associadas à redução da mortalidade materna e neonatal (OMS, 2015).¹⁰ Desde 1985, a OMS lança a marca dos 10-15% de cesarianas como sendo adequada a nível populacional,¹¹ uma medida baseada em estudos populacionais, utilizada para distinguir padrões de falta de assistência, padrões de assistência deficitária, insuficientes para controlar a morbidade e mortalidade materna e perinatal; e padrões de excessos no uso da tecnologia, cujos efeitos, a bem dizer, a sociedade ainda desconhece.

Além de desconhecer esses efeitos a longo prazo, a sociedade atual, que atribui à cesariana significados de fenômeno – e não de ferramenta médica, além de uma possibilidade para qualquer gestação –, torna-se berço de insatisfação e riscos desnecessários impostos às mulheres. Tanto a insatisfação quanto o risco desnecessário independem da camada social: mulheres que utilizam prioritariamente os serviços privados estão mais sujeitas a intervenções obstétricas, especialmente a cesarianas, à revelia de suas escolhas¹² (o que termina por favorecer a prematuridade, inclusive), enquanto as usuárias do serviço público relatam menor satisfação com a assistência recebida em trabalhos de parto demasiadamente medicalizados e dolorosos..

As intervenções obstétricas, vivenciadas por 95% das mulheres (LEAL et al, 2014b), pode ter seu uso tipificado como agressão, caracterizando a violência obstétrica, a depender da maneira como se apresenta (PIMENTEL et al, 2014). A questão da violência obstétrica passa pela compreensão de que as práticas hospitalares, em sua expressão cultural

10 A medicalização e tecnocracia que caracterizam a assistência obstétrica hegemônica não é capaz de impactar positivamente a mortalidade materna. Em 2007, a Razão de Mortalidade Materna (RMM) teve em média 75 mortes maternas para cada 100 mil nascidos vivos (BRASIL, 2010a). Em 2011, 61 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos. A OMS considera aceitável uma média entre 6 e 20 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos. Em 2015, o Brasil não atingiu a meta de redução da mortalidade materna preconizada pela Organização das Nações Unidas (ONU), tendo sido um dos países que menos reduziu tais ocorrências em um período de treze anos.

11 Como também a classificação de Robson (Robson et al, 2013) para avaliação, monitoramento e comparação de taxas de cesáreas ao longo do tempo em um mesmo hospital e entre diferentes hospitais.

12 66% das mulheres preferiram o parto normal no início da gravidez (LEAL et al, 2014a).

dominante, são orientadas por preconceito de gênero, raça e classe social. Nesse quadro, em que mulheres são cortadas “por cima ou por baixo” (DINIZ e CHACHAM, 2006), a assistência se constitui como espécie de punição. Nesse sentido, não se pode dizer que seja inesperado, o fato de 25% das mulheres afirmarem terem sofrido maus tratos durante a assistência ao parto (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2010).¹³

O problema social engendrado pela prática da assistência obstétrica, como se vê, é anterior ao fenômeno da cesariana e está posto a partir da distribuição desigual do uso – e das formas de uso – das intervenções, sobretudo hospitalares. Falando apenas de gestações de risco habitual,¹⁴ ou seja, aquelas que possuem todo o potencial para se desdobrarem em partos e nascimentos descomplicados, pode-se dizer que a distribuição do uso das práticas hospitalares está associado à questões de classe, de cor e de escolaridade (LEAL e GAMA, 2014).

Todos os aspectos da relação entre profissionais de saúde e parturientes (tempo de espera, respeito, privacidade, clareza nas explicações, possibilidade de fazer perguntas e participação nas decisões) foram fatores associados a maior satisfação geral com o atendimento. Constatou-se iniquidades na assistência recebida, com menor satisfação relatada por parte de mulheres pretas e pardas, de baixa classe social e escolaridade, residentes nas Regiões Norte e Nordeste, que tiveram parto vaginal, majoritariamente atendidas no setor público, indicando uma clara elitização da assistência (LEAL et al, 2014a, p. 7).

Há evidências de diferenças na qualidade das consultas pré-natais entre mulheres brancas e negras (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2010; LEAL e GAMA, 2014), estatísticas mostram que quanto mais ao Norte do país, menor a escolaridade, maior a pobreza e mais escura for a pele da parturiente, maior a chance dela vivenciar o parto com intervenções obstétricas, em caso de parto normal ocorrido em hospital público. Por outro lado, quanto maior a escolaridade e mais clara for a cor da pele da mulher, maior a chance dela ser submetida a uma cesariana, especialmente no sistema suplementar (LEAL et al, 2014b). Assim, é possível afirmar que

A prática da assistência obstétrica no Brasil é muito informada por preconceitos, por vieses, por distorções do pensamento, por distorções de gênero, de hierarquia

13 Maus tratos percebidos na forma de xingamentos, comentários jocosos e ironias, seja como ameaças, privação de recursos para o alívio da dor, falta de informação sobre procedimentos realizados e tratamento discriminatório.

14 Classificação de risco universal que distingue gestações e partos de risco habitual (antigamente dizia-se baixo risco) e gestações e partos de alto risco, cujo desenvolvimento incorre sobre alguma patologia.

social, poder e assim por diante, e menos pela ciência, então isso chama muita atenção e torna o modelo brasileiro um objeto de pesquisa muito interessante (DINIZ, 2012).

O modelo de assistência obstétrica no Brasil, espelhando a assistência à saúde de modo geral, privilegia e consolida as práticas médico-hospitalares, em detrimento das ações coletivas de prevenção, promoção da saúde da mulher e valorização do parto normal (MAIA, 2010). Nesse contexto, a tecnocracia encontra solo fértil para se legitimar de maneira quase absoluta.

Como tecnocrático, a antropóloga Robbie Davis-Floyd (2001) classifica o modelo de assistência obstétrica consolidado na masculinização da assistência, na medicalização e na hospitalização do parto. A autora vê nesse modelo a sedimentação de um senso de ordem cultural que avalia positivamente a transformação do parto – evento caótico, imprevisível e natural –, em uma prática civilizada e regrada pela medicalização, por meio de sua padronização protocolar (DAVIS-FLOYD, 2003).

A especialização disciplinar no campo médico, impulsionada pelo desafio de diagnósticos cada vez mais precisos, produziu avanços tecnológicos igualmente específicos, como medicamentos, equipamentos e exames diagnósticos. Na prática médica atual, observa-se que a reprodução da tecnologia associada especialmente à assistência hospitalar serve demasiadamente à acumulação de lucro, acarretando prejuízos ao desenvolvimento da medicina como campo científico.

(...) com a apropriação da biomedicina pelos interesses utilitaristas privados, a ideia de uma medicina científica unificada pela razão médica desfaz-se progressivamente. Nesse clima de dúvidas, nascem reações a favor de uma ampla reforma da medicina moderna, questionando-se a validade universal de suas instituições, crenças, valores e técnicas (MARTINS, 2003, p. 198).

Nesse panorama desanimador, em que a assistência medicalizada, tecnocrática e confinada ao ambiente hospitalar tornou-se a regra, é importante atentar para as representações e signos associados à assistência obstétrica não-tecnocrática, em diversos setores da sociedade. Em 2012, por exemplo, um médico obstetra de São Paulo/SP foi alvo de processo movido pelo Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro (CREMERJ), em

razão de sua posição favorável ao parto domiciliar atendido por enfermeiras¹⁵ ou obstetrias¹⁶, caso que retornará ao texto em outros momentos. No mesmo ano, o CREMERJ publicou duas resoluções sobre assistência ao parto: a primeira (265/2012), impedindo médicos de atuarem em partos domiciliares; a segunda (266/2012), impedindo doulas, parteiras e obstetrias de participarem de partos hospitalares.

Duas outras ocasiões, envolvendo ameaças dos Conselhos de Medicina, aconteceram em 2016, nos últimos momentos da escrita desta tese. Primeiramente, uma médica obstetra de Campinas/SP recebeu uma interdição cautelar do exercício profissional (sem processo e sem julgamento), por seis meses, vinda do Conselho Regional de Medicina de São Paulo (CREMESP). A acusação envolveu a prática do parto normal pela referida médica, com ênfase sobre partos normais praticados fora do bloco cirúrgico, em apartamentos hospitalares. O segundo episódio, mais grave que os anteriores, envolveu a cassação irreversível do exercício profissional de um médico obstetra de Porto Alegre/RS, por parte do Conselho Federal de Medicina (CFM). A punição se deve a um desfecho de óbito relacionado a um atendimento domiciliar. Dias depois de publicada a sanção disciplinar no último caso relatado, o profissional postou em sua rede social parte do argumento que será tecido ao longo da tese.

“Este julgamento não se resume a um caso médico; para além das questões clínicas existe uma batalha *política* envolvendo a disputa entre dois modelos conflitantes. De um lado o paradigma médico que não reconhece as necessidades físicas, psíquicas, emocionais, psicológicas e espirituais das gestantes, considerando o parto um ato que se parecia a qualquer outra intervenção médica, onde o paciente é passivo e o médico o ator principal. De outro lado está o novo modelo, baseado nos direitos humanos reprodutivos e sexuais e que *agrega* ao atendimento seguro a atenção centrada na mulher, reconhecendo seus direitos e seus desejos em relação ao nascimento de seus filhos” (médico obstetra, notas de campo).

O pano de fundo dessas acusações é o argumento de que apenas o ambiente hospitalar fornece condições adequadas ao sucesso do parto. Ao contrariar as recomendações

15 As enfermeiras obstétricas são graduadas no acompanhamento de gestações, partos e pós-parto de risco habitual, enquanto os médicos são treinados para lidar com casos de complicações e risco aumentado. Os cursos de enfermagem possuem formação generalista, os egressos podem atuar em todo o ciclo vital humano. Geralmente, para se inserirem no campo do parto como profissionais, torna-se necessário que se especializem em obstetrícia, por meio de pós graduação ou cursos de residência.

16 A obstetria, assim como a enfermeira, é uma profissional graduada para o acompanhamento do ciclo gravídico-puerperal de risco habitual. Assim como enfermeiras, obstetrias podem atuar no mercado de forma autônoma ou institucional, vinculadas à equipe multiprofissional.

da Organização Mundial da Saúde (1996) e as orientações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2000; 2001; 2016), essas medidas punitivas dão mostras suficientes da inversão de valores que impera no domínio da obstetrícia brasileira, ao mesmo tempo em que aponta para os desafios de reestruturação da qualidade técnica do atendimento, bem como dos princípios filosóficos, éticos e subjetivos da assistência.

O modelo tecnocrático de assistência – vigente no Brasil e em boa parte do mundo –, pode ser considerado uma expressão do capitalismo médico, que caracteriza o modelo de gestão de saúde inspirado em valores neoliberais e utilitaristas (MARTINS, 2003), marcado pela organização cada vez mais especializada da biomedicina e pela submissão das mulheres a um protocolo técnico e hospitalar supostamente único e universal.

O capitalismo médico impõe, assim, um modelo de saber técnico especializado sobre as doenças, o qual obedece a dois padrões: de um lado, uma rígida divisão disciplinar do campo científico e, de outro, uma compreensão utilitário-econômica do corpo humano, que dispensa as dimensões imagéticas, afetivas e emocionais (despreza, logo, a dinâmica do simbólico e das representações que organizam o imaginário humano) (MARTINS, 2003, p. 147).

A lógica do discurso tecnocrático, expressa na prática das intervenções obstétricas, revela a compreensão do trabalho de parto como processo patológico e potencialmente perigoso (ROTHMAN, 1993; DAVIS-FLOYD, 2001). Essa concepção é revelada também na hierarquia profissional que marca as relações no campo da assistência, lapidando a centralidade do sujeito médico e da prática hospitalar, reforçando a marginalidade de práticas não-médicas e dos sujeitos a elas relacionados. Cada um dos perfis profissionais opera lugares políticos diferentes – exatamente nas brechas onde a colonialidade se mostra – algo visto e revisto ao longo de toda a tese.

No cenário de assistência obstétrica, os sujeitos não-médicos – enfermeiras, parteiras, obstetrizes e doulas – desempenham lugares marcados pela resistência e pelo silenciamento, próprios do contexto de desvalorização profissional imposto a esses profissionais (WINCK et al, 2012). Por outro lado, suas atuações ganham destaque a partir da ideia de humanização, um percurso que os apresenta tais quais sujeitos de saberes obstétricos relevantes, apropriados à preservação da experiência de parturição em todas as suas dimensões (NARCHI, 2010).

Segundo as melhores evidências científicas, o modelo de atenção ao parto e nascimento liderado por enfermeiras obstétricas e obstetrizes, nos quais esses profissionais são os responsáveis primários pela realização de partos vaginais,

aumentam as chances de partos espontâneos e diminuem as intervenções desnecessárias, sem comprometer a saúde das mulheres e dos bebês (LEAL et al, 2014a, p. 4).

A humanização é um conceito polissêmico que age na contramão do modelo vigente, sendo mobilizado por profissionais de saúde, mulheres e ativistas, responsáveis pelo desenvolvimento de correntes críticas ao modelo tecnocrático de assistência ao parto, questionadoras da visão mecanicista e cirúrgica que domina a compreensão e a prática da assistência (CARNEIRO, 2011; RODRIGUES, 2015). A ideia de humanização do parto surgiu dentro do saber biomédico, disseminando-se posteriormente para vários setores da sociedade e campos profissionais, com destaque sobre aqueles ligados ao cuidado e ao acolhimento.¹⁷ Esse aspecto demarca um ponto de vista que não apreende o parto como objeto que se deseja controlar, mas como experiência, refutando com isso, a inclinação mercadológica da prática médica de viés utilitário.

Nas últimas décadas, a noção de humanização tem sido usada como conceito norteador de políticas na área de saúde. Iniciativas locais de humanização do parto acontecem no Brasil desde a década de 80. Algumas surgem como resultado de políticas nacionais de incentivo ao parto normal ou à assistência multidisciplinar, outras são decorrentes de investimentos pessoais realizados por profissionais.¹⁸ As primeiras publicações que trouxeram revisões científica dos procedimentos obstétricos largamente realizados nos hospitais, classificando-as quanto à sua pertinência, datam do final da década de 1980 (DINIZ, 2005) e resultaram, em 1996, na publicação de um trabalho que tornou-se conhecido por congregar as recomendações da OMS, o guia *Care in normal birth: a practical guide* (WHO, 1996).

Os pontos de consenso entre as múltiplas manifestações da humanização, incluem a valorização do protagonismo feminino no evento fisiológico e cultural do parto; a condenação das intervenções obstétricas por simples conveniência; o respeito às particularidades de cada

17 Outras importantes contribuições ao movimento de humanização do parto vieram dos trabalhos de Sheila Kitzinger (1985; 1978), na área de psicosexualidade; de Michel Odent (2000), repensando a fisiologia do parto; de Janet Balaskas (1993), defendendo o protagonismo ativo da parturiente; da parteira Ina May Gaskin (1975), abordando o parto como experiência sexual.

18 Rattner (2009) lista algumas dessas iniciativas em seu artigo, citando as experiências dos médicos Galba de Araújo (Ceará), Moisés e Cláudio Paciornik (Paraná), Hugo Sabatino (São Paulo) e dos hospitais Sofia Feldman (Belo Horizonte) e São Pio X (Ceres, Goiás). Cito também a Casa Angela (São Paulo) que deu continuidade à Casa de Parto da Associação Comunitária Monte Azul, nascida dos esforços de uma parteira alemã, Angela Gehrke, trazida ao Brasil em 1983. Em Recife-PE e Campina Grande-PB também têm sido palco de iniciativas institucionais de humanização, coordenadas pelas médicas obstetras Leila Katz e Melania Amorim, respectivamente.

mulher no momento do parto e a redefinição das relações humanas na assistência, a partir de um evento marcante na vida das pessoas, especialmente das mulheres. Sob essa óptica, o corpo feminino,

Antes necessariamente carente de resgate, é redescrito como apto a dar à luz, na grande maioria das vezes, sem necessidade de quaisquer intervenções ou seqüelas previsíveis. O nascimento, antes um perigo para o bebê, é redescrito como processo fisiológico necessário à transição (respiratória, endócrina, imunológica) para a vida extra-uterina. O parto, antes por definição um evento médico-cirúrgico de risco, deveria ser tratado com o devido respeito como “experiência altamente pessoal, sexual e familiar”. Os familiares são convidados à cena do parto, especialmente os pais, antes relegados ao papel passivo de espectadores. De evento medonho, o parto passa a inspirar uma nova estética, na qual estão permitidos os elementos antes tidos como indesejáveis – as dores, os genitais, os gemidos, a sexualidade, as emoções intensas, as secreções, a imprevisibilidade, as marcas pessoais, o contato corporal, os abraços (DINIZ, 2005, p. 630).

Nos cenários em que operam noções de humanização, os profissionais não-médicos, sobretudo enfermeiras obstétricas, obstetrites e doulas, sofrem uma ressignificação de seus papéis e são valorizadas na medida em que mudanças paradigmáticas são vislumbradas a partir da atenção multidisciplinar (ANGULO-TUESTA et al., 2003; FURLLERTON e THOMPSON, 2005; NARCHI, 2010; NARCHI et al., 2012; GAMA et al., 2016). Em contextos de maior ênfase sobre as evidências científicas, onde se situam as recomendações da OMS, a atuação dessas profissionais é valorizada e incentivada, principalmente, a partir do que se considera “findings of carefully controlled, and critically evaluated, randomized control trials” (CHALMERS, 1992; CHALMERS et al., 1993). A assistência ao parto, dessa perspectiva, deve ser qualificada conforme abaixo.

Care for normal pregnancy and birth should be demedicalized.
 Care should be based on the use of appropriate technology.
 Care should be regionalized.
 Care should be evidence-based.
 Care should be multidisciplinary.
 Care should be holistic.
 Care should be family-centred.
 Care should be culturally appropriate.
 Care should involve women in decision-making. (WHO, 2002, p. 4)

Os estudos randomizados e as revisões sistemáticas são as principais fontes dos constructos do movimento médico conhecido por Medicina Baseada em Evidências (MBE): movimento internacional de pesquisa, cujo objetivo é subordinar a prática médica ao método

científico. O Centro Cochrane do Brasil, um dos 14 centros da Colaboração Cochrane¹⁹ ao redor do mundo, visa tornar disponível para a clínica médica as evidências construídas pela análise dos efeitos das práticas de assistência. O discurso cosmopolita da humanização do parto bebe diretamente dessa fonte e busca mostrar que, da perspectiva científica, as intervenções obstétricas – especialmente aquelas associadas à cultura hospitalar – nem sempre oferecem benefícios aos pacientes, mas que pelo contrário, oferece muitas vezes riscos aumentados (VERHEIJEN et al, 2009; CARROLI e MIGNINI, 2009). Recorre-se, portanto, ao uso equilibrado da tecnologia e, nesse sentido, a prática de assistência hospitalar deve ser constantemente revista, garantindo o elo entre a atuação profissional e as evidências científicas (DINIZ, 2005).

No Brasil, a rede de profissionais que dá corpo ao movimento de humanização inclui sujeitos de várias regiões do país e, entre os médicos, é possível dizer, existe uma forte conotação sobre a superação dos vícios promovidos pela escola médica nos estudantes de medicina. Há casos de profissionais que se orgulham publicamente do abandono de práticas como a episiotomia, por exemplo, demonstrando como as revisões sistemáticas apontam-na como intervenção esvaziada do ponto de vista médico, mas plena de sentido costumeiro, habitual.²⁰ Adiante será tratado como essa postura está relacionada a uma questão epistemológica mais profunda, fundada sobre a questão do risco e do tempo do parto.

Voltando às políticas internacionais da OMS, aponta-se para a desconstrução do envolvimento de médicos no cuidado de *todas* as mulheres (WHO, 2002), tornando o princípio “toda mulher precisa de uma parteira, algumas precisam de um médico” (SANDALL, 2012) um elemento organizador da assistência. Dessa perspectiva, entende-se que quase todos os cuidados essenciais para mulheres e bebês recém-nascidos podem ser realizados por parteiras formadas (*midwife*), que no Brasil são enfermeiras ou obstetrias.

(...) observa-se que muitas enfermeiras obstetras se autodenominam obstetrias, talvez por sua maior identificação com a “Midwifery” ou com a “Parteria”, termos que infelizmente não encontram tradução na língua portuguesa. Para o ICM, obstetrias (*midwives*) são profissionais formadas por um programa regular de ensino, o que não se aplica às parteiras leigas ou tradicionais, chamadas

19 Fundado em 1996, o Centro Cochrane do Brasil é a principal organização não governamental a promover o ensino, pesquisa e extensão em Medicina Baseada em Evidências, promovendo a ampliação da prática médica baseada em evidências. É uma organização parceira da Universidade Federal de São Paulo e do Ministério da Saúde.

20 Ver <<http://estudamelania.blogspot.com.br/2012/08/estudando-episiotomia.html>>.

popularmente de “curiosas”, por terem sido “formadas” pela tradição e cultura no ofício da assistência às mulheres durante o parto (NARCHI et al., 2012).

O que as evidências científicas – chamadas assim pela Medicina Baseada em Evidências (MBE) – dizem a respeito da atuação de enfermeiras e obstetrias na assistência ao parto é que esta deve ser incentivada, dado o efeito redutor que tal medida exerce sobre o grau de intervenção no parto e dados os bons resultados clínicos que a atuação dessas profissionais demonstra alcançar (HATEM et al., 2008). Com base nisso, a centralidade do profissional médico nos processos da assistência (uma marca presente no Brasil e em diversos lugares do mundo) busca ser combatida pelas políticas da OMS. A orientação geral de tais políticas aponta para o direito da mulher de escolher o cuidado prestado por obstetrias e enfermeiras; e sugere o encorajamento das mulheres para que estas busquem exercer seus direitos junto aos serviços de saúde (WHO, 2016). O Ministério da Saúde corrobora com essa visão, recomendando aos gestores de saúde que

(...) proporcionem condições para a implementação do modelo de assistência que inclua a enfermeira obstétrica e obstetria na assistência ao parto de baixo risco, por apresentar vantagens em relação à redução de intervenções e maior satisfação das mulheres (BRASIL, 2016).

Seguindo a tendência mundial de humanização, as políticas públicas de saúde no Brasil têm incentivado a atuação das enfermeiras obstétricas por meio de financiamentos à formação dessas profissionais (RIESCO e TSUNECHIRO, 2002) e de medidas legislativas como a Portaria nº 163, de 22 de setembro de 1998 (BRASIL, 1998), que, entre outras atribuições, confere ao enfermeiro a possibilidade da emissão de laudo de internação e a inclusão deste profissional na tabela de pagamento do Sistema Único de Saúde (SUS).²¹

Contudo, essa frente de ação política é ainda limitada diante do que foi apresentado como cenário hegemônico. O modelo de atenção liderado por enfermeiras obstétricas e obstetrias está em franco contraste com o que está implantado no Brasil, onde somente 15% dos nascimentos foram assistidos por tais profissionais, frequentemente nas regiões mais pobres, em que há ausência de médicos (LEAL et al, 2014a). Essa estatística constitui, tal qual o parto normal violento ou o fenômeno da cesariana, um retrato da hegemonia biomédica e da hierarquização de saberes que marcam as relações sociais que constituem o campo. Por tal

21 No Brasil, a assistência ao parto por enfermeiras obstétricas e obstetrias é regulada pela Lei 7.498, de 25 de junho de 1986, que estabelece que tais profissionais podem prestar assistência obstétrica à parturiente de risco habitual, praticando o parto normal, identificando distocias e complicações quando for necessário, tomando providências até a chegada do médico.

razão, a pesquisa *Nascer no Brasil* aponta como estratégia para melhorias em todos os níveis da assistência obstétrica, a ampliação da oferta de atenção à gestação, ao trabalho de parto e parto por enfermeiras obstétricas e obstetrites.

Atualmente, uma das faces mais expressivas dessa disputa diz respeito ao curso superior em Obstetrícia da Universidade de São Paulo (USP). O curso, localizado na Escola de Artes, Ciências e Humanidades (EACH), é o único existente no Brasil, a oferecer formação superior direta de obstetrites. A própria USP, até 1970, abrigava um curso de obstetrícia que fora posteriormente fechado, tendo sido este curso atual, inaugurado como opção direta no vestibular, em 2005. Segundo Narchi et al. (2012), a ideia de retomar a formação direta de obstetrites surgiu de acordo com as diretrizes definidas pela Confederação Internacional das Obstetrites (ICM) e pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para a promoção da maternidade segura, diminuição da mortalidade e para a formação de parteiras profissionais diplomadas (WHO, 2001; 2004; 2006; 2016).

Como estratégia para alcançar tais objetivos, considera-se fundamental o incremento na qualificação dos profissionais que assistem a mulher durante todo o ciclo gravídico-puerperal (WHO, 2001; 2004). Nesse sentido, o curso superior de Obstetrícia (EACH – USP) é integralmente voltado para as diretrizes internacionais de humanização e sua proposta pedagógica é inovadora dentro da tradição do ensino em saúde. Trata-se de uma “escola de parteiras” que reproduz a prática obstétrica como arte, baseada no bom senso, na tradição e no cuidado individualizado. Como a maioria das mulheres que necessitam de assistência obstétrica demandam cuidados básicos de promoção à saúde, a atuação das obstetrites está relacionada à assistência integrada, individualizada e baseada na mais atualizada evidência científica (FURLLERTON e THOMPSON, 2005).

Apesar de todos os benefícios trazidos pela formação e atuação de obstetrites no cenário de assistência, em 2011 a reitoria da Universidade de São Paulo notificou a intenção de fechar o curso superior de Obstetrícia, tendo com isso ocasionado manifestações por parte de mulheres, profissionais e organizações. Além disso, há outras resistências que as obstetrites egressas enfrentam ao tentarem se inserir no campo profissional da assistência. Primeiramente, a questão de seu registro profissional que depois de muito conflito, foi regulamentado em 2013 como atribuição dos Conselhos de Enfermagem (COFEN, 2013). Outro fator que dificulta a atuação de obstetrites egressas é o próprio modelo de assistência

obstétrica hegemônico no Brasil, centrado no profissional médico e no ambiente hospitalar, conforme foi exposto.

(...) a incompreensão do potencial inovador desta nova profissão, a falta de investimentos públicos e privados na contratação de maior número de enfermeiras obstetras e obstetrizas, o ineditismo da profissão, o desvalor generalizado da sociedade brasileira para o trabalho em saúde pelo não-médico, entre outros fatores, constituem-se entraves para a absorção desses profissionais pelo mercado (NARCHI et al., 2012, p. 517).

As questões que envolvem a criação de Centros de Partos Normais (CPN) também revelam níveis de disputa na organização da assistência. As Casas de Parto,²² como também são conhecidas no Brasil, são instituições que oferecem cuidados à mulher com gestação de risco habitual, dentro de um modelo coordenado por enfermeiras obstétricas ou obstetrizas, as parteiras diplomadas. As resistências que as Casas de Parto enfrentam diante da classe médica, representada por seus órgãos regionais e nacionais, são muitas (DINIZ, 2009), embora a Federação Internacional de Ginecologistas e Obstetras (FIGO) recomende que o local de parto seja escolhido pela mulher, pois deve ser o local onde ela se sente mais segura, considerando o acesso à assistência de maior complexidade (FIGO, 1992).

As Casas de Parto, como aponta Bonadio et al. (2011), são excelentes opções para colocar em prática a recomendação da Organização Mundial da Saúde de oferecer à gestante de baixo risco um local para a assistência ao parto e pós-parto próximo de sua residência; de reduzir o uso da tecnologia e da intervenção obstétrica por conveniência e costume; de promover o parto fisiológico entre mulheres de risco habitual. Em 2009, conforme ressalta Diniz (2009), a Casa de Parto David Capistrano foi fechada por ação do Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro (CREMERJ) sob o pretexto da instituição falhar na provisão de cuidados médicos. A medida despertou intensa mobilização por parte de mulheres, profissionais e órgãos governamentais e não-governamentais, ligados à humanização em saúde. Em resposta à mobilização, a Casa de Parto foi reaberta dias depois de sua interdição.

A assistência obstétrica não-médica, no cenário nacional, ainda requer o entendimento do lugar da doula e da parteira não-diplomada, a parteira tradicional. São sujeitos profissionais que operam sob outros registros, na medida em que as principais regulações da assistência baseiam-se na assistência prestada por enfermeiras, obstetrizas e médicos, sujeitos dotados de diploma de curso acadêmico de nível superior.

²² A primeira Casa de Parto inaugurada no Brasil foi a de Sapopemba, em São Paulo/SP, em 1998. Atualmente há apenas quatorze Casas de Parto espalhadas por todo território nacional.

A doula é um perfil não-médico que se define como perfil profissional a partir da humanização do parto, sendo reconhecida pelo Ministério do Trabalho desde 2013 (BRASIL, 2013). Em Pernambuco, foi neste último ano de 2016 que a doula passou a ter sua presença garantida, por lei, como possibilidade em toda cena de parto (projetos de lei 411/2015 e 622/2015). Essa conquista, o sancionamento da “Lei das doulas” já fora alcançada em outros Estados (São Paulo, Santa Catarina, Rondônia) e municípios (Blumenau/SC, Rondópolis/MT, Uberlândia/MG, Jundiaí/SP, Brasília/DF) e se trata de um ponto importante, pois até então tem sido não raro o impedimento de doulas em hospitais de todo o Brasil, por restrição médica ou por decisão institucional.

O apoio contínuo prestado às mulheres durante o trabalho de parto faz da doula uma profissional pertinente aos princípios de humanização. A individualização da assistência, o foco sobre as necessidades de cada parturiente, são pontos centrais que fazem da doula uma espécie de pivô da humanização, do paradigma da humanização. Em parte isso se deve à prática de doulagem, que pouca tecnologia demanda – facilitando a realização de projetos envolvendo doulas nos hospitais, de maneira geral –, muita diferença faz na experiência da mulher, especialmente para aquela que vivencia o parto normal e não contraria a centralidade médica da maneira como faz o modelo liderado por enfermeiras e obstetrias.

Doulas estão mais presentes, e possuem maior autonomia, em lugares onde as noções de humanização chegam com mais força. As evidências científicas desenvolvidas pela MBE corroboram com o apoio contínuo prestado à mulher em trabalho de parto, atribuição profissional da doula, sugerindo a presença desta como norma.

Historically women have been attended and supported by other women during labour and birth. However in many countries, as more women are giving birth in hospital rather than at home, continuous support during labour has become the exception rather than the norm. Continuous support in labour increased the chance of a spontaneous vaginal birth, had no harm, and women were more satisfied. Continuous support during labour has clinically meaningful benefits for women and infants and no known harm. All women should have support throughout labour and birth. (HODNETT et al., 2013).

O Ministério da Saúde afirma que parteira tradicional é “aquela que presta assistência ao parto domiciliar baseada em saberes e práticas tradicionais e é reconhecida pela comunidade como parteira” (BRASIL, 2010b). Já o *Inventário dos Saberes e Práticas das Parteiras Tradicionais de Pernambuco*, fruto de pesquisa realizada pelo Instituto Nômades (2011), sugere que a definição e identificação de parteiras tradicionais deva considerar os

critérios “forma de aprendizado” e “qualidade das práticas”, de modo que parteiras tradicionais sejam aquelas cuja atuação mescla práticas hospitalares e tradicionais, e aquelas que não possuem diploma acadêmico.

De um modo ou de outro, afirmar-se como parteira tradicional em uma sociedade que medicalizou o parto intensamente nos últimos cinquenta anos, é um movimento que subentende algum nível de enfrentamento político. É algo que nasce do contato com as iniciativas de articulação política voltadas para essa realidade obstétrica e que advém da participação das parteiras em cursos e encontros realizados pelo governo em parceria com organizações não-governamentais. Não apenas a questão da identidade se desdobra a partir desse contato, mas conforme se esclarecerá, a própria forma de lidar com o ofício de parteira.

A atuação de parteiras tradicionais faz-se presente principalmente nas regiões Norte e Nordeste do país, sobretudo em áreas rurais, ribeirinhas, de floresta e em populações tradicionais quilombolas e indígenas (BRASIL, 2010b). O caso do Recife mostra que parteiras tradicionais também estão presentes em periferias urbanas. Contudo, por não estarem incluídas no SUS, muitas vezes realizam suas atividades de forma precária, sem respaldo, proteção ou remuneração (ABREU et al., 2003; BRASIL, 2010b). O número de parteiras tradicionais no território nacional, embora possa ser estimado como algo expressivo, esbarra na questão do cadastramento insuficiente dessas profissionais por parte das secretarias estaduais e municipais de saúde, dado o nível geral de desarticulação entre as parteiras e o SUS (BRASIL, 2010b).

Em 2006, a *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher* (PNDS) mostrou que 89% dos partos foram assistidos por médicos e 8,3% por enfermeiras (BRASIL, 2008). As parteiras não diplomadas, caracterizadas por “parteiras leigas” no relatório final da pesquisa, teriam sido responsáveis pela assistência prestada a 5,8% dos nascidos vivos, na região Norte, e a 3,6% na região Nordeste. A pesquisa também demonstrou a universalidade da assistência obstétrica hospitalar, de modo que 98% dos nascidos vivos, nos cinco anos anteriores à entrevista, o fizeram em ambiente hospitalar. A prática do parto domiciliar foi mais observada na região Norte (7,5%), entre mulheres com nenhuma escolaridade (8,4%) e entre aquelas que não realizaram pré-natal (32%).

Não existe consenso a respeito do número de parteiras não diplomadas em atividade no país. Dados do Programa Nacional de Parteiras Tradicionais (PNPT) anunciam de 40 a 60 mil parteiras no país. Com relação à quantidade de parteiras no Estado de

Pernambuco, a Pesquisa Estadual de Saúde e Nutrição em Pernambuco aponta para a existência de cinco mil parteiras, em 1991 (CARVALHO et al., 1994). Já a Secretaria Estadual da Saúde (SES/PE), coloca que, em 2009, haviam 853 parteiras em atividade no Estado de Pernambuco, distribuídas por 131 dos 185 (71%) municípios do Estado.²³ Desse total de parteiras apontados pela Secretaria Estadual, 755 (88%) seriam moradoras da zona rural, sendo que mais da metade já teriam participado de cursos de capacitação.

O perfil médio da parteira tradicional em Pernambuco é ser uma mulher casada, com filhos, mais de trinta anos e moradora de área rural. Geralmente exercem uma série de outras atividades, pagas ou não, como agricultura, criação de animais, costura, cuidados domésticos e cuidados com a família. A renda média entre elas é baixa, sendo que boa parte não possui renda pessoal (CARVALHO, et al, 1994; INSTITUTO NÔMADES, 2011). O grau de escolaridade entre elas frequentemente é baixo, sendo o analfabetismo uma condição significativa (INSTITUTO NÔMADES, 2011).

Com relação à frequência com que prestam assistência obstétrica, a SES/PE aponta para 643 (75%) parteiras ativas. Por outro lado, a pesquisa realizada pelo Instituto Nômades (2011), aponta para o rareamento das experiências de parto assistidas por parteiras tradicionais, sobretudo no domicílio. Entre outros fatores, esse rareamento estaria relacionado à ampliação da rede de serviços médicos, incluindo as estratégias em saúde da família.

Políticas que visam a melhoria da assistência ao parto domiciliar por parteiras tradicionais são discutidas no Brasil, desde a década de 1970. Atividades com parteiras tradicionais vêm sendo desenvolvidas ao longo dessas décadas por parte do setor público e de organizações não-governamentais que visam a melhoria e o controle desse tipo de assistência (BRASIL, 1994). Entre tais medidas, destacam-se o Programa Nacional de Parteiras Tradicionais (PNPT), criado em 1991, com ênfase sobre o processo de treinamento de parteiras e distribuição de bolsas e kits materiais para as atendentes cadastradas (BRASIL, 1991). Em decorrência do PNPT, o Estado de Pernambuco organizou o Programa Estadual de Parteiras Tradicionais (PEPT), em 1993, com apoio do governo federal e órgãos internacionais.

Lançado em 2000, o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais (BRASIL, 2010b) recolocou a problemática que envolve a assistência prestada por parteiras na pauta de discussão com gestores estaduais e municipais, como uma responsabilidade do SUS e uma

23 Sistema informatizado de cadastro de Parteiras Tradicionais/GASM e GETEC/SES 2009.

atribuição da atenção básica. O princípio da equidade, um dos pilares do Sistema Único de Saúde, é reconhecido nessas políticas na medida em que prezam pela diversidade socioeconômica, cultural e geográfica do país. Devem ser compreendidas como políticas de atendimento às especificidades de cada realidade, que buscam preservar o direito da mulher de ser bem atendida pelo profissional de sua escolha. Atualmente, o fornecimento dos kits para parteiras tradicionais, incluindo o Livro da Parteira²⁴ em sua versão mais atualizada (BRASIL, 2012a), é regulamentado na portaria (nº 1459/2011/GM/MS) que institui a Rede Cegonha.

Para finalizar a exposição da situação geral de trabalho da parteira tradicional no Brasil e em Pernambuco, vale ressaltar um aspecto importante para a compreensão da assistência prestada por ela. Refiro-me à práticas de cuidado que não envolvem necessariamente a cena de parto em si, mas que inserem as gestantes em um contexto de prevenção de complicações e promoção de saúde. Exemplo imediato disso é a puxação, massagem abdominal realizada pelas parteiras e que

(...) tem como objetivo aliviar indisposições, informar a posição e sexo do feto, a previsão da data e local do parto, socializar a mulher para a maternidade e contextualizar a gestação dentro dos padrões locais de reprodução, família, bem-estar e saúde (FLEISCHER, 2008, p. 889).

Como ressalta Fleischer (2008), a puxação sempre foi uma das práticas mais condenadas pelas autoridades sanitárias. A Organização Mundial de Saúde a considera uma prática tradicional “perigosa”, um discurso também expressivo entre os profissionais que atuam nos hospitais, médicos e enfermeiras.²⁵ Esse fato torna a referida prática um ponto a ser debatido, pois desnuda a insuficiência do modelo biomédico. Como a puxação, outras práticas são empreendidas cotidianamente pelas parteiras, e adquirem sentidos diversos de cuidado e de inserção da mulher em contextos de assistência.

24 O Livro da Parteira é uma publicação distribuída pelo Ministério da Saúde às parteiras participantes de cursos e encontros para troca de saberes. Nele estão contidos assuntos relacionados à gravidez, parto e pós-parto, aborto, cuidados com o bebê, enfim, temas que fazem parte da sua vida e de seu ofício.

25 Existe uma relação entre a condenação médica da puxação e os significados do parto pélvico. A apresentação pélvica do bebê é uma justificativa clássica para cesarianas, pois dentro do modelo hegemônico, tende a ser vista como situação não cambiável, um “estado” do bebê sobre o qual não se tem controle e que predestina a cesariana. A prática da puxação entre as parteiras mostra que, ao contrário, a apresentação pélvica se enquadra em um grupo de situações manejáveis, na medida em que se ajeita o bebê dentro do útero, posicionando-o corretamente para o bem estar da mãe e para o parto, sempre que necessário.

Dessa perspectiva, o estreitamento de laços entre o SUS e as parteiras torna-se desejado e urgente. Pelo bem das mulheres que recebem a assistência dita tradicional, torna-se imperativo debater as experiências das parteiras, no sentido inclusive de conhecer melhor o SUS e buscar melhorias no seu funcionamento, o que passa necessariamente pela desconstrução da hierarquia profissional.

Quando pensamos no SUS e desejamos fortalecê-lo como um sistema de fato universal, democrático, aberto e público, precisamos considerar todas as pessoas que contribuem para realizá-lo. Isso significa levar a sério as pessoas que, mesmo não formalmente dentro do Sistema, estejam trabalhando – muitas vezes de modo voluntário – para que a população tenha mais assistência e saúde. As parteiras, bem como os demais terapeutas populares que temos no país, são esse importante conjunto de atores (FLEISCHER, 2015).

Voltando às insuficiências do modelo biomédico, a seguir é feito um debate a respeito de duas importantes políticas nacionais de humanização da assistência obstétrica, demonstrando incoerências entre a teoria que embasa tais políticas e os indicadores de avaliação adotados. A assimetria entre a prática da puxação (condenada pelo discurso médico) e os indicadores de avaliação das políticas públicas (voz do discurso médico), desnuda um ponto nevrálgico na trama de relações sociais que constituem o campo da assistência. Dentro do paradigma hegemônico, é comum haver referências a um falso dilema entre a eficiência (ou a capacidade de controlar riscos) e a individualização (ou a liberdade dos sujeitos). Defende-se contudo, que o verdadeiro dilema está, como disse Carneiro (2013), em “como abordar a diferença”, interrompendo ciclos de violência no parto normal, a cesariana como fenômeno e a mortalidade elevada. Essas são marcas do mesmo processo de colonialidade que gerou a hierarquia profissional, são manifestações da hegemonia biomédica e da centralidade do profissional médico, engendradas ao funcionamento de um modelo de assistência hospitalocêntrico.

2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA O PARTO NO BRASIL²⁶

No campo da saúde pública, dos investimentos que objetivaram mudanças na assistência ao parto a nível municipal, pode-se citar a Política de Humanização do Parto e Nascimento, implementada no Rio de Janeiro, em 1994. Dentre as várias medidas preconizadas nessa política vale destacar a proposta de hierarquização da assistência, de modo

²⁶ Esta sessão foi publicada em versão muito semelhante, como capítulo de livro em MARTINS, P. H.; FALANGOLA, A.; SILVA, A. S. da; SOUSA, I. C. *Produtivismo na saúde – desafios do SUS na invenção da gestão democrática*. Recife: Editora UFPE, 2014.

que gestantes enquadradas na categoria baixo risco (hoje em dia denominada risco habitual) pudessem ser atendidas por enfermeiras obstetras, tanto em consultas pré-natal quanto durante o parto (RATTO, 2001; BOARETTO, 2003; DIAS E DOMINGUES, 2005). O município do Rio de Janeiro também foi pioneiro, ao assegurar às parturientes o direito de escolher um acompanhante para o momento do trabalho de parto, medida que viria a se tornar lei federal (BRASIL, 2005).

No âmbito das políticas federais, pode-se dizer que elas começaram a ser esboçadas a partir de 1997, quando as abusivas taxas de cirurgias cesarianas passaram a preocupar o governo federal. Algumas campanhas pró-parto normal foram veiculadas na mídia, em parceria com alguns Conselhos Regionais de Medicina. Em 1998, o Ministério da Saúde passou a adotar medidas estratégicas destinadas a alterar os rumos do cenário obstétrico no Brasil, tais como o aumento do valor de remuneração do médico em casos de parto vaginal, a instituição do pagamento de analgesia para o parto e a estipulação de metas de redução das taxas de cesarianas no âmbito do SUS. Em 1999, foi criada a figura institucional dos Centros de Parto Normal (CPNs) no SUS, as Casas de Parto, voltadas para o atendimento de gestantes de baixo risco (atualmente, risco habitual), dentro de um modelo de assistência centrado na figura da enfermeira obstetra, cujo reconhecimento de atuação profissional já estava previsto desde o ano anterior (MS, 1998). Na esteira dessas medidas, em 2000, foi instituído o Pacto Nacional pela Redução das Taxas de Cesárea, que contou com o apoio das gestões estaduais no monitoramento dos hospitais (RATTNER, 2009).

Esse conjunto de medidas indica um rumo coerente em torno de medidas de humanização da assistência obstétrica, apesar do caráter pontual e isolado. De certa forma, elas prepararam terreno para a primeira iniciativa abrangente de humanização da assistência, no âmbito federal. Trata-se do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), instituído em 2000, pela Portaria nº 569/2000/GM/MS, tendo vigido até 2003. O PHPN teve como objetivo central “assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania” (BRASIL, 2002, p. 5):

O Programa fundamenta-se no direito à humanização da assistência obstétrica e neonatal como condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério. A humanização compreende, entre outros, dois aspectos fundamentais. O primeiro diz respeito à convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido. Isto requer atitude

ética e solidária por parte dos profissionais de saúde, organização da instituição de modo a criar um ambiente acolhedor e adotar condutas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher. O segundo refere-se à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias que, embora tradicionalmente realizadas, não beneficiam a mulher nem o recém-nascido e que, com frequência, acarretam maiores riscos para ambos.

Além do conforto da parturiente ou da garantia de seus direitos reprodutivos, o PHPN reforçava a urgência em se investir na redução das taxas de morbimortalidade materna e perinatal. Na realidade, a humanização surge no Programa como fundamento de uma assistência segura, ou seja, como estratégia complementar em direção à diminuição da morbimortalidade. O Programa teve como quesito fundamental a maior abrangência do acompanhamento pré-natal, a garantia da realização de todos os exames necessários à boa assistência e a aproximação entre o atendimento ambulatorial e o local de realização do parto. Os municípios que aderissem ao Programa receberiam como incentivo uma recompensa financeira relativa aos números de gestantes cadastradas no Programa, de pré-natais completos e de partos realizados. Os critérios estipulados para definir uma assistência boa e completa incluíam a realização da primeira consulta de pré-natal até o quarto mês de gestação e a realização de, pelo menos, seis consultas de pré-natal, uma consulta no puerpério e exames laboratoriais ao longo da gravidez.²⁷ A avaliação da implementação do Programa em cada município foi feita a partir de indicadores de processo e indicadores de resultado (ANEXO A).

A Rede Cegonha é a iniciativa federal mais recente no âmbito da saúde reprodutiva feminina. Instituída em junho de 2011 (Portaria nº 1459/2011/GM/MS), o programa conta com a adesão de todos os estados à Rede, que vem ganhando grande repercussão na mídia e atenção de vários movimentos sociais. A diminuição da mortalidade materna no ano de 2011 foi creditada à ação da Rede Cegonha. Entre janeiro e setembro do mesmo ano, foram contabilizados 1.038 óbitos decorrentes de complicações na gravidez e no parto, o que significa uma redução de 21% na mortalidade contabilizada nesse mesmo período, em 2010. Outro sucesso atribuído à implantação da Rede Cegonha foi o aumento do número de consultas pré-natais. Em 2011, mais de 1,7 milhões de mulheres fizeram ao menos sete

27 ABO-Rh, na primeira consulta; VDRL, um exame na primeira consulta e outro próximo à trigésima semana da gestação; Urina rotina, um exame na primeira consulta e outro próximo à trigésima semana da gestação; Glicemia de jejum, um exame na primeira consulta e outro próximo à trigésima semana da gestação; Hemoglobina/Hematócrito, na primeira consulta; oferta de testagem anti-HIV; aplicação de vacina antitetânica até a dose imunizante (segunda) do esquema recomendado ou dose de reforço em mulheres já imunizadas.

consultas pré-natais (BRASIL, 2012b). Em linhas gerais, a proposta da Rede Cegonha compreende ações abrangentes em torno do cuidado integral de mulheres e bebês ao longo do pré-natal, do parto e do pós-parto. Os recursos midiáticos e publicitários têm sido utilizados maciçamente pelo Programa, de modo que é possível, numa rápida pesquisa virtual, encontrar materiais de campanha, vídeos, documentos de adesão municipal, cartilhas e até mesmo um cordel ilustrado sobre a Rede.

Alguns conceitos recorrentes, como *qualidade, humanização, acessibilidade, respeito, segurança e direitos da parturiente* permeiam todo o material de divulgação e estão profundamente embricados na proposta original da Rede Cegonha:

A Rede Cegonha sistematiza e institucionaliza um modelo de atenção ao parto e ao nascimento que vem sendo discutido e construído no país desde os anos 90, com base no pioneirismo e na experiência de médicos, enfermeiros, parteiras, doulas, acadêmicos, antropólogos, sociólogos, gestores, formuladores de políticas públicas, gestantes, ativistas e instituições de saúde, entre muitos outros. Trata-se de um modelo que garante às mulheres e às crianças uma assistência humanizada e de qualidade, que lhes permite vivenciar a experiência da gravidez, do parto e do nascimento com segurança, dignidade e beleza. Não se pode esquecer jamais que dar à luz não é uma doença, mas uma função fisiológica e natural que constitui uma experiência única para a mulher e o(a) parceiro(a) envolvido(a) (BRASIL, 2012d).

A Rede Cegonha traduz um conjunto de ações voltado para os cuidados com a saúde materna e infantil. Com a Rede Cegonha o Acolhimento amplia e facilita o acesso aos serviços de saúde, através da avaliação de risco e vulnerabilidade, ofertas de cuidado em diferentes realidades. Por meio do pré-natal de boa qualidade, parto humanizado, acolhimento no pós-parto e acompanhamento ao desenvolvimento da criança, estamos garantindo às mulheres mais saúde, respeito e dignidade. E, aos novos brasileirinhos e novas brasileirinhas, crescimento e desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2012c).

A Rede é organizada em quatro componentes: pré-natal; parto e nascimento; puerpério e atenção integral à saúde da criança e sistema logístico, tais como transporte sanitário e regulação. O primeiro componente compreende nove ações que visam, de maneira geral, garantir o acesso das gestantes à assistência obstétrica, à realização da assistência pré-natal na Unidade Básica de Saúde (UBS), a exames obstétricos, à avaliação de risco, à prevenção da transmissão de doenças sexualmente transmissíveis e ao apoio no deslocamento para as consultas e assistência ao parto.

O segundo componente visa garantir a suficiência de leitos obstétricos e neonatais nos hospitais e maternidades conveniados ao SUS, com o cumprimento das normas estabelecidas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), além da garantia ao

direito da presença do acompanhante e ao uso de práticas médicas e de cuidado pautadas por evidências científicas (WHO, 1996). Ainda faz parte do segundo componente o estímulo à implementação de equipes horizontais, e dispositivos de cogestão nas maternidades.

O terceiro componente é voltado para a saúde do recém-nascido e para educação sexual. Neste sentido, propõe o incentivo ao aleitamento materno e à alimentação complementar saudável, prevendo visitas domiciliares por profissionais ao longo da semana imediatamente posterior ao parto, com a intenção de identificar crianças em situação de vulnerabilidade. Esse componente também prevê medidas de prevenção e tratamento das doenças sexualmente transmissíveis, além de orientação e oferta de métodos contraceptivos.

O quarto componente refere-se às questões logísticas da assistência ao parto. Sendo assim, a Rede Cegonha prevê a promoção de acesso ao transporte seguro para gestantes, puérperas e recém-nascidos em situações de urgência e a implantação do modelo denominado “Vaga Sempre”, que visa a vinculação prévia da gestante ao local onde ocorrerá o parto. Dessa forma, busca-se evitar o deslocamento da parturiente em busca de hospitais ou maternidades com vagas disponíveis, bem como a regulamentação dos leitos obstétricos e neonatais, das urgências e do setor ambulatorial (BRASIL, 2012d).

São cinco as fases previstas para a operacionalização da Rede Cegonha no nível municipal. A primeira delas, “Adesão e diagnóstico”, inicia-se com a apresentação da Rede Cegonha no município em questão e constitui-se essencialmente na tarefa de instituir o Grupo Condutor da Rede Cegonha, incumbido de mobilizar, apoiar, identificar problemas, monitorar e avaliar todo o processo de implantação da Rede no âmbito municipal. A segunda fase, chamada “Desenho Regional da Rede Cegonha”, objetiva a elaboração de um diagnóstico regional referente à saúde da mulher e da criança, seguido da elaboração do Plano de Ação Regional e Municipal. Nessa fase, é prevista a construção de espaços coletivos, ocupados pela iniciativa cidadã, de caráter plural e heterogêneo, voltados para o acompanhamento e incentivo à implantação da Rede Cegonha em sua região. A terceira fase, “Contratualização dos Pontos de Atenção”, é operacionalizada em nível municipal, pela elaboração do desenho da Rede Cegonha, contratualização dos pontos de atenção e definição de responsabilidades para cada componente da Rede, e instituição do Grupo Condutor Municipal. A quarta fase, “Qualificação dos componentes”, corresponde à realização das ações previstas em cada componente anteriormente descrito e pelo cumprimento das metas relacionadas a essas ações, que, por sua vez, serão acompanhadas de acordo com os indicadores do Plano de Ação

Regional de Municipal, descritos mais adiante. A quinta e última fase, “Certificação”, é de responsabilidade do Ministério da Saúde, que concederá ao gestor do SUS, anualmente, o certificado da Rede Cegonha, após a realização das ações previstas e avaliação de seus resultados.

Conforme sugerido, a Rede Cegonha dispõe de indicadores que objetivam monitorar, avaliar e qualificar o impacto das ações implantadas em cada município. A ideia é que os indicadores sirvam como critérios para a avaliação da implantação e execução da Rede Cegonha. Eles são acompanhados com periodicidade trimestral, semestral ou anual e se aplicarão à realidade municipal e, em um único caso, estadual. Eles foram anexados à Portaria nº 650/2011/GM/MS e podem ser conferidos no Anexo B.

Diante das iniciativas governamentais que objetivam melhorias na assistência ao parto, não há dúvida de que existe um comprometimento da saúde pública com o atendimento às parturientes e recém-nascidos. O incentivo ao parto normal, veiculado por tantas campanhas e publicações, claramente é uma prioridade do governo, uma resposta ao número abusivo de cirurgias cesarianas e à taxa de mortalidade materna e perinatal. As mudanças qualitativas na abordagem à saúde da mulher, ao longo das últimas décadas, também são claras e se mostram mais focadas nos direitos reprodutivos da parturiente. A lei do acompanhante é um exemplo bastante ilustrativo disso.

A presença do conceito de humanização também é clara nas iniciativas governamentais. No caso das iniciativas federais, questões relativas à humanização são verdadeiros pilares conceituais, pensados como base estrutural da busca por melhorias na assistência. Nota-se inclusive a semelhança dos conceitos de humanização embricados nas políticas públicas e no movimento social. Em ambos os contextos, a compreensão do que seria uma assistência humanizada passa pelas mesmas questões, vestem-se praticamente da mesma roupagem. A valorização do protagonismo feminino, o respeito aos direitos sexuais e aos direitos de cidadania, o abandono de intervenções médicas desnecessárias, a desmedicalização e a valorização dos aspectos subjetivos inerentes ao parto são aspectos presentes nas manifestações pró-humanização federais revistas nesse texto. No entanto, as propostas lançadas pelo governo, em campanha nacional, acabam por desvalorizar os aspectos essenciais à assistência humanizada à medida que apresentam uma lógica de indicadores extremamente restrita.

Restrita, em primeiro lugar, por não incorporar elementos qualitativos aos seus critérios de avaliação. Ainda que a diminuição da taxa de cesarianas, bem como a ampliação do acesso à assistência pré-natal sejam indiscutivelmente critérios de importância notória quando se buscam melhorias no campo da saúde da mulher, não há por que ignorar a dimensão individual e intransferível do parto ao avaliar o desempenho de programas federais. Abordar aspectos subjetivos vivenciados pela mulher, como satisfação, sentimento de segurança, sensação de “estar no controle” ou de ter sido respeitada são pontos fundamentais, que devem ser trabalhados e avaliados para melhorar o processo de humanização da assistência. A mera incorporação de critérios quantitativos na avaliação das iniciativas federais demonstra um caráter utilitarista da assistência proposta e revela a representação funcional da parturiente nas políticas públicas. Representação que não consegue alcançar, de fato, o entendimento do parto como processo integral, social e familiar e da parturiente como merecedora de cuidados e acolhimento.

Reforçando, admite-se que a lógica utilitarista tem sua utilidade. Ela possibilita o traçado de estratégias concretas e cumpre um papel importante frente à necessidade de reduzir taxas, ou aumentá-las, em tempo determinado. No contexto da assistência ao parto, é possível que os programas, campanhas, pactos e ações educativas governamentais realmente causem um impacto positivo sobre a taxa de cesarianas, o que significa diminuí-las. A importância e relevância desse objetivo não estão em discussão. Contudo, “o perigo está, pois, na tentativa de generalização do utilitarismo para todas as esferas da vida social” (MARTINS e PINHEIRO, 2011, p. 19). No caso do parto e nascimento, poder-se-ia dizer que o perigo está na tentativa de quantificar demasiadamente uma experiência tão permeada por esferas que fogem ao biológico, mas que são sociais, culturais, emotivas e simbólicas. Inscrita nessa abordagem utilitária das ações em saúde está o empobrecimento da condição humana e as condições para se forjar uma imagem coisificada da parturiente. Perde-se então a possibilidade de compreender os múltiplos sentidos do parto e de focar na integralidade (GOMES e PINHEIRO, 2005; BARROS, 2006; PINHEIRO e MARTINS, 2011) da assistência obstétrica. Nesse contexto, tornam-se invisíveis as demandas imateriais das parturientes e faz emergir

(...) um imaginário social que imputa a fragmentação e o reducionismo como vetores das demandas por cuidado, que, na perspectiva do acesso à saúde, acabam

por restringir o direito à saúde como direito somente às tecnologias médicas e assistenciais disponíveis (PINHEIRO, 2011, p. 53).

Se a integralidade do cuidado está presente, ainda que de forma indireta, nas políticas de humanização, que pressupõem autonomia do sujeito a ser cuidado e podem ser interpretadas como base para o entendimento do parto como evento biológico, psicológico e social, não é difícil compreender que atingir metas estatísticas não pode ser suficiente para avaliar o sucesso da implantação de uma política nacional de humanização do parto. Segundo Barros, a integralidade

se refere a um conjunto de valores pelos quais vale a pena lutar, já que estão relacionados a uma forma de funcionamento social mais solidária, forjada desde um lugar de oposição, de uma crítica radical às práticas, instituições e organizações de saúde que não tenham como marca específica modos de operar que se efetivam quando se estabelece uma relação com o outro, reconhecido como “verdadeiro outro” (BARROS, 2006, p. 265).

Nesse sentido, as práticas avaliativas deveriam garantir a apreensão do sentido de integralidade aplicada ao cuidado em saúde.

Os sentidos de integralidade atribuídos na literatura internacional apresentam atributos como acesso, capacidade dos profissionais de perceber os usuários em suas dimensões biopsicossociais, articulação da equipe multiprofissional nos serviços, oferta de serviços que compreendam desde a promoção da saúde à reabilitação de sequelas e a possibilidade de articulação de serviços em níveis crescentes de sofisticação tecnológica para resolução dos problemas da população (SILVA JÚNIOR et al., 2006).

CrITÉrios puramente quantitativos não mostram sequer a compreensão das mulheres com relação às suas vivências de parturição. E, num país onde 25% das mulheres dizem ter sofrido maus tratos durante a internação para o parto (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2010), critérios qualitativos e muito simples, como “satisfação”, poderiam compor as medidas avaliativas das políticas de humanização.

(...) é possível combinar diferentes práticas avaliativas, desde que saibamos distinguir com clareza os alcances de cada uma das práticas e fuJamos da ditadura de modelos exclusivos. A avaliação mais positivista, obviamente, não se propôs a gerar uma série de objetivos expostos pelas novas práticas e nem por isso deixa de ter papel de relevo na identificação dos problemas que circundam as decisões públicas. No entanto, como pretendemos evidenciar, o momento atual requer a adoção e experimentação de novas práticas, tendo em vista que a própria divulgação de resultados e a apropriação das evidências pelos gestores e decisores dependem hoje da formação de novos tipos de profissionais mais familiarizados com as próprias técnicas avaliativas e a criação de espaços de interlocução e negociação permanentes (VIANA, FARIA, PACIFICO, 2006).

No fundo, a exclusividade de metas quantitativas no sistema de avaliação evidencia que, por detrás de um belo discurso humanitário, permanece o desafio de mudar a orientação de um modelo tradicional, baseado apenas na existência da doença e cura, para um modelo inovador, pautado também na noção de cuidado (MARTINS, 2011).

Avaliações que considerem a satisfação das mulheres e que busquem compreender suas origens e nuances demonstram a real intenção de servir à parturiente de forma a considerá-la como protagonista do parto, como sujeito detentor de direitos, de forma a possibilitar seu conforto físico e emocional. À luz da avaliação feita no Projeto-Piloto de Humanização da Assistência ao Parto, no contexto de um hospital público de Campina Grande-PB, poder-se-ia pensar – guardadas as devidas proporções – em caminhos mais efetivos para garantir às mulheres não somente o acesso ao pré-natal e à assistência de boa qualidade técnica, mas também o pleno exercício de seus direitos reprodutivos e de cidadania, pressuposto básico da assistência humanizada. Os resultados alcançados nos três anos iniciais do projeto foram publicados e retratam o sucesso de uma iniciativa que objetiva a implementação de um modelo de assistência humanizada ao parto, em um hospital do SUS, a partir das recomendações da OMS.

(...) mais de 95% das puérperas se manifestaram satisfeitas tanto com o parto como com a assistência recebida. Durante a entrevista realizada na visita pós parto, a quase totalidade das mulheres não-primíparas referiu que o parto assistido pelo projeto tinha representado uma experiência melhor em relação aos partos anteriores. Dentre os aspectos positivos enumerados pelas puérperas, destacam-se sobremaneira o suporte intraparto contínuo e o uso de métodos não-farmacológicos para o alívio da dor, além da oportunidade do contato precoce pele a pele com o recém-nascido. A maioria se sentiu no controle da situação, com a liberdade para deambular e escolher a posição para o parto, o que reforça a nossa convicção de que, em termos de assistência ao parto, humanizar significa, sobretudo, o resgate do protagonismo feminino no parto (...) A implementação de um projeto-piloto de Humanização da Assistência ao Parto em uma maternidade pública do Nordeste gerou bons resultados maternos, com uma baixa taxa de cesáreas, nenhuma episiotomia e elevado grau de satisfação das mulheres envolvidas. Mesmo em lugares com poucos recursos, e sem utilização de tecnologias caras e complexas é possível adotar práticas humanizadas de assistência ao parto, o que deve servir de estímulo para a humanização da assistência em maternidades do Sistema Único de Saúde (SUS) (AMORIM et al, 2010, p. 86).

Para além da importância dos indicadores qualitativos, facilmente incorporados às avaliações das políticas públicas, ainda há o que dizer sobre os indicadores quantitativos.

A incorporação do indicador “Proporção de gestantes com acompanhante durante internação para realização do parto” sem dúvida representa, por si só, um grande avanço da

Rede Cegonha sobre as políticas anteriores. No entanto, vários outros indicadores numéricos, facilmente calculados, poderiam servir ao propósito de avaliar a implantação de programas de humanização. A publicação da OMS (WHO, 1996), *Care in normal birth: a practical guide*, como já apontado, traz muitas pistas a respeito de indicadores interessantes. O documento congrega uma série de recomendações para a assistência obstétrica, tendo sido amplamente debatido e considerado no setor público. Tal documento surge inclusive como norteador das ações referentes ao componente dois da Rede Cegonha e foi também uma referência importante para a construção de publicações governamentais como *Parto, Aborto e Puerpério – Assistência Humanizada à Mulher: manual técnico* (BRASIL, 2001) e da lista hoje conhecida como *Dez passos para a atenção humanizada ao parto* (BRASIL, 2000), que segue adiante:

1. Permitir e respeitar o desejo da mulher de ter um acompanhante da sua escolha durante o trabalho de parto e o parto, dando-lhe segurança e apoio.
2. Monitorar o bem-estar físico e emocional da mulher durante o trabalho de parto, até a conclusão do processo obstétrico.
3. Oferecer à mulher o máximo de informações e explicações segundo a sua demanda.
4. Respeitar o direito da mulher à privacidade no local de nascimento.
5. Permitir à mulher a liberdade de caminhar, mover-se e adotar as posições que desejar durante o período de dilatação e expulsão; encorajar as posturas verticais de parto e evitar a posição de litotomia (supino, com as pernas levantadas).
6. Orientar e oferecer métodos não farmacológicos e não invasivos de alívio da dor durante o trabalho de parto como massagem, banho morno e técnicas de relaxamento.
7. Oferecer fluídos via oral durante o trabalho de parto e o parto.
8. Permitir o contato precoce pele a pele entre a mãe e o bebê e o início precoce do aleitamento materno.
9. Possuir normas e procedimentos claramente definidos e realizar monitoramento cuidadoso da evolução do parto através do uso do partograma.
10. Oferecer alojamento conjunto e esforçar-se para pôr em prática os 10 passos para o sucesso do aleitamento materno, tornando-se um Hospital Amigo da Criança.

A partir desse material, poder-se-ia considerar a incorporação de indicadores referentes à quantidade de partos realizados em posturas verticais, à oferta de métodos para o

alívio da dor (a disponibilidade de doulas comunitárias é uma maneira de aumentar essa porcentagem), ao uso do Partograma, à quantidade de recém-nascidos que mamaram ainda na sala de parto, entre outros. Esse é um caminho transformador das práticas obstétricas, pois rompe com a exclusividade da perspectiva *eficientista*, sem abandonar suas potencialidades, mas absorvendo “práticas avaliativas pertinentes que expressem o caráter democrático, técnico e ético do trabalho em saúde” (PAIM e SILVA, 2006). Novamente, à luz da experiência em Campina Grande, seguem trechos que mostram resultados alcançados e que serviram à avaliação do projeto-piloto.

Foram incluídas 181 parturientes. A grande maioria das parturientes (88,3%) recebeu métodos não farmacológicos de alívio da dor, sendo a massagem realizada em 39,2% e caminhada ou mudança de posição em 84,5%. Apenas seis parturientes foram submetidas à analgesia de parto. A taxa de cesariana foi de 7,7% e, dentre os partos normais, 86,2% ocorreram em posição vertical. Parto instrumental (fôrceps) foi necessário apenas para 5% das mulheres. O uso de ocitocina intraparto foi restrito a 22,7% (...) Não foi realizada episiotomia em nenhuma parturiente (...) Foram seguidas rigorosamente as recomendações da OMS, evitando-se procedimentos desnecessários e o partograma foi criteriosamente preenchido em todos os casos (...) (AMORIM et al., 2010, p. 82 e 84).

Paradoxalmente, a aparente simplicidade das recomendações da OMS (WHO, 1996) e do MS (BRASIL, 2000; 2001) carrega em si a necessidade de uma abordagem complexa sobre a questão do parto. Muito além de se configurar como um evento merecedor de tecnologias e cuidados especializados, o parto é composto também por dimensões afetivas, culturais e sociais. Dessa forma, para a avaliação de qualquer experiência de humanização do parto, há de se transpor o utilitarismo e tentar abarcar quantos critérios (quantitativos e qualitativos) forem necessários para acessar o evento em seu sentido integral, reconhecendo a importância das estatísticas médicas, sem abandonar a relevância da satisfação e dos direitos reprodutivos das mulheres.

É fundamental compreender o processo que legitimou a concepção utilitária do parto, uma vez que ela obteve importante respaldo do campo da ciência biomédica. Tendo tomado o corpo masculino como referência normatizadora, a biomedicina engendrou um modelo de assistência ao parto que confere inabilidade e imperfeição ao corpo feminino, conforme fora colocado nos itens anteriores. Dessa forma, a obstetrícia, em sua dimensão clínica, não trabalha com a potencialidade inerente à mulher que dá à luz, mas, ao contrário, insiste na imagem de uma paciente que deve obedecer ao médico para que seu parto “dê certo”, sendo, dessa forma, uma prática permeada por relações hierárquicas de poder e por preconceitos de

gênero. Essa é a formatação básica do modelo de assistência obstétrica utilitário ou tecnocrático.

As políticas públicas voltadas para a questão do parto, no Brasil, refletem a ambiguidade do entendimento do parto entre as abordagens utilitaristas, por um lado, e liberatórias, por outro. Pautando-se nos preceitos da humanização, não há dúvida de que os documentos-base dessas políticas demonstram a necessidade de reconhecer o parto como evento fisiológico e o protagonismo da mulher, ambos expressos na racionalização do uso de tecnologias biomédicas, na liberdade da parturiente e na garantia de seus direitos civis e reprodutivos. Nesse sentido, é possível apreender tais iniciativas públicas como formas de enfrentamento à abordagem tecnocrática, já que atentam para as dimensões emocionais e culturais do parto, ultrapassando sua *antiga* concepção utilitária, fundamentada na suposta fragilidade da parturiente e no uso demasiado de exames, tecnologias e intervenções médicas. Dessa forma, pode-se dizer que as políticas de saúde no Brasil, em particular a Rede Cegonha, buscam fazer um contraponto a essa tendência utilitarista.

Entretanto, conforme demonstrado, existem limites importantes na atuação dessas políticas públicas. O ponto crucial, que revela a existência dessas limitações, aqui referidas como a distância entre o discurso humanitário e a implantação das políticas, são os indicadores de avaliação. Exclusivamente quantitativos, voltados para o alcance de resultados produtivos, os indicadores do PHPN e da Rede Cegonha revelam a permanência da visão utilitarista sobre o parto e sua própria insuficiência para tratar do parto – e das parturientes, em seu sentido integral. Além da ausência de avaliações qualitativas, os indicadores mostram-se insuficientes para apreender mudanças na prática obstétrica, ainda que estas possam ser diagnosticadas por meio de pesquisa quantitativa. Esse é o caso da desejada erradicação de intervenções médicas desnecessárias, como a episiotomia, por exemplo. Nesse sentido, disse-me certa vez uma parteira urbana, ao avaliar o desenvolvimento da noção de humanização no sistema público, vinculando-o à questão da hierarquia profissional no campo da assistência obstétrica:

“Muita coisa já foi feita em humanização no sistema público, mas a realidade nua e crua é que pouca coisa mudou. Posso pensar isso porque humanizar para mim é bem mais... aliás é outra coisa, completamente diferente, do que trocar cesariana desnecessária por parto normal violento. Então, na realidade crua mesmo, posso pensar que pouca coisa mudou. Porque falta mexer no que é essencial na assistência e ninguém quer mexer no essencial. Ninguém quer desagradar os médicos” (parteira urbana, notas de campo).

Em suma, há que se rediscutir critérios e categorias de organização das políticas públicas, de modo que as práticas avaliativas não sejam orientadas para fins, tampouco limitadas à opção metodológica quantitativa, mas que, pela absorção de outros referenciais, e mediante práxis contra-hegemônica, sejam capazes de orientar a implantação de políticas do parto voltadas para a promoção da saúde, qualidade de vida, respeito à mulher e à integralidade.

3 ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA PODER E MEDICALIZAÇÃO

Segundo os ideais iluministas, a sociedade progride a partir do desenvolvimento da ciência e da tecnologia, pautando-se sempre pelos limites da razão, inclusive para o processo de individuação, emancipação e alternância de perspectiva ou entendimento humano (LUPTON, 2007). O período compreendido entre final do século XVII e final do século XVIII, abrigou o surgimento da medicina científica como solução para os problemas contidos na doença, principalmente as contagiosas, que antes de terem seus agentes revelados pela experimentação e pelo microscópio, já eram motivo para a construção de hospitais, leprosários e hospícios (MIRANDA, 2011).

As late as the eighteenth century most people medicate themselves, or changed their lifestyle when ill, and tended not to seek the help of medical practitioners, for they were not considered appropriate to deal with divine intervention or witchcraft (Porter, 1992:103). Hence, the massive extension of orthodox and conventional medicine developing in the eighteenth century augmented rather than appropriated the lay medical culture and self-medication, stimulating the proliferation of a repertoire of new discourses and practices about sickness (1992:114) (LUPTON, 2007, P. 89)

A dualidade cartesiana que distingue razão e espírito, mente e corpo, natureza e cultura, foi um marco fundamental no desenvolvimento da medicina científica. Foi a partir da concepção moderna²⁸ de natureza externa ao homem, melhor dizendo, externa à razão, que a ciência elevou-se à condição de prestígio. Dotado de linguagem matemática, o homem europeu pode inventar a ciência a partir da natureza como campo, conjunto de objetos para observação racional. Nesse sentido, a fé na razão humana ajudou a delimitar a medicina como campo específico, dotado de regras metodológicas e construído a partir do corpo como objeto observável, mensurável e descritível (QUEIROZ, 1986).

A evolução dos estudos anatômicos, a Revolução Copérnico-Galileana, a teoria de Newton, a descoberta da circulação do sangue por Harvey, a influência racionalista da filosofia de Descartes, a doutrina dos iatrofísicos e o método de Bacon foram, gradativamente, minando a resistência das diversas correntes do pensamento místico e dogmático e consolidaram, em fins do século XVII, mudanças fundamentais no modo de pensar dos vários ramos do conhecimento científico-filosófico da Europa (MIRANDA, 2011, p. 76).

28 Modernidade como período da história ocidental que começa depois do Renascimento (a partir do século XVII) e que age em consonância com a tradição iluminista da civilização ocidental, em sua luta a favor da emancipação humana.

Da mesma forma que o corpo surge como objeto passível de escrutínio, a doença também sofre um isolamento conceitual que a transforma numa entidade natural independente (FOUCAULT, 2003). A revolução causada por esse modelo conceitual, amparada pela invenção do microscópio e visualização de agentes patogênicos, acentuou ainda mais a dicotomia criada entre corpo e mente. Sendo a doença o conjunto dos sintomas que a acompanha (a luz de *imagem alfabética*, segundo FOUCAULT, 2003), o corpo doente é tratado exclusivamente como manifestação individual da doença, mas não como individualidade. Se antes do final do século XVIII, as interpretações e explicações dos sintomas, por parte dos pacientes, eram consideradas em sua racionalidade e auxiliavam o médico a compor diagnósticos e tratamentos, depois desse período os laboratórios e hospitais passaram a protagonizar a busca por diagnósticos e soluções em saúde.

There was a shift away from a person-centred cosmology of illness to an object-centred cosmology (Jewson, 1976: 232). It was no longer the responsibility of the sick person to select the practitioner based on perceptions of individual worth, for there was now instituted a system of formal qualifications, and those who possessed such qualifications were deemed worthy of respect on the basis of the authority inherent in their occupational role (LUPTON, 2007, p. 90)

A valorização da racionalidade instrumental e do conhecimento perito, inseparáveis da legitimidade alcançada pelos sistemas de autoridade (BECK; GIDDENS; LASH, 1997), alavancou o médico a condição de protagonista no processo de assistência, o que estimulou a proliferação de novos discursos e práticas sobre a doença (LUPTON, 1992; MARTIN, 2005). A medicina está para a biomedicina como a obstetrícia está para a medicina, de modo que falar de uma é, de certa forma, também falar de outra. Com as mesmas palavras que Fabíola Rhoden (2001) usou para se referir ao surgimento e desenvolvimento da ginecologia, pode-se referir também à obstetrícia: “está intimamente articulada ao movimento científico mais geral de ordenação sistemática do mundo natural” (2001, p. 49).

Nesse sentido, a perspectiva objetificante trazida pela racionalidade instrumental, ainda presa numa matriz de preconceitos de gênero, foi emplacada pela biomedicina, berço da histerização do corpo da mulher (RHODEN, 2001; MARTIN, 2001; FOUCAULT, 2011). O corpo da mulher, explorado a partir das premissas da “falta, negatividade, incompletude, descontrole” (TORNQUIST, 2004, p. 71), constituiu o objeto de uma verdadeira ciência da feminilidade e da diferenciação entre homens e mulheres. Amparado pelo crescente arsenal técnico cirúrgico e dotado de conhecimento científico, o médico aliou-se à tendência de

hospitalização, compondo o que seria, finalmente, a conformação técnica ideal para o cuidado no parto. A instituição médica – sendo o hospital a esfera mais marcante desse biopoder – expande seus domínios de cura, agindo também como normatizadora de hábitos e práticas culturais (FOUCAULT, 2003).²⁹

(...) No fundo, era a possibilidade de mudanças significativas nas relações de gênero, entre outros fatores, que estaria na origem da ênfase que a medicina, especialmente do século XIX em diante (...) Os médicos teriam o importante papel de revelar para a sociedade aquilo que a natureza deixava evidente nos corpos. O importante é poder se considerar o fato de como esse trabalho já estava, desde o início e em alguma medida, permeado pelas concepções culturais desses médicos”. (RHODEN, 2001, p. 221-227)

A teoria da colonialidade do saber (LANDER, 2005) sustenta uma abordagem ampla a respeito dos saberes obstétricos, tomando como referência a segregação política entre Norte e Sul e os efeitos simbólicos deste processo. A leitura pós-colonial que essa perspectiva oferece, busca visibilizar os mecanismos constitutivos da realidade global atual, capitalista e etnocêntrica e, em seu projeto maior de transformação, iluminar outros aspectos para além do moderno e do ocidental.

Dessa perspectiva, pode-se entender que o desenvolvimento da obstetria científica aponta como agente de colonialidade, situado à frente de um processo histórico de destituição da legitimidade e silenciamento dos saberes não-científicos. Segundo Boaventura, a racionalidade hegemônica nega e exclui o diferente, sob os rótulos do inexplicável, do insignificante ou do ininteligível (SANTOS, 2010).

“Sendo um modelo global, a nova racionalidade científica é também um modelo totalitário, na medida em que nega o caráter racional a todas as formas de conhecimento que não se pautarem pelos seus princípios epistemológicos e pelas duas regras metodológicas. É esta a sua característica fundamental e a que melhor simboliza a ruptura do novo paradigma científico com os que o precedem” (SANTOS, 2009, p. 61).

As categorias de raça e gênero, incorporadas a essa lógica distintiva, aprimoraram o silenciamento daquilo que pertence ao negro, ao índio e à mulher, configurando o processo de colonialidade, mais amplo que o de colonização. A ideia de *colonialidade*, inicialmente desenvolvida por Anibal Quijano (2005), supõe a imposição de um sistema de classificação hierárquica de conhecimentos, espaços e pessoas. Trata-se de um processo que ultrapassa os

29 “The hospital calls up some of our deepest anxieties – about pain, decay, and death – in the promissory rhetoric of the remedial” (SINGER, 1993 apud LUPTON, 2007)

períodos históricos de colonização política e geográfica, e se refere à diversas situações de opressão.

“De acordo com essa perspectiva, a modernidade e a racionalidade foram imaginadas como experiências e produtos exclusivamente europeus. Desse ponto de vista, as relações intersubjetivas e culturais entre a Europa, ou, melhor dizendo, a Europa Ocidental, e o restante do mundo, foram codificadas num jogo inteiro de novas categorias: Oriente-Occidente, primitivo-civilizado, mágico/mítico-científico, irracional-razional, tradicional-moderno. Em suma, Europa e não- Europa” (QUIJANO, 2005, p. 9).

Enquanto a colonização é um processo histórico econômico administrativo, a colonialidade abarca as esferas do ser, saber, poder, configurando-se como conceito útil para designar os efeitos simbólicos da segregação política entre Norte e Sul. Toda a lógica contida na opressão e inferiorização do outro, que perdura à revelia da independência política administrativa, pode estar contida na ideia de colonialidade. Esse outro não habita o mesmo local privilegiado do “homem/heterossexual/branco/patriarcal/militar/capitalista/europeu” e não detém um saber legítimo dentro dos parâmetros do saber eurocêntrico. Fundamental é assinalar que o saber eurocêntrico se reveste de uma pretensa neutralidade, na qual o sujeito científico está supostamente livre dos preconceitos e é possuidor da verdade absoluta.

À luz da Sociologia das Ausências e Emergências, de Boaventura de Souza Santos (2010), o debate busca se constituir a partir da premissa definida pelo autor: a ciência moderna, ao produzir existências, também produz ausências. O pano de fundo a essa abordagem teórica considera que todo conhecimento resulta de práticas sócio-culturais organizadas que mobilizam recursos específicos e contextualizados, fazendo com que todo conhecimento carregue as representações sociais inerentes ao contexto histórico da sociedade ou grupo que o elaborou. Assim, a assimetria instaurada a partir da valorização das lógicas cognitivas pautadas na racionalidade científica, em detrimento de outras formas de saber e agir, seria, portanto, o resultado de uma hierarquização epistemológica socialmente construída, não um dado rigorosamente incontestável.

Segundo Boaventura, a produção das ausências, por meio do não-aproveitamento dos diferentes saberes e experiências, constitui uma grave forma de desperdício da riqueza social. A tensão que pretendo causar com esse debate, acontece no campo dos saberes profissionais e evidencia a centralidade médica como reflexo do etnocentrismo obstétrico, Com isso, faz-se emergir o *corpo-político* (CASTRO-GÓMEZ E GROSFUGUEL, 2007) do campo profissional, que o caracteriza como campo de conflitos e de disputas por legitimidade.

Nesse sentido, determinados discursos profissionais demonstram que a emancipação da ação profissional, resultado da quebra de dicotomias e paradigmas, envolve a sensibilização do olhar profissional, orientado para o reconhecimento da autonomia.

Conceitualmente, a partir da Bioética feminista, autonomia pode ser visto como um processo legitimador da liberdade de ação dos indivíduos, sobretudo daqueles que, limitados a quadros de hierarquia social, estão impossibilitados de agir livremente (DINIZ e GUILHEM, 2005; ARAÚJO et al, 2008). O princípio de autonomia está circunscrito às relações de poder e é mobilizado significativamente em contextos de desigualdade. Na vasta sorte de desigualdades, nota-se as instauradas entre mulheres e homens, entre pessoas com diferentes níveis de escolaridade, de diferentes classes sociais, assim como na relação entre médicos e pacientes, médicos e enfermeiras etc. Nesse cenário, a proposta da Bioética pode ser vista como espaço de reprodução dos valores morais de um determinado grupo, tendo sempre como objetivo a proteção dos valores humanos nas situações de vida, protegendo-os do utilitarismo empregado nos dispositivos coloniais, cuja ênfase está voltada para a racionalidade técnica.

A Bioética aponta para uma visão crítica sobre as desigualdades sociais, desconstruindo-as especialmente da perspectiva do gênero, mas também da perspectiva da subalternidade dos saberes, historicamente associados a grupos desprivilegiados. Nesses grupos, pode-se identificar mulheres, além das parteiras e das enfermeiras, por exemplo, cujos saberes obstétricos sofrem silenciamentos, numa disputa histórica contra a centralidade da ação médica (PARREIRA e PEREIRA, 2004). O conceito de autonomia, nessa perspectiva, evidencia a assistência ao parto como questão de poder, a partir das quebras de dicotomias em relação ao sistema biomédico (RIESCO e FONSECA, 2002). Pode-se dizer que a autonomia funcione como categoria nodal, pois reflete o entrelaçamento das redes de poderes.

Os caminhos para o exercício da autonomia da mulher, relacionados à experiência do parto como experiência autoral, deve passar pela revisão dos lugares dos profissionais na hierarquia de saberes e nas redes de assistência. O movimento de humanização da assistência ao parto, sem dúvida cria tensões nessa rede, na medida em que ressignifica o lugar da mulher e do profissional não-médico, propondo um modelo de assistência pautado pela horizontalização das relações profissionais e da transmissão de conhecimento (JORDAN, 1993). Apesar de todas as ambiguidades que possam haver na prática desse princípio, o sujeito integrante desse paradigma, pode-se dizer, é marcado pela auto-reflexividade

(MULLER e PIMENTEL, 2013), ligada a um estado de autonomia, envolvendo relações de risco e de confiança nos sistemas (GIDDENS, 1991).

Não existem dúvidas quanto a importância dos profissionais não-médicos na transformação do paradigma da assistência obstétrica. Existem muitos estudos nesse sentido, apontando para o excesso de intervenção e de medicalização como causa de insatisfação e traumas diversos; para os fatores médicos relacionados ao excesso de intervenções e medicalização; para a importância do profissional não-médico na desconstrução desse cenário hegemônico; enfim, para conflitos diversos envolvendo as relações profissionais (FAÚNDES e CECATTI, 1991; PEDUZZI, 1998; BONADIO et al, 1999; GUALDA, 2002; LANSKY et al, 2002; ANGULO-TUESTA et al, 2003; FURLLERTON E THOMPSON, 2005; NARCHI, 2010 GAMA et al, 2016). Vale ressaltar que o processo de medicalização é central no entendimento desse cenário, pois ajuda a explicar a própria centralidade do ator médico e do seu poder de resolutividade.

A assistência ao parto, como dispositivo de biopoder, se manifesta nesse sentido, tanto na experiência das mulheres, como na experiência dos profissionais da assistência. A autonomia da mulher deriva da elaboração de conhecimentos de si e dos corpos (RODRIGUES, 2015), enquanto a autonomia profissional está relacionada à ação profissional no processo terapêutico (VERÍSSIMO, 1996; ANGULO-TUESTA et al, 2003; BUENO e QUEIROZ, 2006; AMMANN, 2008).

Há de se reconhecer os esforços da OMS e do Ministério da Saúde (MS) em estimular e apoiar profissionais não-médicos na promoção da assistência obstétrica, mas a realidade é que o contexto de trabalho, para a grande maioria dos profissionais não-médicos, mostra-se limitado, marcado pela marginalidade e ausência de autonomia. Não à toa, Veríssimo (1996) pôde sistematizar a orientação das ações da enfermeira, em situações que exigem decisões, a partir dos seguintes temas: “obrigações e restrições definem o papel institucionalizado da enfermeira”; “identificando recursos que respaldem sua atuação”; “sentir-se frágil para escolher” e; “tentar preservar-se”. No interior do paradigma obstétrico biomédico, paciente e profissionais não-médicos são apreendidos como sujeitos algo passivos, algo silenciados, por não compartilharem do conhecimento especializado manobrado pelo médico na lida com o trabalho de parto.

O conjunto de dados apresentado nesta tese, espera-se, ilumina algumas vias de desconstrução dos privilégios garantidos pela centralidade médica. Trata-se de uma

perspectiva que cria espaços de subversão dos saberes hegemônicos e abre caminhos de reconhecimento e de valorização dos saberes contra-hegemônicos, representados pela prática de parteiras, doulas, enfermeiras e de médicos, inclusive, na medida em que desconstroem o olhar treinado para o risco, descondicionando-o da suposta ameaça que o parto representa.

Os saberes não-médicos, ainda que originados na biomedicina (como é o caso do saber da enfermagem), contém elementos que os diferem do saber médico. Conforme o campo evidencia, contudo, a expressão dessas diferenças não se dá livremente, pois esbarra em limites políticos que elevam o deslocamento epistemológico ao funcionamento de um sistema de privilégios e lugares de poder. O item que segue, cumpre a função de historicizar e aprofundar a discussão a respeito da diferença histórica erguida entre médicos e não-médicos, no campo profissional da assistência ao parto. Moldada a partir de uma matriz de gênero, trata-se de um conjunto de diferenças, definitivas na construção do parto como evento médico, na concepção do parto como evento arriscado e, conseqüentemente, na própria pertinência da medicalização.

3.1 DEMARCAÇÕES DE GÊNERO NOS SABERES DO PARTO E DO PARTEJAR

Segundo Joan Scott (1995), gênero se constitui como campo por meio do qual se articula formas de manutenção de poder. Nessa mesma direção, Bourdieu (2014) afirma que a divisão de gênero está na ordem das coisas, de modo que a força da ordem masculina torna-se evidente ao dispensar justificações para sua soberania. A visão androcêntrica, segundo o autor, é continuamente legitimada pelas próprias práticas que ela determina. Suas disposições resultam da incorporação do preconceito desfavorável contra o feminino, instituído na ordem das coisas, ao ponto em que se torna possível constatar que a dominação masculina reúne, de maneira autorreferenciada, as condições para o exercício pleno de seu poder.

Sendo historicamente *ofício de mulher*, partejar é um trabalho que já habitou predominantemente o interior dos domicílios e já se configurou hegemonicamente como modelo de assistência pautado em um sistema de troca não institucionalizado e descapitalizado, operante em escala local, envolvendo atores vizinhos (DEL PRIORE, 1995). Como *ofício de mulher*, portanto, partejar representa um tipo de ocupação ou de trabalho, cujo desenvolvimento histórico não pode ser visto como processo independente das implicações trazidas pela compreensão do que é, e como é, ser mulher. Nessa perspectiva, as conseqüências de ser mulher-parteira ou mulher-parturiente seguem na mesma toada, o que torna as cenas de parto ou o campo do parto, um lócus de possibilidade de captura da

superioridade masculina, evidenciada a partir das práticas (BOURDIEU, 2014). A assistência ao parto, tanto na experiência das parturientes, quanto na experiência das parteiras, se revela como mecanismo social por meio do qual a dominação masculina se torna legítima, aceita e defendida por todos (BOURDIEU, 2014).

A divisão sexual inscrita na divisão das atividades produtivas (assistência obstétrica como atividade de trabalho) determina a construção do senso comum que atribui ao homem médico o monopólio da assistência oficial e que reserva, à mulher parteira, o território da ação leiga. Trata-se, como aponta Bourdieu (2005), da operação do poder simbólico, por sua vez fundado na posse de um capital simbólico. Esse capital deve ser entendido como fruto da autoridade social adquirida em lutas históricas anteriores. Nesse sentido, o capital simbólico é um crédito, é o poder atribuído às palavras daqueles que obtiveram reconhecimento suficiente para ter condição de impor o reconhecimento. Conforme diz o autor,

Poder simbólico é um poder de fazer coisas com palavras. É somente na medida em que é verdadeira, isto é, adequada às coisas, que a descrição faz as coisas. Nesse sentido, o poder simbólico é um poder de consagração ou de revelação, um poder de consagrar ou de revelar coisas que já existem (...) através do conhecimento e do reconhecimento (BOURDIEU, 2004, p. 167).

As primeiras regulamentações na assistência ao parto chegaram no Brasil à luz do que já ocorria em Portugal desde o século XVI. Para atuar legalmente, em Portugal, as parteiras eram obrigadas – além da formação em curso reconhecido – a efetuar registro nas administrações dos conselhos, sendo então autorizadas a anunciarem seus serviços e a abrirem casas de parto. A infração do não registro implicava em prisão e multa. O Código Penal português de 1852 ainda continha outras medidas específicas para a penalização de parteiras, no âmbito dos seus deveres profissionais, deveres de socorro e postura ética (CARNEIRO, 2005, p. 72).

No Brasil colonial, eram as câmaras municipais que fiscalizavam o exercício de ofícios ligados à cura e à cirurgia, provavelmente incluindo a atividade das parteiras (MOTT, 1999, p. 26). Com a transferência da corte para o Brasil, em 1808, essa fiscalização passou à responsabilidade do Físico Mor, que concedia licenças de atuação para as parteiras mediante aprovação em exames práticos e teóricos. Esse fenômeno de regulamentação e institucionalização fixou-se definitivamente no Brasil em início do século XIX, com a criação

das escolas de medicina e cirurgia da Bahia e Rio de Janeiro, que abrigavam o curso de parto (BRENES, 1996; MOTT, 1998, 2001; MARQUES, 2005).

As estratégias aventadas para a proteção da classe das parteiras formadas envolvia a exigência de um melhor preparo para a aceitação das pretendentes nos cursos de parto, que até então somente requeriam a alfabetização das alunas. Dessa forma, a concorrência profissional seria mediada por maiores exigências na admissão das mulheres, maiores dificuldades para a conclusão do curso e vigilância para a proibição da atuação das parteiras não registradas.

Outro elemento importante nas considerações que visavam melhorias gerais para a categoria diz respeito aos altos níveis de infecção puerperal, derivados de infecções ocasionadas durante os partos. Nesse sentido, a criação de um código uniforme de desinfecção puerperal e a formação no domínio da assepsia teriam sido iniciativas voltadas a garantir maior segurança para mulheres e bebês, além de melhores condições de trabalho para as parteiras registradas.

No entanto, apesar da insistência na diferenciação das parteiras formadas em relação às parteiras práticas, os cursos de parto representavam o outro lado da moeda. Sediados nas universidades e escolas médicas, esses cursos talvez tenham sido as primeiras iniciativas em normatizar e submeter aos domínios da medicina a prática das parteiras (JORGE, 1975; PIRES, 1989). Os cursos também serviram à reprodução de conceitos e procedimentos médicos que teriam tornado a atuação da parteiras mais próxima do que eles consideravam adequado (MARQUES, 2005).

Se por um lado essa formação diferenciava possíveis parteiras registradas de meras *curiosas*, por outro mantinha definitivamente essas profissionais atuando à sombra dos médicos, cada vez mais centralizadores da assistência obstétrica: “Tais cursos, pontualmente ajustados, introduziriam as jovens candidatas a parteiras na nova cultura obstétrica, mantendo embora todo o tipo de limitações que vinham de antigamente” (CARNEIRO, 2005, p. 97).

O Anuário Estatístico de 1937 traz um registro interessante da participação dessas parteiras nos estabelecimentos de saúde do Brasil entre 1933 a 35, listando-as como parte do efetivo de colaboradores e auxiliares, ao lado de dentistas, farmacêuticos, enfermeiras e religiosas (IBGE, 1937). Não é necessária qualquer estatística para mostrar, entretanto, que essas parteiras licenciadas respondiam por uma fração muito pequena do universo incalculável das parteiras práticas, que atuavam sem nenhum tipo de autorização legal, invisíveis às tentativas de vigilância administrativa e distantes dos ambientes hospitalares.

Parteiras “formadas” pela simples necessidade de atender uma familiar ou vizinha, geralmente não tendo no ofício a única ou principal atividade de suas vidas.

Com relação a essas, tidas como parteiras *práticas*, o desnível da legitimidade entre seu saber e o saber biomédico é muito mais acentuado, evidentemente. O empirismo e a coloquialidade desse tipo de assistência foi rebaixado ao patamar de costume pitoresco, atrasado e primitivo, tendo nas superstições a sua caricatura de racionalidade. Tal mensagem, não raramente esteve presente em trabalhos acadêmicos vindos da ordem médica, como evidencia Mott (1999) e Marques (2005), a partir das passagens escritas por médicos ou estudantes de medicina. Respectivamente,

“Mulheres de ordinário nascidas numa classe mui baixa da sociedade, imbuídas de graves preconceitos, despidas de todos os conhecimentos, ignorando mesmo muitas vezes o ler e escrever, cuja mocidade foi estragada nos deboches e nos prazeres” (COSTA *apud* MOTT, 1999, p. 25).

“Apanágio quase exclusivo de mulheres sem qualquer instrução real – literária ou técnica – e que, oriundas geralmente das classes mais baixas da sociedade, ostentavam imerecidamente o nobre título de parteiras – como infelizmente ainda hoje acontece – a arte obstétrica representou durante um longo percurso das passadas eras – o acanhado reduto das práticas rotineiras que, transmitidas inalteradamente de geração em geração, retardaram consideravelmente a sua marcha evolutiva singular” (MARQUES, 2005, p. 66)

Osawa et al (2006) também relata características do rebaixamento profissional sofrido por parteiras, nesse contexto de desenvolvimento da cultura médica. Em algumas circunstâncias, tal esforço se deu pela disseminação e reafirmação do preconceito já presente na sociedade e que se voltava contra os imigrantes e população negra, condições comuns entre parteiras americanas no início do século XX. A febre puerperal e outras complicações ligadas ao nascimento, de ocorrência comum até a descoberta de do streptococcus e da penicilina, foi atribuída à prática das parteiras por diversas vezes.

“A imagem da parteira como mulher ignorante, analfabeta, sem moral, responsável pela morte de mães e recém-nascidos devido a falta de qualificação profissional, é encontrada não apenas na literatura médica brasileira do século XIX, como também na de vários países, tendo sido inclusive incorporada por historiadores e sociólogos do século XX” (MOTT, 1999, p. 25).

Incorporando mais do que novas noções em assepsia e mais do que procedimentos simples (toque, ausculta e pelvimetria), a nova cultura de assistência médica abarcava novas formas de intervenção no parto: no campo cirúrgico, o fórceps e a cesariana; no campo

farmacológico, a anestesia e a indução de parto. Essas intervenções aumentaram ainda mais o distanciamento entre a prática das parteiras e a prática médica.

A submissão da atividade das parteiras ao controle vigilante dos médicos, expressão dessa hierarquização de profissões, tornava-se igualmente patente na situação formativa e profissional da parteira a partir da segunda metade do século XIX. A assistência ao parto transformou-se profundamente com a evolução da episteme científica, a partir da aliança entre a medicina e a cirurgia que representou outro estatuto para a atenção à saúde. Os médicos elevaram-se à elite de uma sociedade que seguia as crenças positivistas e a parteira, por outro lado, foi enquadrada em um modelo de formação pouco ambicioso e cada vez menos valorizado, tendo ficado muito distante desta ebulição cultural (CARNEIRO, 2005).

“Com o desenvolvimento da prática de medicalização do parto, a parteira foi sendo remetida para posições cada vez mais subalternas, tolerada apenas como solução barata em meios sociais ou zonas geográficas que não constituíssem mercado aliciante para os médicos, ou, cada vez mais, enclausurada nos meios hospitalares” (CARNEIRO, 2005, p. 70).

Tantas descobertas, protagonizadas especialmente por cirurgiões e médicos-cirurgiões, vieram evidenciar ainda mais os limites de atuação dessas profissionais. Consequentemente, essas mulheres se submeteram “aos planos de paramedicalização que o poder médico desenvolveu para enquadrar todas as outras atividades que se desenrolavam no campo da saúde” (CARNEIRO, 2005, p. 97).

“O controlo das infecções puerperais e o desenvolvimento de capacidade de extracção do feto sem riscos para a mãe e para a criança constituíram as dimensões fundamentais de uma nova cultura obstétrica, que tornou inevitável e desejado o papel do obstetra junto das parturientes, contribuindo para normalizar e delimitar espaços profissionais que antes eram essencialmente conflituais. Consolidando o tradicional ordenamento das artes de curar, produziu-se uma nova legitimidade para a divisão do trabalho já experimentada: à parteira foi-lhe definitivamente entregue a função de assistir aos partos ditos naturais e aos médicos-parteiros coube-lhes resolver os casos complexos, pela administração das novas técnicas obstétricas, em processo de refinamento crescente” (CARNEIRO, 2005, p. 78).

A entrada da figura masculina nesse universo foi, portanto, um dos aspectos fundamentais dessa nova configuração institucional do parto e abriu horizontes para a experimentação clínica sobre o parto a partir de um discurso anátomo-patológico (MARTINS, 2005), que como coloca Brenes (1991), aponta para a possibilidade institucional de

interrupção da gravidez, voltada especialmente para casos de disfunções anatômicas no corpo da mãe.

Inovações como a adoção rotineira do parto horizontal (posição de litotomia) passaram a ser promovidas para favorecer o papel do observador no momento do parto, facilitando as intervenções médicas. Ao abrir caminho para a intervenção masculina, substituindo o caráter de assistência crédula das parteiras, a medicalização do cuidado à gestante/parturiente inaugurou a interpretação do parto como um evento controlado pelo médico.³⁰

Com esses e muitos outros avanços, a obstetrícia pode atribuir a si mesma a missão solidária, humanitária e superior de intervir racionalmente no trabalho antes feminino de partejar, a título de oferecer às mulheres um paliativo aos sofrimentos e aos riscos do parto. A dor e o medo foram elementos constantes e subjacentes ao discurso legitimador das práticas médicas e fonte importante de inspiração para seus avanços técnicos, legitimados por promessas de salvação de mulheres e bebês.

A demarcação de gênero na produção de conhecimento obstétrico, tornou ainda mais incisivo o processo que culminou nos dois extremos: o homem como detentor do saber obstétrico e a antiga parteira, desqualificada e crédula. Como já aventado, parte dessa imagem negativa foi forjada pelo próprio discurso cientificista da classe médica, alavancado a uma posição de autoridade discursiva no contexto de assimetria que diferenciava a *técnica* e a *ciência* obstétrica dos *costumes* e *superstições* das comadres.

As representações veiculadas, geralmente cheias de imagens exageradas e expressando verdadeiros cenários de horror, sujeira e morte, são atualmente entendidas como parte de uma estratégia de territorialização profissional (CARNEIRO, 2005, p. 69), em vistas da valorização de uma categoria pelo rebaixamento de outra. Nesse sentido, pode-se dizer que o estatuto privilegiado da profissão médica nas sociedades ocidentais é fruto de um processo secular que transformou os modos de pensar a respeito do corpo e dos processos humanos.

Tanto o parto, quanto outros processos do ciclo reprodutivo, ao serem apreendidos como problemas médicos, trataram de reforçar o lugar passivo reservado às mulheres no interior do paradigma biomédico. Neste lugar, a mulher é objetificada e seu corpo se torna

³⁰ O fórceps obstétrico, inventado pelo cirurgião inglês Peter Chamberlain no final do século XVI, é considerado o marco inaugural da medicalização do parto. Sua disseminação teve peso importantíssimo na construção da obstetrícia como ciência médica, mas principalmente como técnica dominada pelo homem (OSAWA e MAMEDE, 1995).

receptáculo de intervenções e da ação médica (TURNER, 1995). A objetificação do corpo também está presente na forma como se reproduzem as práticas de assistência, de modo que, para exemplificar, é comum médicos e enfermeiras se referirem ao útero, ao colo cervical ou às contrações uterinas como se estes fossem, propriamente, a individualidade da mulher parturiente. Tão comum quanto isso, é referirem-se aos mesmos órgãos como se fossem peças de uma engrenagem, construindo imagens literalmente maquinicas do corpo que pare: “a contração é o motor do parto”.

Hoje, no Brasil, a assistência obstétrica, ainda muito permeada pelas concepções culturais dos médicos, se caracteriza pela valorização da ação médica, em detrimento do cuidado e da autonomia da mulher. Embora a obstetria seja, atualmente, uma das especialidades médicas onde a representatividade de mulheres é mais acentuada (CFM, 2013)³¹, pode-se dizer que sua prática ainda é misógina, pois faz uso da medicalização para fins de controle sobre o corpo. Existe a tese de que a classificação de risco (alto, médico, baixo risco – ou risco habitual) gerou o processo de medicalização que transformou a assistência obstétrica no Brasil, nas últimas décadas (ARAÚJO e OLIVEIRA, 2006). Defendo neste trabalho, contudo, que não seria tanto a classificação de risco, o elemento responsável pela medicalização, mas anterior a ela, a própria disseminação de discursos com sentido de silenciamento, apoiados sobre apreensões científicas acerca do risco inerente ao parto.

Sabe-se, por outro lado, que a produção de discursos de verdades, engendra dentro dos próprios espaços de produção de hegemonias, a produção de resistências e outras expressões de poder. Como aponta Foucault (2007), os discursos produtores das verdades “oficiais” também impulsionam a produção de sua própria contestação. A partir desta compreensão, pode-se dizer que o poder não se encontra personificado em categorias específicas de sujeitos profissionais, como também não será localizado, tampouco datado com especificidade. Ao contrário, o poder deve ser abordado como um feixe aberto de relações, cujas condições de exercício, promovem estratégias de poder (FOUCAULT, 2008).

Tal entendimento, acerca das manifestação do poder na assistência obstétrica, contribui para a compreensão de realidades do campo, essencialmente distintas da realidade hegemônica. O que dizer, por exemplo, de contextos em que parteiras não diplomadas,

31 Das 53 especialidades reconhecidas, os homens são maioria em 40 delas, ou seja, predominam em 75,06% das áreas. As mulheres estão em maior número em apenas 13 áreas, sendo uma delas a Ginecologia e Obstetria, representada em 49,47% por homens e 50,53% por mulheres.

parteiras tradicionais, são absorvidas por sistemas de saúde locais, passando a atuar dentro de unidades de assistência ou recebendo remuneração pelos partos que atendem? Ou ainda, o que dizer a respeito de médicos obstetras que se autorreferenciam como parteiras ou parteiros? Que lutas estão por trás desses fatos que, ainda sem aprofundamento, sugerem sentidos políticos contra hegemônicos? Existem, nessas e em outras situações, claras sugestões ao significado positivo que a assistência da parteira – ou o partejar, o parto normal ou ainda, o parto humanizado – recebe em determinados contextos inscritos no campo.

O conflito histórico entre profissionais da assistência obstétrica aponta para a importância do risco, como será visto adiante. A categoria do risco é como um epicentro filosófico dos saberes obstétricos, uma vez que, conforme demonstrado, os profissionais estão sempre definindo suas práticas a partir de algum olhar sobre ele. A hospitalização do parto, atualmente, está associada a agenciamentos discursivos que avaliam o evento, sobretudo dessa perspectiva, atribuindo domínios de poder à capacidade resolutiva da ação médica. Assim, a hierarquia de saberes obstétricos é percebida justamente nos sentidos que emanam do contato entre a experiência do profissional e as percepções partilhadas de risco no parto. Dessa articulação, nasce toda a gama de normalizações que reservam à enfermeira, à parteira, à doula e ao médico, posições de força política desigual.

Deste cenário de desigualdades, onde o crédito de capital simbólico, como aponta Bourdieu, remonta às lutas históricas por reconhecimento, é importante olhar para este conceito, reconhecimento, com mais atenção. Com mais atenção, pois se tratam de questões pertinentes à busca pelo entendimento não monológico do campo (MARTINS, 2009) e levam o olhar para além do economicismo e das referências biomédicas. O lugar do reconhecimento no discurso profissional resgata temas como a dignidade e o cuidado e, empiricamente, além do que já está semanticamente inscrito na palavra “reconhecimento” – ato através do qual alguma coisa é admitida como verdadeira; aceitação da legitimidade de; gratidão (HOUAISS, 2011) – pode ser captado por meio do fato moral que existem por trás dos conflitos, quer ocorram no mundo do trabalho, da família ou da rua (HONNETH, 2003).

Finalidades individuais estão abertas em princípio para universalizações sociais, então ali, na relação do amor, elas estão encerradas de modo necessário nos limites estreitos de uma relação primária. Dessa delimitação categorial já resulta um primeiro conceito preliminar e rudimentar do que deve ser entendido por luta social no contexto de nossas considerações: trata-se do processo prático no qual experiências individuais de desrespeito são interpretadas como experiências cruciais típicas de um grupo inteiro, de forma que elas podem influir, como

motivos diretores da ação, na exigência coletiva por relações ampliadas de reconhecimento (HONNETH, 2003, p 257).

Para Honneth, todos os processos geradores de dignidade social e individual resultam de lutas por reconhecimento que possuem um fato moral por trás, quer ocorram os conflitos no mundo do trabalho, da família ou da rua. São as dimensões morais e políticas do campo da assistência que se revelam a partir do reconhecimento, a partir da forma como os profissionais enxergam uns aos outros e na forma como enxergam às mulheres. Dessa perspectiva, a assistência obstétrica passa a se configurar como campo estruturado onde operam conjuntos de relações e práticas de afetividade. Torna-se, além de um campo técnico, um espaço estruturado de exaltação de valores compartilhados. E que valores são esses? É o do respeito à autonomia (liberdade de ação) da mulher? Ou será a racionalidade instrumental? ou ainda a manutenção de privilégios conquistados pela hierarquização de saberes (SANTOS, 2010)?

Conforme as ideias de Taylor (2000), há um vínculo entre reconhecimento e identidade, na medida em que a segunda é em parte moldada pelo reconhecimento que chega por meio das relações sociais. Estando ausente, o tal reconhecimento, ou sendo ele desmerecedor ou silenciador, danos e distorções sobre a autoestima são causadas, em prejuízo de grupos, grupos profissionais neste caso. A discussão sobre reconhecimento traz a compreensão de que não há um único caminho, ou um caminho fácil, para resolver a trama de conflitos que estruturam o campo profissional (conflitos que remontam às relações entre sociedade e estado, mulheres e instituições, mulheres e profissionais, profissionais entre si). O entendimento das patologias sociais que afligem os indivíduos na contemporaneidade, entre elas a incapacidade de solidarizar-se com o outro (dadas as implicações sobre a autoestima na vida profissional), leva a esta complexificação.

Tal como se pode perceber, interessou-me especialmente, uma das três dimensões da teoria do reconhecimento, tal qual elaborada por Honneth: a solidariedade, capacidade de colocar-se no lugar do outro, construída pelo valor moral da autoestima na vida profissional. Tal dimensão se manifesta de diversas maneiras no campo, especialmente na prática utilitarista hegemônica, em contextos onde a objetificação da mulher impede a manifestação do cuidado.

Exemplo disso é a pressão que sofrem os profissionais que atuam em cenas de partos domiciliares. Ações silenciadoras e punitivas que se voltam contra parturientes,

parteiras, doulas e médicos. Outro exemplo é a reprodução da hierarquia profissional que fora apresentada até aqui. A hierarquia entre os sujeitos profissionais, cuja base é constituída por discursos de risco, é o que mantém viva a norma do parto como experiência tutelada pelo médico obstetra. Isso significa que quando um profissional diz não se sentir reconhecido, seja pela comunidade que ele atende, seja pelo sistema de saúde, ele está dando sinais que qualificam a construção de sua identidade profissional. Essa identidade se configura como espaço de luta por reconhecimento ou termina por reforçar a hierarquia e, é importante ressaltar, onde há hierarquia, não pode haver cuidado.

3.2 A CENTRALIDADE DO MÉDICO E DO HOSPITAL

A subordinação dos profissionais não-médicos, no cenário da assistência obstétrica, é resultado de uma disputa desigual por autoridade discursiva que reforça a centralidade do saber e do discurso médico, como da institucionalização hospitalar do parto. Essa centralidade, aqui evidenciada, exerce uma influência significativa sobre a prática de profissionais não-médicos, como demonstra a análise da categoria *risco profissional* presente no discurso dos sujeitos. A imagem da âncora epistemológica (MACCALLUM et al, 2015) expressa essa relação de forma direta.

A normalização do cuidado em obstetrícia, que reserva à biomedicina lugar de pertinência absoluta, reproduz essa ideia a partir do risco e do parto como evento perigoso. Essa é a lógica que alavanca o olhar médico, a tecnologia hospitalar e a institucionalização do parto à centralidade de onde ela mesma, a própria lógica, partiu. Manter viva a crença de que o parto é algo a se temer ou que, de uma hora para outra, pode se transformar num cenário de morte e horror, é a forma mais eficaz de vender a necessidade de uma equipe de cirurgiões como condição básica para que a assistência aconteça em bases seguras. Segundo Ulrich Beck (2010), esse processo

(...) permite ao grupo profissional, a partir do seu controle sobre o desenvolvimento cognitivo no campo de atividade por ele monopolizado, gerar estratégias profissionais constantemente novas, favorecendo-se portanto com os riscos e situações de ameaça que ele mesmo produza e expandindo continuamente seu próprio âmbito de atuação por meio de inovações tecnológicas-terapêuticas relacionadas a esses mesmos riscos e ameaças" (BECK, 2010, p. 311).

Entende-se que a centralidade do saber médico no campo é atestada na forma como a autonomia profissional é gerenciada dentro dele. A verticalização das relações profissionais e a resistência ao compartilhamento de responsabilidades, ambos consequência

da ausência de reconhecimento, são abundantes entre as cenas de parto. Toda forma de subordinação da identidade profissional se constitui por ausência de reconhecimento. A indagação retórica, no trecho abaixo, “quem é o médico aqui, eu ou você?” crava a hierarquia profissional estabelecida, cessando o diálogo entre profissionais.

“O trabalho de parto evoluía lentamente, ainda não tinha padrão forte de contrações. O médico de plantão avaliou o colo e disse, se dirigindo à enfermeira, “põe ela no soro, 8 gotas por minuto”. Nessa hora eu perguntei se antes da mulher 'entrar no soro' a gente não podia tentar caminhar um pouco para ver se as coisas aceleravam. Na mesma hora ele se vira – até ali ele não tinha sequer olhado pra mim – e diz 'quem é o médico aqui, eu ou você?’” (doula 4).

Acusar a centralidade do saber médico e as estratégias discursivas que a reproduzem não implica em afirmar que todo sujeito médico atua na assistência de modo a corroborar com esse sentido político. Há devires na medicina que agem no sentido de desconstruir essa centralidade, permeabilizando as fronteiras epistemológicas dos saberes obstétricos. Isso reforça a necessidade de uma análise que vá além das fronteiras fundadas no valor do diploma para compreender a realidade atual da assistência obstétrica. Há de se considerar o trânsito de saberes a partir da epistemologia das práticas. Essa constatação abre horizontes para a identificação de linhas de fuga a partir da medicina, evidenciando diferenças que vão além dos protocolos, podendo mesmo ser analisadas como questões epistemológicas.

As fronteiras epistemológicas da assistência tornam-se perceptíveis a partir das diferenças entre os modos profissionais de atuar no parto. Tais diferenças não despontam apenas quando a comparação se dá entre categorias profissionais distintas, mas também no interior das categorias. A vivência do campo mostra que há muitas formas de ser médico obstetra ou de ser parteira, assim como há muitas formas de ser enfermeira obstetra ou de ser doula. Analisando tal diversidade por uma perspectiva ampliada, nota-se que ela se organiza territorialmente em razão de princípios coloniais de hierarquia e silenciamento, o que traz prejuízos históricos para a experiência das mulheres brasileiras.

A ausência ou a fragilidade do reconhecimento que os sujeitos expressam estão sempre ligadas ao diploma e à noção de risco compartilhada. A questão do risco se desdobra em direção a questão da autonomia profissional e da autonomia da mulher. Como aponta a médica no trecho abaixo, é a partir de um “lugar de decisão” – leia-se, lugar de autonomia – que as disputas por reconhecimento são travadas entre as profissionais no campo da

assistência. Essas disputas, situações que envolvem silenciamento e competição, refletem o funcionamento da clássica construção do *authoritative knowledge*.

"Existe muito conflito aqui dentro do hospital, muita competição. A minha opinião é que todo mundo tem o seu papel, mas não se pode passar desse limite, se não prejudica o principal interessado que é o paciente. Outra coisa, o médico está aqui pra ajudar os pacientes e os outros deveriam entender isso. Outra coisa ainda, existe uma confusão em torno do que é um parto que precisa de ajuda ou que não precisa de ajuda nenhuma. Vejo que hoje a gente está vivendo um tempo no Brasil de muita mistura... e isso sobra pro bebê que está nascendo. Nessa briga de quem pode ou não pode tomar decisões, quem se dá mal é o paciente que acaba correndo mais riscos (...) Na obstetria tem hora em que aquele que tem conhecimento tem que decidir rápido. Aconteceu dia desses: a paciente estava em trabalho de parto há muitas horas, quem estava partejando era enfermeira e quando eu cheguei lá a paciente estava exausta. O partejamento que se faz hoje em dia, olha, sinceramente, as pessoas tem que ter a responsabilidade de saber a hora de intervir e resolver a história. Se o profissional demora muito tempo, acontecem problemas fetais. A tendência agora é 'vamos deixar as coisas acontecerem', não intervir, não fazer nada. Me desculpe, com a experiência que eu tenho... eu sabia que as contrações não estavam adequadas e que aquele bebê levaria mais duzentas horas pra nascer. Agora eu, como médica, sei e posso dar um medicamento que vai fazer o neném nascer mais rápido e consequentemente tenha menos chance de ter lesão. Então, a enfermeira obstétrica e a doula, com sua filosofia de 'não vamos fazer nada, já que tudo acontece naturalmente' me olharam com a cara fechada quando eu disse isso. Bem, mandei colocarem ocitocina, deu cinco minutos o menino nasceu" (médica obstetra 3).

Vale lembrar também que os mecanismos de controle da ação médica se constituem por juntas médicas, o que seguramente implica no fortalecimento da autonomia da classe. Citando novamente Ulrich Beck, o autor aponta que

Mesmo o “terceiro poder”, o judiciário, quando precisa decidir a respeito de “negligência profissional”, acaba tendo de recorrer justamente a normas e fatos que foram medicinalmente produzidos e controlados e que, em última medida, de acordo com a construção social da racionalidade, podem ser julgados apenas por médicos e por mais ninguém (BECK, 2010, p. 311).

A hierarquia que ordena o lugar das profissionais no campo, determinada a partir da hierarquização de saberes, é certamente temperada pela negociação do valor do diploma, mas o lugar da profissional em cenas específicas de parto é também fruto das negociações entre experiências. Nesse sentido, é possível afirmar que a inquestionável centralidade do saber médico é resultado de negociações que envolvem visões de risco e visões de autonomia, conceitos organizados numa continuidade. Por meio de uma série de representações, o risco e o tempo são categorias ligadas ao lugar da ação médica e do ambiente hospitalar, tanto no campo das normalizações práticas quanto no campo dos desejos.

Falar do risco do parto é falar do tempo do parto, duas categorias de expressiva presença nos discursos profissionais. As normalizações do campo profissional, na atualidade, mostram-se profundamente ligadas não somente à ideia do parto como evento perigoso, mas também ao movimento que busca adequar o tempo do parto ao funcionamento da engrenagem institucional. Juntas, risco e tempo são categorias que sustentam a centralidade do hospital e da resolutividade potencial da ação médica no contexto da assistência, fazendo vigorar um processo que transcorre em detrimento das perspectivas ancoradas na autonomia da mulher. Este é o pano de fundo do quadro mais geral da assistência obstétrica no Brasil, atualmente.

A desconstrução dessa ordem está representada em políticas de reconhecimento e na busca pela horizontalidade das relações profissionais. O desafio de complexificar e subjetivar a noção de risco e de tempo do parto, apurando a noção de autonomia da mulher, hoje são elementos que podem ser vistos como grandes obstáculos epistemológicos (BACHELARD, 1996), pois estão revestidos de preconceitos que criam falsas rupturas entre o conhecimento comum e o conhecimento científico. A desconstrução da ideia do risco do parto como condição absoluta, leva à desconstrução da centralidade do discurso médico e, nesse sentido, torna-se necessária frente ao objetivo de construir um cenário de assistência obstétrica democrático e verdadeiramente centrado no cuidado.

3.3 PARTEIRAS, CHARLATANISMO E A CARTA MAIS ALTA DO JOGO

O investimento da classe médica, a ofensiva médica, que compõe a institucionalização e hegemonia médica no Brasil é caracterizada pelo poder discursivo deste profissional que, na certeza de sua ciência superior, transforma-se numa espécie de legislador. Tratam-se de atos (médicos, institucionais e legislativos) dispostos a produzir uma hegemonia médica no campo do cuidado em saúde, o que inclui o mercado profissional, mas vai além dele. É equivocado, contudo, pensar na ofensiva médica como um esforço constante na história da medicina, sempre como produtor de cenários pasteurizados de colonialidade. Acima de qualquer coisa, a ofensiva médica acusa o espaço da disputa, que é diversificado e assume qualidades, por definição. Nesse sentido, é fundamental que se olhe para isso como um fenômeno limitado, tanto em relação à sua força quanto em relação ao seu alcance (JESUS, 2010).

Talvez o limite da ofensiva médica ajude a explicar as razões da durabilidade de determinadas estratégias de silenciamento, entre elas a condenação do curandeirismo, ideologicamente tratado por charlatanismo. Os atos que animam esta ofensiva, dando-lhe um

discurso, não podem ser apontados unicamente como repressores, mas sobretudo como produtores de sentidos e de subjetividades. Um aspecto resultante desta ofensiva pode ser observado nas representações atuais e usuais da parteira não diplomada, quase sempre inclinadas à precarização.

Como já se sabe, datam do século XIX as primeiras evidências da ofensiva à força política das parteiras não diplomadas. Naquele momento, a ofensiva se alinhava à criação dos cursos de parteiras, à emigração de parteiras diplomadas europeias e às primeiras regulações e normalizações aplicadas à categoria (MOTT et al, 2007). Nesse sentido, a perseguição ao charlatanismo das “comadres” impulsionou a diferenciação social e o status das parteiras diplomadas (MOTT, 1999b), marcando o início da assistência obstétrica como objeto de um sistema perito que mais tarde a conduziria inclusive para o centro das preocupações do saber médico.

Naquele momento, a resistência à prática médica era significativa e os diagnósticos sobre sua ação, assim como suas representações, apontavam para o sentido do médico, ou da medicina, como maquinaria produtora da morte (JESUS, 2010). Deve-se ainda considerar que a assistência ao parto levou décadas a mais que a clínica para despertar impulsos de regulação pelos legisladores. Nesse sentido, um dos argumentos para a criação dos cursos de parto buscava convencer médicos e legisladores de que a entrada da parteira profissional no cenário de assistência, ajudaria a diluir o preconceito contra os médicos.

Em outras palavras, o enfraquecimento político das parteiras não diplomadas, por meio da criação dessas imagens – aleijões ligadas ao charlatanismo, imundice e decadência – veio não somente inaugurar as normalizações da categoria parteira, mas também iniciar a desconstrução do parto como evento feminino. A articulação do charlatanismo no interior de um discurso de criminalização deu corpo ao que se pode entender por uma verdadeira perseguição política à classe das parteiras (MOTT, 1999b; OSAWA et al, 2006).

A definição de charlatanismo compreende a prática (prática obstétrica, nesse caso) fundada na ignorância e na má-fé, estando relacionada à assistência baseada em hábitos e práticas alheias à medicina alopática hegemônica (WITTER, 2005). No caso das parteiras, acusações de charlatanismo estiveram historicamente relacionadas à imperícia e à prática do aborto clandestino, de modo a garantir, por décadas, o lugar das parteiras ditas “curiosas” nas

páginas policiais. A busca pelo termo “fazedora de anjo”³² na Hemeroteca da Biblioteca Nacional³³ dá uma breve ideia disso, pois retorna com dezenas de resultados, datados de 1921 a 1984, retirados dos jornais de Pernambuco disponíveis no acervo.

Um desses casos de criminalização envolvendo abortos ilegais fora noticiado nas páginas policiais do *O Diário de Pernambuco*, em 1961, e contribui para a ilustração dessa estratégia tão presente na construção das subjetividades ligadas às parteiras não diplomadas:

A parteira Isaura Lopes da Silva, moradora à Travessa Barão de Itamaracá, 87, onde possui improvisada "maternidade" foi denunciada à polícia, ontem, por fazer abortos criminosos em número verdadeiramente alarmante. Um investigador de polícia, especialmente designado pela autoridade, trabalha sigilosamente visando a pilhar em flagrante a "fazedora de anjos", que já mandou muitas de suas vítimas para as nossas casas de saúde. Por outro lado, para exigir da polícia uma providência urgente contra as atividades criminosas de Isaura Lopes da Silva, o Sindicato das Parteiras de Pernambuco oportunamente estará reunido em assembleia extraordinária na sede social do Sindicato dos Comerciantes (...) e bem assim fazer um estudo minucioso do prejuízo moral e financeiro que a acusada vem causando à laboriosa classe. De conformidade com as denúncias levadas ao conhecimento das autoridades a "fazedora de anjos" vem tendo periódicos aborrecimentos com toda a vizinhança, em face do número cada vez maior de sua clientela. O movimento de mães solteiras e senhoras à procura da irresponsável parteira é bem avultado (...) A reportagem do DIÁRIO, à tarde de ontem, teve a oportunidade de manter contato com uma das dirigentes do Sindicato das Parteiras de Pernambuco, quando foi inteirada da campanha de solidariedade às mesmas, que está sendo movida por professores e ginecologistas locais interessados no desmascaramento e prisão da parteira criminosa.

Falou-se da durabilidade da estratégia de produção de ofensivas ao charlatanismo. Na atualidade, ofensivas contra o charlatanismo de parteiras marcam claramente alguns discursos profissionais, reproduzindo subjetividades acerca da prática de sujeitos não diplomados. A importância disso está na percepção de sentidos políticos colonialistas, historicamente reproduzidos por discursos que buscam caracterizar a prática da parteira como não científica, leiga ou mesmo criminosa.

Esse aspecto torna-se evidente a partir das representações que ancoram a prática das parteiras “na tradição” no discurso de boa parte dos sujeitos profissionais. Os resultados do domínio obstétrico, analisados no capítulo quatro, darão pistas de que essas representações nascem no âmago de uma lógica a que se pode apontar como evolucionista. Segundo tal perspectiva, a razão técnica das profissionais confronta-se com percepções de risco e alavanca

32 Termo aplicado a parteiras, curandeiras e amas de leite (ROCHA e ROCHA, 2011), acusadas de praticarem aborto e infanticídio.

33 <http://memoria.bn.br/hdb/uf.aspx>

a problemática à dimensão da legalidade, da pertinência e, conseqüentemente, do reconhecimento. Neste ponto, novamente, o parto se mostra como objeto de olhares territoriais, uma vez que a questão da legalidade profissional é flutuante, parece adquirir diferentes roupagens de acordo com a localização da cena de parto.

“O problema com as tais parteiras "neonatracionais" ou formadas em curso na tradição, é que elas atuam em centros urbanos. E é impensável, hoje em dia, perder uma mulher por hemorragia, ou um bebe asfixiado, num grande centro urbano” (médica obstetra, notas de campo).

“Eu entendo que em alguns lugares do Brasil o parto com parteira tradicional é a única alternativa pra mulher. Isso não significa que seja tudo bem escolher esse modelo nos centros urbanos e ainda por cima, sendo um modelo praticado por gente não formada em canto nenhum, como são as parteiras na tradição” (médica obstetra 2).

“Não tem nada de tradicional fazer um curso de alguns módulos e achar que pode partejar com segurança no meio da cidade” (doula 5).

A questão rural/urbana ganha um lugar especial nos processos que validam as profissões do parto. Não coincidentemente, a denominação “parteira urbana” nasce justamente nessa brecha e busca diferenciar a prática das “curiosas” da prática das parteiras científicas. Tal diferenciação se constrói, logo de cara, a partir da distância entre o novo e o antigo, o moderno e o atrasado. Em geral, o silenciamento e a deslegitimação do saber da parteira “na tradição” conduzem a julgamentos da prática desta profissional que não necessariamente se pautam pela narrativa das mulheres, ao contrário do que se pode esperar de perspectivas centradas na autonomia da mulher. No lugar disso, despontam discurso que preenchem o lugar simbólico da autonomia com preconceitos, cujos efeitos promovem a manutenção de privilégios e lugares de poder.

Nesse sentido, o debate em torno da pertinência dos modelos de assistência, quando levado às conseqüências do olhar legalista, reserva às parteiras “na tradição” o discurso da criminalização e a acusação por charlatanismo. Nada muito diferente dos termos que pautaram o caso da médica destituída de diploma de residência.

O campo do Recife, pode-se afirmar, apresenta as polêmicas e as disputas formadas em torno do reconhecimento da parteira “na tradição”, no que diz respeito à sua formação e à sua própria identidade profissional. No meio da humanização, é a partir das categorias lançadas pela OMS (WHO, 2004), *midwife* e *traditional birth attendant (TBA)*, que os discursos profissionais se valem de autoridade suficiente para excluir a parteira “na

tradição” do horizonte que abarca as boas práticas. Não são reconhecidas como *midwives*, tampouco como parteiras tradicionais.

É fundamental compreender que o apontamento dessas inclinações não significa que esteja sendo feita uma defesa da assistência oferecida pela parteira “na tradição”. Sabe-se como esses lugares de responsabilidade, especialmente quando mobilizam processos terapêuticos de cura, recebem um destaque que pode servir aos personalismos mais egocêntricos. Vê-se que a ênfase dada à ancestralidade do saber obstétrico e ao papel da intuição na prática da assistência, em alguns casos é mobilizada em direção ao personalismo, à veneração de parteiras tidas como mestras.

Davis-Floyd e Davis (1997) mostraram que, entre parteiras, a intuição representa um valor na disputa em torno do *authoritative knowledge*, assim como Fleischer (2011) mostrou que a experiência constitui um vasto campo de valoração entre elas. Ambas as autoras mostram como o papel social da parteira pode ser um lugar de reconhecimento, reiterando-o também como lugar de disputas. Nesse sentido, ser reconhecida como parteira pode ser tentador para alguns. Ainda mais, não seria correto admitir o lugar da parteira “na tradição” ingenuamente, sem antes analisar com maior profundidade o seu universo prático e simbólico, no âmbito do aprendizado e da assistência.

Reforçando, as conclusões aqui apresentadas não devem ser interpretadas em defesa ou em ataque à parteira “na tradição” ou a qualquer outra categoria profissional. A defesa de fato encarnada no pensamento que engendrou os dados recortados na pesquisa é a defesa do cuidado e da autonomia como condições inalienáveis. Explicado isso, pode-se retomar o foco da questão aqui colocada: o lugar de destaque das estratégias de criminalização e charlatanismo, cujo discurso representa a sobrevivência de marcas coloniais que sustentam a estrutura do campo há séculos.

Os trechos abaixo apresentam algumas variações do discurso de criminalização, no qual o cerne dos argumentos é, obviamente, habitado pela questão da legalidade, abordada a partir das questões da técnica e do risco.

“Para mim a questão quando se fala em legalidade na atuação das parteiras na tradição não é o fato delas não possuírem uma formação técnica em obstetrícia, mas sim o fato de enganarem pessoas para vender serviço. Quando elas, por exemplo, utilizam o sonar para ouvir o coração do bebê, eu acho que elas querem provar que são aptas, tecnicamente, profissionalmente, para atender o parto. Pra mim é charlatanismo puro. Querem parecer modernas, capacitadas, mas duvido que conheçam mesmo os problemas que podem acontecer... por exemplo, saber a

diferença entre simplesmente ouvir o coração do bebê e interpretar o que se ouve, duvido que conheçam isso pra valer” (doula 5).

“Se alguma coisa der errado na mão dessas parteiras, qual é a responsabilidade dessas pessoas? Digo, como elas poderiam ser responsabilizadas? Juridicamente, ela e uma vizinha são a mesma coisa. Agora, vender a ilusão de que ela pode ser responsável por isso, beira a criminalidade” (parteira urbana 4).

“É uma pessoa não qualificada atendendo parto, colocando gestante e bebê em risco sem necessidade. Implicação legal: exercício ilegal de medicinal/enfermagem, charlatanismo” (médica obstetra 1).

“Esse tipo de formação não é regulado por nenhum órgão, não tem acreditação, e nem sequer são avaliados. Não há como ter certeza que essa parteira está sendo formada com o mínimo de qualidade. E estão aí né, assumindo um lugar que não é delas, fazendo ausculta, exame de toque, ato médico, ato da enfermagem. As mulheres deviam deixar a assistência somente para aqueles que possuem capacidade técnica para isso” (parteira urbana 4).

Ao longo do processo que transformou definitivamente o parto em objeto do saber médico, a ação da parteira foi sendo gradualmente cerceada por um discurso que se desenvolveu historicamente em direção ao que foi apontado nos trechos acima (trajetória garantida, inclusive, por força policial). Dessa perspectiva temporal, ligada ao eixo passado–presente, é possível afirmar que a criminalização de parteiras não diplomadas serviu à projeção das parteiras certificadas e enfermeiras obstetras, conforme já visto, a partir da primeira metade do século XIX (de quando datam as primeiras regulações sobre o ofício da parteira), até a primeira metade do século XX (BRENES, 1996; MOTT, 1998, 2001; MARQUES, 2005).

As parteiras diplomadas, representando uma categoria que nasce no Brasil a partir dessas regulações e da vinda de parteiras imigrantes europeias, mantiveram relações profissionais com médicos pautadas pelo reconhecimento, durante um certo tempo. Pode-se dizer que até a primeira metade do século XX, esse sentido esteve significativamente presente no campo. Como afirma Marques (2005, p. 68), “era como se os próprios médicos se considerassem dispensáveis nessa cena”.

Atualmente, a criminalização da parteira (qualquer que seja o seu perfil) envolve não somente expressões contrárias às suas práticas, cuja ordem científica ou costumeira cria espaços de desqualificação – como visto no caso da parteira “na tradição” – como envolve também a desconstrução corrente do próprio parto como objeto epistemológico e da pertinência de um modelo de assistência que abarque a prática do parto no domicílio.

A favor do produtivismo obstétrico, e não do cuidado, estão os discursos que condenam práticas profissionais pautando-se pela valorização do diploma – consequentemente, da técnica –, aplicando-a às normalizações impressas sobre a ideia de segurança e risco no parto. Concluindo, é possível afirmar que o diploma segue desempenhando um papel fundamental na hierarquização profissional, de maneira associada ao discurso do risco que, na atualidade, se expandiu notavelmente em significados e efeitos.

Nesse sentido, voltando à acusação sofrida pela parteira Isaura, na cidade do Recife em 1961, as últimas linhas da publicação no jornal sugerem um costume interessante, ligado à autoridade discursiva:

A reportagem do DIÁRIO, à tarde de ontem, teve a oportunidade de manter contato com uma das dirigentes do Sindicato das Parteiras de Pernambuco, quando foi inteirada da campanha de solidariedade às mesmas, que está sendo movida por professores e ginecologistas locais interessados no desmascaramento e prisão da parteira criminosa.

O trecho expõe a solidariedade de professores e ginecologistas, grupo certamente representado por médicos, transmitindo a ideia de que o combate ao charlatanismo e à imperícia das parteiras práticas é uma luta que envolve não apenas parteiras diplomadas, mas também a classe médica. A manifestação desse apoio, estrategicamente foi – e é – muito relevante, pois representa o envolvimento da autoridade legisladora, a classe médica, com a pauta das parteiras (MCCOO e MCCOO, 1989). O apoio ou a solidariedade médica para com a causa política das parteiras possui um valor extremamente significativo e, em alguns contextos, podem ser interpretados como uma espécie de apadrinhamento.

Por exemplo, na atualidade, no contexto do movimento de humanização, encabeçado por mulheres, parteiras e doulas: são sujeitos que lutam por legitimidade e reconhecimento num campo onde o foco incide e a balança pende para o lado da ação médica. Como disse uma parteira urbana,

“Médicos obstetras são minoria absoluta em congressos e eventos que discutem a humanização do parto. Não importa se o evento for mais ou menos técnico, holístico ou o que for, médicos são sempre minoria quando comparamos com a quantidade de enfermeiras, parteiras e doulas. E, no entanto, são eles quem seguem ditando regras de assistência, regras de conduta” (parteira urbana, notas de campo).

O trecho acima traça o quadro da assistência obstétrica no Brasil a partir da sinalização dos lugares políticos dos atores desse campo. Não é difícil imaginar, nesse contexto, o valor impresso sobre discursos médicos favoráveis à atuação não-médica. Os

casos de acusações contra médicos “humanizados”³⁴, já apontados anteriormente, envolveram nítidas manifestações dessa valorização.

A partir do primeiro caso, ocorrido em São Paulo, desdobraram-se as “Marchas do Parto em Casa” em 21 cidades brasileiras, nas quais se pode ver mulheres, doulas e parteiras vestindo camisetas e expondo cartazes com os dizeres: “Eu amo Jorge Khun”; “Jorge Khun é meu amigo, mexeu com ele, mexeu comigo”. Relembrando, dias antes, o médico havia se manifestado à favor do parto domiciliar e da assistência não-médica, em rede nacional de televisão, e estava a receber ofensivas contra sua conduta ética. As “Marchas do Parto em Casa” foram criadas como espaços de retribuição, pode-se dizer. Por meio delas, a sociedade pôde perceber, de forma mais incisiva, a expressividade do pertencimento desses que são ditos “médicos humanizados”.

O outro caso, ocorrido no Recife, também despertou a reação de mulheres e profissionais, mas dessa vez em torno das representações do diploma (diploma de residência, no caso). A reação veio sob forma de nota pública (ANEXO D), assinada por profissionais e ativistas da causa da humanização, cuja orientação repudia duramente o ataque, apontando para as suas incoerências. Considerando que a denúncia veio de um grupo de ativistas, recebeu destaque o fato do acusado ser uma médica obstetra reconhecida no meio da humanização. Em outras palavras, a nota pública apresentou uma perspectiva de valorização dos profissionais acusados, por meio de um discurso que atribuiu menos peso ao valor do diploma e que os reconhece como agentes de cuidado e de experiência comprovável.

Como se pode ver, o valor simbólico dado ao discurso médico varia de acordo com o tempo e o contexto, se adaptando à imensa gama de situações que vai desde a acusação de uma parteira não diplomada por prática de aborto, ao médico “humanizado” perseguido por favorecer perspectivas multiprofissionais e centradas no desejo da mulher.

Um dos casos com que me deparei no percurso da pesquisa, o caso de Orsula Endrizzi, é especialmente ilustrativo desse aspecto valorativo do discurso médico. Orsula, parteira imigrante húngara, fora acusada publicamente de prestar péssima assistência, com consequências severamente danosas para mulheres e bebês. A denúncia foi publicada pelo jornal Gazeta do Povo em 19 de janeiro de 1884. Entre os crimes cometidos pela parteira,

34 Por mais problemática que seja a denominação “médico humanizado”, ela serve para identificar sujeitos médicos, cujo discurso defende a pertinência de modelos não-médicos de assistência.

estariam o uso incorreto de medicamento e prescrições bizarras, atos agravados pela ignorância e má-fé da parteira.

Ao exmo. sr. dr. chefe de polícia para providenciar

Chama-se a atenção do exm. sr. dr. chefe de polícia para uma colona que se intitula parteira aprovada e anuncia-se pela imprensa, a fim de que s. exc. coíba esse abuso, mandando arrancar também a tabuleta que a mesma tem em sua porta, visto como essa senhora exerce ilegalmente as habilidades exigidas pela lei.

Essa intitulada parteira administra medicamentos enérgicos, como o centeio espigado, em altas doses, sem consciência do que faz; resultando disso que a maior parte das senhoras servidas por ela queixam-se de incômodos, cuja causa não é outra se não a aplicação de tais medicamentos e as maneiras ignorantes e brutais de tal mulher. Chama-se a atenção do sr. chefe especialmente para os seguintes fatos: apareceu pelas folhas um atestado no qual atribui ela a morte de uma criança a um parto demorado; e supõe-se que foi o marido quem fez o atestado, porque ela não sabe escrever.

Ultimamente, em um chamado, no qual saiu-se muito mal, depois de haver deixado a senhora em um estado lamentável e a criança em uma prostração que quase parecia sucumbir, ordenou essa mulher que a criança fosse exposta aos beliscões de uma galinha para lhe fazer voltar as forças; porém a galinha, mais ajuizada que a tal parteira, não quis aumentar os sofrimentos do pobre mártir.

Consta que o marido, voltando há pouco do estrangeiro, trouxera-lhe um diploma comprado.

Não pode haver mais clamoroso abuso do que o exercício de uma arte tão delicada por pessoas ignorantes e que não possuem as condições indispensáveis para exercê-la, visto como nada há também mais delicado do que um parto.

É por isso que a legislação de todos os países, inclusive a do Brasil, pune muito severamente as pessoas que ilegalmente exercem a profissão.

Não só o código criminal, em seus arts. 301 e 302, como a lei de 29 de setembro de 1851, determinam as condições para que se possa exercer o ofício de parteira, e estabelecem penas para todos os que exercem fora de tais condições.

Pede-se pois, a atenção do sr. dr. chefe de polícia a fim de providenciar sobre esse crime notoriamente praticado em uma cidade tão importante como esta, à vista de todos, quando a lei aí está a protestar contra tais atos.

Execute o sr. chefe de polícia a lei sem temor e com justiça, e tanto bastará para que fique garantida a vida das senhoras parturientes, hoje infelizmente expostas à grosseira ignorância de charlatões como essa que tratamos, que deixou de ser colona para vir exercer a nobre profissão de parteira.

A parteira revidou publicamente as acusações, no mesmo jornal, em 23 de janeiro de 1884:

Na *Gazeta do Povo* de 19 do corrente, sou agredida, em publicação anônima, e com linguagem que me impede de responder pelo respeito que devo a mim e à sociedade.

Por contestação única aos erros que se me atribuem no exercício da minha profissão oponho o testemunho de médicos desta capital, os quais me têm honrado com a sua confiança.

Como colona, ou emigrante, vim para o Brasil viver honestamente do meu trabalho e desvaneço-me de que a consciência com que exerço a minha profissão e a irrepreensível honestidade com que procedo devo o favor com que sou tratada pelo distinto corpo médico desta capital e o acolhimento com que tenho sido sempre recebida nas casas de família, sem distinção de classe, fortuna ou posição, onde os meus serviços são reclamados. Não virei mais à imprensa discutir com quem me agride ocultando-se.

Rogo aos srs. doutores e clínico desta capital a bondade de atestarem qual o modo por que procedo no exercício da minha profissão, e se alguma vez tiveram ss.ss conhecimento de fato que revele incapacidade profissional, vício ou abuso no exercício desta profissão.

Orsula Endrizzi.

Orsula Endrizzi anexou à resposta acima, dezesseis testemunhos médicos focados em sua conduta profissional. Treze afirmaram já ter trabalhado com a parteira e, juntos, atestaram o comportamento distinto da profissional, condizente com a arte do ofício, além da sua habilidade para atuar em partos laboriosos ou difíceis. Prudência, discrição, cuidado, paciência, honestidade, moralidade e limites, foram algumas das qualidades enfatizadas, transparecendo as expectativas médicas a respeito da atuação da parteira. Segundo os médicos, autores dos relatos anexados, Orsula as possuía de modo satisfatório.

A questão do limite ganha um destaque especial, pela ênfase que recebe e pelo sentido que a recobre. O discurso impresso nos relatos demarca os lugares de decisão numa matriz de hierarquias, onde o poder de supervisionar e fiscalizar não é compartilhado igualmente entre os sujeitos, mas centralizado na figura do profissional médico – “trabalhou sob minhas próprias vistas”. Nesse sentido, em alguns casos, titulações e cargos de trabalho são anunciados para legitimar, dar peso, a opinião de quem escreve.

O abaixo assinado, doutor em medicina pela Faculdade do Rio de Janeiro, atesta que a parteira sra. Orsula Endrizzi tem trabalhado consigo em vários partos, tendo sempre mostrado todas as qualidades que devem ornar uma verdadeira parteira, tais como: proficiência, discrição e dedicação pela parturiente; deve ainda acrescentar que, nos partos que com ela trabalhou, reconheceu que ela compreendia muito bem o seu mister, não intervindo nem cirúrgica nem medicamente nos casos a tratar. O referido é verdade, que firmo sob a fé do meu grau. S. Paulo, 21 de janeiro de 1884. – *Dr. José Bento de Paula Souza*.

Atesto que a Sra Endrizzi, com profissão de parteira nesta capital, há 6 anos, tem se feito notar, em minha companhia, sobretudo pela sua prudência e negação a intervir nos casos que deixam de pertencer à competência das parteiras. Atesto, sobretudo, por notar que a qualidade torna-se hoje rara nas pessoas de sua profissão que quase sempre tem por cabedal científico muita ignorância reunida à imbuíteirice. São Paulo, 22 de janeiro de 1884 - *Dr. Carlos Botelho*

Mariano Joaquim da Costa Ferreira, doutor em medicina pela Faculdade da Bahia e clínico nesta cidade: atesto que a Mme Endrizzi é uma parteira abalisada e de cujas habilitações faço o mais lisonjeiro conceito, tanto que não só a tenho chamado para minha casa, como também a tenho indicado às famílias dos meus clientes, quando estes me pedem que lhes diga qual a parteira de minha confiança e todos me tem dito que se acham satisfeitos. Atesto ainda que já tive ocasião de ver seu diploma, aconselhando-a a que vá fazer o seu exame de habilitação, porque tenho certeza de que será mais um triunfo que ha de colher. Atesto, finalmente, que reconheço em Mme Orsula as qualidades morais precisas e indispensáveis à sua profissão. - São Paulo, 22 de janeiro de 1884 - *Dr. Mariano Joaquim da Costa Ferreira.*

O abaixo assinado, Dr. em medicina pela Faculdade do Rio de Janeiro, ex-cirurgião do Hospital Militar da Corte, ex-médico adjunto do Hospital da Misericórdia da Corte, ex-interno e diretor da casa de saúde e maternidade de Nossa Senhora da Ajuda, etc, etc, etc – Atesto que a Sra. Endrizzi Orsula, parteira residente nesta capital e nela, há anos exercendo sua profissão, é tão perita, prudente e criteriosa, como cuidadosa e delicada para com os recém nascidos e atenciosa em maneiras e linguagem para com as famílias em cujo lar penetra (...) - S. Paulo, 21 de janeiro de 1884 - *Dr. Joaquim Pedro da Silva*

Atesto que a sera. Orsula Endrizzi tem trabalhado sob minhas vistas em várias operações obstétricas e ginecológicas e posso garantir que conhece a sua arte tanto como qualquer outra diplomada, recomendando-se além disto, por um bom senso pouco vulgar, pela procedência e, sobretudo, por um total desprendimento de espírito de vaidade, habitual em suas colegas. *Dr L. P. Barreto.*

O discurso que dá corpo ao conjunto de notas traduz o sentido político que reveste o lugar da parteira. Orsula Endrizzi atuou no século XIX, tempo em que grande parte da população de mulheres ainda paria no domicílio sob a vigilância de parteiras. Contudo, essa representatividade da classe das parteiras, que certamente engendrava outro estado de reconhecimento e outras narrativas de parto, não impedia que, já no tempo em que viveu Orsula Endrizzi, a carta mais alta do jogo, a melhor estratégia de defesa para quem sofre difamação, é buscar apoio e solidariedade junto à classe médica.

A assimetria constatada entre a palavra da parteira e a palavra médica serviu, neste caso, ao propósito de atestar a competência da profissional, diferenciando-a das parteiras práticas. Na realidade, essa ambiguidade já está presente na própria nota acusatória, onde se busca associar à imagem de Orsula, condições clássicas atribuídas à atuação de parteiras não diplomadas: imperícia, ignorância e analfabetismo. O conjunto de discursos médicos surte o efeito contrário, buscando associar à imagem de Orsula ao conhecimento, à legalidade e moralidade.

4 O CAMPO DA ASSISTÊNCIA NO RECIFE

Recife é uma cidade complexa no que diz respeito à ordem social da assistência obstétrica. Somada à variedade de profissionais atuantes (na qual apenas a obstetrix não está presente), há uma oferta significativa, numerosa, de hospitais, maternidades, faculdades de medicina, enfermagem, cursos de formação de doulas e parteiras. Sem dúvida, esse vasto horizonte abre possibilidades para um conjunto heterogêneo de cenas de parto, manejadas por diferentes perspectivas profissionais. Contudo, embora rica e diversa, Recife apresenta uma homogeneidade paradoxal e preocupante no que diz respeito ao modelo de assistência obstétrica predominantemente adotado pelos profissionais e pelas instituições. E é aqui que se dá a complexidade referida.

Existem dezesseis instituições com disponibilidade de leitos obstétricos no Recife, sendo cinco da rede pública e onze da rede privada, ou mistos. Essas instituições são responsáveis pela assistência obstétrica prestada na maioria absoluta dos partos que acontecem na cidade. O modelo de atenção obstétrica vigente, nesse quadro marcado pela hospitalização, é também altamente medicalizado e centrado no sujeito médico. As estatísticas de parto normal e cesariana dão uma boa pista desse fenômeno, evidenciando a proporção com que os profissionais recorrem à cirurgia como via de nascimento, no sistema público e no sistema suplementar, dentro da Geres I, gerência reguladora de vinte municípios pernambucanos, incluindo a Região Metropolitana do Recife (RMR) (Tabela 1).

Tabela 1 - Número de nascidos vivos por natureza do estabelecimento de saúde, segundo tipo de parto (I Gerência Regional de Saúde - PE, 2010)						
	Vaginal		Cesário		total	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Não SUS	1.303	8,5	14.063	91,5	15.366	22,4
SUS	28.176	52,9	25.105	47,1	53.281	77,6
<i>total</i>	29.479	42,9	39.168	57,1	68.647	100

Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados do Sinasc, GMVEV, DGIAEVE, SEVS e SES-PE

Os dados mudam quase nada quando a tabela é feita apenas com os hospitais e maternidades do município do Recife, no mesmo período, ano de 2010. São mantidas as mesmas proporções observadas na tabela acima, entre taxas de parto normal, taxas de

cesariana, hospitais da rede pública e da rede suplementar. Considerando os dados da tabela acima, que considera unidades com leitos para parto na Geres I, vê-se que pouco mais da metade (52,9%) dos nascimentos assistidos por profissionais e instituições da rede pública, ocorreu por parto normal. Nas unidades do sistema suplementar, a realidade é distinta e o parto normal é representado por apenas 8,5% dos nascimentos, enquanto a quase totalidade (91,5%) deles acontece por via cirúrgica. Embora o parto normal seja mais representativo do que a cesariana, dentro do universo de hospitais que compõem o sistema público, nota-se a discrepância que existe entre esses dados e as recomendações da comunidade internacional de saúde, representada pelas diretrizes lançadas pela OMS (2015). Quanto à assistência obstétrica suplementar, como se pode ver, as estatísticas são ainda mais alarmantes.

Nesse sentido, constata-se a profusão de relatos de mulheres, cada vez mais presentes em redes virtuais e nos espaços voltados para educação perinatal, que contam suas sagas em busca de um parto normal na cidade do Recife. Algumas relatam que tiveram de passar por cinco ou seis consultas com médicos obstetras, até encontrar um que “trabalhasse” com parto normal. A cesariana, especialmente a cesariana agendada, são constantes no campo, amplamente aceitas como intervenção corriqueira, que dispensa justificativas.

O quadro geral da assistência obstétrica no Recife aproxima-se da descrição feita por Davis-Floyd (2003) ao caracterizar o funcionamento do modelo tecnocrático:

(...) some degree of intervention is necessary in all births (...) Birth is thus a technocratic service that obstetrics supplies to society; the doctor delivers the baby to society (DAVIS-FLOYD, 2003, p. 57).

Nesse cenário, a medicalização pode ser vista como um princípio da assistência, não apenas em razão do fenômeno das cesarianas, mas também pelo o que se apresenta como cena padrão do parto normal, assistido nas instituições de saúde, tanto públicas quanto privadas. O uso da ocitocina, da episiotomia e de outras intervenções, realizadas em largas proporções por médicos e enfermeiras, atestam a predominância de um modelo de assistência intervencionista que proporciona às mulheres experiências de parto normal muitas vezes traumatizantes.

A questão do acesso aos serviços de saúde também cumpre um papel importante na regulação desse campo. Muitas vezes, as mulheres usuárias do sistema suplementar são aconselhadas a marcar suas cesarianas, sob a alegação de que estariam correndo o risco de não encontrar vagas nas maternidades privadas quando iniciassem o trabalho de parto. Muitas

dessas instituições reservam seus leitos para as cesáreas eletivas.³⁵ Entre as mulheres usuárias do SUS, a questão do acesso também é grave e possui sua face perversa, pois engendra um sistema de perambulação das parturientes que desrespeita a lei.³⁶ A maioria dessas usuárias não tem acesso à sua maternidade de referência no momento do trabalho de parto e muitas terminam tendo que procurar mais de uma maternidade, até conseguir sua internação. Segundo Pinheiro (2014), isso se deve à oferta desigual de leitos de alto risco em Pernambuco, falta de integração no sistema e articulação entre os níveis de complexidade obstétrica. Abaixo, um relato médico que traz uma perspectiva interessante a respeito desse grave problema da perambulação das parturientes.

“Tive acesso à informação de uma morte materna em trânsito, ocorrida por acidente de carro. A ambulância em que a mulher estava capotou e todos morreram. Pra mim, sinceramente, esse caso deveria entrar para a estatística de mortalidade materna, pois essa mulher morreu de acidente, mas foi vítima da ineficiência do nosso sistema. Era uma gravidez de baixo risco e essa mulher podia ter parido na cidade dela, como inclusive é garantido por lei. Mas não, já tinha passado por outros municípios e seguia ainda para Recife, pois não encontrou vaga nas maternidades anteriores” (médica obstetra 4).

Os profissionais de maior expressividade nesse contexto geral de assistência medicalizada, são médicos e enfermeiras. A formação médica, em Pernambuco, conta com três universidades públicas e quatro instituições privadas, mantenedoras de cursos de graduação em medicina, distribuídas pelos municípios do Recife, Caruaru, Garanhuns e Petrolina.³⁷ Com relação aos programas de residência médica em ginecologia e obstetrícia, somam cinco os programas existentes, cuja distribuição se dá entre os mesmos município apontados acima. O programa de residência médica em ginecologia e obstetrícia possui

35 Como apontou Rodrigues “Esta é uma prática ilegal – na medida em que as instituições de saúde não devem privilegiar atendimentos eletivos em detrimento dos de urgência – amplamente adotada pelas maternidades privadas, que exige das parturientes e familiares, quando decidem não marcar a cesárea e usufruir de seus direitos ao atendimento, a adoção de uma série de estratégias, tais como chegar à maternidade com um mandado judicial e/ou chegar com o trabalho de parto bastante avançado e fazer escândalos na recepção” (RODRIGUES, 2015, p. 22S).

36 Lei Nº 11.634 de 27/12/2007, que assegura que toda gestante do Sistema Único de Saúde (SUS) deve conhecer e ser vinculada a uma maternidade durante o pré-natal (maternidade de referência) para que, no momento do parto, seu leito esteja garantido.

37 Centro Universitário Mauricio de Nassau (Uninassau) , Faculdade de Medicina de Olinda (FPO), Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS), Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Universidade de Pernambuco (UPE), Universidade Católica de Pernambuco (Unicap), Universidade Federal do Vale do São Francisco (Univasf).

duração de três anos, período no qual o médico atua em um hospital universitário, os chamados hospitais-escola,³⁸ sob supervisão de um profissional médico mais experiente.

Uma reflexão cabível com relação a esse ponto, diz respeito à forma com que médicos obstetras estão aprendendo a lidar com as intercorrências. A banalização das cesarianas, que advém da consolidação das representações de risco dos médicos obstetras em rotinas protocolares, se dá em meio ao desuso de outras técnicas de condução do trabalho de parto.

O ensino e a prática destas técnicas foram praticamente extintos, deixando os novos profissionais desarmados para enfrentar situações em que sua utilização evitaria a cesariana. A insegurança na realização destas manobras associada ao receio de um processo judicial, faz com que sua utilização esteja reservada às situações desesperadoras, quando não há mais a possibilidade de realizar uma cesariana e, portanto com grandes chances de um mal resultado neonatal (FAÚNDES e CECCATTI, 1991, p. 114).

Sendo tão elevadas, as estatísticas de cesarianas dos hospitais-escola, é pertinente que se aponte para a qualidade da formação dos obstetras e para o privilégio, no interior da cultura médica, do uso da tecnologia industrial e cirúrgica em detrimento das tecnologias voltadas para a fluidez da fisiologia da gestação e do parto (FAÚNDES e CECCATTI, 1991; HOTIMSKY et al, 2002).

“A escola médica deseduca para o parto normal. Me lembro de um professor ter começado a aula de fórceps mostrando o instrumento para a turma enquanto dizia 'para quem for parir normal, saibam que existe a chance disso aqui ter que passar pela vagina'. Ele ainda disse que no consultório faz a mesma coisa, caso a paciente diga que quer parto normal. E então, quando íamos ao centro obstétrico, a cena era horrível demais... todas as pacientes eram colocadas na ocitocina, aquela agonia, uma pressa danada... levavam as mulheres cedo demais pra sala de parto, mais ocitocina pro bebê descer logo, estimula puxo e se não nascer rapidamente, episiotomia, fórceps, seja lá o que for. Então as meninas, as alunas de medicina, saíam horrorizadas, dizendo 'deus me livre de ter um parto normal nessa vida!' (...) Muitos alunos de graduação ficam chocados com os plantões de obstetrícia... alguns se chocam com o sangue, os líquidos e a gritaria. Já outros conseguem ver a violência que está contida ali naquelas cenas e ficam indignados com a falta de privacidade e tudo o mais. E conforme o tempo vai passando, tudo isso se torna natural para o estudante" (médica obstetra 4).

Para se ter uma ideia do comportamento da classe médica com relação à escolha pela via de nascimento, foram produzidas algumas estatísticas que elucidam tal relação. A

38 No Recife, os hospitais-escola que abrigam programas de residência em ginecologia e obstetrícia são: Hospital Agamenon Magalhães, Hospital Barão de Lucena, Hospital das Clínicas, Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP) e Centro Integrado de Saúde Amauri de Medeiros (Maternidade da Encruzilhada – Cisam).

partir de dados disponibilizados pelos planos de saúde,³⁹ constata-se que entre 2014 e 2015, a taxa média de cesariana por obstetra foi 91,91%, dentro de um total de 198 médicos da especialidade ginecologia e obstetrícia, conveniados a pelo menos um dos planos privados de saúde operantes no Recife. A distribuição desses médicos, responsáveis pela assistência obstétrica do sistema suplementar, nas faixas de taxas de cesariana, mostra a gravidade do problema contido no fenômeno da cesariana: 101 médicos atuam na faixa de 100% de cesariana; 58 médicos atuam na faixa de 90 a 99% de cesarianas; 13 médicos atuam na faixa de 80 a 89% de cesarianas; 9 médicos atuam na faixa de 70 a 79% de cesarianas. Apenas 3 médicos possuem taxas de cesariana na faixa de 20-29%. Não há nenhum na faixa dos 15% de cesarianas, recomendada pela OMS (2015).

Olhando rapidamente os dados disponíveis no site da ANS,⁴⁰ é possível perceber que a maior parte dos planos apresenta mais de 80-90% de cesarianas, sendo raro algum que apresente taxas menores que 50%. No que diz respeito à prática médica, adiante será abordado um recorte importante dessa realidade, constituído pela atuação de “médicos obstetras humanizados”. Esses sujeitos divergem significativamente da lógica produtivista evidenciada pelas estatísticas acima, embora o número total de médicos com este olhar, na assistência privada, represente um universo de profissionais ainda bastante restrito.

Por outro lado, é interessante ressaltar que a obstetrícia como especialidade médica parece responder a um recorte social específico dos estudantes de medicina, que aponta para o parto normal como referência primeira desses estudantes, anterior à cirurgia. Pode-se supor que tal condição seja alterada em razão do ambiente de trabalho e dos riscos profissionais a que se submete o médico que “trabalha” com parto normal, como será aprofundado no capítulo cinco.

"O sentimento que eu tenho é que o perfil do aluno que escolhe obstetrícia, é ser mais amável. Você nota claramente os perfis dos alunos que seguem as cinco áreas básicas [pediatria, clínica médica, cirurgia, saúde coletiva e ginecologia/obstetrícia]. Geralmente, quem gosta de ginecologia e obstetrícia gosta

39 Dados coletados e gentilmente cedidos por Júlia Morim (pesquisadora do Instituto Nômades e do grupo Narrativas do Nascer), para os fins desta pesquisa. A coleta foi possível a partir do sancionamento da obrigatoriedade das operadoras de planos de saúde fornecerem, à pedido da Agência Nacional de Saúde (ANS) ou de usuários, as taxas de cesariana por plano e por médico conveniado.

40 Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Taxas de Partos Cesáreos por operadora de plano de saúde. 2015. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/taxas-de-partos-cesareos-por-operadora-de-plano-de-saude>>. Acessado em dezembro de 2016.

de saúde coletiva (...) O campo da cirurgia na obstetrícia é restrito. Quem escolhe essa especialidade, quem escolhe GO, é porque gosta de parto normal, se apaixonou por isso. Agora, com o tempo isso se perde, fica escondido pela condição do trabalho” (médica obstetra 1).

"Dentro da medicina a obstetrícia é uma área muito pouco valorizada, como se fosse um conhecimento a menos, menos científico. O pessoal diz que vai pra GO quem não estudou muito e quem não estudou nada segue na obstetrícia ao invés seguir na ginecologia. Dentro das especialidades médicas a obstetrícia é uma das mais cansativas e das mais arriscadas no sentido jurídico. Depois dos cirurgiões plásticos, os obstetras são os profissionais médicos que mais sofrem processos. A gente trabalhar no limiar entre a vida e a morte num contexto em que a sociedade não aceita erros, ainda mais quando a natalidade é menos de dois por mulher. Então se na década de 50/60 a morte de um bebê era encarada com mais naturalidade... essa coisa de 'tive 10 filhos, se criaram 7', hoje em dia isso é inaceitável. A sociedade espera que um obstetra vá dar 100% de resultado positivo, mas a gente sabe que não é assim, fatalidades sempre acontecem. O obstetra, qualquer um deles, vive sob constante ameaça, eu mesma já fui ameaçada diversas vezes por acompanhantes, a pressão é muito grande" (médica obstetra 4).

A formação em enfermagem conta com trinta e sete cursos superiores em Pernambuco, desses, dezoito são no Recife. Com relação à residência em saúde da mulher e em obstetrícia, somam-se oito programas, vinculados aos hospitais-escola, como as residências médicas.

O campo da enfermagem obstétrica no Recife se caracteriza pela concentração de profissionais nos espaços institucionais de realização do pré-natal, parto e consultas puerperais, tais quais postos de saúde da família, seções de triagem, enfermarias, salas de parto, alojamento conjunto, bancos de leite e blocos cirúrgicos. Um número muito menor de profissionais da área trabalha como autônomo, oferecendo serviços de consultoria em aleitamento materno, por exemplo, ou ainda acompanhando mulheres em trabalho de parto, exercendo funções que assemelham-se as da doula, mas que se diferenciam pelo treinamento próprio da enfermeira, o que inclui a realização de exames clínicos (toque vaginal, aferimento de pressão, por exemplo). Como será visto adiante, há ainda enfermeiras que se tornam parteiras urbanas e passam a oferecer assistência ao parto domiciliar.

Desde 1998, o Ministério da Saúde e várias secretarias estaduais e municipais de saúde vêm estabelecendo políticas e fomentando iniciativas de qualificação de enfermeiras obstetras, inserindo essas profissionais na assistência ao parto normal. Dentre tais medidas, destacam-se o financiamento de cursos de especialização em enfermagem obstétrica e portarias ministeriais para inclusão do parto normal assistido por enfermeira obstetra na tabela de pagamentos do Sistema Único de Saúde (SUS). Por trás disso, está a legitimidade da

enfermeira dentro de um plano de assistência, cuja orientação segue princípios de cuidado e integralidade. Acredita-se no potencial da enfermeira para estabelecer uma comunicação efetiva com a parturiente, construindo uma relação terapêutica não intervencionista e eficiente.

De fato, esses princípios podem ser observados em experiências hospitalares de inserção da enfermeira em um plano de assistência obstétrica pautado pelo cuidado. Em Belo Horizonte (MG), no hospital Sofia Feldman, reduziu-se drasticamente o número de episiotomias realizadas nas mulheres, a partir do lugar de autonomia reservado às enfermeiras. Se em 1992, 60% dos partos eram realizados com o procedimento, em 2014 essa proporção caiu para 4%. No Recife, o mesmo fenômeno de erradicação das episiotomias foi observado a partir da criação do Espaço Aconchego no Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), onde enfermeiras são responsáveis pela assistência.

O diferencial do modelo de assistência adotado pela enfermeira reside em sua capacidade de comunicação e apoio, o que favorece a interação efetiva entre a parturiente e a profissional. Para que essa qualidade na interação aconteça é preciso disponibilidade de tempo e que se estabeleça uma relação de ajuda e acolhimento. A legitimidade da assistência prestada pela enfermeira obstetra é um fato, onde os bons resultados são comprovados em nível nacional e internacional. No entanto, acreditamos que o grande paradigma desta profissão seja criar um modelo próprio de cuidado que privilegie a participação ativa da mulher no processo de dar à luz, primando por todo saber técnico-científico, refletindo na qualidade da assistência prestada, reduzindo o índice de morbimortalidade perinatal e materna e aumentando ou até mesmo introduzindo a humanização no atendimento (ARAÚJO e OLIVEIRA, 2006, p.32).

Na busca globalizada pela diminuição da medicalização e da iatrogenia no parto, cujo resultado reflete na diminuição da morbimortalidade perinatal, a enfermeira obstetra está no cerne do modelo representado pela assistência “padrão ouro”. Como já colocado no primeiro capítulo, a enfermeira obstetra ou enfermeira-parteira é caracterizada pela OMS como o tipo mais adequado e com melhor custo-efetividade de profissional, por isso sua atuação ser incentivada junto aos partos normais, incluindo a avaliação de riscos e o reconhecimento de complicações. A prática da enfermagem, por definição, está associada a um número menor de intervenções quando comparada à prática médica (GAMA et al., 2016), o que não significa que a sua prática esteja sempre em consonância com esse princípio. Ao contrário, na prática da assistência hospitalar, muitas vezes é possível observar que a

enfermeira termina desempenhando um papel tão intervencionista quanto o padrão da assistência médica.

"As enfermeiras teoricamente não sofrem do mal do bisturi. O problema é quando aprendem tudo com médicos. Eu mesma não tive preceptoria de enfermeira obstetra, pois praticamente não existiam profissionais. Eu aprendi a 'fazer partos' com todas as intervenções possíveis e imagináveis" (enfermeira obstetra 1).

"O princípio básico da enfermagem é o cuidado e é nisso que a gente se diferencia, mas infelizmente é comum enfermeiras serem tão tecnocráticas quanto a maioria dos médicos e reproduzirem o discurso médico e a prática médica" (enfermeira obstetra 2).

"A enfermeira obstétrica muitas vezes trabalha reproduzindo o discurso e a prática médica, totalmente sintonizada com a prática tecnocrática. Tem outras que não, que trabalham na prática sem esquecer que o cuidado é o princípio básico da nossa formação. Quando a enfermeira tem espaço para partear, tende a aumentar o quantitativo de partos normais da instituição. Já vi muitas vezes mulheres irem pra cesariana porque o trabalho de parto está demorando, porque estavam chorando, estavam inseguras. Nesses casos, a enfermeira vem, pega na mão, conversa, explica, cuida e a mulher se sente mais confiante e determinada para parir" (enfermeira obstetra 3).

Apesar do reconhecimento do lugar da enfermeira na assistência obstétrica, presente em determinados discursos oficiais e nas evidências científicas, a realidade cotidiana dos hospitais e maternidades é que a superposição de funções gera conflitos de poder, hierarquização entre os médicos e enfermeiras (BONADIO et al, 2002; DIAS e DOMINGUES, 2005; ARAÚJO e OLIVEIRA, 2006) e, conseqüentemente, um estado generalizado de frustração e subordinação dessas profissionais.

The findings from the largest global online survey of midwives to date – the voices of over 2470 midwives in 93 countries – describe that midwives are deeply committed to providing the best quality of care for women, newborns and their families. But they are also deeply frustrated by the realities they experience that constrain their efforts, and the lack of voice they have in creating change. (WHO, 2016, p.30).

Assim, percebe-se que um dos aspectos mais marcantes da atuação do corpo de enfermagem no Brasil, é a falta de autonomia no processo de cura, algo que se reflete, absolutamente, no contexto particular do Recife.

"Quem manda aqui são eles... Se vai ser normal, se vai ser cesárea, se vai nascer no quarto, os médicos decidem e a gente faz o trabalho todo das bordas, preparar, arrumar, trazer o berço aquecido pro quarto, material de sutura" (enfermeira obstetra 4).

"Existe uma supervalorização do médico até em discursos oficiais, de gente importante que diz 'pré-natal com enfermeira?!' Só o médico não dá conta, gente! Ele é fundamental e está aí para tratar, mas quem sabe cuidar são as outras profissões e vou dizer que enfermeira pode sim fazer um excelente pré-natal, assim como pode prestar uma assistência de qualidade no parto" (enfermeira obstetra 1).

"Na prática, o que eu observo é que muitas mulheres têm atendimento médico retardado e elas têm intercorrências sérias em função do atraso, estando os médicos ocupados com coisas que outras figuras poderiam realizar. Eu considero um desperdício de mão de obra. A gente poderia estar trabalhando de forma horizontal, de forma de que os trabalhos se complementassem, com uma comunicação mais eficaz. E que existisse companheirismo. Isso não existe" (enfermeira obstetra 3).

Especialmente nos hospitais particulares, onde os serviços de saúde giram em torno do lucro, enfermeiras não compõem diagnóstico efetivamente, pois devem se restringir às imediações da ação médica e da ação do paciente-cliente. Neste cenário, a enfermeira é aproveitada pelo sistema hospitalar de forma burocrática, limitada à execução da prescrição médica e dos exames clínicos mais elementares. Nas instituições do SUS, percebe-se que as enfermeiras exercem uma atuação mais ampliada, assumindo papéis institucionais determinantes na assistência.

"Me sinto extremamente útil no SUS... eu tento o tempo todo trazer o cuidado na minha prática e atender as mulheres de uma forma mais humana (...) Minha principal realidade de trabalho é o SUS, hospital lotado, mulheres internadas em cadeira de plástico, leitos insuficientes. Não existe privacidade nenhuma para as mulheres e eu me pergunto como é que elas conseguem parir nessas condições, embora eu as veja diariamente fazer isso muito bem e bravamente. O ambiente não ajuda em nada essa mulher a relaxar e sentir o seu corpo, mas ainda pior do que a falta de intimidade e o espaço lotado são profissionais que não deixam a mulher gritar, fazem ameaças do tipo 'se você gritar eu não te atendo mais!'. " (enfermeira obstetra 1).

Nesse contexto, como será visto adiante, é possível notar que algumas enfermeiras, aquelas cujo repertório discursivo encontra-se permeado por questões de humanização, buscam dar à sua própria atuação, um sentido de resistência e enfrentamento.

"Diagnóstico de enfermagem é balela, invenção inútil. É uma coisa que inventaram para tentar ter um tipo de reconhecimento dentro da classe médica. Mas, na verdade, o reconhecimento mesmo só poderá vir da postura rebelde, de enfrentamento ao sistema" (enfermeira obstetra 2).

É possível afirmar que no conjunto total de cenas de parto, a representatividade de doulas e parteiras limita-se aos contextos permeados por noções de humanização e aos contextos onde a dificuldade de acesso à assistência hospitalar prevalece. No quadro geral da

assistência obstétrica, marcado pela desigualdade social e pela intervenção médica, cenas diferentes, de oposição ao modelo vigente, se destacam pelos sentidos de descentralização da prática obstétrica.

A experiência das iniciativas locais em humanização, e a forma efusiva como se desdobraram no decorrer das últimas décadas, rendeu à cidade do Recife o apelido de “oásis da humanização do parto”, termo cunhado em conversas informais, tidas entre profissionais da assistência e pesquisadoras do parto.⁴¹ Seguem descritas algumas realidades desse campo, circunscritas dentro dos limites colocados pelas noções variadas de humanização. Busca-se sempre reforçar os aspectos profissionais dessas relações.

Primeiramente no SUS, em unidades hospitalares onde funcionam as suítes PPP, destinadas ao parto normal assistido por enfermeira obstetra. Como no Recife não existem Casas de Parto ou Centros de Parto Normal (CPN), as duas instituições que abarcam Suítes PPP, dentro desse modelo onde a enfermeira desempenha uma assistência integral, são hospitalares: o Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), desde 2003, com a inauguração do Espaço Aconchego; e o Hospital da Mulher (HMR), recém inaugurado.

Conheci mais de perto a realidade de assistência no IMIP, onde pude observar a atuação integral de enfermeiras obstetras dentro de uma estrutura elaborada para favorecer o parto não medicalizado. As suítes PPP são salas equipadas e preparadas para a realização do parto de risco habitual. Usam-se métodos não farmacológicos para o alívio da dor, é oferecido à paciente que se movimenta, deambule para facilitar a descida do bebê. A presença de acompanhantes da escolha da mulher, assim como a presença de doulas, é estimulada pelas enfermeiras, que trabalham em plantões de doze horas.

O modelo de atendimento relacionado à elaboração dessa estrutura se baseia na competência da enfermagem obstétrica, assim como na valorização do parto normal. As mulheres que recebem internamento nesta estrutura podem permanecer no mesmo recinto, na mesma suíte, durante o trabalho de parto, parto e pós parto imediato. Com relação a esse ponto, aposta-se em melhorias para a experiência da mulher, a partir da preservação de sua intimidade, visto que os encaminhamentos presentes nas cenas de parto comuns, no SUS, causam em muitas mulheres sensações de inseguranças e exposição.

41 Ver Rodrigues (2015), que também abordou o sentido deste apelido imposto à cidade.

Nesses casos, a sequência usual de ambientes hospitalares percorridos pelas pacientes, que muitas vezes estão em franco trabalho de parto, é a seguinte: da Triagem na Emergência para a Sala Pré-Parto; da Sala Pré-Parto para a Sala de Parto (ou Centro Cirúrgico, Centro Obstétrico); da Sala de Parto para a Sala de Recuperação; da Sala de Recuperação para o Alojamento Conjunto. No modelo das suítes PPP, o trajeto se reduz a: da Triagem na Emergência para a Suíte PPP, desta para o Alojamento Conjunto (a não ser, obviamente, que paciente ou bebê necessitem de remoção por complicações de ordem médica). De fato, como também apontou Rodrigues (2015), o Espaço Aconchego se configura hoje como uma importante alternativa para as mulheres que desejam ter um parto humanizado hospitalar.

Com relação à atuação médica, cenas de parto desviantes, quer dizer, contrárias à norma, eventualmente são protagonizadas nos hospitais públicos a partir de condutas práticas significativamente voltadas para a espera (ainda que de uma perspectiva de controle do tempo). Como será aprofundado adiante, essas cenas dependem de uma “suavização” do olhar de risco e da incorporação de discursos humanistas, pautados pelo reconhecimento da mulher como sujeito de direitos e de saber. Nesse sentido, observam-se plantões, em hospitais públicos específicos (alguns inclusive conhecidos pelo caos e pela super lotação cotidiana), onde médicos e enfermeiras prestam assistência mediante padrões reduzidos de intervenção. Contudo, novamente, nota-se o caráter pouco usual desse cenário.

Essa questão apresenta um componente geracional que acredito estar relacionado ao crescimento da humanização como conceito, movimento e política pública, nas últimas décadas. As gerações mais jovens de médicos e enfermeiras aparentam uma abertura para percepções de humanização, traduzidas na preservação do componente subjetivo do parto. É possível que as reformas curriculares dos cursos de saúde, implantadas há alguns anos, também tenham contribuído com esse cenário de mudança, na medida em que “anteciparam” o contato do estudante com o paciente, que antes acontecia somente no final do curso.

A reforma curricular, traz um incentivo à formação de médicos com perfil diferenciado, na medida em que inseriu temas ligados à relação médico-paciente no conteúdo programático da graduação em medicina (UFPE).

Em sentido semelhante, suscitando uma questão interessante, uma das médicas entrevistadas atentou para um possível efeito dos sistemas de cotas sociais e raciais implantados no vestibular, sobre a “mentalidade médica” em formação:

“O perfil dos estudantes de medicina é extremamente elitizado, então o viés já começa daí. O estudante que está se preparando para ser médico obstetra, geralmente nasceu de cesariana, porque é um recorte específico da sociedade... o aluno que passa no vestibular para medicina geralmente é branco, de família rica... ou seja, chances imensas de terem nascido por cesariana e de terem crescido ouvindo suas mães, seus pais, todo mundo, falando horrores do parto normal. O sistema de cotas introduz alunos com outros perfis, nascidos de parto normal, vários nascidos de parto normal. Acredito que isso tem, sim, influência na construção da mentalidade médica. Percebo que as residências multiprofissionais também contribuem positivamente para essa mudança de perspectiva, porque nas maternidades de baixo risco os estudantes de medicina têm a oportunidade de ver enfermeiras e outros profissionais tratando de humanizar os partos, reduzindo taxa de cesariana.” (médica obstetra 4).

Na rede suplementar, as cenas de partos humanizados, quiçá desviantes, se dão no domicílio ou em ambiente hospitalar.⁴² Atualmente, no Recife, quando ocorrem no domicílio, mobilizam principalmente parteiras urbanas e doulas. Médicos, nesse modelo de assistência, geralmente são acionados somente quando há necessidade de remoção hospitalar. Quando ocorrem no hospital, mobilizam além de doulas autônomas e enfermeiras do plantão, médicos que pertencem a um universo muito pequeno dentro do quadro geral de médicos obstetras, apresentado anteriormente a partir das taxas de cesariana dos médicos conveniados aos planos privados de saúde.

Começando pela doula, pode-se caracterizar a atuação desta profissional a partir de sua função relacionada ao cuidado, uma vez que a principal incumbência da doula na cena do parto é garantir o conforto físico e emocional da parturiente, auxiliando-a a superar o desafio que constitui a experiência do parto. Para isso, a doula lança mão de uma série de técnicas não farmacológicas para o alívio da dor, para o incentivo da parturiente e para o desenrolar saudável, além de não medicalizado, do trabalho de parto. Entre as técnicas mais usuais, devem ser citadas a massagem, compressas quentes, imersão em água, incentivo à deambulação, uso da bola de fisioterapia e posições verticalizadas para o parto. Procedimentos de avaliação clínica, como ausculta fetal, aferimento de pressão e exame de toque vaginal, não são realizados pela doula, estando a cargo da parteira, da enfermeira ou do médico.⁴³

42 Sistema suplementar utilizado aqui em oposição ao sistema público de assistência, como forma inclusive de abarcar a assistência prestada por parteiras não diplomadas e doulas.

43 Para uma descrição pormenorizada da atuação da doula, ver o Apêndice A, onde há um contrato de serviços com explicações acerca do trabalho realizado pela profissional, com as definições mais importantes de práticas que são (ou que não são) de sua alçada.

"A doula está inserida no saber biomédico, mas somos muito desvalorizadas. A doula nasceu no movimento de humanização, ou seja, nasceu do saber biomédico, sua atuação vai ao encontro das evidências científicas, mas mesmo assim não somos reconhecidas pela grande maioria dos médicos e pelo próprio sistema hospitalar" (doula 1).

Atualmente, Recife exhibe uma oferta considerável de cursos de formação de doulas, para os quais não é requisitado tipo algum de diploma universitário. Ter mais de dezoito anos, além de ter completado o ensino médio, são condições suficientes para tornar-se doula. É possível estimar que Recife comporta não mais do que vinte doulas atuantes.

Um dos cursos de formação é oferecido periodicamente pela Secretaria de Saúde, com o objetivo de formar doulas comunitárias para atuar voluntariamente em hospitais públicos. Outros cursos estão ligados a gerência de hospitais ou maternidades públicas específicas, como é o caso da formação oferecida na Maternidade da Encruzilhada (Cisam) ou no IMIP.⁴⁴ No SUS, a doula atuante é, geralmente, a doula voluntária que trabalha em plantões de seis ou doze horas. É uma profissional cuja atuação está amparada por discursos institucionais de humanização, mas que, na prática, oferece tímida resistência ao cenário de medicalização. Das vezes em que vi doulas comunitárias atuando, saltou à minha percepção a postura demasiadamente passiva frente aos ditames da equipe médica e os discursos religiosos⁴⁵ que, muitas vezes, terminam por reforçar o lugar de silenciamento imposto à parturiente.⁴⁶

Nos hospitais privados e no domicílio, a atuação da doula geralmente é regulamentada por contrato de serviço particular (Apêndice A), caracterizando a atuação da doula autônoma que não trabalha por plantões, mas que trabalha “por parto”. Nesse cenário, a doula atua de maneira exclusiva junto à parturiente contratante, permanecendo ao seu lado do início do trabalho de parto ao pós parto (momento em que desempenha papel de estímulo ao aleitamento materno). Sua atuação possui um forte sentido de combate à medicalização e à violência obstétrica, ação que envolve diversas disputas entre profissionais e que se torna especialmente conspícua em ambientes onde o padrão médico de assistência é, de fato,

44 Recife é uma das poucas cidades brasileiras onde doulas atuam no Sistema Único de Saúde (SUS).

45 “É assim mesmo minha filha, tenha calma que mulher sofre mesmo”; “Desde o pecado de Eva que a gente tem que passar por isso, menina, mas Jesus vai te ajudar” (notas de campo).

46 Contrariamente a minha percepção, o jornal *O Diário de Pernambuco* publicou uma matéria cujo título foi: “Trabalho de doulas contribui para taxa de 76% de partos normais em maternidade municipal”, em referência à maternidade municipal Professor Bandeira Filho (OLIVEIRA, 2016).

dominante, tanto para o lado da cesariana eletiva ou da cesariana intraparto, quanto para o lado da medicalização e intervenção sobre o corpo da mulher.

“Parto hoje no Santa Joana,⁴⁷ cesariana intraparto. Dez horas de trabalho de parto e o coração do bebê apresentou bradicardia, associada a desaceleração tardia. A cesariana foi realizada e o bebê foi levado pro berçário. A mulher foi costurada, limpa e colocada na maca. Aguardou por mais de uma hora sua condução ao apartamento e quando chegou lá ainda teve de esperar mais duas horas até que trouxessem o bebê para ela. Ele chegou dormindo e não quis acordar para mamar. Não sei se deram leite artificial no berçário, mas me chamou a atenção, pois quando ele nasceu, nasceu acordado, com o olho bem aberto, fazendo bico e eu pensei 'esse não vai ter dificuldade para pegar o peito'. Mas esse tempo todo no berçário parece que tira a vontade dos bebês e assim se perde o momento mais propício para iniciar o vínculo e o aleitamento. Cada vez mais, vejo como esse sistema da cesariana e da lógica do berçário, pode mesmo arruinar as trajetórias de amamentação” (notas de campo).

“Parto hoje no Cisam,⁴⁸ que horrível. Mulher negra parindo no pré parto, sala coletiva, outras 7 mulheres internadas em trabalho de parto ou induzindo. As pessoas passavam, andavam pela sala fazendo barulho, a televisão ligada com som no máximo, pessoas conversando, olhando para ela, reclamando. Zero privacidade. E o soro de ocitocina corria quase aberto. No rótulo da bolsa escreveram “ocito 8g/min”, mas eu contei e não era isso, ela estava recebendo muita ocitocina, mais de 15 gotas por minuto com certeza. Ali na frente da equipe eu não pude fazer nada, além de estar junto dela, me colocando junto e disposta. Minha vontade era fechar o soro, mas não tive coragem, fiquei me remoendo, com angústia. Mas não tive coragem, imagina se me pegam, uma doula mexendo na medicação do paciente. Depois, já bem perto de nascer, a cena ficou especialmente cruel. Ela se contorcia de dor, chorava um choro muito comovente. Junto ao leito, quatro pessoas além de mim: dois médicos homens de jaleco, um auxiliar e uma enfermeira, todos de pele branca e uniformizados. Absolutamente normal para eles, nenhuma expressão de espanto ao ver o soro quase que totalmente aberto, nenhuma expressão de amparo, diante daquele sofrimento tão verdadeiro. Um dos médicos, o mais boçal diga-se de passagem, falava com ela de um jeito ridículo, como que caricaturizando um modo de falar de gente pobre: 'Ô muié, calma aí, fica parada pra esse menino não cair no chão, muié!'. Nessa hora ela estava no expulsivo e as contrações vinham muito fortes e muito próximas umas das outras. Passaram-se mais de 30 minutos e o bebê foi auscultado uma única vez. Depois que nasceu e que ela já estava amamentando, não me contive, sai da sala e fui chorar no corredor, descarregar a indignação e a raiva que eu sentia” (notas de campo).

Até o momento, a formação de doulas autônomas se dá por cursos teóricos e vivenciais, oferecidos por iniciativas do terceiro setor com o apoio do movimento de mulheres. Dentro desta modalidade de formação de doula, a ONG Instituto Nômades é uma

47 Hospital Santa Joana, rede privada. É um dos dois hospitais privados que permite que a mulher passe pelo trabalho de parto e parto no quarto, fora do bloco cirúrgico. Por outro lado, mais de 90% dos nascimentos ocorre por via cirúrgica neste hospital.

48 Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros, SUS, hospital-escola.

instituição de destaque no cenário local, tendo oferecido um dos primeiros cursos de doula da cidade, em 2011. A orientação geral do curso se apoia nas dimensões vivenciais do parto e da assistência, assim como na Medicina Baseada em Evidências (MBE), ambos como princípios norteadores de práticas. A instituição também é responsável pela elaboração de cursos mais longos, modulares, e mais exigentes quanto aos requisitos para certificação.

O Instituto Nômades foi fundado em 2005, é uma organização não governamental que atua nas áreas de promoção à saúde, educação popular, cultura e socialidades visando à defesa dos direitos humanos, da solidariedade, pluralidade cultural e integralidade. Fazem parte das ações da organização o Programa Boa Hora, que objetiva a educação perinatal para a promoção de gestações saudáveis, de partos e nascimentos humanizados; da valorização dos conhecimentos das parteiras tradicionais; da equidade de gênero e da maternidade e paternidade responsáveis; e o Programa Culturas Tradicionais, cujo objetivo é contribuir com a salvaguarda e valorização dos saberes tradicionais comunitários como fonte de riqueza material e imaterial. A expressividade da instituição, no cenário obstétrico local do Recife, é muito considerável, tendo em vista, especialmente, dois frutos de sua atuação: a promoção de cenas de parto humanizado, por meio da valorização de saberes profissionais não-médicos, e o inventário produzido a partir da Pesquisa Saberes e Práticas das Parteiras Tradicionais de Pernambuco (INSTITUTO NOMADES, 2011).

A ONG Cais do Parto é a instituição que forma as chamadas doulas “na tradição”, por meio de uma perspectiva que atribui ao ofício da doula uma roupagem mística. Os cursos dessa organização não se restringem a Recife, acontecem em muitos outros municípios do Brasil e, mais recentemente, inauguraram a Educação a Distância (EAD) como prática de formação de doulas. Fundada em 1991, a ONG Cais do Parto, com sede em Olinda, tem como um de seus objetivos o apoio a grupos de parteiras tradicionais. Nota-se a reprodução de um discurso centrado na noção de “resgate” de culturas e tradições do parto. A instituição teve participação em diversos marcos do desenvolvimento da humanização no Brasil, como a fundação da Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (REHUNA), além de ter participado diretamente do movimento de mulheres de Pernambuco, da Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos e do Fórum de Mulheres de Pernambuco.

Essa mesma instituição é ainda responsável pela formação das parteiras “na tradição”, que prestam uma assistência construída com base no que chamam de ancestralidade e que é organizada de acordo com uma escala hierárquica estabelecida entre mestras e

aprendizes. Inclusive, é importante notar, na concepção do modelo de assistência “na tradição”, toda doula é uma aprendiz de parteira. As separações entre essas duas categorias perdem um pouco de sua importância, segundo tal perspectiva, na medida em que o saber obstétrico é reproduzido (e vendido) como um “saber feminino universal”. O termo “na tradição” foi criado como forma de tornar distinta essa profissional, que recebe um treinamento baseado no conhecimento tradicional de parteiras mais experientes (as mestras). Outro diferencial dessa categoria diz respeito à conclusão de sua formação: a promoção de uma aprendiz à condição de parteira ou, melhor dizendo, à condição de “parteira reconhecida por sua mestra”, depende da “autorização” desta última. A inexistência de recursos formais e burocráticos, como o diploma, para o reconhecimento profissional das parteiras “na tradição”, se baseia em uma lógica de centralização e hierarquia.

A parteira urbana⁴⁹ é outra categoria profissional que, definitivamente, toma impulso a partir do desenvolvimento da humanização, sendo uma categoria que se diferencia significativamente das parteiras “na tradição” e das parteiras tradicionais.

Em oposição ao modelo obstétrico hegemônico, sem romper com a perspectiva biomédica, a parteria urbana traz duas transgressões essenciais: o descentramento do médico no processo de assistência e o domicílio como local seguro para o parto. Nesse processo, de valorização do saber da enfermagem e de outros saberes não-médicos, o parto é significado a partir de seu conteúdo emocional e de seus riscos, em um discurso que recorre às evidências científicas para desconstruir a tecnocracia que caracteriza a assistência no sistema hegemônico convencional.

“Para cada parto é um mergulho na história daquela mulher, daquela família... saber o que eles passam, o que já passaram, como se constituíram. Todo esse lado das emoções presentes tem importância para o meu trabalho. Ser parteira aqui na cidade grande é ser o oposto desse sistema onde parto seguro é vendido como sendo, obrigatoriamente, hospitalar e feito pelo médico. As evidências mostram que não, que a realidade é outra e que a parteira é uma boa opção. Por isso que eu procuro sempre partir das escolhas feitas pela mulher, porque não se deve forçar essa inversão pra ninguém. Eu estou aqui para apoiar a mulher nas escolhas dela” (parteira urbana 3).

49 O conceito de parteria urbana foi lançado de forma regimentada em 2012, na ocasião do I Encontro de Parteria Urbana realizado em Sorocaba/SP. A *Carta de Sorocaba*, escrita pelo Nupar – Núcleo de Parteria Urbana, da REHUNA, foi o principal documento gerado no evento, tendo sido assinada por ativistas sociais e formulado em termos manifestantes, defensores dos direitos das mulheres. O evento, que contou com trezentas pessoas inscritas – em sua maioria doulas, enfermeiras obstetras e obstetrias – deu início à construção de diretrizes documentadas para a assistência ao parto domiciliar.

Trata-se de um tipo de parteira caracterizado, sobretudo, pelas significações que emergem a partir da atuação de enfermeiras obstétricas e obstetrizes – as parteiras formadas –, em partos domiciliares planejados. Conforme fora colocado, não existem obstetrizes em atuação na cidade do Recife. Desse modo, a categoria das parteiras urbanas, nesta cidade, está inteiramente representada por enfermeiras obstétricas e, no passado (há cerca de oito anos), fora também representada por duas médicas obstetras que se dispunham a assistir partos domiciliares, como descreveu Rodrigues (2015). Em linhas gerais, esse modelo de assistência baseia-se em uma compreensão que retrata o parto como evento familiar e o saber biomédico como mais efetivo para a prevenção e tratamento dos seus desvios.

O conjunto de práticas que define a atuação das parteiras urbanas reflete uma mistura de referências da biomedicina com referências de outros saberes. Neste sentido, geralmente fazem parte do seu conjunto de práticas, além de fármacos e equipamentos de reanimação neonatal, estratégias diversas para restituir a fluidez do trabalho de parto e desfazer desbloqueios emocionais que o estejam dificultando.

Em 2015, o primeiro termo de protocolo de atendimento ao parto domiciliar foi construído no Brasil, tendo sido assinado por três organizações: Associação Parto em Casa, Associação Brasileira de Obstetrizes e Enfermeiros Obstetras (ABENFO/São Paulo) e Associação de Alunos Egressos do Curso de Obstetrícia da Universidade de São Paulo (AO-USP).⁵⁰ Este protocolo, embora desenvolvido para a regimentação da parteria urbana no Estado de São Paulo, funciona atualmente como parâmetro para a prática de parteiras urbanas em todo o Brasil.

Amparado em uma série de resoluções governamentais, leis, decretos, portarias e princípio de legalidade e exercício profissional; embasado em revisões sistemáticas e evidências científicas sobre a assistência ao parto de risco habitual e considerando a importância da redução da mortalidade materna, fetal e infantil, o protocolo sistematiza a assistência ao parto domiciliar, estabelecendo condições materiais mínimas para sua execução (equipamentos, quantidade mínima de profissionais por parto, entre outros). O protocolo também regula as condições que devem estar presentes para que o parto domiciliar seja

50 As entidades que assinam o protocolo defendem que os dados referentes ao atendimento de todos os partos domiciliares realizados no âmbito do estado de São Paulo sejam obrigatoriamente enviados para compor um banco de dados em instância reconhecida por sua idoneidade, imparcialidade e autoridade, sugerindo que este seja a Faculdade de Saúde Pública, a Escola de Enfermagem ou o Curso de Obstetrícia da Universidade de São Paulo.

possível; os parâmetros adotados na condução do atendimento intraparto e pós parto; as formas adequadas para a execução de transferências hospitalares; os termos de consentimento que devem ser assinados pela família que contrata a assistência.

Na prática da assistência, a equipe de parteiras se desloca para o domicílio da parturiente, onde geralmente já está a doula, e lá permanece, por vezes se revezando, até pelo menos duas horas após o nascimento. Ir ao encontro da parturiente, na prática da parteira urbana, é uma decisão que depende da avaliação do ritmo das contrações.⁵¹ Durante o trabalho de parto, os diagnósticos obstétricos feitos pela parteira urbana estão centrados nos sinais clínicos de bem estar materno e fetal, o que é determinante para decisões acerca de intervenções necessárias, incluindo a possibilidade de transferência hospitalar.

Em suma, trata-se de um modelo de assistência que busca desfazer a associação entre parto domiciliar e condições precárias de assistência, operando uma assistência obstétrica de base biomédica e fundada sobre noções de cuidado (LANSKY e t al., 2002; FURLLERTON E THOMPSON, 2005). São nessas fontes, crivadas pela Medicina Baseada em Evidências (MBE), que a parteira urbana busca referências para definir os casos de sua competência, quantidade de consultas e qualidade de exames pré-natais, procedimentos durante o parto domiciliar, uso de fármacos etc.

Não se trata, portanto, de *qualquer* parto domiciliar, mas de um parto domiciliar “científico”, que dispõe de recursos materiais especializados e que se desenrola sob a tutela do olhar da enfermeira. Neste sentido, a parteira urbana se diferencia da parteira tradicional ou da parteira “na tradição”.

“Todo o material que tem em uma sala de parto a gente leva para dentro da casa da mulher. Não é que a gente use dois paninhos e um maço de ervas”.⁵²

Os processos de decisão vividos pela parteira urbana, no decurso da assistência, também articulam fortemente noções de autonomia da mulher. Nesse sentido, a escolha do domicílio como local do parto torna-se uma decisão cabível à família contratante que, pode-se dizer, toma parte da assistência para si e participa das decisões junto à equipe. Formalmente,

51 Em geral, a marca mais considerada na decisão do deslocamento à casa da parturiente, gira em torno do padrão de duas ou três contrações a cada dez minutos, caracterizando o início da fase ativa do trabalho de parto.

52 Entrevista com obstetriz, parteira urbana, televisionada em 2014.

essa relação se estabelece via contrato de prestação de serviços, termo de consentimento e plano de parto.⁵³

A escolha por um parto domiciliar com parteira urbana, assim como a contratação de uma doula, está associada à existência dos grupos de educação perinatal que, no Recife, somam quatro. Famílias que se dispõem a vivenciar um parto domiciliar assistido por parteira urbana, comumente são frequentadoras desses grupos, onde acessam um leque de informações e, a partir dele, fazem escolhas quanto a assistência que receberão. O parto domiciliar planejado para ser feito na presença dessa profissional representa um tipo de assistência restrito às classes mais altas, voltado para um público com acesso a diversos meios de informação. Parteiras urbanas trabalham geralmente em grupo, havendo três mais atuantes na cidade do Recife. Essas equipes se constituem como empreendimentos privados da área de saúde, prestadoras de serviço de assistência obstétrica ao parto domiciliar planejado.

Com respeito à formação desse perfil “urbano” de parteira, Recife e São Paulo são as cidades que oferecem as duas capacitações existentes no Brasil. São cursos pagos, modulares, de conteúdo teórico e prático, cujo objetivo se concentra em instrumentalizar profissionais para o atendimento ao parto domiciliar, de acordo com os preceitos da humanização e das atuais evidências científicas.

Em São Paulo, o curso é oferecido por um centro de serviços e produtos para gestantes e profissionais do parto. No Recife, a formação é oferecida desde 2012 e, atualmente, por intermédio de uma empresa especializada em cursos na área de saúde, especialmente enfermagem. Ambas as formações requerem diploma universitário em saúde – enfermagem, obstetrícia ou medicina. A prática do curso do Recife envolve a oferta de assistência ao parto domiciliar para famílias de camadas pobres que, eventualmente, manifestem tal interesse. Isso se torna possível pelo funcionamento de um ou dois grupos de educação perinatal especificamente voltados para bairros e comunidades pobres.

As dimensões profissionais da assistência obstétrica apresentadas até aqui, por si já fariam do Recife uma cidade diversa com relação às realidades de cena de parto, mas ainda há o destaque merecido pela expressividade de iniciativas ligadas ao trabalho das parteiras tradicionais (CARVALHO et al, 1994; FLEISCHER, 2011, BONETTI, 2007, INSTITUTO

53 Plano de parto é um documento, redigido pela parturiente, onde ela exhibe suas preferências relacionadas à experiência do trabalho de parto. É o espaço onde a mulher atesta seu desejo de parir no domicílio ou no hospital, por exemplo, na presença das pessoas de sua escolha, em determinada posição, com uso (ou não) de analgesia etc.

NÔMADES, 2011). Nesse aspecto, destacam-se três instituições, duas das quais já foram apresentadas. A outra é a ONG Grupo Curumim, fundada em 1991 e que pode ser definida como grupo feminista ligado aos direitos humanos e à igualdade social, voltado entre outras ações, para a educação popular em saúde e sexualidade, e para melhorias na assistência à saúde materna. A ONG é referência nacional nesse campo, sendo responsável por diversas ações de impacto em políticas públicas, incluindo as parteiras tradicionais no seu escopo de atenção.

Entre diversas medidas protagonizadas pela instituição, destacam-se os cursos para parteiras tradicionais que, em parceria com o governo, já atingiram mais de duas mil profissionais de todas as regiões do país. Atualmente, os cursos de formação voltados para parteiras não diplomadas estão inseridos em um contexto de valorização do saber das parteiras, que por sua vez está inserido num contexto mais amplo de valorização dos saberes tradicionais. Essa é a origem da categoria “parteira tradicional”, que surge como resposta ao silenciamento secular sofrido por essas profissionais, em um sistema colonial que impulsiona a cientifização da vida.

Curiosamente, em Pernambuco, é na segunda metade do século XX que acontecem os primeiros cursos de capacitação para parteiras tradicionais. Trata-se do Programa de Parteiras Leigas, inaugurado em 1964, pelo Centro de Saúde Amaury de Medeiros (Cisam). No Recife, atualmente, as parteiras tradicionais residem nas periferias e nos municípios vizinhos, entre eles Jaboatão dos Guararapes, Olinda, Moreno e Camaragibe. O município de Jaboatão é reverenciado por sediar a Associação de Parteiras Domiciliares e Hospitalares.

Voltando aos cursos, é possível dizer que procuram resistir ao modelo hegemônico de assistência, criando no seu entorno um contexto de luta por reconhecimento, que pode ser observado no discurso de parteiras participantes.

"Parteira tradicional é tudo igual, a mesma coisa do sul ao norte. Podem ter diferenças na fala, na forma de pronunciar as palavras, mas a coisa é a mesma e o problema é o mesmo... o problema é que na visão das pessoas importantes, eu posso fazer um parto que devia o médico fazer. Mas na nossa visão, a gente acha que pode fazer" (parteira tradicional 4).

"O único apoio que a gente tem, sobre esse negócio de ser parteira, é do Curumim, como era do Cais do parto... Do posto, do hospital?! Nunca, nunca recebi apoio

nenhum. Nem de material pra trabalhar, nem de virem conversar comigo. Já me aconteceu de levar uma paciente pro hospital e ser praticamente expulsa de lá. Eu já tive em prefeitura, já tive em reunião com prefeito, fui apresentada a um monte de gente, mas nunca retornou como apoio de verdade... assim, apoio na forma de acesso aos lugares, material pra trabalhar, reconhecimento, sabe como é? A gente só existe mesmo pras mães e para os meninos... somente" (parteira tradicional 5).

"Quando, na hora do parto, a enfermeira ou o médico cortam a mulher lá embaixo, ela fica oito dias em cima de uma cama com aquilo queimando, isso quando não inflama. No hospital as mulheres ficam cozinhando, sofrendo naquelas macas sozinhas, são muito maltratadas nessas maternidades. Essa coisa mesmo de montar em cima da mulher [manobra de Kristeller]... Por que isso? Eu já pari um menino de quase 6kg e nem assim precisei disso, nunca que fiz uma coisa dessa numa mulher. Tenho uma filha que até hoje tem uma costela quebrada por causa disso e no parto ainda quebraram a clavícula do bebê... pra mim isso é uma malvadeza. Eles dizem que a parteira não sabe de nada, mas olhe... o que eu sei pelo menos me diz pra não fazer uma coisa dessas" (parteira tradicional 6).

Os cursos, assim como outras iniciativas que visam o reconhecimento das parteiras, possuem aparentemente um papel central na desconstrução, no nível do discurso dessas profissionais, de visões de si pautadas pelo estigma da ignorância. Assim, geram o desenvolvimento de novas percepções, centradas na valorização do saber e das práticas tradicionais.

"Quando o Curumim me descobriu, eu não dizia que era parteira, assim.. como eu digo hoje, sabe? O povo da cidade sabia e me procurava pra ajudar, mas eu nunca tinha saído do engenho pra falar qualquer coisa de parto. Se alguém me perguntasse o que eu sou, o que eu faço da vida eu dizia tudo, menos parteira. E hoje isso pra mim é outra coisa, mudou totalmente. Eu sou parteira tradicional e tenho muito orgulho do que eu faço" (parteira tradicional 6).

"Foi em 96 que me descobriram como parteira, que o Curumim me descobriu. Foi aí que eu soube de toda essa coisa de parteira tradicional e eu gostei muito... desde 96 então que eu participo dos cursos, dos encontros e gosto muito, fui tendo reconhecimento, nunca faltei em nenhum curso" (parteira tradicional 5)"

"Eu não sei com certeza quantos partos já fiz. Porque antes não tinha esse negócio de parteira tradicional, de contar os partos. Depois dos cursos e de conhecer o Curumim foi que comecei a contar e anotar os partos que eu fazia" (parteira tradicional 7).

"Eu adoro quando tem curso ou quando chamam a gente pra vir pra Recife falar para as meninas,⁵⁴ a gente se sente bem, valorizada. Passo o ano esperando por isso" (parteira tradicional 8).

54 A parteira se refere às palestras que ela e suas colegas são convidadas a dar em um dos módulos do curso de parteria urbana, citado anteriormente.

A parteira que faz uso do complemento tradicional, definindo dessa forma a sua identidade profissional, busca marcar as distinções que as deslocam de qualquer outro profissional do parto: o aprendizado, sendo a oralidade seu aspecto fundante; e a conexão que estabelecem com a mulher ou com o próprio parto. Isso pode ser entendido como uma crítica – identidade que contém em si a crítica – à institucionalização e à impessoalidade que marca o modelo de assistência biomédica atual.

"A parteira é mais humana, é aquela que acolhe, levanta a autoestima da paciente. O médico é o contrário, ele é muito autosuficiente, ele é médico, ele examina e pronto. Ele não tem uma ligação com a paciente, essa é a diferença, a parteira ganha pontos nesse sentido. A paciente procura o médico por obrigação de procurar, não por achar que ele é a solução pra ela. Com a parteira é diferente, ela ganha a confiança da paciente... E quando a paciente vai na parteira e vai no médico, muitas vezes ela esconde dele que vai na parteira... pra se livrar de uma crítica" (parteira tradicional 5)

"As mulheres encontram em mim o que não encontram na maternidade, que é o apoio basicamente. Muitas vezes as mulheres vem bater na minha casa depois de ir e vir, ir e vir, ir e vir da maternidade. Elas vão dizendo que tá na hora, mas chega lá e não acreditam. Ai a mulher, entre ficar perambulando pela cidade atrás de uma vaga e vir parir aqui comigo, muitas escolhem vir aqui comigo. E como é que eu fico! Não quero isso pra minha vida. Amo ser parteira, mas quero as coisas planejadas, e não ser uma tapa-buraco do governo. Isso eu não quero pra mim" (parteira tradicional 2).

"O médico tem muito estudo e aprendeu muito, o médico é ótimo. Às vezes tem um problema e ele precisa cortar, operar, dar uma injeção. Então, quando precisa, ele é de grande ajuda, mas eu também não apoio muitas coisas que eles fazem. Porque eu não vejo necessidade do médico chegar e cortar uma mulher [episiotomia], isso é a coisa mais errada! Porque ela tem a possibilidade de ter o menino sem precisar de ser cortada. Eu já fiz vários partos em casa e nunca precisei rasgar ninguém, ninguém mesmo. Pra que isso?! Outra coisa, cortar o cordão umbilical sem esperar ele parar de pulsar?! Por que, se esse sangue é valioso demais pro bebê? A parteira trabalha com habilidade e experiência, o resultado é muito diferente. O que mais a gente usa pra fazer parto é o conhecimento. Conhecimento que traz a habilidade e que a gente alcança não com estudo, mas com a experiência" (parteira tradicional 7).

"Quando a mulher chega no hospital, eles jogam ela pra lá. Ela fica sozinha no canto, esquecida. Com a parteira é diferente, ela tem outra habilidade pra trabalhar. Se a parteira chega e a mulher diz que a dor chega de dez em dez minutos, a parteira sabe que alguma coisa tá acontecendo... ou não tá na hora, ou ela tá com algum problema. Aí o que a gente vai fazer... Nós vamos entrar com a nossa simpatia, com as nossas orações, a gente vai optar por ela andar, dar um compressa morna na barriga, vai optar pela massagem. A massagem é muito útil pra dor voltar, é de grande ajuda pro bebê, porque às vezes ele não tá nem aí e a massagem desperta ele. Outra coisa, se a mãe tá sem força, a gente não vai montar em cima da barriga dela [manobra de kristeller], de jeito nenhum. A gente vai chamar o pai, ele

vai sentar na cama, ela vai encostar as costas nele e ele, é ele quem vai fazer a força por ela! Ele vai chegar e vai ajudar com uma massagem, não é de uma vez com grosseria, é uma massagem que orienta o bebê pra baixo e faz a dor e a força chegarem. O trabalho da parteira é esse, é como se a gente dividisse a força com a mãe” (parteira tradicional 8).

A outra face dessa realidade conjuga formas de reconhecimento do saber das parteiras tradicionais que transitam basicamente por duas vias complementares: significando-as como agentes de cuidado e, portanto, de humanização; denunciando a condição invisibilizada, esvaziada de direitos, da parteira não diplomada no Brasil. Ambas as linhas referem-se ao papel fundamental desempenhado pela parteira tradicional, especialmente em lugares onde o estado não chega e, conseqüentemente, não garante à população uma assistência que, em teoria, lhe é de direito.

"Aos olhos da medicina a bacia da parteira não está bem, a cama da parteira não está bem, disso nos acusam de imundas. Só que ninguém gosta de trabalhar em condição ruim. E então porque não recebemos essa assistência? onde o estado falha, a parteira cobre. Se eu pego um menino com as mãos nuas, acudindo ela em qualquer situação, a sujeira é minha ou do médico que mandou ela voltar pra casa?" (parteira tradicional 4).

Com relação aos cursos para parteiras, dentro dessa perspectiva que analisa o reconhecimento do saber tradicional, é necessário compreender que eles são realizados a partir da noção de parto como evento descomplicado, “feito para dar certo”, ocorrido nas bases da fisiologia humana. Por isso, é um processo que requer na maioria das vezes, alguém que o assista em postura expectante e não interventiva. Desse modo, os cursos trazem a ideia de que a parteira tradicional detém seus próprios meios para realizar a prestação do serviço de assistência, acompanhando partos descomplicados. De maneira geral, as práticas dessas profissionais são vistas como práticas humanizadas, pois manifestam o cuidado, promovem a autonomia feminina, por princípio, tendem a ser pouco invasivas.

O contexto que dá forma a este conceito de humanização, está fundado sobre a valorização – não tanto das evidências científicas, como é o caso da humanização em que surge a doula e a parteira urbana – mas do cuidado e da importância da parteira para o acompanhamento pré-natal, inclusive para o pré-natal oficial, realizado por médicos ou enfermeiras. O trecho abaixo traz uma reflexão interessante nesse sentido, na medida em que busca estabelecer as fronteiras entre saúde e autonomia.

"Quando eu penso em lugares muito distantes, tipo na Amazônia, de onde a cidade mais próxima fica há 10 horas de barco... Realmente fico sem saber o que seria

essencial no pré-natal dessas mulheres. Será que tudo o que a cidade oferece em termos de tecnologia deveria chegar até lá? É uma pergunta que vai muito além da saúde e acho que as mulheres desses locais devem ser ouvidas, porque elas têm o direito de parir na presença de sua parteira, assim como tem o direito de fazer rastreamento científico de riscos. Então eu acho que o governo deveria oferecer as duas coisas. As parteiras são aliadas, não deveriam ser excluídas ou discriminadas nos espaços de saúde, pelo contrário! Talvez um caminho seja instrumentalizá-las com coisa simples que elas podem aprender a manejar e incorporar ao conhecimento que elas já têm. Porque esse olhar sutil que antecipa uma ocorrência antes da ocorrência acontecer, com certeza elas já tem, porque isso é a experiência que traz para qualquer pessoa que atende parto. E então porque não aproveitar essa experiência, o conhecimento delas e instrumentalizar com o básico?" (médica obstetra 4).

Partindo dessa perspectiva, que atribui definições específicas ao parto e à parteira – tornando-os objetos de intervenção política – os cursos ganham significado e objetivo concreto. Segundo o Ministério da Saúde, a educação continuada de parteiras tradicionais busca “ampliar os conhecimentos técnicos e a capacidade de compreensão e de análise das parteiras tradicionais e dos profissionais de saúde, bem como ampliar o seu poder de intervenção e de promover mudanças sobre a realidade em que estão inseridos, com vistas a contribuir no processo de produção de saúde e na formação de cidadania, investindo, portanto, em seu empoderamento” (BRASIL, 2010, p. 42-43).

A instrumentalização das parteiras, a contribuição à articulação política da categoria e a sensibilização dessas profissionais para temas relevantes, que envolvem o trabalho que realizam, são princípios presentes na forma como os cursos se apresentam, convergindo com os princípios do SUS: universalidade, equidade, integralidade e participação popular. A redução da morbimortalidade materna é um dos objetivos centrais dessas iniciativas. Nesse sentido, o reconhecimento e o apoio despendido às parteiras não representam, aos órgãos que concebem e desenvolvem os cursos, um movimento de renúncia à importância da estrutura médica pública, que inclui postos de saúde, hospitais, médicos, enfermeiros e agentes comunitários.

Não se trata disso, mas de incluir as parteiras no SUS, algo que se justifica pelo reconhecimento do potencial terapêutico e curativo da parteira e pela inserção que possuem nas comunidades em que atuam. O trecho abaixo, representando uma fala feita às participantes e expõe com clareza os entraves que impedem o reconhecimento do saber das parteiras e, delas próprias como profissionais, no âmbito da saúde pública.

“Todos os Estados deviam mandar para o Ministério a relação de suas parteiras. Isso é importante para a gente, por exemplo, mudar o nome de 'parteira leiga' que está no Cadastro Brasileiro de Ocupações (CBO)... Acho que estamos próximos de conseguir. Se os Estados não assumem as suas parteiras, oficialmente elas não existem. Pernambuco, Amazonas, Acre, por exemplo, são Estados que já tem. É função do Ministério cobrar isso dos Estados. É função do Ministério também acompanhar e monitorar as ações de qualificação do parto e nascimento domiciliar assistido por parteiras, o que inclui eventos, encontros, cursos. O município também tem muita responsabilidade, porque o SUS é regionalizado, é onde a parteira mora, é onde ela se relaciona. Outra coisa, é o próprio município deveria realizar oficinas de qualificação de parteiras tradicionais. O próprio Município pode fazer oficinas pontuais, por exemplo, só sobre hipertensão na gravidez ou sobre hemorragia, a partir dos casos que vocês relatam. Imagine, estão acontecendo casos de hemorragia, o município vai lá e faz uma oficina com as parteiras. Não é pra punir ninguém, acusar... É difundir informação, um trabalho contínuo de educação. Realizar compra e reposição de material, é o Município quem tem que dar também, vocês deveriam conseguir luva, álcool, gaze, tudo no posto. O Município tem que alimentar o banco de dados estadual e sistematizar o processo de qualificação das parteiras e outros profissionais de saúde. Fomentar estratégias que garantam o registro civil de crianças nascidas em domicílio. No Acre, a parteira já faz a sua Declaração de Nascido Vivo (DNV). O Ministério Público se juntou com os donos de cartório, secretaria de justiça e elaboraram uma DNV própria, cheia de figurinha, para combater a subnotificação de nascimento com parteira. Pela lei, a parteira tem o direito de emitir a DNV. Precisa então de vontade política, gente. E vejam bem, é responsabilidade do Município também buscar estratégias para remuneração ou ajuda de custo para parteiras incluídas pelo Ministério do Trabalho no CBO. No caso indígena, tem outras complicações. A Secretaria Especial da Saúde Indígena (SESAI) e as lideranças buscam algo diferenciado, até porque tem população indígena que não tem parteira, toda mulher é parteira.⁵⁵ E olhem, tem alguns municípios que já pagam parteira, viu? mas pagam por parto, algo que não pode mais no SUS. Não pode mais o pagamento por procedimento. Em PE, o parto domiciliar assistido por parteira tradicional custava treze reais. A secretaria de saúde fez um convênio com a associação de parteiras e o dinheiro era repassado para cada parteira que tinha atendido parto no mês. Pagava também pra parteira que encaminhava pro hospital. Outra coisa: a prefeitura mandava os motoristas de ambulância pras reuniões da Associação de Parteiras. Assim todo mundo se conhecia e facilitava os encaminhamentos”

Nota-se que as práticas das parteiras passam por mudanças que decorrem de sua própria reprodução e dinamismo. Transformações importantes ocorrem no nível das práticas a partir do contato com a esfera oficial da assistência em saúde, adjacente em especial à práxis

55 Em muitas etnias a figura da parteira é inexistente. O conhecimento sobre o parto não é centralizado e todas as mulheres mais experientes podem ser vistas como “parteiras em potencial”, na medida em que auxiliam as mais jovens no momento do parto. A participação de mulheres indígenas em cursos para parteira tradicional, reforçada pelo recebimento do *kit da parteira tradicional*, apontado a seguir, gera uma série de transformações sociais nas práticas de parto. O *kit* torna-se um símbolo distintivo ainda mais evidente do que nos casos “comuns” de parteiras tradicionais e pode promover grandes mudanças culturais: além de representar o contato da aldeia com o conhecimento científico dos brancos, descentraliza o saber-fazer da assistência ao parto, credenciando quem o detém e descredenciando todas as outras mulheres. Ver Ferreira, 2013.

médica. No âmbito dos cursos, avaliando a questão por este viés, é possível perceber o enredamento de uma multiplicidade 'tanto patente como latente' de formas de ser reconhecida e reconhecer-se como parteira. Faz-se presente nesse processo o contato com outros saberes, que engendra mudanças nos parâmetros da assistência prestada por essas profissionais. Nos cursos, a abordagem é biomédica, os acontecimentos do parto são explicados com base na fisiologia e a assistência normatizada por parâmetros epidemiológicos.

Do contato com este olhar, surgem novos esforços caracterizados pela incorporação de parâmetros científicos na reprodução da assistência tradicional. Para exemplificar, o uso de luvas descartáveis, procedimentos de esterilização e o *kit da parteira tradicional*, disponibilizado ao final dos cursos para algumas das participantes. Os *kits*, depois de recebidos, são reinscritos em novos contextos sociais e inevitavelmente ganham novas funções e significados, especialmente entre parteiras indígenas, pois foi esvaziado de seu conteúdo semântico original. Seu conteúdo simbólico, inscrito no material que o constitui, produz condições para que seja muito desejado entre as parteiras. Ele é um símbolo das relações de poder estabelecidas com o sistema oficial de saúde e materializa a validação daquela parteira junto à comunidade e ao órgão de saúde local. Ganhar ou não ganhar o *kit* pode representar, no limite, ser ou não ser reconhecida como parteira ou, ainda, ser tão parteira – ou tão experiente – quanto suas colegas. Da mesma forma, outras práticas são abandonadas, como a aplicação de borra de café no coto umbilical, pois passam a ser apreendidas como práticas obsoletas e arriscadas.

Enfim, as práticas ensinadas nos cursos, assim como a instrumentalização, tornam-se símbolos distintivos e definem as parteiras como parteiras atualizadas, capazes de reconhecer melhorias nesses novos hábitos ou novos costumes. Do contato entre as parteiras tradicionais e os cursos, nascem alterações significativas no âmbito da epistemologia do saber obstétrico tradicional. Dizendo de outro modo, o desenvolvimento do conhecimento obstétrico também se dá nas zonas de fronteiras epistemológicas e engendram novas explicações para os acontecimentos do parto, inspirando a incorporação, tanto quanto o abandono de práticas.

"Com os anos eu fui melhorando como parteira, deixei de usar aquele fio para amarrar o umbigo e passei a usar a linha zero, passei a usar também uma tesoura esterilizada, já usei pano engomado, passei a fazer dentro da norma" (parteira tradicional 4).

“Nos cursos e conversando com as outras parteiras eu mudei meu jeito de trabalhar, hoje eu tenho mais jeito, conheci novas maneiras de fazer voltar a dor com massagem na barriga, com mais jeito e habilidade mesmo” (parteira tradicional 5).

"Os partos de hoje das parteiras não é mais tão natural. Porque também a gente acomoda com as facilidades. Às vezes acha que é mais prático comprar um soro fisiológico e lavar a paciente do que fazer aquela panelada de mato. Eu pelo menos, morando na cidade, não encontro os matos tudinho, remédio caseiro, então o que eu faço? lavo a paciente com soro fisiológico. Antes não era assim, era no chá de matruz, casca de caju, aroeira, cicatrizava muito bem. Fazia emplastros, aquecia algodão pra enrolar na barriga” (parteira tradicional 2).

A parteira tradicional pode ser entendida como uma espécie de organizadora de cena social do parto. Não apenas da cena do parto em si, mas também das cenas que acontecem no seu entorno, envolvendo redes familiares e outras instâncias. Seu papel vai além de sua presença na cena do parto, como vai além do manejo técnico, do controle e das intervenções. Abaixo, por exemplo, dois relatos de parteiras tradicionais que contam como levaram homens a reconhecer a paternidade de seus filhos, mostrando que o conhecimento e a autoridade (quem vem do conhecimento) da parteira tradicional, exercem nesse contexto, influências que vão além das práticas obstétricas.

"Problema social, problema de família, o pai que não quer registrar o filho... Eu já levei homem, a bem dizer, pelo braço para o cartório, reconhecer a criança. Ele dizia um bocado de coisas para a mulher, mas comigo ele foi, ele não teve coragem de desrespeitar a minha autoridade" (parteira tradicional 3).

"O rapaz não fez o registro do menino, disse que não era filho dele. A mãe fez o registro como mãe solteira... eu fui na casa dele e disse, 'vá espiar, viu? vá espiar o menino'. Tava óbvio que era filho dele, a cara do infeliz" (parteira tradicional 6).

Muito mais do que aparar bebês, a parteira estabelece uma relação de cuidado no acompanhamento das mulheres que leva a esses processos de reordenação. Nesse sentido, ordenar pode significar levar ao hospital cenas de parto *para o hospital* (FLEISCHER, 2011), como também pode significar a alteração do ambiente domiciliar, a fim de que este possa ser, enfim, um cenário de parto dentro da sua concepção particular do que é segurança. Elementos muito interessantes surgem desse enquadramento, a partir do qual se apreende a parteira como sujeito que cuida. Abaixo, seguem dois trechos que mostram a ação de parteiras voltadas para esse sentido de ordenação da cena domiciliar, preservando-a como ambiente feminino e livre de interferências negativas. Fazendo uso de sua autoridade, a parteira age no sentido de proteger a integridade da mulher.

"Na nossa cultura as parteiras são as mulheres mais idosas. Parteiras novatas são proibidas porque elas adoecem, não ficam sadias depois de fazer o parto. Quando essa novata vê a dor da mulher, ela pega isso, ela atrai essa dor e vai sentir mais forte ainda quando for a hora dela, do parto dela, depois de casar. Homem também não pode, é proibido, ninguém consegue relaxar pra parir na frente do homem" (parteira tradicional 9).

"A casa assim de gente, um montão de homem, menino... a mulher lá com as dores e os cabra mangando dela, bebendo, dizendo coisa com ela. E é assim que se bota uma mulher pra parir, é? 'Sai vocês! que eu vou trabalhar com ela agora e não vou trabalhar no meio de vocês não. Vocês é só quando for fazer outro menino' [parteira disse aos homens da casa]. 'vamos ficar só nós duas aqui!' (parteira tradicional 1).

Como já apontado, a ordenação da cena social do parto também passa por encaminhar e aconselhar as mulheres a realizarem o acompanhamento pré-natal, e por identificar gestantes que necessitam do ambiente hospitalar para parir em segurança.

"Acompanho o pré-natal, muitas vezes vou ao posto com elas, acompanho a consulta. A cada quinze dias ela vai em casa, converso com os maridos, alguns implicam que a mulher se ausenta pro pré-natal. Converso muito com elas, principalmente sobre os perigos e da importância de se cuidar, fazer o pré-natal" (parteira tradicional 4).

"O pré-natal da parteira é simplificado. É mais de cobrar, perguntar se ela já voltou ao médico, se está comendo direitinho, se está tomando banho de sol. A questão da higiene também me preocupa. O pré-natal da parteira é muito profundo porque também investiga o histórico da mulher, da mãe da mulher. O olhar da parteira para a mãe é a escuta. A parteira pergunta muito e escuta a resposta toda" (parteira tradicional 3).

"Se eu tenho uma gestante que tá com dor de cabeça, edema nas pernas, inchaço, rosto grosso, eu sei que essa mulher não é pra mim e não quero ver ela vir a óbito, eu simplesmente levo para o hospital, pro pré-natal... ou parto de risco. Mas o que chega de lá é que as enfermeiras dizem que a gente é burra, discriminam as mulheres! Mas me diga, onde foi que eu errei, afinal?" (parteira tradicional 6).

A ordem construída a partir da ação da parteira também possui um sentido terapêutico, de intervenção direta sobre o corpo da mulher e do bebê. A prática da puxação, massagem sobre o ventre grávido, se encaixa nessa perspectiva, na medida em que engendra a construção de relações de confiança entre a gestante e a parteira, além de tecer uma série de outros significados, como mostrou Fleischer (2011). A puxação, "aprumar o bebê no seu lugar", além de possuir um sentido físico, concreto, de ordenação do corpo grávido, também é palco de diagnósticos que dão à parteira meios de definição acerca do ambiente e do profissional ideal para a assistência daquela gestante.

"As buchudas chegam lá pra eu ajeitar... Quando os menino começam a virar é de lado, de banda, elas me dizem 'ai, ui, tá doendo aqui!'. Eu digo, tá sem organização, venha cá, passe lá em casa... Deite aqui na minha cama que eu vou ajeitar. Eu ajeito o bichinho, dou um cheirinho nele...'meu filho vá pro seu lugar, que a sua caminha ainda vai demorar aí'. Chega muita mulher pra eu ajeitar, pra ter menino nem tanto (...) Eu não sei fazer pré-natal de ninguém, mas eu sei aprumar um bebê no lugar" (parteira tradicional 1).

"Quando elas passam na minha casa eu escuto os meninos com o escutador [pinard], converso com elas, ajeito a barriga, aprumo o bebê e digo sempre pra elas continuarem com o pré-natal do posto. Se eu vejo que não é parto pra mim, também já explico. A mulher pode continuar vindo, mas já digo que na hora do parto é no hospital, que ela precisa de um médico" (parteira tradicional 6).

Em outros casos, a ordenação da cena do parto possui um sentido significativamente ligado à limpeza e à preservação da mãe e do recém nascido. Como será visto adiante, a partir do capítulo cinco, esse aspecto se relaciona com o risco profissional apreendido pela parteira tradicional. Muitas vezes, ajeitar uma cena de parto, enrolando um bebê em panos limpos, aquecendo-o ou limpando e alimentando a mulher, por exemplo, são práticas que devem ser explicadas tanto pelo efeito terapêutico que possuem, como também pelo julgamento a que são submetidas essas parteiras.

"Teve um bebê que nasceu no banco do carro, a gente no caminho pra maternidade. Quando nasceu, eu botei a menina emborcada no colo da mãe, ajeitei tudinho, botei o lençol assim, pra bichinha pra ficar quente. Chegando no hospital, é preciso estar tudo em ordem" (parteira tradicional 1).

A construção do saber obstétrico na trajetória de vida das parteiras tradicionais geralmente é apresentada como resultado de vivências cotidianas, a partir do convívio com as cenas de parto em ambientes onde estas são consideradas cenas familiares. Nesse sentido, vale ressaltar uma explicação dada a mim por uma parteira, na ocasião da entrevista.

"Parteira 1: Cheguei no hospital com a mulher e o bebê a enfermeira ficou toda indignada: 'Quem foi que pegou a menina?! Quem foi que fez o parto?!'. 'Fui eu, dona, e eu ia fazer o que? E como é, a menina vai receber o internamento ou quer que eu volte e faça o resto em casa? minhas tesourinhas estão lá, meu kit está lá!'. Ela disse que eu não tinha autoridade para aquilo. Eu disse 'Eu sei fazer dona. A senhora tem o estudo, mas eu tenho a inteligência".

Mariana: A senhora poderia falar mais dessa inteligência? Como é essa inteligência que a senhora usa pra atender as mulheres na gravidez e no parto?

Parteira 1: É a inteligência que a parteira aprende a ter com a experiência. É difícil explicar, porque nem a gente entende direito... Quando eu tô na feira vendendo tapioca, é uma mão pro dinheiro e a outra só pega na goma e no coco. Da mão do cliente, o dinheiro vai pra minha bolsa e eu entrego pra ele a tapioca com a mão

limpa, que depois volta para pegar de novo na goma. É o meu jeito de organizar as coisas, é o tipo de inteligência que eu tenho e que vale também na hora de acudir uma mulher”.

A introdução nas ervas e nas práticas de manejo do trabalho de parto baseiam-se em experiências, possuem fundo empírico, e contam principalmente com a transmissão oral do conhecimento. Algumas frisam a genealogia do ofício em suas filiações familiares, localizando a si própria em uma linhagem de parteiras, ainda que as práticas obstétricas ou o próprio conhecimento obstétrico tenham sido adquiridos fora do círculo familiar, como no caso abaixo.

"Minha avó era parteira. Minha mãe não era, mas eu acho que peguei o dom de minha avó, embora eu fosse muito nova quando ela faleceu. O primeiro parto que fiz foi o de minha cunhada, que estava na minha casa... Eu tinha menos de 20 anos e também estava grávida. Daí em diante eu peguei gosto pela coisa e comecei a acompanhar a parteira do engenho. Conforme o povo foi se acostumando comigo, passaram a me chamar antes de chamar a parteira mais antiga do engenho. Muitas vezes ela chegou e o bebê já tinha nascido e já tava quase tudo ajeitado. Eu que tinha feito o parto, mas em consideração a ela, eu deixava o umbigo pra ela cortar. Quando ela morreu foi que eu assumi o lugar" (parteira tradicional 5).

"Sou parteira de 4º geração. Comecei com os partos dos bichos e na infância me impactei muito com uma vizinha que morreu de parto na maternidade, até que um dia atendi uma mulher no lugar de minha mãe, eu tinha 17 anos" (parteira tradicional 3).

Outras relatam terem “inaugurado” a linhagem familiar:

"Minha primeira experiência foi aos 16 anos e foi um acidente, uma emergência. Eu ia passando na rua, ouvi os gritos da mulher por socorro, o marido tinha saído para buscar a parteira. A mulher tava vendo que o bebê ia nascer, eu vi a cena, ela me chamou e eu entrei. Ninguém da minha família era parteira, essa história, pelo que eu sei, começa aqui comigo" (parteira tradicional 2).

Por ambas as perspectivas, a identidade das parteiras está significativamente ligada à ideia de destino. Missão, herança de dom divino são conceitos que surgem com frequência no discurso dessas profissionais, como também a ideia de uma proteção divina, espiritual, que as recobre.

Nesse sentido, é interessante notar que outros profissionais, especialmente parteiras urbanas e doulas, também compartilham desse sentimento de proteção espiritual ou condução divina. É também uma manifestação presente entre médicos, dentro do perfil moldado pelo viés da humanização: “várias vezes já senti que minhas mãos não estavam sendo controladas por mim, quando eu realizava procedimentos ou aparava o bebê na hora do

nascimento” (médico obstetra; notas de campo, 2013); “não tenho medo de sair de madrugada dirigindo sozinha para ir para os partos. Deus protege as parteiras e as doulas também...” (doula 2).

“Ser parteira é estar no momento mais importante de uma família, me sinto muito privilegiada. Entendo quem não queira ligar a profissão a coisas religiosas, espirituais, mas eu ligo, pois sinto como se fosse uma missão minha, como se eu tivesse nascido pronta, como se já tivesse feito isso muitas outras vezes. Para mim, ser parteira é uma grande honra, um trabalho que se faz com autonomia e amor. É muito forte, muito especial, me alimenta (parteira urbana 3).

"Eu sou parteira indígena, tenho a minha fé, faço com muita fé os rituais do meu povo. Toda parteira precisa ter seus protetores, né? Não pode fazer a coisa em vão" (parteira tradicional 9).

"O médico sabe que a parteira tem conhecimento empírico, uma sabedoria de deus que ele não tem. Deus tem algo com as parteiras, tem sim. Eu recebo mensagens, recados que são verdadeiros, vejo pessoas que já se foram. Uma vez teve uma reunião de parteiras na frente da minha casa, veio um beija flor e pousou na janela... assisti toda a reunião e quando acabou, foi-se embora. É um mistério grande que envolve as parteiras" (parteira tradicional 3).

Para finalizar essa exposição do campo do parto no Recife, resta ainda apresentar o âmbito acadêmico da área das humanidades, onde a questão do parto foi inaugurada como objeto de pesquisa a partir da criação do grupo de estudos e pesquisas Narrativas do Nascer, em 2011. Vinculado ao Departamento de Museologia e Antropologia da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), o grupo surgiu a partir da intenção de aprofundar as leituras do parto pelo viés das ciências humanas, inspirada especialmente em teorias feministas e pós-coloniais. Foi berço de pesquisas e publicações dessa área e, mais recentemente, deu vida à exposição “Museu da parteira: acolhimento, resistência, visibilidade”, inaugurada em 26 de novembro de 2016.

A exposição foi inspirada e realizada pelo Instituto Nômades e grupo Narrativas do Nascer, a partir de conversas com a parteira Maria dos Prazeres, parteira fundadora da, já citada, Associação de Parteiras de Jaboatão dos Guararapes. A concepção da exposição se desenvolveu coletivamente, tendo sido pautada por metodologias participativas e horizontais que imprimiram, sobre o resultado final da exposição, sentidos de valorização e de concepções não cristalizadas acerca de quem são e do que fazem as parteiras tradicionais.

5 A GEOPOLÍTICA DA ASSISTÊNCIA AO PARTO

*“parto bom é assim: um manda e o outro obedece”.*⁵⁶

5.1 TERRITÓRIO DE RISCO, TERRITÓRIO DE EXPERIÊNCIA

A definição do lugar simbólico de cada profissional no campo da assistência pouco ou nada tem a ver com as definições legais que existem em torno de suas competências. Enfermeiras obstétricas, por exemplo, são profissionais legitimamente autorizadas a prestar assistência a partos de risco habitual, conforme visto anteriormente, enquanto médicas obstetras são as profissionais regularmente indicadas para casos de alto risco. Oficializações e regulações como essas não são suficientes, contudo, para que o campo profissional se estabeleça por meio de relações horizontais, compartilhamento de responsabilidades e autonomia. Ao contrário, conforme tratado daqui em diante, a assistência obstétrica está marcada por hierarquias profissionais e conflitos. Esse cenário envolve questões de reconhecimento e de pertencimento que traduzem o parto como objeto geopolítico, considerando as fronteiras epistemológicas que demarcam as cenas de parto.

Foucault aponta que “a disciplina é antes de tudo uma análise do espaço. É a individualização pelo espaço, a instauração dos corpos em um espaço individualizado, permitindo a classificação e as combinações” (2011, p. 452). A obstetrícia, em todas as suas formas e manifestações, é uma disciplina (ou muitas disciplinas) que classifica e combina as informações contidas no parto. Ela, portanto, cabe numa análise do espaço: espaço físico determinado pelo especialismo, espaço simbólico determinado pela hierarquia dos saberes. A geopolítica do parto compreende os sentidos presentes na espacialização da assistência, entre os quais aqueles que denotam conflitos envolvendo alteridade e identidade profissional.

A discussão trata de algumas zonas de tradução entre saberes, momentos de contato e de troca entre as profissionais, partindo da perspectiva que compreende o conhecimento autoritativo como um estado de consenso erguido socialmente. Nas negociações realizadas nas cenas de parto, o peso de cada experiência é medido para que disso conclua-se a respeito de sua pertinência dentro *daquela* cena de parto. O saber

⁵⁶ Frase foi dita por médica obstetra logo após um nascimento, na sala de parto, direcionada a sua paciente recém parida. O contexto desse parto envolveu situações de desgosto entre médica e doula.

autoritativo é um estado flutuante, pois é resultado da comparação entre os pesos socialmente atribuídos aos saberes circulantes nas cenas de parto. Como aponta Jordan (1997), o peso inscrito nas posições políticas de autoridade e poder nem sempre são determinantes nessas negociações e agenciamentos profissionais, o que reforça a ideia de que a pertinência de uma ou outra profissional, no contexto de uma ou outra cena de parto, é tanto, ou mais, uma questão de conhecimento do que de formalidades.

authoritative knowledge isn't produced by access to complex technology, or some will to hierarchy in the abstract. It is a way of organizing power relations in a room which makes them seem literally unthinkable in any other way (RAPP apud JORDAN, 1997, P. 55).

The constitution of authoritative knowledge is an ongoing social process that both builds and reflects power relationships within a community of practice (...) It is the knowledge that within a community is considered legitimate, consequential, official, worthy of discussion, and appropriate for justifying particular actions by people engaged in accomplishing the tasks at hand (JORDAN, 1997 p. 56-58).

A negociação da experiência no âmbito da assistência acontece por meio de um viés quantitativo. A experiência acumulada com o tempo ou o volume de partos assistidos são elementos importantes nas negociações que envolvem o conhecimento autoritativo numa cena de parto específica. O tempo de experiência é apontado como um aspecto importante para o reconhecimento entre profissionais, pois está diretamente ligado à produção de conhecimento, ao *know how*, ao curso de vida que potencialmente faz de alguém um “especialista em parto”.

A valoração da experiência nesse sentido quantitativo possui o mesmo sentido entre todos os profissionais. Uma parteira experiente pode ser reverenciada por um médico, assim como um médico experiente pode ser reverenciado por uma parteira. É importante pontuar, contudo, que esse cruzamento, como tantos outros possíveis, transgride a hierarquia posta entre os saberes, sem necessariamente fundar o reconhecimento entre as categorias profissionais. Algumas vezes, essas referências estão presentes no discurso, revestindo-o com sentidos de empatia e respeito.

"Conheci muitas parteiras na época em que comecei na obstetrícia. Elas é que internavam nos hospitais particulares daqui do Recife e ensinavam a gente, diziam como é que estava o parto, quem ia parir sem complicação e quais eram os casos complicados. Impressionantemente assertivas, eram 100% maravilhosas. Essas parteiras antigas tinham muita experiência, chegavam bem perto da experiência que tenho hoje como médica, 30 anos depois" (médica obstetra 3).

“Já trabalhei com essas parteiras velhinhas de interior e posso dizer que elas tem cada história que é de arrepiar os cabelos. Só a experiência que elas têm já me faz tirar o chapéu. Tenho o maior respeito por essas figuras, ninguém pode dizer que não sabem, que são ignorantes. Elas sabem muita coisa de parto” (médica obstetra, notas de campo).

“Do tempo em que trabalhei no hospital, de quem eu mais me lembro é de Doutor Pacheco [nome fictício]. A gente trabalhava junto, madrugada adentro, atendendo parto e tomando café. A enfermaria... cheia de mulher pra parir! Muitas vezes ele vinha pra perto de mim e pedia pra eu dar o toque. Se eu dizia 'resolva logo' ele não demorava nem cinco minutos porque confiava em mim, sabia que dali não ia partir pra coisa boa” (parteira tradicional 3).

Outros casos e situações podem ser apontados para ilustrar discursos com sentidos de empatia, quiçá reconhecimento, em oposição à hierarquia produzida pela colonialidade dos saberes. Homenagens a parteiras em livros de obstetrícia são um exemplo disso, na medida em que revelam discursos médicos abertos à valorização da experiência da parteira. As figuras abaixo mostram dois exemplos de dedicatória a parteiras, escritas por médicos em livros de obstetrícia: Luiz Aguirre Barbosa (1952) homenageia a famosa parteira Mme. Durocher (Figura 1), imigrante francesa, diplomada em 1834 no Curso de Partos da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, nomeada parteira da Casa Imperial em 1866. Durocher foi uma figura muito importante na construção da assistência obstétrica como campo científico, no Brasil (MOTT, 1994, 1999b).

E Mozart Specht (1999), um dos pioneiros em tratar de questões relativas à humanização do parto em Pernambuco, homenageia a Sra. Arcanja de Jesus, parteira não diplomada, moradora de Afrânio/PE (Figura 2).



Mme. MARIA JOSEFINA MATILDES DUROCHER

nascida em 6 de janeiro de 1809 m Paris e falecida em 25 de dezembro de 1893 no Rio de Janeiro.

Foi a primeira mulher diplomada em obstetrícia pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em 27 de novembro de 1834, e a única mulher eleita membro da Academia Nacional de Medicina.

Trabalhou, como parteira, durante 60 anos e sua atividade profissional foi sempre pautada pelos mais sãos princípios da ética, da ciência e da caridade.

Em 8 de agosto de 1916, data do primeiro centenário de sua chegada ao Brasil, foi instituído na Academia de Medicina por proposta do Prof. Alfredo Nascimento, um prêmio a ser conferido anualmente 'ao autor de importante trabalho sobre obstetrícia, ginecologia ou puericultura intrauterina, exigindo-se do concorrente, que deve também apresentar seus títulos e trabalhos publicados para serem devidamente apreciados, qualidades de ética profissional'.

Figura 1 - Dedicatória em livro de obstetrícia à Madame Durocher



O autor com Dona Arcanja de Jesus, parteira tradicional de 92 anos de idade – Afrânio – sertão PE

Figura 2 - Dedicatória em livro à parteira Arcanja de Jesus

Em 2012, na ocasião da IV Roda de Diálogos promovida pelo Projeto de Extensão Narrativas do Nascer, em uma livraria do Recife, presenciei outro exemplo do que está sendo dito. O tema do evento foi “Quem vai estar com você no seu parto?” e o debate tratou da diversidade local de modelos de assistência. Algumas profissionais (parteiras tradicionais, médicas obstetras, enfermeiras e doulas) foram convidadas a compor a mesa e o público era

variado, mas composto especialmente por gestantes e familiares. A cena que quero trazer é a da médica obstetra que, de posse do microfone para dar início à sua fala, fez um gesto de reverência à parteira tradicional que compunha a mesa com ela. Naquele momento, pode-se dizer que a médica expressou seu respeito à experiência da parteira, tratando-a naquele momento como sua “colega” ou mesmo como sua “superior”.

A importância da experiência está relacionada ao entendimento de que o conhecimento obstétrico se desenvolve sobretudo na vivência da assistência, muito mais do que na formação escolar. É pela repetição e pelo “habituar-se à cena de parto” que as profissionais julgam desenvolver gradualmente habilidades e o olhar treinado para a assistência. Esse entendimento está contido, como se pode ver nos trechos abaixo, em expressões como “tempo de vô”, “*feeling*” ou “pegar experiência”. A experiência adquirida pela vivência eleva a profissional, qualquer que esta seja, a uma posição de saber diferenciada dentro do campo da assistência.⁵⁷

“Para atender parto você precisa de horas de voo. Quando a gente sai da residência, o *feeling* é diferente. É algo que vem mesmo com a prática, um olhar que a teoria não dá. E acho que independe de ser ou não-médico” (médica obstetra 4).

"Atender parto é um eterno aprendizado. A vivência traz segurança e a gente vai vendo as complicações e vai aprendendo a resolver, vai ficando mais segura" (médica obstetra 1).

"Um médico recém formado não vai perceber as coisas como alguém que tem anos de estrada, sendo médico ou não. Na obstetrícia, a vivência é fundamental, talvez tão importante quanto o estudo teórico. Essa sensibilidade está além do racional. Tem uma outra coisa que a estrada, o tempo, a quantidade de mulheres que você viu parindo vão trazer mais do que os livros" (médica obstetra 3).

“Conheci parteiras no hospital que só de olhar a paciente diziam quais eram graves, quais estavam mesmo em trabalho de parto, etc. E já vi residente errando por falta de experiência, por falta de vivência dentro de uma sala de parto” (médica obstetra 4).

“Quando a mulher está com sete meses de gravidez eu já sei se aquele parto é pra mim ou não. São muitos anos fazendo isso, a gente fica treinada e começa a perceber umas coisas que já sabe onde vai dar” (parteira tradicional 4).

“Quando me formei e comecei a trabalhar, o que eu queria era pegar experiência, ver tudo quanto é caso pra ficar treinada mesmo. Hoje, depois de tantos anos

57 Um exemplo disso é a referência que as doulas se tornam, mesmo sem formação acadêmica superior na área de saúde, para assuntos relacionados à gestação e ao parto junto às mulheres de seu círculo social. Esse reconhecimento da sua experiência adquirida com a prática faz com que as doulas também percebam a sua experiência como lugar de saber.

atendendo parto, já sei se uma mulher está pra parir só de ouvir o grito que ela dá. Tem procedimento que posso fazer de olho fechado também, ficou automático, minha mão faz sozinha” (enfermeira obstétrica 3).

"Eu sempre me construí no embate com o modelo hegemônico, então eu me negava a fazer procedimentos, mas era sempre uma luta cansativa. Depois uma caminhada de 6 anos, assistindo muito parto hospitalar, decidi pela minha autonomia dentro de um outro modelo de assistência... me voltei totalmente para o parto domiciliar" (parteira urbana 3)

“Demorei cerca de 15 partos para me sentir realmente à vontade para doular sozinha, sem estar na presença de uma doula mais experiente. Foi nessa época que eu percebi que eu tinha formado uma bagagem, experiência mesmo, já tinha conhecimento da fisiologia, das intervenções... Foi aí que me senti mais segura e mais capaz de ajudar as mulheres” (doula 4).

“No começo as coisas são mais leves, o universo do parto parece cor de rosa, tudo é lindo. Pra gente que tá dentro da humanização, a impressão que fica é que parto sempre dá certo. Depois vão aparecendo as intercorrências, não que sejam muitas, mas marcam a gente. Aí a doula vai ficando mais esperta, mais ligada, treinada mesmo pra identificar os problemas (doula 3).

Por outro lado, a experiência também está fortemente presente no discurso das profissionais quando se trata de distinguir os modelos de assistência e de formas de cuidado, inscritos na atuação de cada categoria profissional. Nesse sentido, é a qualidade da experiência que é trazida para ordenar a diversidade de olhares. É trazida, portanto, para a demarcação das fronteiras epistemológicas que possam haver entre a experiência da médica e a experiência da parteira, por exemplo. Embora sejam ambas fruto do aprendizado que treina o olhar sobre o parto ao longo do tempo, as experiências profissionais divergem em sua natureza e apreendem o parto partindo de lógicas distintas, gerando protocolos e criando práticas obstétricas igualmente divergentes.

A experiência, segundo Foucault (2010), pode ser apreendida como “correlação, em uma cultura, entre campos de saber, tipos de normatividade e formas de subjetividade” (FOUCAULT, 2010, p. 193). Falar em experiência é falar em saberes, normatividades e subjetividades, categorias fundamentais para a construção do sentido da assistência (bem como do próprio parto), em qualquer grupo humano. O esforço de historicizar a experiência dos profissionais, revelando os posicionamentos políticos dos sujeitos e as hierarquias presentes em campo, atende à necessidade de não essencializá-las.

A hierarquia é fruto da medição e comparação das experiências das profissionais, por meio de uma equação que contabiliza tanto o tempo de experiência, conforme já visto,

quanto a qualidade das experiências em questão. O resultado desta operação matemática e política está contido no sentido de adequação que reveste determinadas profissionais, a depender do contexto que abriga a cena do parto.

A constituição da biomedicina ou do saber médico como saber autoritativo acontece em meio ao processo que forja a “naturalidade” das ordens hierárquicas. Neste sentido, todos os participantes da comunidade de práticas obstétricas, incluindo profissionais, mulheres e familiares, apreendem a ordem hierárquica como ordem natural, algo como “o modo como as coisas simplesmente são” (JORDAN, 1997). Hoje, a percepção das profissionais está voltada, em geral, para a criação de abismos entre os saberes, evidenciando por um lado a cientificidade da lógica com que a biomedicina descreve, explica e prediz as realidades do parto e, por outro, silenciando ou diminuindo a importância de outras lógicas (RIOS et al, 2007). A naturalização desse distanciamento que gera a hierarquia é parte indissociável da engrenagem que mantém os lugares políticos dos profissionais, igualmente organizados numa hierarquia.

Where the professionalisation of biomedicine is founded on their jurisdiction over both a high risk territory of social practice, and a high status body of credentialised knowledge, nurses and midwives remain in a position of relatively low autonomy, or bounded autonomy over low risk areas (CANT et al, 2011, p. 535).

Vários autores trataram da supremacia que reveste o saber médico, situando-o como objeto ou fenômeno histórico, erguido sobre o silenciamento de outros saberes (LUZ, 1982, 1986; FOUCAULT, 1993; CANGUILHEM, 2006). A articulação da biomedicina ao poder do estado e a própria agência constitutiva desse poder (derivada da aceitação ampla da sua eficácia e legitimidade por parte da população) fazem da biomedicina um saber hegemônico.

Pierre Bourdieu (1977, 2011) tratou do aprendizado formal escolarizado, grande marca distintiva da medicina frente aos saberes costumeiros, relacionando-o a interesses econômicos e políticos no contexto de sociedades de classes. A valorização do diploma é um sintoma desse processo, presente em contexto onde há disputa ou afirmação identitária entre profissionais.

O valor simbólico do diploma dos cursos entre as parteiras tradicionais é exemplo disso. Outros exemplos são as denúncias realizadas em 2016, no Recife, citadas anteriormente no texto, por um grupo de ativistas da humanização do parto em ataque a uma médica obstetra

que prestava assistência sem diploma de residência médica. A valorização do diploma é uma marca importante da hierarquização de saberes e tem na escolarização médica seu principal foco de “gentrificação” da assistência. Como já visto, a mobilização discursiva da experiência linear (tempo de experiência) promove o cruzamento dos sentidos de reconhecimento por lógica inversa à da colonialidade. Já a noção “qualitativa” de experiência, essa sim, possui as marcas da colonialidade, do silenciamento, das linhas cartográficas “abissais” (SANTOS, 2007).

Há ainda outras peças importantes nessa engrenagem, mantendo e reproduzindo a hierarquia de saberes e os lugares políticos dos profissionais. A categoria de risco é uma delas. Pode-se dizer que o rápido avanço da tecnologia leva a sociedade ocidental a estabelecer, concomitantemente, relações de risco e confiança com relação aos sistemas peritos (a assistência obstétrica biomédica se configura como sistema perito) (GIDDENS, 1991). Esse estado reflete as disputas entre visões tradicionais e novas formas de organização e explicação da realidade social. Trata-se, nesse sentido, do conflito aqui tratado, entre conhecimentos peritos e o conhecimentos “leigos”. Esse é o caminho, pelo qual se pode afirmar, que o risco está presente no discurso profissional como categoria determinante para as marcas de silenciamento. Mais do que isso, o risco se configura como categoria fundamental para a compreensão da racionalidade impressa nas formas de cuidado e assistência.

A maneira com que os profissionais relacionam-se com o parto necessariamente passa por sua relação com o risco do parto e está imbricada na maneira como se relacionam entre si e tomam seus lugares no território da assistência. Sendo dispostos tais lugares em razão da centralidade do saber médico, é possível dizer que a propagação da ideia de parto como evento arriscado é a lenha mais grossa dessa fogueira. O risco é a principal moeda corrente nas negociações que envolvem os saberes obstétricos, naquilo que tange a apreensão que as profissionais fazem do seu trabalho e do trabalho de outras profissionais.

Reforçando a ideia do parto como questão epistemológica e geopolítica, nota-se que o lugar simbólico da profissão e do discurso médico compõe um ponto central, de onde partem noções particulares de risco. Noções particulares que são disseminadas como verdades inquestionáveis.

Na prática, a hegemonia biomédica emerge num cenário de disputa, constante atrito e contestação. A presença e a reemergência continuada de saberes subalternos (MIGNOLO, 2003) promovem o campo da assistência como campo de diversidades onde a

interdisciplinaridade é possível e deveria ser construída a partir da horizontalidade, em respeito às tradições epistemológicas paralelas ao saber médico. As disputas envolvidas nessa questão iluminam as linhas de fuga da assistência e o deslocamento epistemológico sofrido a partir de um deslocamento territorial, da margem ao centro e vice-versa.

A ideia de interdisciplinaridade na assistência, que envolve relações de alteridade profissional, desnuda uma série de referências utilizadas no discurso a respeito do parto e a respeito dos riscos que se busca evitar. Com isso, pode-se afirmar que esse discurso carrega em si próprio importantes aspectos da estrutura do campo, o sentido geral da hierarquização de saberes e aponta para disputas importantes na assistência. A lógica prática da biomedicina, suas formas e modos de operação constituem uma força gravitacional, uma âncora poderosa (MACCALLUM et al, 2015), que exerce o controle sobre a diversidade de identidades profissionais obstétricas, sobre os modos de vivenciar e de agir profissionalmente sobre o parto.

O deslocamento territorial e epistemológico refletido na comparação entre os modelos de assistência e entre a prática operada pelas categorias profissionais, torna-se apreensível por meio da comparação entre as lógicas utilizadas pelas profissionais quando descrevem a percepção que têm a respeito do parto e a respeito da base de sua experiência profissional. Dentro do enorme conjunto de referências que ilustram esse deslocamento, não há outra categoria mais relevante que a do risco.

O risco obstétrico, que pode assumir formas distintas como se verá a seguir, é parte fundamental do raciocínio causal que orienta a prática profissional. As formas de mobilização da categoria do risco são basicamente duas, uma relativa ao risco inerente do parto, outra relativa ao risco profissional. Entrelaçadas, possuem relação direta entre si.

5.2 DOMINÓ OBSTÉTRICO

Antes de cada entrevista realizada com médicas, enfermeiras, parteiras urbanas e doulas, propus às minhas interlocutoras uma atividade lúdica a que chamei “dominó obstétrico”.⁵⁸ Trata-se de um jogo de peças de madeira lisas e quadradas, feitas por mim, em cuja superfície estão gravados os nomes das categorias profissionais: médico obstetra, enfermeira obstetra, obstetriz, parteira tradicional, parteira “na tradição”, parteira indígena e

⁵⁸ Infelizmente não foi possível apresentar o dominó obstétrico às parteiras tradicionais. As entrevistas com elas foram anteriores à concepção do jogo.

doula.⁵⁹ As peças foram oferecidas às entrevistadas para que fossem organizadas sobre a mesa, segundo um ou mais critérios de livre escolha. Atingida a composição final do jogo, solicitei às entrevistadas que explicassem as razões de suas escolhas, dando assim início à entrevista.

O dominó foi concebido como uma ferramenta relacional, útil para pensar e discutir o campo da assistência a partir das relações entre as diversas categorias profissionais. A inspiração para a elaboração dessa ferramenta veio principalmente das constelações sistêmicas (FONTE, 2016), conhecida especialmente na linha terapêutica, mas que se apresenta mesmo como um novo paradigma científico, abordando os conflitos sociais de um lugar jamais alcançado pelos métodos científicos tradicionais (MARTINS, 2016). É possível dizer que a perspectiva sistêmica é construída a partir da busca por novos paradigmas que deem sentido às mutações da sociedade humana.

A organização intencional das peças, a qual chamarei por *constelação*, possui um sentido geral ligado ao lugar simbólico de cada categoria e as formas como cada profissional enxerga a si e aos outros, colegas de profissão ou não. As constelações criadas pelas entrevistadas podem ser vistas como representações de um sistema que, realmente, não cabe em termos simplistas de causa e efeito. Nesse sentido, as imagens revelam percepções do todo, a partir das quais aprofundou-se nas qualidades específicas de cada realidade profissional vivenciada.

59 Essa seleção, por si só, já representa um recorte intencional da realidade obstétrica, baseado na atuação prática dessas categorias na contemporaneidade, uma vez que o cenário da assistência obstétrica no Brasil é composto pela atuação prática de todas essas ocupações, conforme já tratado anteriormente. Por outro lado, é uma seleção que denota a crença na primazia da dimensão formal (formação acadêmica, instituições, jurisdição) sobre a dimensão simbólica, algo patente na ausência da categoria parteira urbana. Conforme colocado no capítulo cinco, a profissional que se autodenomina parteira urbana recorre, em sua prática, às instâncias formais ligadas à sua formação originária, geralmente enfermagem, na construção da legitimidade de sua atuação e conhecimento. Porém, a linearidade que relaciona a parteria urbana à enfermagem não autoriza o emparelhamento de suas perspectivas, tomando o saber de uma pelo saber de outra, nivelando suas epistemologias.

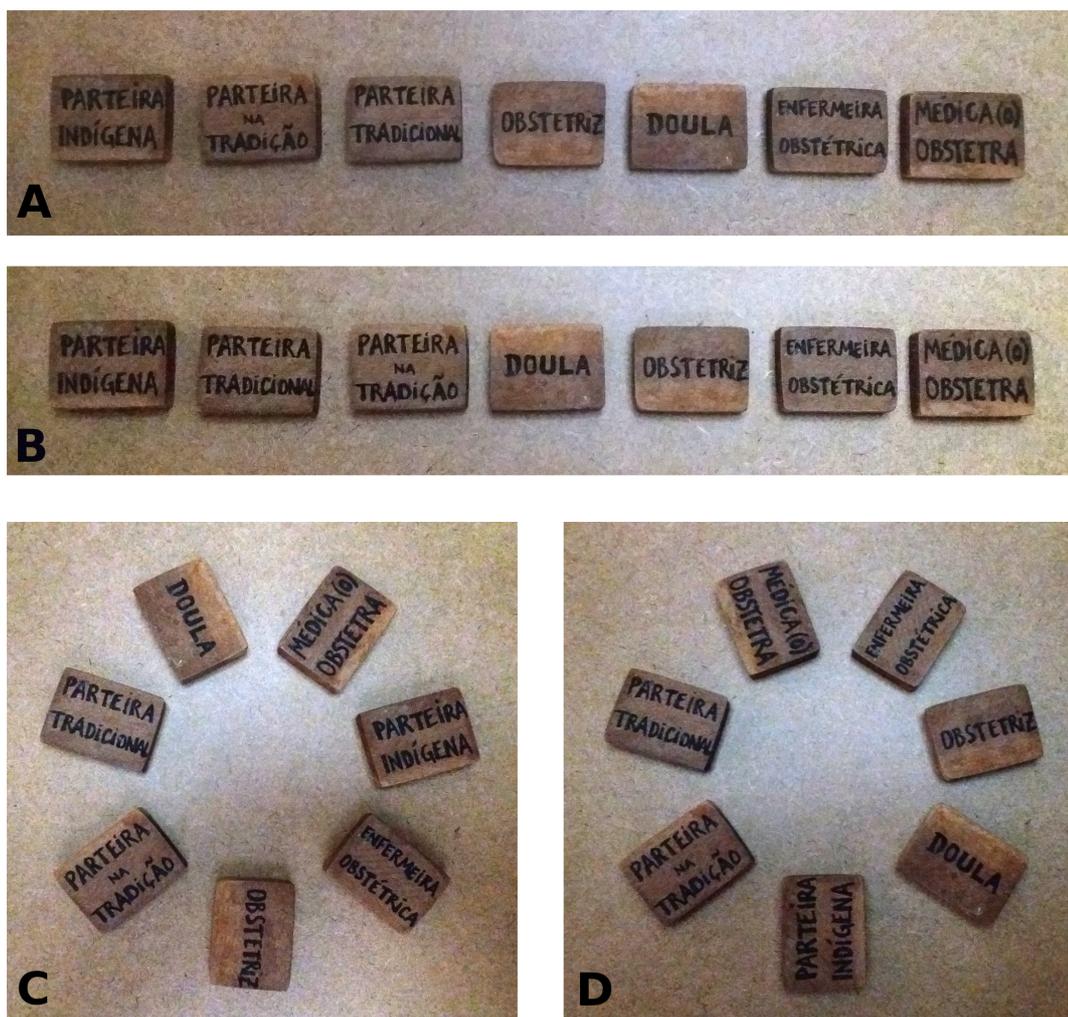


Figura 3 - Exemplos de padrões abertos e fechados do Dominó Obstétrico

Inicialmente, o dominó foi pensado como uma abordagem introdutória, uma maneira de iniciar o tema geral da entrevista e disparar falas espontâneas, menos pensadas, gerando efeitos positivos sobre a fluidez do discurso. Ainda que tenha sido pensado como estratégia introdutória, inegável é a força ilustrativa das constelações que minhas interlocutoras criaram: são ilustrações de um raciocínio amplo e abrangente, servindo de porta de entrada para uma leitura específica e sociológica do campo da assistência ao parto.

Como resultado, dois padrões gerais apareceram. O primeiro é um padrão aberto em que as peças foram dispostas de maneira enfileirada, uma atrás da outra, com basicamente duas variações importantes: na primeira, a orientação é vertical, enquanto na segunda, a fileira está disposta de forma horizontal (Figura 3). O segundo é um padrão fechado, no qual as

peças estão dispostas em círculo. A variação desse padrão diz respeito à ordem das peças no círculo: em alguns casos a ordenação foi feita aleatoriamente, em outros esteve marcada pela separação dos profissionais em dois grupos, um representando o que poderíamos chamar de profissões da ciência, e outro profissões do costume. Houve casos em que peças foram adicionadas ou retiradas da constelação, conforme mostrado adiante.

Os padrões abertos surgiram nas entrevistas com médicas obstetras, enfermeiras obstetras e parteiras urbanas. Todas profissionais diplomadas, com uma variação significativa de tempo de experiência na assistência, sendo que a média de tempo de formada, era de quinze anos. Há também variação importante no modo como atuam, uma vez que o conjunto é formado por profissionais do SUS e do sistema suplementar, sendo bastante heterogêneo quanto às práticas de assistência adotadas. Algumas profissionais demonstram familiaridade com representações da humanização do parto e com perspectivas não-médicas de assistência. Já outras, mostram-se alheias ou mesmo hostis a interpretações do parto que não fossem centradas no risco, no hospital e no médico.

A linearidade na disposição das peças representa uma hierarquia, graus sucessivos de acúmulo de conhecimento técnico. Suas versões horizontais trazem um forte significado temporal, pois partem de uma perspectiva histórica para compor o desenvolvimento da assistência ao parto, ilustrando-o com uma escala que liga a origem da obstetrícia à sua versão contemporânea, narrando-o como percurso de progresso ou de modernidade. As versões verticais apresentaram conotação ligeiramente diferente, embora sejam complementares: foram definidas como graus de domínio da técnica. Quanto mais baixa a posição do profissional na escala hierárquica, menor o aporte técnico utilizado na prestação da assistência, mais costumeira é a base de seu conhecimento. Quanto mais elevada, maior o aporte técnico, mais científica é a base de seu conhecimento. A “parteira indígena” e o “médico obstetra” estiveram nas extremidades dessa escala em todos os casos, com algumas variações na ordem das peças do meio (Figura 3, exemplos A e B).

Já os padrões fechados, surgiram entre doulas, enfermeiras obstetras, parteiras urbanas e médicas obstetras. Comparando com o grupo anterior, esse é um conjunto de composição mais homogênea, no qual também estão presentes profissionais do SUS e do sistema suplementar. A média do tempo de atuação profissional das entrevistadas é sete anos. As que cursaram residência em obstetrícia, como é o caso de médicas e enfermeiras, são egressas há menos de cinco anos. A homogeneidade também se estende ao modo como atuam

na assistência. Há nitidamente um ponto de convergência entre o perfil dessas interlocutoras quanto ao compartilhamento de referências, valores e signos do movimento de humanização do parto, e sua aplicação nas pautas da saúde coletiva.

De maneira geral, o discurso associado aos padrões fechados define o campo da assistência a partir de questões ligadas à garantia de acesso aos serviços em saúde, humanização da assistência, assistência multidisciplinar, ausência de hierarquias e autonomia da mulher. Como colocado anteriormente, é um padrão que consiste num sistema fechado de formato circular. Sua margem é representada pelos profissionais posicionados lado a lado, equidistantes em relação ao meio. Única exceção é a doula, que em todas as constelações foi colocada no centro do círculo, ao lado da mulher/parturiente. Como o dominó não inclui essa peça, algumas profissionais apenas a mencionaram, enquanto outras a acrescentaram improvisadamente por meio de objetos como telefone celular e chaves.

A mais importante variação desse padrão fechado diz respeito à divisão do círculo em duas metades: uma de profissionais que atuam sob lógica que poderíamos chamar de científica, outra de profissionais que atuam sob lógica “costumeira/prática”. “Enfermeira, obstetrix e médico” como parte do campo científico, “parteira tradicional, parteira na tradição e parteira indígena” como representante do campo prático (Figura 3, exemplos C e D).

Como já mencionado, a exclusão de peças também fez parte de algumas constelações. De uma única peça na realidade, “parteira na tradição”, cujas relações ilustram uma forte expressão do campo profissional como campo de disputa (BOURDIEU, 1976). A exclusão da peça nitidamente exprime a resistência encontrada pela parteira “na tradição” e a ausência de legitimidade que lhe reveste, da perspectiva de outras entrevistadas, sobretudo doulas, parteiras urbanas e médicas ligadas ao meio da humanização.

Minha vivência de doula no campo da assistência humanizada do Recife, demonstra que as representações em torno das parteiras urbanas no discurso de alguns profissionais vão no sentido do (des)pertencimento, julgando-as profissionais inadequadas ao mercado da obstetrícia, por razões de risco. Esse assunto será retomado adiante.

A contribuição das constelações para o desenvolvimento da análise a que este trabalho se propõe se expressa nos caminhos apontados para pensar os lugares demarcados no campo profissional e o sentido político dessa ordenação. Os conflitos, crenças, preconceitos e resistências, mostram-se nesse exercício senão como expressão do encontro entre a dimensão científica e a dimensão prática do campo profissional. São caminhos que percorrem os

conteúdos simbólicos das relações profissionais e dos espaços físicos, das unidades que abrigam as cenas da assistência e as cenas de parto. Pertencer à cena do parto mostra-se como estado cambiável, dependente direto da valoração atribuída ao risco, assim como à experiência e à autonomia, no contexto cultural em que cada parto acontece.

O sentido político que orienta essas construções – físicas e simbólicas –, que molda a estratégia inscrita na espacialização do parto, melhor dizendo, na territorialização do parto, é a circunstância geral da análise que aqui se inicia. O foco específico recai sobre os elementos chaves do discurso, mobilizados quando a intenção é definir o lugar de cada profissional no campo da assistência e os pressupostos dessa definição.

Conforme foi colocado, o padrão linear de disposição das peças remete a um sentido evolutivo. Na horizontal ou na vertical, destaca-se o padrão de hierarquia, cuja reprodução se dá por meio de critérios técnicos. A linha percorre do estágio selvagem e primordial da obstetrícia, caracterizado por técnica tosca, e rudimentar, ao estágio moderno, marcado pelos avanços científicos em direção à contenção dos riscos.

“A formação técnica é científica, baseada em modelos, metodologias, pesquisas. É um conhecimento mais estruturado, como costumamos dizer na sociedade moderna. Entre as parteiras antigas, o conhecimento vinha da prática e era transmitido sem tanta metodologia científica e sem tanta preocupação técnica” (médica obstetra 1).

Dessa perspectiva, o desenvolvimento da obstetrícia é reduzido a uma ontologia do campo fundada sobre o aprimoramento técnico e naturalização da biomedicina como saber hegemônico. Nesse sentido, a hegemonia médica é compreendida como resultado de um percurso inexorável e o (des)pertencimento, que reveste atuações consideradas leigas, é uma ideia que pressupõe a medicina como saber apartado de condições culturais e históricas.

“Eu acho que foi inevitável essa mudança de um modelo baseado no empirismo para outro baseado numa formação, assim... mais consistente. O destino das parteiras leigas foi esse, não tem jeito... a modernidade chegou e as descobertas na área de saúde. A medicina foi se desenvolvendo, se aprimorando, e os médicos foram se espalhando e as parteiras sem ter mais porque fazer” (médica obstetra 2).

A assimetria radical estabelecida entre a parteira indígena e o médico obstetra está fundada sobre uma leitura evolucionista do campo que compreende a técnica obstétrica como exclusividade do saber médico.

"Enquanto não precisou de tecnologia, o médico não precisou existir para entrar no parto" (médica obstetra 2).

"a parteira leiga sempre existiu, está no cenário desde os antepassados. Com a valorização da tecnologia, foram esquecidas..." (médica 1).

Contrariando essa percepção, Mauss (2003), em seu texto *Esboço de uma teoria geral da magia*, esclarece que a magia pode ser visto como técnica primeira, apontando para o vínculo genealógico que há entre elas. Em suas dimensões práticas, tanto a magia quanto a técnica manifestam materialmente o conhecimento e respondem aos desejos de cada época. Com isso, é possível afirmar que a assimetria política reproduzida pelo discurso possui fundamento ideológico.

Do mesmo modo, é uma leitura que não vê o índio em sua condição moderna, ator presente na modernidade, como também não o vê como sujeito produtor de saber. Ambos os pressupostos embasam a condição originária atribuída à parteira indígena, cristalizando-a como antepassado leigo da obstetrícia médica atual, silenciando seu saber e sua dimensão técnica. Sob esse entendimento, enquanto o médico mobiliza um saber técnico, a parteira indígena mobiliza um conhecimento fundado no instinto:

"A parteira índia, no começo de tudo, era uma mulher leiga que estava lá para ajudar, não acho que era uma parteira mesmo, de verdade. Conforme os partos foram acontecendo, aí sim foi se construindo um conhecimento, foram ganhando experiência e repetindo os procedimentos. De tanto ver, começou a entender o que fazer e como fazer, talvez tenham começado a criar ferramentas, não sei. No começo, não... devia ser só o instinto mesmo" (médica obstetra 2).

"A origem da obstetrícia está na figura da parteira indígena, no conhecimento desses povos bem antigos. Quando o branco invadiu o território deles, a cultura deles foi dominada, e acredito que esteja diminuindo. Hoje se entende a medicina como mais verdadeira, quero dizer... científica" (médica obstetra 2).

Nota-se que o adjetivo *leiga* não tenha sido contextualizado, em nenhuma passagem na qual tenha ocorrido, de modo a esclarecer, afinal, em relação ao que as parteiras são leigas. É como se a sentença comportasse uma obviedade que dispensa esclarecimento: "a parteiras leiga é leiga pois desconhece verdades científicas".

Segundo Ulrich Beck, trata-se da clássica demarcação de fronteiras entre tradição e modernidade, entre leigos e especialistas, presente no processo de *cientifização primária* (BECK, 2010, p. 236). Em última análise, apenas o especialista diplomado, com destaque à figura médica, é portador de uma sapiência a que se pode designar por saber, conhecimento ou ciência (FOUCAULT, 2003).

Embora o médico, por exemplo, possa afirmar que desconhece as práticas da parteira tradicional, eles não classificam a si próprios ou a colegas, como leigos. Nesse jogo, é o médico, e não a parteira, quem possui condições sociais e históricas para produção de verdades (VEIGA-NETO, 2002) e de epistemes que formulam, ordenam e moldam o mundo (SILVA, 1994).

Assim, por meio de uma argumentação centrada nas formas de aprendizado e no grau de sistematização dos saberes obstétricos, a lógica explicativa do padrão linear é construída. A crença que embasa seus desdobramentos é a de que o conhecimento científico possui níveis elevados de rigor e consistência quando comparado a campos de saberes ditos não científicos, referidos por tradicional, prático ou empírico.

Já as constelações de padrão fechado ilustram outros aspectos relevantes para o entendimento do campo, mais relacionados à disposição dos profissionais frente à gestante/parturiente em um sistema pautado pela humanização da assistência e na autonomia da mulher. Essas referências despontam como forças explicativas, parâmetros fundamentais para a descrição dos papéis e do lugar de cada profissional na cena do parto.

“Os profissionais devem estar todos a disposição da gestante, sempre. Os direitos da mulher devem ser preservados inclusive para escolher quem ela quer no parto, o tipo de profissional que irá atender o seu parto... acho que todos os problemas da assistência começam quando o sistema perde essa coisa mais básica dos direitos e da satisfação da mulher” (médica obstetra 4).

Sobretudo entre as médicas obstetras, a peça “doula” também foi colocada no centro do círculo, ao lado da mulher, posicionamento que representa seu papel de mediação. Por essa ótica, a doula cumpre com as atribuições de uma facilitadora, alguém que promove uma comunicação mais clara entre a parturiente e o restante da equipe. É a doula quem vai “traduzir” para a paciente os diagnósticos feitos pelos demais profissionais. Além disso, a doula é descrita como profissional de grande mobilidade, uma espécie de transeunte das cenas de parto. Sua função é “estar onde a mulher está”, daí a doula ser alocada no centro da roda, ao lado da mulher.

"A doula não é uma profissional independente. A presença dela no parto não dispensa a atuação de outro profissional que tenha responsabilidade quanto aos resultados do parto, bem estar do binômio mãe-bebê. O vínculo dela é com a mulher. Ela vai onde a gestante está. Deve ter condição e abertura para trabalhar com qualquer equipe, em qualquer contexto" (doula 2).

Com relação ao âmbito dos saberes, a doula é caracterizada no discurso profissional como sujeito de certa duplicidade: faz parte de seu papel transitar entre a ciência e o costume, articulando representações de modernidade, informalidade profissional e práticas não-médicas. Daí a ser tida como profissional “neutra” ou “adaptável”, algo como uma conciliadora de saberes:

"A parteira representa o saber popular, a cultura do empirismo baseado na prática, a transmissão de conhecimento passado de geração em geração. O conhecimento delas é transmitido sem tanta metodologia científica, é um conhecimento prático, empírica. O médico, a enfermeira e a parteira formada [obstetriz] representam o saber técnico, pois têm uma formação técnica voltada pra atender parto. A formação técnica é científica, baseada em modelos, metodologias, pesquisas. É um conhecimento mais estruturado, como costumamos dizer na sociedade moderna... A doula fica no meio termo, habita os dois ambientes" (médica obstetra 1).

O trecho acima foi selecionado da fala de uma profissional, cuja constelação apresentou a segregação dos profissionais de acordo com sua atuação científica ou costumeira, variação mencionada anteriormente, estando a doula no meio do círculo.

Outras vezes, essa mesma ideia da doula como figura híbrida foi reforçada pela apreensão do parto como evento costumeiramente atendido por mulheres, um evento ancestral. Por essa via, algumas práticas da doula são referenciadas como práticas antigas, provenientes de uma certa sabedoria universal feminina. Conforme o trecho abaixo,

“As mulheres sempre cuidaram umas das outras no parto. Sempre teve isso de esquentar água, ajudar a mulher com massagem, óleo, cheiros das ervas, alguns tipos de comidas. É uma coisa que vem da nossa ancestral mais remota. Hoje é a doula que traz esse conhecimento, quem melhor pode dar esse clima feminino de ajuda pro parto” (médica obstetra 2).

Por outro lado, sabe-se que a doula representa uma categoria nascida no bojo da problemática a respeito da humanização do parto. Em razão disso, seu reconhecimento vem especialmente dos profissionais que se identificam com o tema e explicam a pertinência da doula baseados em comprovações científicas e parâmetros construídos pela Medicina Baseada em Evidências (MBE).

“A doula, tão atual e ao mesmo tempo tão antiga. É uma profissão que vem dos antepassados, da tradição das mulheres se ajudarem. Mas que hoje tem respaldo científico, vários estudos mostram que traz benefícios. Só da parturiente ter uma outra mulher junto dela, mesmo que essa mulher não faça nada, já traz desfechos melhores. E tem as técnicas que as doulas usam, que também ajudam muito, o caminhar, rebolar durante o trabalho de parto, usar água quente, as posições que ajudam" (médica obstetra 2).

De maneira geral, pode-se dizer que as constelações de padrão fechado estão associadas a um discurso que valoriza a horizontalidade nas relações profissionais. O foco do discurso é a autonomia da mulher, o que parece resultar de uma compreensão da diversidade de saberes obstétricos pautada não somente pela condição hegemônica de dominação do saber científico, mas pela escolha das mulheres. Outro aspecto desse entendimento aponta para a valorização do trabalho de cada profissional, no sentido de humanizar as relações inscritas nos espaços profissionais, trazendo satisfação e sentido de reconhecimento para todos os que promovem assistência. Nesse sentido, pode-se pensar numa certa horizontalidade dos saberes contida no discurso.

"O médico obstetra, a enfermeira, a doula e a parteira precisam trabalhar de forma horizontal, sem hierarquia de grau de importância, com o conhecimento deles se complementando, todos juntos pela promoção de uma assistência de qualidade, com resultados positivos tanto para a mãe quanto para o bebê. O modelo de assistência que eu quis mostrar aqui, que para mim é o modelo mais certo, gera bons resultados também para os profissionais, que vão se sentir realizados, valorizados. É aquilo, se você faz um trabalho que é visto como uma coisa menor, de menos importância e se você incorpora isso, toma isso pra você, acabou-se... é óbvio que a qualidade vai cair, porque você se desvincula emocionalmente, espiritualmente e fisicamente do trabalho. Então, resultados positivos para mãe e bebê são essenciais, mas o profissional que presta assistência tem que sentir prazer e orgulho do que ele faz, eu acho que isso também é humanização" (enfermeira obstetra 1).

Do que foi exposto até aqui, nota-se que a carência técnica atribuída aos modos de assistência mais ligados à tradição e costume, como no caso da parteira, é extrapolada a uma condição de defasagem epistemológica, a partir da qual se desenvolve uma questão política, de luta pelo lugar de definição das significações. Uma luta pelo poder simbólico. Sabe-se que tal relação não impede, entretanto, que profissionais diplomados estabeleçam com as parteiras alguma relação de reconhecimento, nascida do sentido "originário" atribuído à parteira.

O aprofundamento nas qualidades dessa relação de reconhecimento, no entanto, evidencia limites que o desnudam em mera tolerância. Esse processo se dá a partir de referências geográficas, territorialização da assistência costumeira das parteiras não diplomadas. Na medida em que as localizações geo-históricas do sujeito, e de suas ações, estão em estreita relação com as localizações epistemológicas de sua existência no mundo, a parteira não diplomada é tolerada desde que não apresente outras vias, linhas diagonais que a retire da margem.

A marginalidade, nesse caso, diz respeito tanto ao silenciamento imposto pela cientificação da vida, quanto ao afastamento geográfico da parteira com relação ao centro urbano. Em outras palavras, se aplica ao campo do saber e à territorialização da assistência não diplomada. Esses processos, na realidade, são indissociáveis, dada a continuidade entre a geopolítica do parto e a geopolítica do conhecimento (MIGNOLO, 2003).

Assim, a marginalidade deixa de ser um dado histórico circunstancial e observável para se tornar um conceito, definição cristalizada do que significa ser parteira no Brasil.

“Pra mim, parteiras são aquelas velhinhas das comunidades que não tem médico, hospital, nada por perto. Essas são parteiras mesmo, as originais” (médica obstetra 2).

A idade avançada, a morada longínqua e as condições rudimentares de acesso aos serviços oficiais são parâmetros que compõem o ideal de parteira tradicional entre os profissionais. Mais do que isso, são parâmetros tidos como condições para o reconhecimento ou para que as parteiras sejam simplesmente toleradas como sujeito possível. Nesse sentido, como será retomado adiante, a própria denominação do modelo de parteria diplomada (executado por obstetrites, enfermeiras e médicos obstetras) como parteria *urbana*, evidencia o uso da geografia do saber como estratégia de distinção. Os antagonismo urbano/rural, centro/margem é utilizado nesse sentido, na demarcação do lugar de cada profissional no campo da assistência que é, entre outras coisas, campo de disputa.

O trecho que segue abaixo evidencia os limites que profissionais diplomadas impõem à atuação da parteira. Foi pronunciado por uma parteira urbana que vê sentido na atuação da parteira somente em contextos de isolamento. A expressão “cultura das parteiras tradicionais” é particularmente interessante pois localiza a atuação da parteira dentro da dimensão da cultura, como se isso constituísse uma particularidade do saber costumeiro. Por trás desse padrão está o discurso eurocêntrico, afirmando que o racionalismo científico europeu é universal e não se refere a culturas determinadas, enquanto os demais saberes são culturais e localizados (MIGNOLO, 2003).

A mensagem subjacente é que medicina, ao contrário, está acima do sentido geral de cultura, tendo reconhecida sua ação normalizante e seu lugar no campo, onde a relação saber-poder encontra sua face positiva (FOUCAULT, 1993, 2002). A menção aos órgãos reguladores (entidades de saúde) reforça esse caráter universal e normativo que reveste a prática científica em saúde.

“Acho fantástica a cultura das parteiras tradicionais, mas acredito que a função delas deva ser restrita a locais onde não haja outra opção. Transferir o modelo de parteiras tradicionais para longe das comunidades em que ele faz sentido não é estratégia recomendada por nenhuma entidade de saúde” (médica obstetra em discussão virtual).

Anteriormente foi abordado o caso da parteira “na tradição”, cujas particularidades tensionam o campo nessa interface formada pelos saberes e serviços de saúde. As avaliações feitas dessa profissional, quando realizadas no âmbito do jogo de dominó possuem sentidos convergentes, deveras influenciados pela importância da experiência e do diploma no centro urbano. O caso da parteira “na tradição” ilumina o processo pelo qual a legitimidade no campo profissional é reforçada como questão geopolítica. Em algumas constelações, como citado anteriormente, a peça que representa a categoria dessa parteira foi simplesmente excluída, numa clara demonstração de repúdio à sua atuação. Este tipo de conflito, cabe no modelo criado por Bourdieu (2012) a respeito do poder simbólico, na medida em que opõe duas agências que lutam pela primazia do domínio da técnica. O discurso cientificista busca monopolizar o controle da técnica para submeter o saber costumeiro. Este, pode-se dizer, se opõe a partir das coordenadas oferecidas pela tradição e pelo feminismo.

Anteriormente foi visto que parteiras “na tradição”, geralmente, são mulheres jovens moradoras dos centros urbanos. Por discursos centrados na valorização do diploma e da experiência, a parteira “na tradição” é apreendida como profissional deslocada e oportunista em certo aspecto.

“Formar novas parteiras tradicionais, as parteiras na tradição, onde estão disponíveis capacitações reconhecidas pelo Ministério da Saúde, me cheira a expertise” (gestante, notas de campo).

O deslocamento é apontado como resultado de sua origem híbrida – “moderna e tradicional” – que se reporta à combinação entre tradição e centro urbano”, fórmula também encontrada nas doulas. No entanto, inversamente ao que ocorre com as doulas no meio da humanização, as parteiras “na tradição” não são reconhecidas como produtoras de saber. O objetivo dessas parteiras, objetivo consciente e portanto político, de reproduzir conhecimento tradicional na cidade grande, se mostra essencialmente controverso. Tentativas de institucionalizar o saber tradicional geram um problema ontológico, não solucionável a partir da perspectiva dominante no movimento de humanização.

“Formação diplomada pra pessoa se tornar parteira tradicional não tem nada a ver. O conhecimento tradicional é cultura popular, se pega na experiência, no vivido, no

cotidiano. Como é que se mistura essa forma de aprendizado com a forma letrada, dos documentos?” (doula 2).

A parteira “na tradição” é representada muitas vezes pela figura da incompletude ou da falta de sentido. Em linhas gerais, a ausência de treinamento técnico institucional na sua formação é vista como sinônimo de incapacidade para atuar na assistência, mesmo em partos de baixo risco. Os questionamentos direcionados à parteira “na tradição” e ao saber no qual operam, situam-se no bojo das negociações entre o peso do diploma, da experiência, do risco e da autonomia da mulher, nas definições geopolíticas do campo profissional.

“Formar novas parteiras tradicionais é completamente diferente de respeitar, proteger, resgatar saberes, auxiliar, capacitar e oferecer suporte técnico e logístico, que é algo que devemos fazer para auxiliar o trabalho dessas mulheres. Essa formação “na tradição” é falácia, impossível pois fere o próprio conceito de parteria tradicional” (médico obstetra, notas de campo)

O diploma adquirido em uma instituição formal, como faculdade de enfermagem, medicina ou obstetrícia, funciona como atestado de domínio da técnica obstétrica. Em um outro plano, a urbanidade moderna da parteira “na tradição” (mulheres jovens, moradoras de centros urbanos) é vista como impedimento ao modo tradicional de assistência, pois representa o distanciamento dessa profissional com relação ao que se denomina “cultura das parteiras”, “cultura das comunidades”. Ambos os aspectos estão contidos na ideia de experiência:

"Não vejo sentido na parteira na tradição... pra ser o que ela é, acho melhor ter uma formação técnica de verdade. Porque a pessoa nem teve o conhecimento da experiência, baseado ao longo de sua vida, e nem teve o conhecimento da academia. Vai ter uma formação que na verdade é baseada em que? Ela fica no meio do caminho" (médica obstetra 1).

Conforme já visto, a experiência é uma categoria importante para o entendimento do campo profissional, pois está diretamente ligada à maneira dos profissionais perceberem uns aos outros. A experiência, como categoria observável, aparece no discurso dos atores como elemento chave na definição das hierarquias, das relações de poder entre as categorias. A referência à experiência é feita por noções gerais como “experiência de parto” ou “tempo de voo”, e por noções específicas como “experiência da parteira/médico” ou “experiência com parto hospitalar/domiciliar/humanizado”.

A parteira urbana, por sua vez, desloca a associação da experiência com as rotinas produzidas pela vivência geracional, para introduzir o tema da percepção do outro como

proximidade oferecida pelo corpo, a partir da importante contribuição oferecida pela epistemologia feminista. No trecho abaixo, uma parteira urbana faz referência à experiência adquirida durante a formação institucional – essencialmente hospitalar ou técnica – para desqualificar a prática da parteira “na tradição”:

“Imagina alguém sem formação e experiência suturando um períneo, ou tentando resolver uma distócia de ombro? É o que eu digo, não é nem parteira tradicional, nem muito menos parteira profissional” (parteira urbana, notas de campo).

O estudo do campo mostra que a categoria da experiência está radicalmente associada à categoria do risco (GIDDENS, 1991). Associa-se de dois modos, relacionando-se a concepções de risco inerente e de risco profissional.

Nesse sentido, as representações de risco nas cosmologias do parto se territorializam segundo sistemas coloniais, onde prevalecem relações hierárquicas e de silenciamento (QUIJANO, 2005). Mostram-se também cambiáveis, de acordo com os sentidos das trocas entre profissionais e mulheres, se de colonialidade ou de cuidado. São portanto relativas às circunstâncias da cena do parto, o que no fundo atesta a origem simbólica de sua construção, movida a pulsos culturais.

O caso da parteira “na tradição” segue ilustrando essa relação entre experiência e risco.

"Não confio na prática da parteira na tradição. O pouco que eu conheço já é suficiente para eu não acreditar nessa figura. É um trabalho que expõe as mulheres a riscos desnecessários porque elas não trabalham com evidências científicas, não possuem conhecimento técnico suficiente e necessário" (parteira urbana 1).

A questão da autonomia da mulher sobre o seu próprio corpo, surgida espontaneamente nas constelações circulares, também se mostra uma categoria importante para leituras abrangentes do campo. No caso das parteiras “na tradição”, por tudo o que foi exposto até aqui, está claro que existe no campo uma repreensão ao hibridismo epistêmico e à informalidade representada pela ausência de diploma universitário.

Entretanto, durante o exercício do dominó, considerações foram feitas pelas interlocutoras, no sentido de contrapor a normalização inscrita no próprio discurso. Nesse ponto, a autonomia da mulher é reivindicada para afirmar que, à revelia da falta de legitimidade atribuída à parteira “na tradição”, a mulher é soberana, cabendo unicamente a ela a escolha da profissional e do modelo de assistência que deseja receber. O trecho abaixo expõe a opinião de uma parteira urbana e traz exatamente isso, o retorno da autonomia para o

contexto de avaliação da parteira ”na tradição” com o conseqüente abrandamento da ação normativa:

“Não acho que assistência ao parto deva ser tipificada como ato médico nem da enfermagem. Tem gente que argumenta por aí, mas eu não e assumo isso como uma questão conceitual, filosófica, até porque seria um tiro no pé para nós que pensamos a humanização. O que eu penso é que a parteira na tradição não oferece mesmo segurança nenhuma, mas se a mulher escolhe isso, fazer o quê? É direito dela. Desde que ela esteja ciente dos riscos que corre, a escolha é dela” (parteira urbana, notas de campo).

Diploma, experiência, risco e autonomia são categorias centrais no argumento deste trabalho. Surpreendentemente, o dominó obstétrico apontou para a importância dessas noções ao evidenciar o campo como lugar de disputa e como lugar de cuidado. Imageticamente, o fez de modo muito interessante, consolidando o parto como objeto territorial.

As imagens produzidas com as peças do dominó compõem uma variedade de retratos que mostram a conjuntura espacial dos atores profissionais de saúde e por conseguinte de seus locais de trabalho. A partir da localização do profissional, as instituições de saúde, o SUS, o domicílio, o hospital-escola, o bloco cirúrgico, a maternidade, a casa de parto, o PSF, enfim, todos os locais de assistência e serviços obstétricos passam a estar contidos como elementos subjacentes na constelação do dominó. Nesse sentido, fazer alusão ao que seria uma espécie de geopolítica do parto, abordada pela perspectiva da diversidade de saberes, implica necessariamente em tratar os sujeitos e as instituições em sua relação com o espaço, aqui tomado por território.

Como território é muito mais do que espaço geográfico, “é o chão mais a população (...)” (SANTOS, 2001, p. 96) e abarca o pertencimento das pessoas, deve ser pensado a partir das trocas realizadas sobre sua extensão, ou seja, a partir de sua captura como elemento de uso social. “Quando se fala em território deve-se, pois, de logo, entender que se está falando em território usado, utilizado por uma dada população” (SANTOS, 2001, p. 96).

Em Deleuze-Guattari, o território possui concepção ampla, dela fazendo parte o agenciamento constante de seres, fluxos e matéria, passando pelos sentidos etológico, subjetivo, sociológico e geográfico do termo. “O território pode ser relativo, tanto a um espaço vivido quanto a um sistema percebido no seio do qual um sujeito se sente 'em casa” (GUATTARI e ROLNIK, 1986, p. 323). Abre-se assim o precedente para abordar a atuação

dos profissionais do parto, bem como dos locais de parto, a partir de perspectivas territoriais, ou seja, a partir de um olhar sobre a história social dos locais nos quais atuam.

“O conceito de território é, portanto, complexo e deve ser abordado também na perspectiva de libertar o conhecimento local, advindo das necessidades e das realidades locais” (LIMA E YASUI, 2014).

Sem sombra de dúvidas, o SUS deve ser compreendido como um dos princípios organizativos mais importantes da rede de assistência obstétrica, o que alimenta e traduz a centralidade da biomedicina no sistema de cuidado. A definição de territórios de abrangência por meio de políticas públicas e a normalização da assistência por parâmetros biomédicos resultam na sobredefinição de agenciamentos territoriais prévios pela ação do Estado. Com isso, a multiplicidade de sentidos que recobre o território, antes orquestrada pela multiplicidade de saberes, dá lugar ao sentido único, representado pelo saber obstétrico “oficial”. As relações imbuídas nesse processo revelam a importância da epistemologia como campo de influências sobre as construções simbólicas do território.

Deleuze e Guattari (2012) formulam os conceitos de ciência nômade e ciência régia, ou ciência de Estado, para elucidar o processo de promoção de territorialidade a partir de organizações administrativas, como são vistos aqui os espaços de assistência obstétrica. Segundo os autores, a divisão dos espaços geográficos a partir da lógica do Estado, e portanto a partir da ciência de Estado, gera movimentos de desterritorialização em outras organizações e territórios. Gera movimento na espacialização do cuidado obstétrico. Transforma seu território na medida em que seus núcleos organizativos mudam, reformam seus modos de atuação, tomam linhas de fuga.

São variadas as consequências desse processo. Elas podem estar contidas em movimentos de resistência, muitas vezes internos ao próprio Estado, que trazem novos elementos para a cena do cuidado, tensionando a lógica estatal em seu “epistemocentrismo” (BOURDIEU, 2005) ou lutando por um modelo descentralizado de assistência, por exemplo. Como ensina Foucault (2002), a resistência se exerce onde o poder incide. O território é lugar de produção incessante de modos de vida e de relações que escapam ao controle. Podem estar igualmente contidas nos fenômenos de fronteira: “Fenômenos fronteiros onde a ciência nômade exerce uma pressão sobre a ciência de Estado, e onde, inversamente, a ciência de Estado se apropria e transforma os dados da ciência nômade” (DELEUZE-GUATTARI, 2012, p.28).

Cenas de parto possuem indícios importantes da hierarquização dos saberes obstétricos. Nesta tese, eles são interpretados a partir do entendimento do local do parto como território social, composto pela sua materialidade, mas também pela subjetividade que o preenche. O cenário de assistência e suas representações atestam a presença de fortes traços ideológicos, orientados em direção à reprodução do cientificismo. Com isso exibem sua face conflituosa, de permanente disputa e negociação entre profissionais. As percepções variadas destes conceitos são tratadas no próximo capítulo, reforçando as estratégias para manutenção da ordem hierárquica dos saberes e das profissões do parto.

Mas afinal, onde – ou no que – e de que forma estão perceptíveis os sentidos políticos, inclusive os que tomam as linhas de fuga, as reterritorializações dos princípios organizativos e os fenômenos fronteiriços, no campo dos saberes do parto? É disso que se tratam os próximos capítulos. Seus conteúdos foram desenvolvidos a partir de elementos discursivos que definem algumas fragmentações simbólicas dos territórios, evidentes tanto nas enormes distinções culturais de representação do parto, quanto nos espaços vividos pelas profissionais e usuárias, como também no sentido de pertencimento – aqui da perspectiva das profissionais – diante de sistemas de cuidado impressos sobre o espaço. Sentir-se em casa, sentir-se útil, sentir que sabe algo de útil: são todas variáveis diretamente relacionadas à disposição territorial dos saberes e da assistência,

6 OS RISCOS DO PARTO

6.1 RISCO INERENTE

Há uma percepção geral do risco, entre os profissionais, que remonta ao risco inerente da gestação, do parto e do nascimento, algo como o discernimento de cada um acerca da morbimortalidade materna e perinatal. Existe uma certa obviedade em falar sobre essa percepção geral do risco, pois naturalmente quando um trabalho de parto se inicia, todos aqueles que de alguma forma estão envolvidos diretamente com a família, criam automaticamente expectativas e projeções sobre a finalização do processo e sobre a qualidade dos resultados para mãe e bebê.

De uma forma ou de outra, todos os profissionais observam a morte, a intercorrência, a urgência, os apuros, os “aperreios” (FLEISCHER, 2011) e lidam com a possibilidade real dos pacientes virem a óbito ou sofrerem sequelas em decorrência do parto. Essa percepção geral do risco está presente no saber-fazer de todos os profissionais e pode-se dizer que seja moldada, sobretudo, pelo desejo de vida.⁶⁰ A diversidade, contudo, está na roupagem que atribui significados culturais aos padrões de prevenção de risco.

"Atendo parto há trinta anos e você acha que com esse tempo todo de obstetrícia eu me sinto mais confiante? Não, eu me sinto mais medrosa. Todo mundo acha que obstetrícia é fácil porque complicações não são comuns, mas quando acontecem são rápidas e fatais, geralmente" (médica obstetra 3).

“O parto é um evento médico. Não pode ser usado como arma ou como laboratório para lutar por ideais que não representam o melhor que a ciência conseguiu produzir até hoje em termos de segurança e de conforto (...) O parto é um evento natural, mas não isento de riscos. Existem complicações imprevisíveis que precisam ser imediatamente revertidas por médicos capacitados, em ambientes com recursos como centro cirúrgico, banco de sangue, profissionais de saúde, medicamentos adequados. Logo, a segurança no parto é sinônimo de ambiente hospitalar” (médica obstetra, notas de campo).⁶¹

“Acho lindo ver a mulher se transformando no parto, entrando cada vez mais no seu interior, liberando seus instintos mais animais, se liberando de tudo pra deixar o bebê nascer” (doula 4).

60 Perder uma mulher ou um bebê no parto é, seguramente, um temor e uma ameaça terrível para todos os profissionais que prestam assistência. Nesse texto não se encontrará qualquer tentativa de explicação para essa “intenção universal”.

61 Citação retirada de um artigo disponibilizado na rede social do Facebook, originalmente publicado na comunidade “Não me obrigue a um parto normal”. Acessado em 2015.

“Risco zero a gente sabe que não existe. O parto tem o seu risco inerente, um risco que é da natureza, que vem junto com a evolução da fisiologia, mas que permite que o parto seja visto com muita tranquilidade. Nada é isento de risco, nem o parto. Por outro lado, quando olhamos pra humanidade, só podemos achar que o mecanismo dá certo, foi feito para dar certo” (parteira urbana 3)

“Eu digo que comecei aprendendo com os partos dos bichos, das cabras, vacas que meu pai tinha. Eu era muito observadora e me punha a ajudar as bichinhas. O bom foi que quando chegou a primeira mulher pra eu fazer o parto, eu já tinha uns jeitinhos com a coisa, já não fiquei tão nervosa porque conhecia os caminhos” (parteira tradicional 5).

“Pro parto acontecer, só precisa mesmo é de uma mulher, o corpo dela sabe parir e isso já basta. A própria fisiologia da reprodução humana, que a gente desenvolveu ao longo de milhares de anos, já é suficiente para o parto. O profissional tem que estar ali para o caso de algo acontecer, mas deve estar ciente que a chance maior é de não precisar fazer muita coisa, além de ajudar e confortar” (parteira urbana 2).

“A parteira tem um limite e não deve passar dele, principalmente se não tiver muita experiência. Eu sempre digo, não se arrisque. Não é só ter consciência do trabalho e boa intenção. Tem que ter o conhecimento, a experiência e tem que saber do risco” (parteira tradicional 4)

“O parto é um evento familiar, a princípio não tem porque retirá-lo do ambiente doméstico, a não ser que a mulher assim prefira ou que os riscos sejam aumentados. Ou seja, essa avaliação deve ser feita individualmente, caso a caso. Parto domiciliar é uma escolha possível e muito gratificante para a família que escolhe vivê-lo assim” (parteira urbana 2).

“Se você perguntar coisas básicas sobre fisiologia da gestação e parto a um residente de obstetrícia, a um obstetra, é comum não saberem. Outro dia mesmo peguei uma briga com uma médica que ironizou, dizendo que eu deveria dar uma aula aos colegas sobre os malefícios do parto normal mal indicado. Eu já estava muito desgastada, mas tive vontade de responder: 'você não sabe que não existe indicação para o parto normal?' Não existe porque, a princípio, ele acontece e deve ser a regra. Quando não pode acontecer naturalmente, aí sim a gente indica um procedimento, como a cesariana. Parto normal não é procedimento, é fisiologia” (médica obstetra 1).

A preocupação com os riscos do parto, ao longo da sua evolução no tempo, compõem uma constante na assistência, independentemente do embasamento que possui a prática profissional. Com relação a essa percepção mais geral do risco ou, melhor dizendo, do parto como evento mais ou menos arriscado, é comum que os profissionais busquem imagens para construir seus discursos.

“Se você está num avião que está caindo, quem você escolheria pra tentar tirar o avião da queda? O piloto ou o copiloto? O piloto tem mais treinamento, agilidade e experiência de voo, é óbvio. Eu uso isso para comparar com a questão do parto.

Todos têm habilitação para voar, mas na hora da bronca, da urgência e da complicação, quem está melhor treinado?" (médica obstetra 3).

"O peixinho nasce lá no rio, ninguém bota a mão e ele se cria. A nós já ensinaram a usar luva, não pegar o menino com as mãos nuas para não ter risco de contaminar. Só que a natureza continua sendo a mesma e no parto as coisas acontecem como tem que ser, acontecem normalmente" (parteira tradicional 1).

"Eu digo às minhas pacientes que me perguntam sobre parto domiciliar: vocês usam cinto de segurança? Por que usam cinto de segurança e querem parir em casa? Pode tudo estar correndo bem, mas de repente acontece alguma coisa, o carro fica sem freio, imagine! E bate, acontece uma tragédia. Com parto é a mesma coisa, tem que se proteger. Pode tudo estar correndo bem e de repente a coisa aperta e se você não estiver no hospital, vai se dar muito mal" (médica obstetra, notas de campo).

Embora não seja possível delinear o contorno exato do que o risco de morbimortalidade representa na vivência de cada profissional, fica clara a distância entre as noções de risco enunciadas, mostrando que o parto e a assistência são experiências radicalmente diferentes para os profissionais aqui representados. Há analogias que associam o parto humano a fenômenos da natureza (ligados sobretudo à reprodução animal); discursos cujo foco está no funcionamento da fisiologia e outros que associam o parto à complexidade de máquinas do tipo automotor.

Nota-se que o lugar ocupado pela fisiologia no discurso profissional denota um entendimento maquínico do parto. Neste ponto, surge um gradiente entre a expectativa do bom funcionamento da fisiologia e a expectativa do erro, da complicação. Ilustrando a primeira, estão as imagens construídas sobre a ideia de evolução da espécie humana e da ideia de mulher-natureza ou mulher-animal no parto.⁶² Ilustrando a segunda, está a ideia do parto como um evento que, por princípio, é de alta periculosidade. Dessa segunda concepção, surgem imagens dramáticas do avião em queda livre e do carro desgovernado sem freio. Pode-se dizer que o pano de fundo desses gradientes abertos pelo discurso profissional é um outro gradiente que abarca a distância entre visões centradas no parto como evento familiar e no parto como evento médico.

Se tomamos como referência, por exemplo, os profissionais (médicos e não-médicos) identificados com o ideais de humanização, pode-se dizer que as visões de risco

62 Para ampliar a discussão em torno das representações de natureza no discurso obstétrico, ver Rodrigues (2015), cuja análise envolveu o discurso de mulheres ligadas ao movimento de humanização do parto.

desse grupo seguem por uma linha que, em geral, as suavizam ou, melhor dizendo, as tornam mais criteriosas.

“A formação nossa é totalmente compartimentada nas caixinhas e o foco é direto na patologia. Aprender o que era partejar mesmo, foi uma coisa que busquei junto de enfermeiras e hoje muito com as doulas, também. Desde posições boas pro parto até a observação da linha rubra,⁶³ tudo aprendi com enfermeira e doula. Um olhar de mais paciência também, totalmente diferente da visão que pegamos na faculdade de medicina” (médica obstetra 1).

A partir dessa suavização na percepção dos riscos inerentes, há uma notável horizontalização das relações profissionais, demonstrando como a ecologia dos saberes obstétricos depende de narrativas que atestem a cena do parto como cena de cuidado, protagonizada pelas mulheres, e não como cena de perigo.

“Não tem porque a mulher sair correndo pro hospital me encontrar, se ela pode ficar em casa, no canto dela, com o marido e as coisas dela, esperando o trabalho de parto avançar mais. E se ela faz isso na companhia de uma doula, perfeito, o nível de confiança dela vai lá em cima” (médica obstetra 2).

“A doula é importante porque diminui o tempo do parto, inclusive o tempo do período expulsivo, o estímulo psicológico por repetição também é importante pra gestante. É uma outra mulher, então já de cara tem uma identificação” (médica obstetra 4).

Pode-se dizer que as relações inauguradas nessa brecha da humanização se aproximam mais de um suposto estado de reconhecimento, com reparos importantes no sistema que produz estados de silenciamento. Conforme adiante, a descentralização da figura médica representa a destituição de lugares de privilégios, o que faz emergir sentidos subalternos dentro da própria medicina, ao mesmo tempo em que gera estados de reconhecimento favoráveis aos profissionais não-médicos.

6.2 RISCO PROFISSIONAL

Os discursos também trazem uma variação da percepção de risco diretamente relacionada ao lugar de responsabilidade ocupado pela profissional na cena do parto. Trata-se do risco de sofrer processos judiciais ou difamação, em face (ou não) de desfechos negativos. Os níveis de influência e de força política representados nos discursos profissionais (frutos do

⁶³ Linha rubra, também conhecido por linha púrpura, é uma marca que aparece no corpo de algumas mulheres quando estas se encontram em fase avançada de trabalho de parto. A marca acompanha o comprimento do osso cóccix e se estende na medida em que a dilatação cervical progride, fornecendo uma medida mais ou menos exata desta. Por tal razão, a observação da linha rubra é uma alternativa ao exame de toque para a medição da dilatação e controle da evolução do trabalho de parto.

reconhecimento social, da legitimidade e do *status* que revestem cada profissão) geram marcas que podem ser identificadas dentro dessa categoria de risco.

Essas marcas incrementam a percepção do risco inerente da morte materna ou fetal, apontada anteriormente, e estão fortemente relacionadas ao lugar ocupado pela profissional no gradiente aberto pela hierarquia, no contexto de cenas de parto específicas. Sentidos de (des)pertencimento estão presentes nessa questão, pois trazem consigo manifestações do balanço já mencionado entre experiência e risco. É dessa equação conhecida por todos, que resulta o acordo de autoridade profissional. Como já colocado, a dimensão epistemológica desse processo revela algumas categorias centrais para pensar o modelo hegemônico de assistência obstétrica. O risco profissional é uma delas, pois indica o deslocamento paradigmático e reflete a hierarquia.

A distância simbólica entre o domicílio e o hospital, como territórios sociais e lugares de prática obstétrica, é proporcional à distância entre as percepções de risco profissional dos sujeitos envolvidos nas cenas de parto. O reconhecimento jurídico das profissões entra em jogo neste cenário, como se pode ver a partir do caso relatado abaixo.

Certa vez fui ao encontro de uma parturiente, em seu domicílio, acompanhá-la durante o trabalho de parto que havia começado há poucas horas. Observando a mulher durante as primeiras contrações após a minha chegada, percebi que o bebê estava perto de nascer. Liguei para a médica obstetra que iria assistir aquele parto, disse a ela que estávamos (a mulher, seu marido e eu) nos movimentando para ir ao hospital, que ficava a menos de 5 minutos do local.

Combinado feito, desligamos o telefone. A mulher teve mais duas ou três contrações enquanto caminhávamos em direção à porta de saída e, pela sua reação e intensidade das contrações, percebi que não seria possível chegar no hospital antes do nascimento. O som e os gestos da mulher mostravam que o bebê vinha rápido e estava nascendo. Não sem alguma dose de afobação, eu disse à família que o melhor seria “deixar” nascer em casa para que então fossemos ao hospital, ou para que a médica, uma parteira ou a equipe do SAMU, chegassem ao domicílio. Busquei uma cadeira e ofereci para a mulher se apoiar e ela se sentou na beirada. O marido saiu para buscar algumas toalhas limpas e eu aproveitei o intervalo da contração para ligar novamente para a médica, informando-a do quadro.

- Amanda [nome fictício], vai nascer em casa, não vai dar tempo. Mais poucas contrações e o bebê vai coroar.
- Nossa, como assim?! que rápido! Leva ela pro hospital!
- Não vai dar tempo, vai nascer no elevador.
- Então eu vou pro hospital e a gente se encontra lá. Assim que nascer vocês vão! Eu não vou antes aí pra casa dela porque eu não tenho nem o que fazer aí, sem nada, sem material... Tá bom? Assim que nascer, vocês vão pro hospital.

Essa foi a segunda vez que passei por situação desse tipo. Na primeira vez, o diálogo com a médica foi mais ou menos assim:

- Mariana, falei com eles [casal] agora pelo telefone e parece que está perto de nascer. Eles demoraram muito para ligar, acharam que era falso trabalho de parto. Ainda estão em casa.
- Estou no carro, Juliana [nome fictício], a caminho da casa deles.
- Ela já está sentindo arder, tá indo rápido demais. Eu disse que ligassem para o SAMU, mas não sei se vão ligar. Se prepara porque estou achando que vai nascer com você mesmo. Depois que chegar lá, me liga assim que puder.

Esses casos, extremamente marcantes na minha trajetória como doula, mostraram-me que, em determinados contextos, a pertinência de uma doula na cena do parto pode ser maior que a pertinência de uma médica obstetra. É possível afirmar, a respeito dessas experiências, que o (des)pertencimento das médicas com relação à cena do parto domiciliar – a escolha de não ir ao local do parto, não prestar a assistência nas condições apresentadas – nasce do desencaixe entre o conhecimento que possuem e a condição material que se apresenta na cena do parto. Trata-se, enfim, da combinação entre a condição (escassez material) e a experiência das profissionais (experiência médica). O relato abaixo também contribui para o entendimento dessa relação que torna pertinente a assistência médica a partir das condições de abundância de tecnologias.

“Eu nunca dei plantão no interior porque gosto de trabalhar onde tem estrutura pra eu resolver as coisas. Gosto de estar onde tem tudo: UTI, pediatra neonatal, neurologista. Isso pra mim é o céu, pois eu não estou sozinha. Se eu não souber resolver, encontro alguém que sabe. No interior às vezes até sabem, já vi muito médico velhinho de interior que sabe, mas que não têm estrutura, por isso encaminham tanto para as cidades maiores. Não têm material, não tem estrutura, como é que vão resolver as coisas? O problema do Brasil não é falta de médico, mas falta de estrutura pro médico trabalhar” (médica obstetra 3).

Outra situação, cujo sentido é o mesmo, foi a mim apresentada por um médico de família, quando este narrou a chegada de uma parturiente, em franco trabalho de parto, no Posto de Saúde da Família (PSF) onde trabalhavam ele e uma parteira. Ele como médico do posto e ela, provavelmente, regulamentada como técnica de enfermagem. O trabalho de parto

da paciente estava bem avançado e o bebê vinha nascendo em apresentação pélvica.⁶⁴ Ele, um médico jovem sem experiência com nascimentos nesta apresentação, perguntou à parteira se ela sabia fazer ou se já tinha feito partos naquelas condições. Segundo ele, a parteira então respondeu: “saber a gente, sabe... agora gostar, não gosto não”. O que me chamou a atenção nessa narrativa foi, principalmente, o interesse do médico pela experiência da parteira em um contexto de escassez material.

Nesse sentido, a questão do pertencimento profissional, no parto, deriva de construções culturais acerca dessa combinação entre circunstância e experiência. Com relação ao caso vivenciado por mim, imaginado uma parteira tradicional no lugar da médica, a frase “não vou (...) não tenho o que fazer aí. Sem nada, sem material” é esvaziada de sentido, pois a experiência da parteira tradicional está historicamente muito mais associada à versatilidade e ao enfrentamento da escassez material, do que a experiência médica, na forma como a conhecemos atualmente. Outras razões fazem as parteiras tradicionais passarem pelo (des)pertencimento, mas certamente, esta não seria uma delas.

"Muitas mulheres quando me chamam é porque já tão quase parindo, muitas vezes eu chego lá e o menino já nasceu... encontro eles até no chão, nasceram na esteira... na frieza. Uma vez era o bebê emborcado assim, por cima de um papelão. Aí eu ajeito, dou um jeito, dou um banho quente no menino, ajeito tudinho. Mando matar da minha galinha pra fazer um pirão, várias vezes já aconteceu de precisar. A gente faz o que pode com o que tem" (parteira tradicional 6).

Para fins de contraste, ainda com relação à cena vivenciada por mim, pode-se recorrer às indicações presentes no Livro da Parteira para casos de hemorragia materna, uma complicação comum, imaginando a possibilidade de um desfecho muito ruim, um dos piores possíveis. Essa lista de indicações sugere que, mesmo em contextos onde há poucos recursos, há o que ser feito para contornar possíveis complicações.

64 Trata-se da posição do bebê dentro do útero. A posição mais comum é a cefálica, na qual o bebê nasce primeiro com a cabeça. Diz-se que o parto pélvico é de risco crescente, ou seja, quanto mais passa o tempo do trabalho de parto, mais arriscado o parto vai se tornando. Dentro do modelo hegemônico de assistência, o parto pélvico é evitado a muitos custos, sendo uma das principais razões para marcação de cesarianas eletivas e de cesarianas *intraparto*. Formas de manejo para o parto em apresentação pélvica vêm sendo bastante trabalhadas e divulgadas por parteiras urbanas e outros profissionais ligados à rede de humanização. Parteiras tradicionais também falam disso, da possibilidade de manejar e deixar o parto pélvico acontecer. Fora deste circuito, na cena hospitalar, nota-se a quase erradicação dos partos pélvicos, o que reproduz, naturalmente, o desconhecimento crescente dessas formas de manejo técnico (que incluem, principalmente, manobras mecânicas e diferentes posições para a mulher), por parte de médicos obstetras e enfermeiras.

Logo depois do parto, pode acontecer um problema muito sério: o útero não se contrai, fica bem mole e a mulher tem hemorragia. Se acontecer, não espere! Comece a providenciar transporte para o hospital e, enquanto isso:

- Coloque o bebê para mamar.
- Faça massagens no útero.
- Dê a mulher os remédios caseiros que você conhece.
- Coloque a mulher com a cabeça mais baixa que o corpo.
- Se conseguir gelo, coloque em cima da barriga da mulher.
- Coloque um peso em cima da barriga, como um saquinho de areia. (BRASIL, 2012a)

Para além da experiência, o risco profissional ajuda a explicar o sentido de (des)pertencimento expressos pelas médicas, nas cenas de minha narrativa. Desse prisma, a decisão de não irem ao local do parto, também passa pela disposição de cada profissional em lidar com a ameaça que o parto domiciliar representa na atualidade. Ir ao encontro da paciente e assisti-la no domicílio é uma escolha que, aparentemente, requer muita coragem e disposição para o enfrentamento.

Assumir os riscos profissionais que essa escolha envolve, considerando a realidade de uma cidade grande como Recife e que se tratam de famílias escolarizadas, brancas e residentes de bairros nobres, exigiria por parte das médicas o enfrentamento a riscos profissionais tão significativos que, naqueles momentos, a doula foi elegida como profissional mais pertinente, mais pertencente aqueles partos, naquelas condições, do que as próprias médicas obstetras.

6.2.1 *Médico obstetra*

De maneira geral, pode-se afirmar que a categoria médica é a que desfruta de maior autonomia no exercício da profissão, o que entende-se estar relacionado a um estado dominante de maior reconhecimento da classe, assim como do próprio saber médico. Contudo, esse padrão geral apresenta pontos de tensão que alteram a autonomia médica e a percepção do risco profissional por médicos, na exata medida em que subvertem a ideia de assistência centrada no risco. Os casos de ameaça e de perseguição a médicos obstetras em São Paulo e Recife, em 2012 e 2016 respectivamente, são exemplos claros disso.

Sabe-se que a resistência a modelos de assistência descentralizados é fortemente presente no Conselho Federal de Medicina (CFM), em outros conselhos regionais e em entidades como a Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) e Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia de alguns estados brasileiros. Isso pode ser demonstrado pelas

posições conservadoras ou expressamente contrárias dessas entidades em relação ao parto domiciliar.

A realização do parto ocorra deve ocorrer ambiente hospitalar de forma preferencial por ser mais segura. No entendimento do CFM, há um 'falso antagonismo' entre o parto domiciliar e o parto hospitalar que ofusca uma preocupação real: a preservação da vida e do bem estar da gestante e do recém-nascido (...) Em seu posicionamento, o CFM ressalta ainda que as autonomias do médico e da mulher devem ser respeitadas no âmbito da relação médico-paciente. No entanto, a 'legitimidade da autonomia materna não pode desconsiderar a viabilidade e a vitalidade do seu filho (feto ou recém-nascido), bem como sua própria integridade física e psíquica (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2012).

Não há gravidez nem parto sem risco. Esta é uma verdade científica da qual parecem esquecer – ou propositadamente ignorar – aqueles que têm incentivado o retorno do parto domiciliar. Dar à luz em ambiente familiar, com assistência apenas de uma parteira, é proposta que alimenta o imaginário de muitas mulheres, pois era assim que funcionava no tempo de suas avós ou bisavós. Mas cabe aos médicos e profissionais de alguma forma comprometidos com a saúde alertá-las para os riscos que tal prática implica (ARAÚJO, 2008).

Conforme fora mencionado no capítulo um e no capítulo dois, em 2012 o Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro (CREMERJ) denunciou ao Conselho Regional de Medicina de São Paulo (CREMESP) a postura favorável ao parto domiciliar exposta pelo médico obstetra e professor da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), Jorge Khun, em rede nacional de televisão. A argumentação utilizada pelo profissional partiu do pressuposto de que “o parto não é um ato cirúrgico, o parto é um ato natural” e com isso defendeu a escolha pelo parto domiciliar e a assistência prestada por parteiras e doulas.

O discurso do médico deu ênfase à categoria de risco, dizendo que partos domiciliares devem ser restringidos a gestações de risco habitual: “mulheres que não tenham tido intercorrências, tanto de ordem clínica quanto obstétrica”, sendo contudo, uma colocação insuficiente para evitar a denúncia. O órgão médico superior reclamou a falta de ética do profissional, que estaria “agindo com irresponsabilidade, aumentando os riscos para as mulheres”. O apontamento feito pelo médico legitima o domicílio, a parteira e a doula e com isso desconstrói a ideia vigente de risco e de centralidade médica, causando tensões no modelo hegemônico de assistência.

O caso acontecido em Recife, também mencionado anteriormente, teve contornos diferentes. As denúncias vieram não de órgãos médicos superiores, como se poderia esperar, mas de um grupo de ativistas do movimento de humanização do parto. O espaço das

denúncias foi a rede social Facebook e o cerne da reclamação apontava para a ausência de diploma de residência médica (em obstetrícia) por parte da profissional acusada. Embora esta some mais de trinta anos de experiência na assistência, fora acusada publicamente por falta de ética junto às pacientes, uma vez que não estaria revelando sua “verdadeira” identidade profissional, a de médica generalista.

O conjunto de denúncias esteve argumentado em torno do risco e do direito das mulheres saberem quem é e qual formação possui, o profissional que lhe presta assistência. O sentido ideológico das denúncias reforça a hierarquização e o valor do diploma, atestando o quanto as disputas que envolvem esses elementos são mais acentuadas na cidade grande. Um dos pontos da crítica apontava que a médica não poderia (ou não deveria) se autodenominar “médica humanizada”. Sua atuação “não diplomada” seria, nesse sentido, divergente da busca pela “verdadeira” humanização, pelo chamado “padrão ouro” de assistência. A origem periférica da médica – sua experiência prática fora adquirida ao longo de 30 anos num hospital de cuidados primários (com pouco mais de dois mil partos por ano) em cidade do interior – ilumina o contexto geopolítico que está sendo desenhado: as fronteiras epistemológicas são sobretudo fronteiras territoriais; o deslocamento centro-margem-centro tem por natureza, a disputa. Ainda que a experiência de vida seja reconhecida na formação do conhecimento, o diploma é uma peça fundamental na diferenciação dos sujeitos profissionais.

O diploma serve apenas para constituir uma espécie de valor mercantil do saber. Isto permite também que os não possuidores de diplomas acreditem não ter direito de saber ou não serem capazes de saber. Todas as pessoas que adquirem um diploma sabem que ele nada lhes serve, não tem conteúdo, é vazio. Em contrapartida, os que não têm diploma dão-lhes um sentido pleno. Acho que o diploma foi feito precisamente para os que não o têm (FOUCAULT, 2011, p. 328)

Outra manifestação do risco profissional no discurso médico diz respeito às ameaças que algumas médicas relatam sofrer, sobretudo na assistência hospitalar pública, por pacientes e familiares que se opõem ao que consideram práticas de “insistência no parto normal”. São ameaças ligadas à “demora do trabalho de parto” e comumente traduzem o parto como experiência de sofrimento, ou a cesariana como possibilidade de isenção de riscos e de superioridade (mais rápida, indolor) com relação ao parto normal.

“Já aconteceu aqui no hospital de um homem, militar, ameaçar a médica supervisora de plantão com arma e tudo. A mulher dele estava em trabalho de parto e a condução seguia para um parto normal. O cara simplesmente chegou com tudo no estar médico e colocou a arma sobre a mesa, perguntando 'que horas vai ser a

cirurgia da minha mulher?' Na mesma hora ela solicitou que preparassem a sala pra cirurgia, o que mais ela poderia fazer, não é?" (médica obstetra 4).

"Recentemente fui ameaçado pelo marido de uma paciente que exigia a cesariana e o fim do 'sofrimento' da mulher em trabalho de parto. Ele ficou transtornado, gritou, me desrespeitou, dizia que eu ia terminar matando a mulher dele e que isso não ficaria 'barato'. Um trabalho de parto completamente normal e saudável. É complicado trabalhar assim, nessas condições, as pessoas não compreendem que parto normal é melhor, que a espera é natural, que os riscos são menores... Você acaba tendo que fazer coisas, procedimentos, que sabe que não precisaria e que não deveria fazer" (médica obstetra 1).

Essa noção de sofrimento no parto, compartilhada por grande parte das pessoas, se reflete na relação que algumas pacientes estabelecem com a equipe que lhe presta atendimento. É comum que mulheres expressem nitidamente a preferência pelo atendimento médico, em detrimento da assistência realizada por enfermeira ou mesmo pela doula, quando esta está presente. Percebe-se que a ideia por trás dessa escolha está em acessar o poder resolutivo da ação médica e com isso abreviar o trabalho de parto ou finalizá-lo definitivamente com a cesariana.

No contexto da assistência pública, já presenciei diversas vezes expressões dramáticas do desejo pelo atendimento médico, por parte de parturientes, na esperança de conseguirem a cesariana ou de "terminarem logo com aquele sofrimento". Neste contexto, ações práticas que poderiam ser interpretadas como violação de direitos, terminam recebendo das usuárias uma outra ordem de significados, tornando-se inclusive (e paradoxalmente) objeto de desejo. Conforme será aprofundado no próximo capítulo, o abreviamento do trabalho de parto possui um sentido especial no contexto atual da assistência obstétrica.

Outra espécie de ameaça desponta no discurso de algumas médicas obstetras e ganha sentido oposto à ameaça em razão do desejo pela cesariana ou do enfrentamento à "insistência no parto normal". Médicas demonstram que se sentem ameaçadas pela tipificação da violência obstétrica, conceito que vem ganhando profundidade e abrangência. Na medida em que a violência obstétrica abarca conceitualmente a ação profissional como uma de suas categorias mais importantes, esta (a ação profissional) passa a ser avaliada da perspectiva da mulher, rompendo como o costume histórico de médicos serem avaliados somente por outros médicos.

No contexto atual, a autonomia da mulher é um elemento gerador de grandes tensões. Praticamente irrestrita até então, a ação médica hoje sofre certa limitação a partir do incentivo ao compartilhamento de responsabilidades com as pacientes, que no fundo se trata

de reconhecê-las como agentes de saber.⁶⁵ Conforme demonstram os trechos abaixo, as expressões das disputas geradas nesse âmbito possuem relação direta com a categoria do risco, mostrando que o reforço da centralidade do profissional médico, assim como a ausência de restrições à sua conduta, se dão a partir da noção do parto como evento perigoso.

"O bebê que demora pra nascer apresenta muito mais risco de lesão cerebral, não tem porque ficar correndo esse risco assim! As vezes também a mulher tem um tecido perineal mais rígido e o bebê fica empacado. Eu sei que o períneo tá empacando, sei que vai demorar ainda muito pro bebê nascer sozinho, sei de todos os problemas fetais que essa demora pode acarretar e sei também que um cortezinho que eu faça, vou resolver e vai fazer nascer. O problema é que hoje não posso mais fazer, porque estão dizendo que é violência obstétrica" (médica obstetra 3).

"Quer dizer então que eu tenho que ficar me lembrando de perguntar 'posso fazer um cortezinho em você?'. Mas ela sabe do risco ou sou eu que sei? E outra coisa, se o bebê nasce chumbado quem vai responder juridicamente sou eu! Não é a paciente, a doula e nem a enfermeira obstétrica que está ali fazendo tudo naturalmente. É o que eu sempre digo, a tecnologia e a experiência não atrapalham, pelo contrário, ajudam a paciente" (médica obstetra, notas de campo).

As percepções de risco profissional, demonstradas acima, giram em torno do modelo de assistência hegemônico, aquele aceito socialmente como mais pertinente às necessidades atuais. As médicas que construíram esses discursos sabem que o modelo hegemônico está por trás do julgamento e das políticas feita por órgãos reguladores e pela sociedade, de modo geral. Por outro lado, sabem igualmente que a demanda individual de cada mulher apresenta seus riscos e podem gerar processos jurídicos em casos de insatisfação da usuária.

Se as mulheres desejam a cesariana ou de outras formas buscam abrir os caminhos para a resolutividade médica, ou se condenam práticas que consideram violentas,⁶⁶ de uma forma ou de outra criam espaços para que o médico perceba o risco profissional que o reveste. Essa mesma lógica vale para todo profissional do parto, não apenas para médicos. No fundo, tratam-se de dois elementos presentes na percepção do risco profissional pelos sujeitos: um

65 O Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo condenou, em setembro de 2016, um hospital da rede particular e uma empresa de plano de saúde por danos morais a uma mãe vítima de violência obstétrica, sofrida em 2008. A acusação feita pela mãe se referiu à realização da manobra de Kristeller (forte pressão no fundo uterino feita para abreviar o período expulsivo do trabalho de parto) que teria sido feita contra a sua vontade pelo médico anestesista. A prática ocasionou sérias lesões na paciente. A decisão é inédita no Brasil. Trata-se da primeira condenação por violência obstétrica no país (BALOGH, 2016).

66 A intervenção mais emblemática nesse sentido é a episiotomia, o "cortezinho" referido no relato da médica.

mais geral, traduzido pela expectativa da sociedade sobre a ação médica; e um mais distinto, traduzido pela expectativa da sobre a ação profissional.

6.2.2 *Enfermeira obstetra*

A percepção do risco profissional por enfermeiras obstetras varia de acordo com os princípios de autonomia e reconhecimento. A autonomia da profissional de enfermagem depende de espaços receptivos à realização de sua assistência integral, conforme já fora colocado. Em outras palavras, a autonomia está relacionada a abordagens que se oponham ao utilitarismo e à fragmentação dos processos de cuidado, ambos tão presentes no modelo hegemônico de assistência.

Os arranjos atuais do trabalho da enfermeira obstetra incluem realidades muito divergentes quanto aos níveis de autonomia e reconhecimento, de modo a despertar diferentes percepções do risco profissional entre os sujeitos.

Em ambientes hospitalares onde vigoram regimes de informalidade, por exemplo, geralmente com exploração e sobrecarga de trabalho para enfermeiras, a percepção do risco profissional recebe influências na medida em que os sujeitos estão vulneráveis a denúncias nos conselhos e demais órgãos reguladores, como também acontece entre os médicos.

Os regimes de informalidade se constituem no hábito, ainda corriqueiro em alguns hospitais, de enfermeiras cobrirem a ausência de médicos obstetras, sobretudo em plantões noturnos, tanto na assistência ao parto normal quanto no centro cirúrgico para realização de procedimentos cirúrgicos. São situações em que a enfermeira aparentemente desfruta de autonomia para prestar assistência e partejar, mas na realidade são vítimas de conhecidos esquemas de desvios de função. O que está em jogo nas trocas que frutificam situações como essas, não é absolutamente o reconhecimento do saber da enfermagem, mas a submissão do sujeito enfermeira dentro de uma relação de poder.

“Isso é cultural aqui no hospital. Tenho medo, sim, de ser denunciada, mas aqui dentro é uma coisa totalmente aceita, é cultural. E não sou só eu, são várias enfermeiras que entram pra cesariana, no lugar do segundo médico. Se o conselho de enfermagem é acionado para investigar... vai complicar pra muita gente” (enfermeira obstetra 5).

Outra forma de percepção do risco profissional entre enfermeiras, também ligada à questão da informalidade, é o próprio receio de não atender às expectativas médicas. Nesse caso, fala-se dos sujeitos médicos que a rigor deveriam supervisionar o processo da

assistência, mas que na prática abrem espaço para a enfermeira partejar de forma praticamente isolada, sem um compartilhamento verdadeiro de responsabilidades.

“Comecei a trabalhar numa das últimas maternidades daqui que tinha parteira prática no quadro. Quando eu entrei, logo no primeiro dia, o médico me chamou e perguntou quantos anos de experiência eu tinha. Eu toda me tremendo disse 'nenhum, estou terminando a residência'. Pois ele respondeu 'se você fizer merda, eu te lasco. Não me comprometa, pergunte tudo à parteira'” (enfermeira obstetra 1).

A percepção do risco entre enfermeiras que vivenciam regimes mais formais de trabalhos também responde à variação de níveis de autonomia e reconhecimento. Os maiores hospitais particulares da cidade, com suas grandes e requintadas maternidades e a quase totalidade dos nascimentos ocorrendo via cesariana, possuem poucos espaços receptivos ao cuidado próprio da enfermagem. Nesses lugares, o processo de assistência está radicalmente centrado na figura do médico, de modo que as enfermeiras passam a vivenciar rotineiramente a execução de tarefas acessórias.

Desse conjunto de práticas, tiram-se alguns procedimentos clínicos e burocráticos, que sempre ocorrem em função de decisões médicas. Considerando que no Brasil há algumas poucas “ilhas” onde a enfermeira obstetra trabalha dentro de um plano de excelência (COFEN, 2014), é possível dizer que a realidade dos hospitais da rede suplementar do Recife representa o posto mais distante do centro dessas “ilhas”, onde a expressão do saber da enfermagem mostra-se extremamente silenciada. Nesse sentido, as manifestações do risco profissional no discurso dessas enfermeiras ocorrem em torno do controle da situação, da busca pela manutenção dessa rotina, evitando situações inesperadas e se movimentando sempre em razão da expectativa médica. Com isso, buscam facilitar o poder médico sobre as decisões da assistência.

Em parte, pode-se presumir que isso se deva à pouca experiência profissional das enfermeiras obstetras em geral contratadas pelos hospitais privados. Alguns desses estabelecimentos anunciam nas suas propagandas que apenas enfermeiras com especialização em obstetrícia são contratadas para trabalhar na ala da maternidade. No entanto, nota-se quão pouco isso representa, em termos de experiência e de saber.

Partos rápidos demais, por exemplo, que acontecem acidentalmente na enfermaria, na emergência do hospital ou mesmo no corredor, na cadeira da recepção, são exemplos certos disso. Quando acontecem, revelam de maneira radical o desespero e a histeria que toma conta do ambiente e dos profissionais. Fundamentalmente, situações como essas

desnudam o movimento (des)coordenado das enfermeiras e exibem aquele que pode ser visto como o único objetivo dessa movimentação: levar os pacientes para o centro cirúrgico ao encontro do médico. Quer dizer, embora exista uma gama considerável de práticas de cuidado provenientes do saber da enfermagem, que poderiam contribuir significativamente para a saúde da mãe e do bebê que acaba de nascer, essas não chegam nem mesmo perto de serem realizadas, pois perdem o sentido diante da urgência em reterritorializar a cena de parto, retomando a centralidade médica.

A impressão que se tem, primeiramente, é que são enfermeiras obstetras que desconhecem o processo do parto ou que, pelo menos, desconhecem qualquer lugar de autonomia profissional sobre o processo de assistência (em parte, claro, pela própria inexperiência profissional); em segundo lugar, fica a impressão de que o sentido de risco profissional está nitidamente refletido no medo de estar, simbolicamente, num lugar onde a enfermeira não deveria estar naquela maternidade. Acima de tudo, passar urgentemente “a bola” para o médico se constitui como estratégia da enfermeira se proteger.

Outros regimes formais demonstram níveis bem mais significativos de autonomia e reconhecimento, especialmente quando se baseiam num modelo de assistência multiprofissional e humanizada. Conforme já foi dito, esse é o caso de enfermeiras obstetras que trabalham nas suítes PPP (pré-parto, parto e pós-parto), presentes em apenas dois hospitais do Recife. Como também pode ser o caso de algumas enfermeiras da rede pública, especialmente quando estas se colocam no campo, no trabalho, como combatentes da violência obstétrica.

As expressões do risco profissional no discurso dessas enfermeiras é muito diferente do que foi visto até então, pois aparentemente são profissionais que possuem um entendimento mais expressivo do lugar potencial da enfermagem na assistência obstétrica. É importante considerar o aspecto de resistência, que algumas enfermeiras ligadas a esses espaços de assistência, imprimem sobre seu discurso sobretudo a partir da ideia de autonomia.

"Enfermagem tem muito isso de submissão, de baixar a cabeça e fazer o que o médico manda. Nunca gostei disso, isso me deixava muito desestimulada. Aí uma vez eu vi enfermeiras trabalhando numa sala PPP e eu vi que era diferente, elas tinham autonomia! Fazer enfermagem obstétrica foi a forma que encontrei de ser enfermeira e trabalhar com mais autonomia" (enfermeira obstetra 3).

A autonomia da enfermeira nesse modelo de assistência descentralizada não a impede, entretanto, de perceber a fragilidade do reconhecimento médico a respeito de sua

prática. A responsabilidade pela supervisão da assistência não-médica – “quem responde juridicamente sou eu!” –, sem dúvida reforça esse aspecto, contribuindo para a falência do trabalho em equipe.

Há, portanto, um paradoxo no lugar simbólico ocupado por essas enfermeiras. Ele se manifesta na distância entre ter autonomia para o trabalho – consequentemente ter a possibilidade de praticar seus conhecimentos, ganhando espaço, experiência e poder nesse campo de atuação – e não ser totalmente reconhecida por parte de sua equipe.

“Das mulheres que tiveram a oportunidade de ser assistidas por nós enfermeiras, com respeito e dignidade, aí sim eu sinto que sou reconhecida e sinto a gratidão delas. E eu faço questão de dizer quando as pacientes me chamam de doutora, 'não sou médica, sou enfermeira'" (enfermeira obstetra 1).

Como a assistência prestada pelas profissionais enfermeiras idealmente seguem parâmetros voltados para o cuidado, é bastante comum que disputas ocorram em torno de condutas intervencionistas ou violências obstétricas adotadas no decurso da assistência. A partir disso, alguns discursos são criados no interior da classe das enfermeiras e denunciam a antipatia com que suas práticas de cuidado, pouco intervencionistas, são vistas e consideradas.

Alguns exemplos dessas práticas, muito associadas ao relaxamento da mulher e ao estímulo da fisiologia, são a bola de fisioterapia, banhos mornos, adoção de posições verticalizadas (parto de cócoras), oferta de água e comida durante o trabalho de parto. A marca do (des)pertencimento desponta nesse âmbito a partir da avaliação das práticas pelo olhar médico, que as classificam como pouco científicas ou inapropriadas para a cena do parto.

“Eu reforço sempre a questão do registro, dizendo que a enfermeira orientou a mulher a tomar banho, que você fez uma massagem ou orientou o acompanhante a fazer uma massagem, que estimulou o aleitamento materno, corrigiu pega e posição do bebê... Essas coisas não costumam ser registradas [no prontuário], como se não fossem cuidado ou como se não fossem importantes. E pra mulher muitas vezes é o mais importante, é o que faz a diferença” (enfermeira obstetra 1).

No fundo, não é nenhuma novidade que a introdução da enfermeira obstetra na assistência tenha se dado sempre a partir de negociações acirradas com os médicos (BONADIO et al, 2002; DIAS e DOMINGUES, 2005; ARAÚJO e OLIVEIRA, 2006). O que a prática demonstra claramente é que enfermeiras obstetras comumente não reconhecem a si próprias como parte de uma equipe, como agentes de saber em processos de corresponsabilização.

"Mesmo entre aqueles profissionais que eu identifico como colegas, percebo que no fundo, no fundo, eles tem um pé atrás. Não sei se por vaidade ou por reserva de mercado... mesmo que trabalhem juntos, não existe a confiança no conhecimento [da enfermagem]. E quando acontece as intercorrências, as urgências, que podem acontecer com todos que trabalham em obstetrícia... na primeira oportunidade, eles [médicos] atribuem ao fato da assistência ter sido prestada por enfermeira obstetra. Isso acontece com muita frequência, infelizmente. É assim, se o parto teve um desfecho negativo, registram com letras garrafais no prontuário 'ASSISTIDO POR ENFERMEIRA OBSTETRA', para criminalizar mesmo" (enfermeira obstetra 1).

Além disso, existe um sentimento nítido de desvalorização das enfermeiras obstétricas com relação à categoria médica em virtude da desigualdade no âmbito do reconhecimento financeiro. Essa realidade se sobrepõe à hierarquia posta entre as categorias e agrava o sentido de submissão e silenciamento imposto.

"Os médicos são pagos por produtividade, por quantidade de parto. Coisa mais comum é a enfermeira fazer o parto e o médico ganhar no lugar dela. Quer dizer, isso é revoltante, porque a gente não tem o reconhecimento, quando dá errado levamos a culpa e quando dá certo não somos necessariamente remuneradas por isso" (enfermeira obstetra 3).

6.2.3 *Parteira urbana*

Quando a enfermeira é também uma parteira, geralmente uma parteira urbana, a percepção do risco profissional dos sujeitos se dá de forma semelhante ao exposto acima, uma vez que também se equilibra sobre sentidos de autonomia e de reconhecimento. Partos domiciliares possibilitam um nível de autonomia para a profissional enfermeira que esta jamais poderia sonhar em ter numa instituição hospitalar. Pode-se dizer que a parteira urbana invoca de maneira radical, tornando-a inclusive bandeira política, a subalternidade do saber da enfermagem. A forma de cuidado, inscrita no saber obstétrico da parteira urbana, livra a enfermeira da tutela médica e do ambiente hospitalar.

"O hospital passou a ser algo agressivo demais para mim. Passei a não suportar mais os profissionais ignorando as evidências e causando violência obstétrica, tratando as mulheres como lixo. Teve uma hora que eu disse 'chega!', isso aqui tá me fazendo mal. Não quero mais me submeter a ordens institucionais e ordens médicas, para no final das contas dar às mulheres uma assistência violenta (...) Atendi o primeiro parto domiciliar e foi como que um caminho sem volta. Caiu uma ficha enorme para mim do que era verdadeiramente a autonomia da mulher e a minha autonomia como profissional. Mexeu demais comigo aquilo, perceber que em casa não tem quem atralhe a evolução do trabalho de parto, a fisiologia" (parteira urbana 3).

Por outro lado, atender partos domiciliares gera, nos profissionais responsáveis, um senso muito forte de defesa, de resistência aos julgamentos que brotam em diversas instâncias da sociedade. Esses julgamentos são concebidos sob influência da classe médica, cuja opinião está drasticamente representada no discurso criminalizador presente nos trechos abaixo, retirados de vídeos feitos com os médicos entrevistados pelo jornal Diário dos Campos, de Ponta Grossa (PR), para a publicação de um caso de óbito fetal após parto domiciliar (SILVA, 2016).

Não tinha nada no local, nenhum material, isso é um absurdo. Se tivesse sido feita a cesárea, uma hora dessas a criança estaria viva. Me desculpe, mas eu acho um absurdo, porque médico existe pra isso. Não existe isso, desses profissionais fazendo parto em casa. Estou levando esse caso ao Ministério Público e vou agora na delegacia fazer o boletim de ocorrência. Porque isso é um crime, é um absurdo. Eu nunca ia fazer uma coisa dessas, como pode? Com toda a tecnologia que tem nas maternidades, a estrutura que o município dá, que o estado dá, os profissionais tudo à vontade pra população, e escolhe ter parto em casa? Pra quê isso? Pode ser escolha da família, mas tem que ter um pouco de vergonha na cara e responsabilidade (médico do SAMU)

Quem tá sofrendo é o recém nascido. As pessoas estão valorizando as mulheres e as mulheres valorizando o corpo, se esquecendo do verdadeiro protagonista que é o bebê. E esses profissionais que tão fazendo isso aí dentro de casa, estão pondo em risco a vida dos bebês. No hospital existe uma equipe e o médico não vai arriscar a vida nem da mãe, nem do bebê. Eu me pergunto, cadê a vigilância sanitária que permite um negócio desse? Isso tem que acabar e os órgãos superiores tinham que tomar uma providência com relação a isso. O parto domiciliar é um negócio romântico, místico, mas não é científico, isso é até comprovado (médico pediatra).

No discurso das parteiras urbanas é evidente que, entre as situações relacionadas a resistência que sua atuação denota, destacam-se as que envolvem o processo de transferência hospitalar. No contexto metropolitano do Recife, o deslocamento da cena de parto, do domicílio ao hospital, necessário quando surgem complicações obstétrica, representa uma transição que comumente engendra além de riscos profissionais, violações de direitos, ausência de ética profissional e julgamentos pessoais.

“Já tive muitas experiências ruins com transferências. Na pior delas, cheguei com a mulher no hospital depois de 10h com dilatação completa em casa. Uma das médicas do plantão foi extremamente rude, fez vários julgamentos e marcou muito negativamente o momento daquele nascimento. Ela estava fora de si com aquela situação, ficou dizendo em tom alto e grosseiro que o dono do hospital não deveria aceitar transferência, que aquilo era um absurdo 'imagine só', vir pro hospital depois de tentar parir em casa. Tudo isso na frente da mulher, sem o menor respeito por ela, por mim como profissional ou pela escolha que foi uma escolha da mulher. Me senti, e sei que a mulher também se sentiu assim, observada como se eu fosse

uma louca. Quando a cesariana terminou, a médica me encontrou no corredor e me disse inúmeros desaforos. Eu respondi cada um deles com evidências científicas” (parteira urbana 3).

“Transferências do parto domiciliar para o hospital têm sempre um tanto de tensão, pois além da situação que por si já é complexa, tem uma carga grande de frustração, a recepção no hospital pode ser ruim, como já vi acontecer várias vezes. É comum ter julgamento, falarem coisas botando culpa na mulher e nas parteiras. Quer dizer, ao invés de receberem bem o caso e prestarem o atendimento necessário, como é de fato a obrigação do hospital, ficam fazendo comentários inconvenientes e, às vezes, atendem pior” (doula 4)

É importante dizer que isso não se dá exclusivamente com parteiras urbanas, pois tratam-se de relações ampliadas à prática do parto domiciliar, independentemente do profissional responsável. Nesse sentido, médicas obstetras que prestam assistência no domicílio sentem o peso do mesmo sentido de risco profissional aplicado às parteiras urbanas.

A “criminalização” da prática do parto domiciliar, na prática incentiva os profissionais a omitir determinados fatos, mascarando por exemplo a forma como se deu a evolução do trabalho de parto, quando este ainda se dava no domicílio. Geralmente essas escolhas são tratadas previamente com as famílias e seu objetivo principal é evitar uma enxurrada de críticas e, em ambientes mais hostis, até mesmo maus tratos. Para ilustrar essa questão, dois relatos interessantes:

“A bolsa estava rompida há 24 horas, mas não foi esse o motivo da transferência. A parteira estava segura em permanecer com a mulher em casa, mas a própria mulher não quis mais e preferiu ir pro hospital. Antes de sairmos, juntos combinamos o que seria dito à equipe hospitalar: bolsa rota há 12h. No final das contas, a própria mulher chegou logo dizendo a verdade e se instalou no hospital aquele clima de crítica e julgamento, principalmente sobre ela, que passou a ser tratada como a louca que tentou parir em casa” (notas de campo).

“Fui transferida por causa de hemorragia no pós parto imediato. A médica me colocou no soro com ocitocina ainda em casa, mas no carro, a caminho pro hospital, tirou. Acho que não precisava ter tirado, mas ela tirou para meio que tirar os vestígios da assistência domiciliar, sabe? Naquela ideia de chegar no hospital e dizer que nasceu em casa porque foi rápido. Ideia que eu não condeno, inclusive. A gente sabe como funcionam as coisas” (mulher).

O parto domiciliar se contrapõe à cena cirúrgica de uma tal forma que, no contexto atual, é esperado que a cobrança social sobre quem atende parto domiciliar seja muito maior que a pressão sobre quem presta assistência obstétrica hospitalar, embora esta também não seja pequena, como se pode perceber.

“Lutar contra esse sistema hegemônico e opressor, dividido por classe, gênero, raça não é fácil, é muito árduo. Todo dia bate na minha porta a cobrança de que tudo dê certo e seja perfeito. E eu vejo que para ser parteira você precisa estar com tudo muito firmado, íntegro. Parto em casa não é crime, não é clandestinidade, mas não pode deixar brechas. Sabemos que no hospital existem várias irregularidades, mas para ser parteira e atender no domicílio, as expectativas são muito altas e a parteira ganha evidência. Quando há um desfecho ruim em casa, as pessoas entendem que aconteceu porque foi em casa. Quando acontece no hospital, principalmente quando foi cesárea, entendem que não teve jeito, os profissionais fizeram tudo o que podiam ter feito” (parteira urbana 3).

Dessa forma, é perceptível o quanto parteiras urbanas, doulas e parteiras tradicionais são conscientes dos riscos profissionais que correm. Embora juridicamente o parto domiciliar não seja uma prática proibida, como tampouco é a atuação de profissionais nesse modelo de assistência, o discurso das parteiras revela a existência de uma assistência que se pode entender por defensiva.

Na prática das parteiras urbanas, além da construção de um vínculo afetivo com as famílias que se propõem a atender, há uma ênfase sobre a importância dos registros escritos, do contrato e do termo de responsabilidade, assinados por gestante e cônjuge. Não há acordo para o parto domiciliar quando os dois responsáveis pela criança não assinaram a contratação e termo de responsabilidade. Fazem parte da própria estratégia de profissionalização da parteira domiciliar, separando-as em “rurais e urbanas”, mas não deixam de ser formas da parteira urbana se proteger em caso de problemas jurídicos, resguardando sua idoneidade, capacidade e expertise.

O caráter de defesa desponta na assistência também em situações particulares, como por exemplo em caso de “contratação tardia”, quando a gestante busca pelos serviços da parteira urbana já no final da gestação, estando a termo, em vias de parir. É uma situação complicada, pois é como se, dali em diante, não houvesse mais tempo suficiente para conhecer, estabelecer vínculo e, sobretudo, confiança no processo. Quando essa mesma gestante, além de contratar tardiamente, ainda passou por outros profissionais e se, caso por ventura, esses profissionais tenham lhe indicado o parto hospitalar ou a cirurgia cesariana, a situação torna-se ainda mais complicada.

“(…) A mesma mensagem vale para as parteiras. Aceitar um caso de 39 semanas com bolsa rota, ou estrepto positivo, ou líquido ligeiramente diminuído, altura uterina >35cm, para nós tudo isso é tranquilo, quando temos vínculo com a família. Quando você pega um caso desse [sem planejamento, de última hora], você tem 1% de chance de acabar num mau resultado qualquer e se isso acontecer, minha amiga, você foi a LOUCA que atendeu um parto de "alto risco" que já tinha sido

recusado por quem é já bem radical [casa de parto, neste caso]. Caso perdido logo de começo. Eu não sou a favor de se praticar uma assistência defensiva, de forma alguma, mas a gente sabe como funcionam as coisas por aí” (obstetriz, notas de campo).

A assistência defensiva está relacionada a um conjunto de práticas como as descritas acima e é reforçada pelas punições que eventualmente recaem sobre profissionais envolvidos com o parto domiciliar. Alguns desses casos ganham notoriedade internacional, espalham-se pelas redes sociais, mobilizando parte da rede de assistência obstétrica. A parteira húngara Ágnes Géreb⁶⁷ protagonizou um desses casos, em 2010, quando foi presa em Budapeste.

No ano de 2012, a parteira foi julgada e condenada a dois anos de prisão, por negligência e má conduta. A sentença ainda se estendeu à prisão domiciliar e suspensão de suas atividades assistenciais. A parteira, de vasta e reconhecida experiência, foi denunciada em razão da morte de dois bebês assistidos por ela.

Na Hungria, assim como no Brasil, não há leis que proíbam o parto domiciliar. Ao contrário, acordos internacionais assinados⁶⁸ por esses países garantem o direito de escolha do local do parto pelas mulheres. Contudo, conforme já visto, o parto domiciliar em geral é desestimulado pelos conselhos médicos que apresentam um discurso fortemente centrado nos riscos. Adicionalmente, no caso da Hungria, a atuação de parteiras autônomas não é licenciada, o que deu margem para a criminalização de Ágnes e de outras quatro parteiras.

Na busca por informações a respeito dessa condenação, encontrei o relato de uma parteira que expressa claramente o sentido de perseguição conferido à atuação da parteira domiciliar. Esse relato poderia, tranquilamente, ter sido escrito por uma parteira urbana brasileira.

I stopped attending home births in Hungary in 2009 because I was afraid. I was afraid of exactly what happened to Dr Geréb and some of the members of her midwifery practice. I was afraid I'd be thrown in jail after a hospital transfer, or an ambulance call, a maternal hemorrhage or a newborn death – even if the service that was provided was top notch and professional and timely and appropriate. I looked at my two kids, then 2 and 3 years old, and my supportive husband who was behind me all the way, and I realized I couldn't take the risk. My mother, brother and sister were begging me to stop attending home births, which they considered little short of criminally insane, just as most Hungarians do. (MORVAY, 2010).

67 A história de Ágnes Géreb e sua inserção na problemática global do parto foi contada no filme *Freedom for Birth* (2012), de Toni Harman e Alex Wakeford.

68 Convenção Europeia e Convenção Interamericana de Direitos Humanos

De fato, parteiras urbanas são profissionais que frequentemente expõem o receio da criminalização, especialmente aquelas de maior destaque nas redes sociais, na mídia, formadoras de opinião. Alguns desses sujeitos foram, inclusive, as principais articuladoras da disseminação da corrente “Free Ágnes Geréb” no Brasil.

(...) all midwives, even those who attend woman in their homes, are under tremendous cultural pressure to "do birth according to biomedical standards," as one midwife put it. But "doing birth according to biomedical standards" will in many cases mean using interventions and/or transporting the woman to the hospital, despite the midwife's alternative judgment. Contemporary midwives cannot fail to be aware of this dilemma; it is a central defining theme of their practices and their lives, ensuring that for them, every homebirth that is not textbook-perfect will pose ethical, moral, and legal dilemmas that might put them in a court-room in danger of losing the right to practice. (DAVIS-FLOYD & DAVIS, 1997, p. 317)

6.2.4 *Parteira tradicional*

Parteiras tradicionais também lidam com o risco profissional de forma bastante evidente. O sentido de perseguição atribuído à prática do parto domiciliar ganha, entre essas profissionais, contornos semelhantes ao que é visto no discurso de parteiras urbanas. Quando a cena do parto acontece no domicílio, a busca por antever todas as complicações possíveis torna-se ainda mais imperativa e é incrementada pela percepção do não reconhecimento, do lugar periférico habitado pelo profissional, como pela família também.

"Se acontece o pior no hospital, o que se diz é que a mulher não resistiu, mas se acontece com a parteira, ela vai ser condenada. Se acontece uma urgência e a mulher está com parteira, ninguém não vai nem querer saber o que foi que realmente aconteceu. A culpa é da parteira e ponto (...) Já perdi uma mulher que pariu na minha casa, teve complicação e morreu no hospital. Até hoje eu não sei o que aconteceu. Veja se não era um direito meu saber o que aconteceu?" (parteira tradicional 2).

Nesse sentido, chama a atenção que a distinção entre *partos para casa* e *partos para hospital* (FLEISCHER, 2011), que reforça o local do parto como território social, seja traçada a partir de uma experiência defasada em termos de reconhecimento, como é o caso das parteiras tradicionais. A defasagem apontada diz respeito ao reconhecimento expresso no discurso de outros profissionais, ao traduzirem suas percepções acerca da assistência domiciliar.

Em alguns casos, esse quadro apresenta como resultado, a substituição da identidade da parteira pela identidade da “fazedora de emergência”, dado também encontrado

na pesquisa do Instituto Nômades (2011). Aparentemente, esta denominação é utilizada por parteiras que julgam a si próprias como pessoas esvaziadas de saber obstétrico, dentro de uma lógica que reflete a hierarquização entre diplomados e não diplomados. Neste caso das parteiras que se dizem meras “fazedoras de emergências”, a lógica de valoração do diploma se estende ao atestado de participação conquistado em cursos para parteiras tradicionais organizados por ONGs em parceria com o governo (INSTITUTO NÔMADES, 2011). Dessa perspectiva, só é parteira quem tem curso, quem tem formação, algum tipo de diploma ou atestado escrito.

A influência do risco profissional sobre a prática das parteiras tradicionais se inscreve no campo sob lógica semelhante. Quando a ausência do diploma silencia uma identidade profissional, faz sentido pensar que a ausência de reconhecimento, determinante sobre as formas de percepção do risco profissional, leva à transformação da prática da parteira, no sentido de compressão dos limites da conduta expectante.

"Depois que eu chego pro parto, em 3 h já tô ajeitando pra ir pro hospital. Hoje em dia, eu levo bastante pra maternidade. Só é diferente se eu chego e a mulher já tá parindo ou se já teve o menino. Se acontecer alguma coisa, a culpa vai ser minha, de qualquer parteira e outra coisa, eu faço o parto com quase nada de material, é muito complicado. E olha, mesmo eu fazendo desse jeito, já reclamaram foram várias vezes no hospital, eu chegando com a mulher. Não gostam do que eu faço, é como se eu tivesse fazendo coisa ruim. Então eu levo muito pra maternidade, sempre que dá tempo eu prefiro levar pra maternidade. Eu prefiro assim porque na maternidade tem mais possibilidades e tudo acontece direitinho. Tem injeção, tem soro, injeção pra dor, pra força, tem aparelho pra medir pressão. E em casa? Como é que eu vou ficar se, deus o livre, acontece alguma coisa, a mulher fica fraca, o bebê morre" (parteira tradicional 6).

"Quando eu acompanho a mulher desde o início da gravidez, quando chega aos 7 meses eu já sei se aquele parto é pra mim ou não. Se eu percebo que o bebê é grande, tipo 4kg, eu já não arrisco. Sei que é dá pra fazer, já fiz, mas hoje eu não faço. A não ser que chegue já nascendo, que aí não tem jeito mesmo. Mas se não for, não arrisco. Às vezes depois do parto também, chamo o SAMU logo depois do menino nascer. Outro dia pariu uma na minha casa, o bebê nasceu bem, graças a Deus. Eu podia ter ficado com ela, deixado ela lá descansando e depois iria com ela até o centro de saúde pra vacinar, orientar. Mas decidi não me arriscar e a placenta nem tinha saído ainda. Chamei o SAMU, cloquei o bebê na barriguinha dela, enrolei, esquentei, esperei a ambulância chegar e despachei. Ela saiu andando da minha casa com o bebê enroladinho. Ela não queria ir e nem eu acho que precisava de verdade, mas infelizmente eu sei como as coisas funcionam pro meu lado. Então se a mulher chega parindo, eu não vou negar ajuda, mas é um problema pra mim, na verdade. Amo atender parto, mas sem apoio, sem ter respeito dos médicos, das enfermeiras, é difícil" (parteira tradicional 2).

"Cheguei com a mulher no hospital, o bebê já estava morto dentro da barriga. A enfermeira perguntou quem eu era. 'Sou a parteira e o bebê está morto, não tem jeito, não'. A enfermeira foi lá pra dentro e depois veio o médico. Ele procurou o coração do bebê e confirmou. Ai ele perguntou se eu queria assistir o parto e disse 'há quantos anos a senhora é parteira?'. Eu, com toda minha humildade, 'faz uns anos, assim...eu não digo que sou parteira, doutor, eu atendo caso aja uma necessidade' (parteira tradicional 1).

"Se eu percebo que o bebê tá travesso e tem serviço próximo, eu encaminho na mesma hora. É muito melhor que tentar uma manobra que depois o útero não aguenta e morrem os dois e a parteira fica encalacrada (...) Se o marinheiro botar o barco em cima do arrecife, ele vai se lascar. Por isso ele arroteia pra preservar os passageiros, o barco e ele mesmo. Assim é a parteira" (parteira tradicional 4).

Contudo, é importante ressaltar algo que Fleischer (2012) e Dias-Scopel (2015) já demonstraram: em diversos contextos, o conjunto de práticas que dão corpo à assistência obstétrica tradicional vai muito além de “pegar o menino”. Os aconselhamentos, a puxação, os banhos, os chás, as dietas, entre outras práticas, fazem parte desse conjunto e são tão importantes para as mulheres e para a sociedade, quanto a presença da parteira no momento em que o “menino” deve ser aparado. Juntas, são as práticas que atestam o parto como processo de reprodução biossocial tanto de novos membros pertencentes à família e à sociedade, quando dos saberes obstétricos circulantes. Especificamente em sociedades indígenas, há ainda outra complexidade: as práticas de atenção obstétrica não se limitam à figura da parteira como especialista. Ao contrário, são compartilhadas por mulheres mais velhas e outros atores do cuidado (DIAS-SCOPEL, 2015).

Os apontamentos acima devem ser suficientes para absorver o risco profissional das parteiras tradicionais como uma pressão potencialmente transformadora de suas práticas, mas não precipitadamente como elemento que aniquila o saber dessas profissionais. A atuação da parteira abarca práticas de cuidado e de autocuidado diversas, reforçando junto com a gestante seu devir parturiente, imprimindo sobre a gestação um sentido de construção do parto que virá. Nesse sentido, o risco profissional, por mais que leve à alteração das condutas e compressão dos limites do parto e da parteira, não pode ser visto como desterritorialização completa, uma vez que sempre haverá lugar para agentes de saberes populares, não diplomados, no cuidado obstétrico, como demonstra o trecho abaixo:

"Até o enfermeiro do posto recomenda a mim para as buchudas, ele mesmo pede pras buchudas me procurarem, diz que sou boa pra ver a posição do menino e a hora certa de ir pro hospital. Muitas me procuram mesmo pra isso, não pra parir em

casa, mas pra eu ver a dilatação e a hora certa de ir pro hospital" (parteira tradicional 7).

O (des)pertencimento se mostra nessa questão de maneira interessante, revelando a fronteira epistemológica entre a assistência da parteira tradicional e a assistência oficial, a partir de um conceito territorial. Nesse cenário, há espaços onde a disputa pelo reconhecimento (sentidos de pertencimento) se dá de maneira mais acirrada. Os centros de saúde, postos de saúde da família, a maternidade e o hospital figuram entre estes espaços principais, como atesta a importância do *ritual da caminhada* (FLEISCHER, 2012), no qual a parteira exibe a segurança no trabalho que realizou, acompanhando a puérpera com seu bebê de 8 dias à unidade de saúde.

Entre as parteiras tradicionais que vivenciam realidades de maior isolamento e exclusão da rede local de assistência, é comum ouvir relatos de proibição de suas entradas nos hospitais e maternidades. Muitas vezes, são experiências dadas no momento da transferência hospitalar e caracterizam a face perversa de um projeto de colonização que desqualifica o lugar e a prática do outro.

“Não recebo apoio nesse sentido de ninguém, nem de médico, nem de enfermeira, nem de ACS. Me sinto meio invasora e meu histórico é de muita discriminação na minha cidade. Até proibida de entrar na maternidade eu fui. A diretora me disse que eu não devia levar mulher nenhuma pra lá, porque isso é papel do familiar e eu sou uma estranha. Com esse tipo de coisa, eles mesmos fazem com que a gente se esconda... E veja bem, a mulher pediu para eu estar com ela. Sei que não sou uma estranha pra paciente” (parteira tradicional 2).

“Com a quantidade de parto que eu faço, é inevitável que apareça problema. Eu tenho 32 anos de parteira e me deparei com o óbito de uma mulher. Ela chegou na minha casa já quase parindo, pariu e começou a ficar ofegante. Eu deduzi que ela estava tendo uma hemorragia interna, porque não saiu sangue nenhum pra fora depois que o bebê nasceu. Chamei o SAMU e ela não morreu na minha casa, morreu na maternidade. Ninguém nunca me disse o que foi mesmo que aconteceu, até hoje deduzo que foi hemorragia interna. Só fizeram botar a culpa na parteira e a cidade inteira até hoje me culpa. Tem um ano e um mês que aconteceu e me veem como assassina dessa mulher” (parteira tradicional 2).

“O bebê nasceu todo molinho, apagado mesmo. Tentei com que ele retornasse, mas não consegui, foi horrível, o pior dia da minha vida. Levei a mulher pro hospital com o bebê e ouvi eles lá falando pra escrever no prontuário 'bebê morto, pego pelas mãos de uma parteira” (parteira tradicional 5).

Nessa experiência do contato entre a parteira tradicional e equipes hospitalares, nota-se a relevância de determinados signos para a manutenção do equilíbrio dessas relações.

"Teve uma vez que a mulher pariu e a placenta ficou grudada, não saiu. Levei ela pro hospital, ajeitei o cordão umbilical assim, por cima da barriga dela. Levantei a calça dela, botei uma faixa segurando o cordão. O menino já tava limpo, todo embrulhadinho, que eu já tinha cortado o cordão. A mãe também toda limpinha já. Levei ela pro hospital e a médica me deu os parabéns porque eu fiz tudo certinho, cheguei lá com a mulher ajeitada, de camisola, o cordão preso por dentro da calcinha. Não larguei ela no carro, melando tudo, sem roupa... deus me livre" (parteira tradicional 6).

O trecho acima traz a importância dada pela parteira à organização da cena de parto e a expectativa criada em torno da aprovação médica. A descrição feita pela profissional acerca dos cuidados pós parto revela o lugar de destaque que a ordem e a limpeza da cena de parto ocupam no discurso da parteira tradicional. A satisfação em ter sido aprovada pelo olhar médico – “a médica me deu os parabéns porque eu fiz tudo certinho” – é um elemento decisivo na construção desses referenciais.

Isso não significa que a ordenação e a limpeza não façam parte de estratégias próprias das parteiras ou da sua forma de lidar com o risco inerente, elas fazem. O sentido aqui destacado se dá a partir da influência da avaliação médica sobre as práticas não-médicas da parteira. Quando a parteira mostra à equipe hospitalar que a mulher e o bebê estão limpos e aquecidos, minimamente organizados, cria-se um contexto favorável à troca e ao reconhecimento, como se a fronteiras epistemológicas que perpassam a cena se tornassem, com isso, mais permeáveis.

“Pode falar o que for, mas uma coisa não podem: até hoje nenhuma mulher que pariu comigo teve infecção. Até hoje, nunca levei uma paciente pós parto para o hospital ou para o posto com infecção” (parteira tradicional 2).

“Tinha coisa que eu fazia errado, por ignorância mesmo, e hoje já aprendi o jeito certo, com tudo esterilizado, usando luva, tudo limpo. Também a gente deixa de fazer umas coisas mais antigas, borra de café no umbigo, essas coisas que hoje a gente sabe que prejudica o bebê” (parteira tradicional 5).

A organização dos processos de saúde e cuidado é um elemento estrutural na reprodução do hospital como ambiente mais adequado para o parto. Assim, propõem-se a existência de um paralelismo entre a condição hospitalar e domiciliar, buscado pela parteira tradicional a partir da ordenação da cena de parto e dos pacientes. Fundamentalmente, o esteriótipo histórico da parteira está subjacente nesse discurso da parteira não diplomada que busca se afirmar sujeito passível de reconhecimento e pertencimento, ao contrário do que transmite a ideia da parteira como agente de precarização.

6.2.5 Doula

A doula demonstra uma apreensão do risco profissional que traz a questão do (des)pertencimento associando-a aos parâmetros da responsabilidade, autonomia e reconhecimento. Por exercer uma profissão não regulamentada, a maioria das doulas atua profissionalmente com autonomia relevante. Sua atuação segue alguns parâmetros importantes, como já visto, mas na prática se desdobra de forma diversificada e variável. Por outro lado, a doula indis põe de proteção trabalhista e conselhos, como as parteiras tradicionais, o que torna frágil a sua atuação, no sentido jurídico. Dentro do modelo de assistência que prevê o trabalho da doula, esta não possui responsabilidades quanto aos resultados do parto, uma vez que não realiza avaliações e procedimentos clínicos, pois seu papel é atuar no parto dentro de suas dimensões éticas e mais sutis.

Especialmente nas cenas de partos hospitalares, o risco profissional se mostra muitas vezes para a doula por meio de vivências de impedimento do seu acesso à parturiente. Arbitrariedades desse tipo sempre estão ligadas a ordens médicas ou regras institucionais e, no sentido do risco profissional, pode-se dizer que cortam o mal pela raiz, pois retiram a doula da cena, impedindo-a de atuar no centro cirúrgico ou em qualquer outro espaço do hospital. Na cena pública hospitalar, tanto a doula quanto o acompanhante comumente são impedidos de entrar no centro cirúrgico. Mesmo nos hospitais que possuem um quadro de doulas voluntárias ou que aceitam a presença de doulas autônomas, estas estão autorizadas a atuarem apenas nas salas de pré-parto, sendo impedidas de prosseguir com a parturiente a partir do momento em que esta é conduzida ao centro cirúrgico.

A mensagem reproduzida com o impedimento do acesso da doula à parturiente, demarca claramente o silenciamento dessa profissional dentro do modelo hegemônico de assistência, como demarca também o silenciamento da própria parturiente, que se encontra numa situação de nenhuma autonomia, desautorizada a escolher quem deve lhe acompanhar durante o processo de parturição.

Há um padrão no discurso médico que reverbera em sintonia com a prática de proibição das doulas em cenas hospitalares. São discursos dirigidos às mulheres nas consultas pré-natais, na ocasião em que perguntam ao médico pré-natalista se acaso podem estar acompanhadas por doulas, futuramente, durante o trabalho de parto e parto: “Deixe o parto comigo e a melhor doula que você poderia ter é o seu marido”. Abaixo, um trecho de uma

entrevista realizada pelo Jornal Folha de São Paulo com um médico ginecologista que expõe suas considerações a respeito das doulas.

“Eu vejo que tudo tem uma hierarquia (...) A doula é nova para nós. Quem é? É profissão? Não. Ela não precisa ter nenhum conhecimento, saber diâmetros de uma bacia, ritmo de contração, efeitos das medicações. A doula é acompanhante. Deve dar suporte emocional (...) mas ela tem de se restringir ao seu papel. 'Doutor, mas você vai ligar o soro agora?' Quem é ela pra isso? É como o engenheiro falar para o pedreiro fazer a parede aqui e ouvir que não, vamos fazer ali (...) A doula, se estiver integrada, é ótima, nada contra, embora eu pense que o acompanhante ideal é o marido” (MIOTO, 2015).

Na experiência da maioria das doulas, há vivências de silenciamento e de rebaixamento que reproduzem a hierarquização das relações profissionais, atestando a frágil legitimidade com que tais profissionais praticam seu saber obstétrico.

“O trabalho de parto já estava bem avançado, o médico mandou que ajeitassem a sala do bloco e disse que dali eu não passava. Deixou que apenas o marido dela entrasse. Fique esperando no corredor e umas duas horas depois saiu ele. Perguntei ' E então, doutor, nasceu? Foi normal?', ele respondeu assim, bem arrogante, irônico: 'foi hu-ma-ni-za-do’” (doula 2).

Ainda mais comuns do que as situações proibitivas são outras vivências de (des)pertencimento, não nascidas de trocas verbais e explícitas, mas igualmente presentes no discurso de incômodo que alguns profissionais expressam a partir do contato com a doula, dentro de centros cirúrgicos, especialmente. Há um notável contexto de estranhamento e de inconveniência protagonizado pela doula nesse ambiente preenchido por máquinas e parafernália, todo projetado para a centralidade médica. Nesse sentido, doulas procuram, em geral, agir com discrição, evitando confrontos com os demais profissionais, ainda que discordem da condução dada ao trabalho de parto ou do cuidado prestado à mulher.

“Dependendo do hospital, me sinto como um ratinho quando vou doular. Vou agindo pelas beiradas, já conheço todos os caminhos do hospital. Vou entrando e tento passar despercebida, pois se vou na franqueza 'bom dia, sou a doula, tem uma paciente me esperando aí dentro', tenho chance grande de não poder entrar ou de demorar para conseguir entrar. Por isso eu já vou indo, entrando na surdina” (doula 3).

"A mulher já estava com 8 centímetros e tudo tava ótimo, batimento do coração do bebê, contrações forte. Aí quando a gente ouviu, o médico estava mandando a auxiliar colocar ocitocina. Chega levei um susto! por que realmente não tinha necessidade nenhuma. Eu perguntei, doutor, será que o senhor não pode esperar mais um pouquinho? A gente vai caminhar, estimular com a bola, pra ver se não vai mais rápido. Ele me olhou dos pés à cabeça e disse 'eu não espero nem mais um minuto'" (doula 2).

Essa condição de trabalho vivenciada pela doula que atua em cenas hospitalares retrata a submissão dessa profissional em relação à engrenagem hospitalar e cria a base de sua percepção acerca do risco profissional. Além do risco de ser banida da cena do parto por ordem médica ou por ordem institucional, a doula também considera na sua percepção de risco profissional, a possibilidade de, indiretamente, causar danos à parturiente.

“Dependendo do hospital que eu for doular, redobro o cuidado para não questionar os procedimentos médicos. Pra ser doula tem que engolir muitas vezes aquelas cenas de parto violento, já teve vez de eu ter que sair pra chorar depois de partos super sofridos e violentos pra mulher. Mas se a gente fala, questiona, é perigoso até descontarem na mulher, fazerem mais violência ou descaso” (doula 3)

Destaca-se que essa seja uma estratégia também identificada no discurso de algumas parteiras tradicionais:

“Quando complica pra mim e eu levo a mulher pro hospital, se a minha relação com o médico não for legal, talvez ele até demore mais ou permita que a mulher morra, sabe como é? Vai estar com raiva porque a mulher estava com a parteira. Isso já aconteceu comigo e não foi só uma vez... fui com a mulher pro hospital e ela não foi recebida porque estava com parteira” (parteira tradicional 2).

Outra manifestação clássica do risco profissional entre doulas diz respeito aos partos tidos como *rápidos demais*, que acontecem às margens do planejamento construído pela família e pelos profissionais. Um parto *rápido demais* pode vir a ser um parto desassistido, aquele que ocorre antes da institucionalização hospitalar ou antes do profissional responsável chegar ao domicílio.⁶⁹

Nesse sentido, o risco profissional é notado pela doula a partir dessa condição de estar sozinha, de ser a única profissional presente na cena de parto. Não apenas a única profissional, mas uma profissional que não é reconhecida como sujeito adequado ao manejo de intercorrências, avaliações clínicas etc.

Da mesma forma que as parteiras buscam proteger-se das consequências da “perseguição” ao parto domiciliar, as doulas expressam preocupação quanto aos riscos de, eventualmente, ter de aparar o bebê ou enganar-se na leitura dos sinais do parto. Lembrando que a doula, nos contextos em que existe, é geralmente a primeira profissional que vai avaliar a parturiente. A doula é responsável pela identificação das fases do trabalho de parto, sem conduto realizar exames clínicos.

⁶⁹ No meio da assistência são comuns referências aos perigos do parto desassistido, sendo assim considerado quando ocorre na ausência dos profissionais reconhecidos como *skilled attendants*.

“É muita responsabilidade que a gente assume. A doula precisa saber se está na hora de ir pro hospital ou de ligar pra parteira e se ela erra nisso ou se o parto engana, indo rápido demais... é complicado. É complicado porque não somos reconhecidas. Formalmente temos apenas um contrato estabelecido com a família. E se der alguma coisa errada, a doula pode estar em maus lençóis. É muito ruim não só pra doula que tava no parto, mas pra todas as doulas, pro parto natural, pro movimento de humanização todo” (doula 5).

“Na minha prática o mais comum é ir com a mulher pro hospital a partir do momento em que ela entra num padrão de contrações de 3 a cada 1 minuto. Pode ainda estar longe de nascer e sei que o parto dos sonhos de muitas mulheres é chegar já quase parindo no hospital. Mas não posso arriscar... não na minha posição de doula. E quando a gente encontra o médico ou a parteira chega, sinto até um alívio... é como se eu dissesse 'ufa, chegou alguém para dividir a responsabilidade” (doula 3).

Conforme já foi dito, o papel da doula é agir no campo ético e nos campos sutis do trabalho de parto. Sendo assim, no discurso de algumas dessas profissionais, é possível identificar o parto desassistido como dispositivo de regulação, sendo utilizado na construção de um alerta dirigido à classe.

“Tem muita doula que acha lindo, comemora quando acontece um parto desassistido na presença dela. Até alguma coisa der errado, né? Não acho graça nenhuma, pois os riscos são maiores pra mulher, as pessoas deviam entender isso. Doula não tem que se estender demais com a mulher até ela quase parir. No começo da fase ativa já tem que levar pro hospital, se o planejamento da mulher for o parto hospitalar. Não dá pra ficar brincando de ser parteira, gente” (doula 5).

Contudo, o parto desassistido é também motivo de “graça” entre as doulas, como o trecho anterior deixa transparecer. Como, de certa forma, o parto desassistido é algo para o qual toda doula se prepara (embora não seja uma atuação prevista para o seu papel na assistência), ele termina sendo significado como uma espécie de rito de passagem. Nesse sentido, o parto desassistido (logicamente quando de desfecho positivo), pode mesmo ser narrado por doulas em tom de alegria e satisfação.

A interpretação desse fenômeno leva à constatação do parto desassistido como experiência importante para a formação da experiência da doula. Com seu caráter imprevisível – jamais alguém possui a certeza de que um trabalho de parto será, ou não será, *rápido demais* –, o parto desassistido figura como um marco, um evento que põe à prova a disposição da doula ao cuidado.

Conhecimentos e saberes são mobilizados quando se busca ajudar uma mulher que está parindo, especialmente na ausência de alguém reconhecidamente mais treinado para tal. Trata-se exatamente do mesmo processo que “forma” parteiras não diplomadas e que está

inscrito na própria ideia de experiência, como já fora colocado. Prestar auxílio ou assistência à mulher parturiente não é algo que se faça por instinto, mas por conhecimento, por saber-fazer. E, nesse sentido, a experiência não necessariamente pressupõe o diploma. Enfim, a perspectiva aqui colocada é a de que o parto desassistido, quando ocorre na trajetória de vida da doula, deixa marcas em seu conhecimento obstétrico, enriquece a maneira como ela apreende o parto e os riscos.

A partir do que foi colocado neste capítulo, que aqui termina, nota-se a interseção entre as categorias do risco e do tempo do parto, especialmente perceptíveis quando partos rápidos são considerados arriscados do ponto de vista profissional, tal qual acontece com doulas em cenas de partos desassistidos e com enfermeiras em cenas de parto que ocorrem fora do bloco cirúrgico, distantes da tutela médica. O próximo capítulo tratará de aproximar ainda mais essas duas categorias que, juntas, carregam muito do que se apresenta como saber obstétrico nos discursos profissionais. Nesse sentido, espera-se contribuir para o entendimento de que as noções de risco e de controle do tempo do parto constituem-se como alicerces para a centralidade médica e para a hierarquia profissional. Assim, defende-se que a desconstrução do parto como evento perigoso acarreta em mudanças estruturais no campo da assistência, orientadas para a horizontalidade das relações profissionais e, conseqüentemente, para o cuidado como princípio da assistência.

7 O TEMPO DO PARTO

*A sociedade pré-industrial esperava por colheitas, a industrial pelo progresso. Atualmente não é a espera, é o receio que nos caracteriza.
(Vilém Flusser)*

A noção de segurança, claramente construída a partir da centralidade do médico na cena do parto, está ancorada num cenário também caracterizado pelas práticas de controle e intervenção sobre o tempo do parto (SIMONDS, 2002). Implicações a respeito da mobilização e do controle da categoria tempo pelas instituições médicas, já foram bastante debatidas por autores como Foucault (2003), Goffman (1968) e Zerubavel (1979). A relação entre o controle do tempo no processo de assistência institucional e o poder do discurso médico, é o viés que une essas perspectivas, de modo que a partir delas, pode-se entender que o tempo venha se desenvolvendo como elemento central no processo de definição das práticas de assistência.

A questão do tempo do parto está contida nas representações que o discurso oficial reproduz, por exemplo, em antigos anúncios de inovações médicas. O anúncio das “gottas salvadoras das parturientes do Dr. Vanderlaan”, publicado no jornal carioca *O Paiz*, em 1921, é um exemplo disso, ao apontar o medicamento como garantia de um parto “rápido e feliz”, evitando os perigos dos partos difíceis e laboriosos (Figura 4).

GRAÇAS A'S GOTTAS SALVADORAS DAS PARTURIENTES
do DR. VANDERLAAN

**Desapparecem os perigos
dos partos difíceis e labo-
riosos**

~~~~~

A parturiente que fizer uso  
do alludido medicamento  
durante o  
ultimo mez da gravidez terá  
um parto rapido e feliz



Inumeros attestados  
provam exuberantemente  
a sua eficacia  
e muitos medicos o aconselham

~~~~~

Vende-se aqui e em todas
as
pharmacias e drogarias

Deposito Geral: ARAUJO FREITAS & C. -- Rio de Janeiro

Figura 4 - Publicidade das "Gottas Salvadoras das parturientes o Dr. Vanderlaan", 1921.

A nota abaixo, publicada no *O Diário de Pernambuco* em 1960, também traduz a importância da rapidez na constituição do imaginário do parto seguro.

Um grupo de ginecologistas franceses preparou um método de parto com hora marcada. Quando decidem que uma mulher terá o filho em tal dia a tal hora marcada, a mãe efetivamente porá no mundo um bebê no dia marcado, à hora marcada. É suficiente que os especialistas em questão façam na paciente uma injeção intravenosa de extrato de post-hipófise. Essa injeção tem como resultado provocar, automaticamente, as contrações que precedem o parto.

A busca pelo controle e pelo abreviamento do tempo do parto é um dado que passa a constituir os discursos profissionais, e o senso comum a respeito do parto, de maneira indissociável à busca pela manutenção da centralidade do médico no cenário da assistência. A reprodução de discursos que apreendem o tempo do parto como objeto de correção amplia os espaços de valorização do médico, na busca pelo controle do parto (WALSH, 2010). Ainda no passado, nota-se o tom personalista que marca a manchete da notícia que divulgou a primeira cesariana de sucesso feita no Recife, em 1923 (MONTEIRO et al, 2012): “Como e por que o jovem e acatado obstetra resolveu intervir”. Trata-se da primeira cirurgia cesariana realizada com sucesso, tanto para mãe quanto para o bebê; da inauguração dessa que pode ser considerada a “intervenção-mor”, através da qual o poder de resolutividade do médico mostra sua máxima expressão. Nota-se que a primeira cesariana tenha sido realizada no contexto de uma equipe multidisciplinar constituída por enfermeiras, parteiras e outros médicos. Dr. Selva Júnior é, contudo, a figura de maior destaque.

A cesariana é o procedimento obstétrico responsável, literalmente, pelo fim do processo de parturição. Entre os preparativos da cirurgia e a liberação dos pacientes do centro cirúrgico, gasta-se menos de uma hora em casos ausentes de complicações: tempo irrisório perto do que pode durar um trabalho de parto desmedicalizado. Na prática dos profissionais, o tempo do parto é considerado, predominantemente, a partir da avaliação intermitente da tríade contração-posição-dilatação. Essa concepção é antiga e, provavelmente, remonta aos primórdios da obstetrícia como ciência médica.

O parto, se bem que seja fenômeno biológico, apresenta problemas morfológicos, mecânicos e dinâmicos, tão importantes que exigem, para a boa compreensão, o estudo analítico e detalhado de cada um dos seus três fatores. No parto, além do estudo morfológico do ovo, que é chamado objeto, cumpre estudar o canal do parto, chamado trajeto, e a força propulsora do ovo através do trajeto chamada motor. Depois de conhecer os pontos principais de cada um desses três fatores da parturição – o objeto, o trajeto e o motor –, estaremos aptos a entender o parto na

sua complexidade total, o chamado mecanismo do parto, e a distinguir, evitar e tratar as anomalias que surjam em cada um desses fatores (BARBOSA, 1952).

Na gestação, esse controle já se faz presente e possui, como pano de fundo, a contagem linear da gravidez, cujos marcos principais são representados pela prematuridade, gestação à termo e pela sua fase pós-termo (ARNEY, 1982; DOWNE E DYKES, 2010; SIMONDS, 2002). De modo algum, a avaliação a partir desses princípios pode ser vista como exclusividade do modelo de assistência hegemônico, da prática hospitalar ou da prática diplomada. Predominantemente, as narrativas temporais do trabalho de parto estão embasadas nesses mesmos marcos em todos os discursos profissionais analisados nessa pesquisa.

O poder de resolução e o risco da espera são elementos ligados diretamente à construção da ideia de parto obstruído, arrastado, demorado ou difícil. Estão fortemente presentes no imaginário das mulheres que se constituem como lugar de medo e insegurança. Como desdobramento deste processo, é possível dizer, a cesariana ganha sentidos de desejo: quando o parto se torna razão de medo entre as mulheres e entre os profissionais, a cirurgia costuma levar vantagem sobre a fisiologia (BEHAGUE, 2002).

A cesariana no discurso médico tende a ser vista como procedimento simples, livre de riscos. No Brasil atual, o fenômeno das cesarianas se move a partir dessa combinação entre discursos de risco, medo, e naturalização da intervenção médica sobre o corpo que pare.

A percepção reinante sobre cesarianas entre os profissionais estudados, técnicos treinados que as executam dezenas de vezes, é de que são cirurgias seguras, rápidas e sem complicações, melhores para as mulheres, para os bebês e também para os médicos (...) Ao realizar uma cesariana, o médico estaria não apenas salvando a vida da mãe e do feto, mas também abreviando o sofrimento da mulher ocasionado pelas contrações do trabalho de parto. A liberalidade nas indicações de cesariana também é favorecida porque apesar de saber que, do ponto de vista teórico, as cesarianas têm mais complicações tanto maternas quanto fetais, eles não identificam esse risco na sua prática diária (DIAS e DESLANDES, 2004, p. 112) .

Nesse contexto, é possível constatar que a assistência obstétrica em determinadas cenas de parto se torna um dispositivo de supressão e antecipação “dos esforços da natureza”. O trecho abaixo, retirado de um artigo científico (DELEE, 2002), constitui-se como exemplo do uso da técnica em razão da misoginia. Esta, instalada no discurso profissional, é determinante na reprodução social do parto como cena de horror.

(...) labor is still a painful and terrifying experience (...) [The 'prophylactic forceps operation'] is a rounded technic for the conduct of the whole labor, with the defined purpose of relieving pain, supplementing and anticipating the efforts of Nature,

reducing the hemorrhage, and preventing and repairing damage (DELEE, 2002, p. 254)

A participação dos profissionais nesse contexto, apresenta distinções que podem ser identificadas a partir de percepções de sofrimento e lentidão no parto. Para exemplificar, não é incomum na experiência de quem vivencia a rotina hospitalar da rede pública, deparar-se com pacientes e familiares indignados por estarem eventualmente recebendo assistência não-médica, geralmente prestada por enfermeiras. Tais acontecimentos, pode-se dizer que na maioria das vezes, mobilizam discursos que deflagram a percepção do parto como sofrimento e a percepção do tempo do parto como demasiadamente longo, cabível de correção.

“O médico tinha acabado de fazer uma dilatação manual na mulher e tinha sido super dolorido, ela inclusive gritou muito, o que fez o médico ser bruto, violento com ela. E mesmo assim, quando ele foi saindo, depois do procedimento, e eu voltei a me aproximar, ela chorava e dizia 'doutor, pelo amor de deus, me ajuda! não vai embora, me tira desse sofrimento'” (doula 3).

“A menina sofrendo aqui há horas e não aparece nenhum médico pra resolver, pra fazer a cesariana dela” (marido de parturiente em cena de parto, notas de campo).

“Meu deus, coitada da minha filha, aqui sofrendo desde manhã e ninguém faz nada, só fica vindo essas enfermeiras fazer o toque e nenhum médico pra levar ela” (mãe de parturiente em cena de parto, notas de campo).

Assim, pode-se dizer que a resolutividade profissional e o risco inerente do parto – entendido como o risco de se esperar, “o risco da espera” – engendram situações de ausência de reconhecimento, ou de (des)pertencimento do profissional não-médico. Ao mesmo tempo, muito presentes no discurso profissional, deflagram a racionalidade dos sujeitos, predominantemente ancorada na linearidade subjacente ao controle do tempo do parto (WINTER e DUFF, 2009), sobretudo no discurso de médicos e enfermeiras.

Convém localizar a doula autônoma nessa problemática. De modo geral, sua atuação está fortemente inclinada ao adiamento da internação hospitalar e, para isso, se disponibiliza a acompanhar a parturiente desde o início do trabalho de parto, ainda no domicílio. Como sugerido anteriormente, a prática da doula está baseada na identificação dos sinais emanados pela mulher, especialmente aqueles que marcam o tempo do parto e o surgimento de complicações. Essa característica, faz com que a doula seja a profissional que mais tempo fica em atendimento, junto à parturiente. Isso acontece, pois a doula pertence a um contexto social onde algumas mulheres buscam restringir o tempo em que estão sob a mira da intenção resolutiva de médicos e enfermeiras.

Generalizações são sempre perigosas, portanto não se deve dizer que a assistência hospitalar ou que a assistência médica estão imbuídas pelo controle e pela correção do tempo do parto, por definição. Assim como partos domiciliares nem sempre representam um modelo de assistência pautado pela “liberação” do tempo do parto ou da fisiologia. Mais do que isso, é importante atentar para as diferenças que marcam a diversidade de cenas de parto, inclusive no interior das categorias 'parto hospitalar' e 'parto domiciliar'. Isso porque a percepção do tempo e, conseqüentemente, a percepção do risco, variam entre as categorias profissionais que possibilitam as cenas hospitalares e domiciliares, da maneira como se atestam hoje. No entanto, de uma perspectiva mais abrangente, não se deve negligenciar a dimensão epistemológica que funda a distinção entre a assistência hospitalar e a domiciliar. Abordar essa questão a partir dessa brecha – onde o local do parto pode ser visto como território social (FLEISCHER, 2011) – significa acreditar na profundidade que tal distinção representa. Nesse sentido, a discussão trazida neste capítulo, trata da centralidade das categorias tempo e risco na definição das práticas.

Conforme apontado, a hospitalização da mulher para o parto, possui um sentido voltado à normalização da linearidade e ao abreviamento do tempo do trabalho de parto. Sintomaticamente, conheci algumas mulheres que, para expressar aquilo que sentiram ao serem internadas, utilizaram a imagem de uma ampulheta sendo virada, como se depois da transferência hospitalar, o tempo para elas corresse de traz para frente, impondo um *deadline* para o nascimento de fato, acontecer.

Nesse sentido, justifica-se dizer que o abreviamento do trabalho de parto faz parte da lógica da atenção, da rotina hospitalar, assim como do movimento profissional engendrado nos plantões. Nesse cenário, aqueles trabalhos de parto que apresentem períodos de “parada de progressão” ou de ausência de contrações, rapidamente são diagnosticados como partos distócicos,⁷⁰ o que termina demandando a ação interventiva para a correção da linearidade na evolução da tríade contração-posição-dilatação.

O exercício rotineiro da resolutividade do parto faz com que a assistência padrão no Brasil (e o caso de Recife não foge à regra) se constitua em um cenário de medicalização excessiva, o que gera conseqüências drásticas para as mulheres (SEIBERT et al, 2005;

70 Partos distócicos são considerados, pela OMS, aqueles que extrapolam 12 horas de trabalho de parto (WHO, 2008).

HOTIMSKY, 2007; WOLFF e WALDOW, 2008; DINIZ, 2009, VENTURI et al, 2012; LEAL et al, 2014).

“Não existem partos naturais, não existe parto humanizado, o que existem são partos distócicos ou não distócicos” (médica obstetra, notas de campo).

A sentença acima ilustra uma face da preocupação do olhar médico com o controle do tempo, aquela onde as práticas aparentemente estão em conflito com a demanda por uma assistência pautada no parto como experiência subjetiva. Quer dizer, negar a possibilidade de categorização dos partos através do uso de conceitos como “parto natural” ou “parto humanizado”, além de se configurar como estratégia de silenciamento, denota o sentido que orienta a prática da assistência hegemônica: fortemente voltado para a valorização da tecnologia, negligenciador das qualidades humanas presentes no parto e na assistência.

Nesse contexto, o trabalho de parto é analisado como processo puramente mecânico, de modo que a margem para variações em seu funcionamento sofre uma significativa constrição. O modelo de assistência hegemônico, centrado no médico e no hospital, significa na prática para as mulheres, uma limitação radical da amplitude que o tempo de duração do trabalho de parto pode manifestar. Desse entendimento, surge a ideia de que parto bom é parto rápido; e que parto seguro evolui linear e constantemente. Com relação às intervenções ou às práticas de assistência que dão forma a esses princípios, certa vez eu li, na parede de um centro obstétrico em um hospital da rede pública, um cartaz com os seguintes dizeres:

“FALTA DE OCITOCINA NO ESTOQUE. UTILIZAR APENAS SE NECESSÁRIO”

Com clareza, o dizer do cartaz evidencia a transformação do abreviamento do parto em um princípio geral e rotineiro da assistência obstétrica, cujo efeito está na banalização da ocitocina sintética e no desrespeito à individualidade de cada parturiente. Curiosamente, em 1960, a ocitocina era anunciada como inovação científica (*extrato de post-hipófise*), conforme visto na nota de jornal citada anteriormente. Hoje, absolutamente naturalizada, caracteriza-se por ser, ao lado da cesariana, signo forte da dimensão costumeira da assistência obstétrica hegemônica.

“Tem plantão que é todo mundo no soro⁷¹, ninguém escapa. Depois do toque geralmente é por no soro, por logo pra parir para os leitos rodarem (enfermeira obstetra 5)”.

Há também outras intervenções relacionadas ao ideal do parto rápido e, nesse sentido, pode-se citar o fórceps, a manobra de Kristeller, a episiotomia, entre outras. O fórceps, por exemplo, que já fora mais utilizado como forma cirúrgica de abreviamento, hoje talvez possa-se dizer, é uma prática em crescente desuso, tendo sido predominantemente substituído pela cesariana e, em alguns casos, por uma ventosa acoplada a um sistema de sucção, o aparelho vácuo-extrator. Um fenômeno interessante, atualmente, é o retorno ao uso do fórceps por parte de médicos mais antigos que estariam voltando a assistir partos normais.

“Tenho visto alguns médicos que estão voltando a partejar. Acredito que estejam sentindo a pressão do Ministério da Saúde e da sociedade, das mulheres. O problema é que quando eles sentem aquela vontade de ultimar logo com aquilo, passam o fórceps. Isso acontece e não é pouco. A própria formação médica deixa o profissional tentado a intervir. Ainda mais quando a experiência dele é praticamente a da cirurgia. Tirar a vontade de intervir desse médico que se formou lá atrás, é quase impossível” (médica obstetra 2).

Por outro lado, a prática do parto domiciliar, de modo geral, desconstrói a ideia de uma assistência pautada (pelo menos pautada tão fortemente) no tempo de evolução do trabalho de parto. Isso acontece de diversas maneiras, sendo evidentes as diferenças essenciais entre partos domiciliares assistidos por parteiras urbanas e partos domiciliares assistidos por parteiras tradicionais, por exemplo. Contudo, de uma perspectiva mais abrangente, atentando para a presença do tempo no discurso dos sujeitos, é possível tratar da assistência domiciliar como prática contra-hegemônica.

As cenas de assistência protagonizadas por parteiras urbanas envolvem o controle do tempo e da evolução do trabalho de parto por intermédio do Partograma (WHO, 1994; ZHANG, 2010). Surpreendentemente, existe um sentido de movimento impresso nos olhares profissionais que orquestram a assistência domiciliar, tanto por parte de parteiras urbanas, quanto por parte de parteiras tradicionais. Esse sentido será destrinchado adiante. Ambas as profissionais reproduzem um discurso de interpretação do parto como evento cotidiano e familiar.

Na cena domiciliar, a perspectiva profissional não se mostra preocupada com a questão da linearidade. Ao contrário, aparentemente promove uma desconexão entre os

71 Soro fisiológico com ocitocina, aplicado por acesso intravenoso.

elementos que compõem a tríade contração-posição-dilatação, tornando-os relativamente independentes entre si. Dentro desse contorno, algumas percepções do trabalho de parto encontram espaço para relativizar a questão do tempo ou da linearidade, criando a partir disso, possibilidades para trabalhos de parto “atípicos”. Trabalhos de parto que, em contextos hospitalares, seriam seguramente diagnosticados como distócicos.

A discussão que aqui se inicia traz uma perspectiva que observa as práticas relacionadas ao controle do tempo, dando continuidade à abordagem dos riscos, apresentadas anteriormente. Pode-se dizer que esse olhar independe do local do parto e que ele potencialmente toca questões fundamentais, ontológicas, importantes de serem trabalhadas em vista de transformar o modelo hegemônico de assistência (desafio que requer o entendimento da epistemologia das práticas). Por outro lado, na medida em que a tecnocracia e a centralização da figura do médico, e do hospital, são expressões que dependem da hegemonia de uma crença a respeito do tempo, o local do parto retorna como categoria importante, pois a partir dessa distinção, determina-se significativamente o conjunto de práticas que será experienciado pela parturiente.

7.1 PARTO NO HOSPITAL

É plenamente possível considerar a existência de um “ideal do parto rápido” no contexto da assistência obstétrica realizada na cidade do Recife. Tanto na rede suplementar, quanto na rede pública, o ideal do parto rápido está encarnado na rotina que impõe a medicalização como norma. Trata-se de um padrão observado no atendimento, que abrange casos, à grosso modo indistintamente, incluindo muitos casos de alto risco, mas também muitos casos de risco habitual. Conforme dito anteriormente, a correção do tempo do parto possui um sentido de busca pelo trabalho de parto ininterrupto. Nesse sentido, um parto “ajustado” passa a ser um parto sem parada de progressão, o conhecido “parto de livro”, metáfora comum no discurso médico. Acrescido a isso, o parto ajustado também é aquele suficientemente demorado para que haja tempo de institucionalizá-lo, colocá-lo em conformidade com relação ao modelo hegemônico de assistência hospitalar, centrado no risco e na ação médica.

Nesse processo, o controle do tempo do parto mostra sua disposição para reverter o uso da técnica em um caminho para a resolutividade e, ao passo em que inserida no cenário hospitalar produtivista e “industrial” (MARTIN, 1987), traz como resultado a prática rotineira

do encurtamento do trabalho de parto e a banalização das intervenções, em especial da cesariana e da ocitocina exógena.

"Médico trabalha em cima de protocolo. Por isso que a gente pode muitas vezes decidir intervir num parto que aconteceria sem nada, isso faz parte do nosso dia a dia. Protocolo sempre tem, uns mais rígidos outros menos... Então quando o parto se mostra mais arrastado, por exemplo, na primeira coisa que aparecer fora da reta, a tendência do médico vai ser intervir e as vezes nem é nada, faz parte do processo fisiológico" (médica obstetra 2).

"O médico mexe no tempo do parto, ele faz o tempo do parto" (doula 3).

"Quanto mais cedo o médico chegar no parto, maior a chance de operar" (notas de campo).

Qualquer gestante que busque a experiência do parto normal pode constatar os efeitos disso, especialmente quando buscam ou quando são submetidas à assistência hospitalar. Atualmente, não é fácil desviar da medicalização como sentença, seja pela cesariana, seja pelo parto normal hospitalar; seja nos hospitais da rede pública, seja nos hospitais da rede suplementar.

No que diz respeito ao tempo do parto, as regulações ministeriais e internacionais possuem claramente um sentido voltado para o impedimento dos partos obstruídos, devido aos indícios de sua associação com a mortalidade perinatal. Por outro lado, como já pontuado em outras partes da tese, essas regulações do Ministério da Saúde e da Organização Mundial da Saúde, também possuem o sentido de conter a medicalização excessiva.

A relação entre o trabalho de parto prolongado e resultados maternos e fetais adversos é a razão da grande importância do monitoramento cuidadoso e acurado do progresso do trabalho de parto. Não existe certeza sobre o grau de causalidade dessa relação. Um progresso lento deveria ser um motivo para avaliação, e não para intervenção (WHO, 1996, p. 22-23).

Uma das principais ferramentas elaboradas para o controle do tempo do parto e para o combate à medicalização excessiva na assistência obstétrica é o Partograma (WHO, 1994),⁷² já apontado na experiência de Campina Grande-PB apresentada no capítulo um e já associado à prática da parteira urbana neste mesmo capítulo. O Partograma é um documento que ilustra graficamente a narrativa evolutiva do trabalho de parto e que foi construído pelo saber biomédico para o monitoramento do trabalho de parto a partir de alguns princípios básicos. Com isso, o Partograma institui a norma sobre o tempo do parto, objetivando a

72 A versão adotada pela OMS é a de Philpott e Castle (1972). Ver ANEXO C.

prevenção do trabalho de parto prolongado e a diminuição de intervenções obstétricas desnecessárias. É uma ferramenta desenvolvida para a diagnose da normalidade e da anormalidade no trabalho de parto.

Os parâmetros trazidos pelo uso do Partograma variam de acordo com sua versão, mas em geral transitam em torno dos seguintes princípios: a duração da fase ativa do trabalho de parto tem início a partir do quarto centímetro de dilatação cervical; a fase latente do trabalho de parto não deve durar mais do que oito horas e; a progressão da dilatação cervical na fase ativa não deve ser mais lenta do que um centímetro por hora.⁷³ Um intervalo variável, de acordo com a fase do trabalho de parto em que a mulher está, separa o sinal de alerta (linha de alerta), do imperativo da intervenção profissional (linha de ação). O padrão instituído pelo Partograma representa trabalhos de parto com duração média de 12 horas, transcorridas em correspondência com a descida do bebê pela pelve (plano De Lee) e a dilatação do colo. No documento, há espaço para outras informações complementares, como rotura da bolsa das águas e batimentos cardíacos fetais (BCF).

Existe atualmente um padrão generalizado de desuso do Partograma na assistência hospitalar, fato que corrobora com a cultura de intervenção instalada nos hospitais e maternidades. Por desuso compreende-se tanto a sua manifestação literal, quanto a postura profissional do “preencher por preencher”, por meio da qual o Partograma desempenha um papel burocrático irrelevante.⁷⁴

“O Partograma serve pra gente se proteger também, então é importante fazer, mas termina definindo muito pouco na prática. Cada médico tem um jeito próprio de levar o plantão, a gente sabe que tem, aqueles que chegam botando pra lascas na ocitocina pra todo mundo, rompe bolsa de todo mundo, dilatação manual em todo mundo. Quer dizer, o partograma aí não existe de verdade” (enfermeira obstetra 2).

Há também casos em que o Partograma é “aberto” antecipadamente, quando a mulher ainda não entrou, de fato, na fase ativa do trabalho de parto. Os pródromos,⁷⁵

73 Convém explicar a sistematização biomédica do trabalho de parto, as “divisões funcionais” (FRIEDMAN, 1954, 1978) das fases do trabalho de parto que são consideradas atualmente na prática da assistência obstétrica hospitalar: fase latente (primeiro estágio), fase ativa (segundo estágio, é quando acontece a dilatação do colo uterino a partir do quarto centímetro), fase expulsiva (período que compreende a “descida” do bebê pela pelve da mãe) e dequitação da placenta (terceiro estágio).

74 Vale lembrar que o Partograma, na rede suplementar, tornou-se obrigatório a partir da regulação normativa n.368 do Ministério da Saúde, de 2012 e, nesse sentido, deveria constar devidamente preenchido, em todo prontuário de parturiente.

75 Os pródromos constituem uma fase da gestação em que a mulher experiencia no corpo sintomas similares aos que acontecem naturalmente no trabalho de parto. É uma fase que é vista como uma

apreendidos como fase anterior ao “verdadeiro” trabalho de parto, especialmente no discurso de parteiras urbanas e doulas, muitas vezes são desconhecidos por médicos e comumente avaliados como início de trabalho de parto. Os pródromos levam mulheres (especialmente primigestas) a procurar o hospital, e levam profissionais a abrir o Partograma antecipadamente. Naturalmente, este erro leva o profissional a intervir, visto que dificilmente nesses casos, o nascimento de fato acontece dentro da margem das doze horas. Geralmente ele o faz por meio da ocitocina exógena, buscando aprumar a evolução do tempo do trabalho de parto. Nesse sentido, a irrelevância reservada ao Partograma na assistência institucional é um elemento relacionado ao quadro de medicalização excessiva (COSTA, 1999).

Sendo o Partograma uma ferramenta para rastreamento de riscos, chama a atenção o desuso que dele é feito, especialmente por ser feito dentro de um sistema operado pelo saber biomédico e pela, conforme visto anteriormente, centralidade do risco na epistemologia dos saberes obstétricos. Os efeitos desse desuso, pode-se dizer, são devastadores e o são, especialmente, para as mulheres. São devastadores pois engendram um modelo de assistência misógino, intervencionista e fechado para as subjetividades.

Nos hospitais e maternidades privados, a cena de parto predominante é a cena cirúrgica. O tempo do parto torna-se o tempo do procedimento, tal qual ele ocorre na maioria das vezes. O Partograma nesse contexto geral das instituições privadas, não tem relevância para a condução das práticas de assistência, embora devam estar presentes no prontuário de cada parturiente. O agendamento e a reserva do apartamento e do bloco cirúrgico para a realização da cesariana com hora marcada, são feitos do meio para o final da gestação. A internação para o nascimento, acontece poucas horas antes da cirurgia ter início. Esta, conforme já colocado, acontece em pouco tempo, geralmente menos de uma hora quando não há complicações. A alta hospitalar geralmente acontece em cerca de quarenta e oito horas, quando então o apartamento é preparado para a próxima internação.

Sintomaticamente, as mulheres que parem nesses locais não raramente tornam-se as conhecidas por serem “*aquela* do parto normal”, forma coloquial com que são referenciadas por membros das equipes de assistência ou da equipe de limpeza, por exemplo. Outra evidência do fenômeno da cesariana é o clássico preenchimento do quadro de

espécie de treinamento, ensaio do trabalho de parto e que pode levar ao diagnóstico de “falso trabalho de parto”. Para exemplificar, gestantes em pródromos costumam sentir contrações, algumas vezes com dor, perda de tampão mucoso, entre outros sintomas. Contudo, são sintomas esporádicos que não engrenam em um percurso evolutivo de trabalho de parto verdadeiro.

procedimentos obstétricos, afixado na entrada dos centros cirúrgicos, onde é raro haver algum parto normal listado. Geralmente, nesses quadros apenas se pode ler uma lista de cesarianas ocupando todos os horários.

Nas margens desse sistema, acontecem as cenas de partos humanizados, gerando desconstruções interessantes, desordenamentos temporais na engrenagem descrita acima. O uso do Partograma está presente de maneira bem mais significativa nesse contexto, como também o está no contexto de partos domiciliares assistidos por parteiras urbanas. Médicos obstetras que atuam por essa linha, usam o Partograma de forma mais legítima e, em alguns casos, fazem uma leitura crítica dessa ferramenta. Uma leitura não literal, que os leva a acompanhar trabalhos de parto mais longos do que as doze horas previstas pela ferramenta. Ou então com alguma de suas fases mais prolongada, como uma fase expulsiva de três horas ou até mais.

No interior do modelo de assistência vigente, a lógica da assistência humanizada causa tensões na ordem das práticas profissionais, na mesma medida em que acostumam-se às situações de conflito – ou de (des)pertencimento –, os profissionais que vivenciam a assistência dessa perspectiva. Nos hospitais privados que permitem a assistência ao parto normal no apartamento – ou seja, fora do bloco cirúrgico –, essa questão pode ser observada, por exemplo, a partir da inadequação do quarto em relação à ambientação de uma assistência aberta às subjetividades. Essa ambientação necessita de recursos voltados para a atividade corporal da parturiente e, nesses hospitais, depende da transferência de todos esses recursos para o interior do apartamento que se tornará cenário de parto.

Bola de pilates, banquetas de parto, piscina, baldes, toalhas, lençóis e panos de chão, todos úteis à vivência do parto normal, costumam ser carregados por doulas, médicos obstetras ou mesmo pelos familiares da parturiente, para dentro do apartamento. Muitas vezes esse processo logístico, que requer a reorganização da mobília do quarto e improvisações diversas, suscita a desconfiança e a indisposição para a ajuda por parte da equipe de enfermagem e de outros funcionários do hospital.

“Quando a gente leva a nossa parafernália toda para o hospital, sempre tem aquele pessoal que fica olhando, achando tudo esquisito, né. Hoje eu dou risada, acho graça, mas a gente se sente um ET mesmo, como se fosse a coisa mais estranha do mundo, uma doula entrando na maternidade com uma bola de pilates. E na hora de esvaziar a piscina, depois do parto, as funcionárias da limpeza olham torto, acham ruim, sai da rotina delas, né? (doula 3).

Tratam-se de tensões causadas pela transformação de um ambiente organizado em razão da praticidade da cesariana, em um novo ambiente, este sim, favorável à cena de parto não medicalizado. Outra face desse mesmo conflito se manifesta no uso da humanização para fins publicitários, sem que a estrutura hospitalar tenha, de fato, sido alterada para oferecer à usuárias algo nesse sentido. Coloquialmente conhecida por “maquiagem humanizada” ou “humanização de fachada”, pode-se citar o papel de parede que reveste a sala de parto normal de um desses hospitais: o espaço da sala é pequeno (muito menor que o espaço das salas reservadas às cesarianas, inclusive), a porta de vai-e-vem não garante intimidade alguma à parturiente, o ambiente é frio e metálico, mas o papel de parede traz o retrato de uma praia paradisíaca cheia de coqueiros. O hospital vende a imagem de sua “sala humanizada”, onde a parturiente supostamente tem a oportunidade de parir com conforto e liberdade.

Voltando à questão do tempo, a perspectiva que molda a cena de parto humanizado também causa tensões significativas nesse aspecto, uma vez que traz ao hospital privado outras formas de lidar com esse tempo, de fazer uso da estrutura hospitalar não a serviço do ideal do parto rápido, mas do parto como experiência individual e subjetiva. Por exemplo, internações interrompidas, que acontecem quando as contrações, presentes no momento da internação, cessam sem explicação aparente. A gestante então recebe alta hospitalar sem ainda ter parido e volta para casa com a perspectiva de retornar ao hospital quando novamente estiver em franco trabalho de parto. Esses são casos que seriam, em outros contextos, seguramente conduzidos como partos obstruídos, fosse pela via da cesariana, fosse pela via da ocitocina exógena. Não existe hoje, na rede de assistência e fora do circuito suplementar da humanização, a possibilidade de uma parturiente com gestação a termo estar internada e, cessando as contrações, receber alta hospitalar.

Ainda no contexto dos hospitais e maternidades privadas, a ordem vigente também é tensionada em casos de internações que não são interrompidas, como descrito acima, mas que perduram por dois ou três dias antes do nascimento. Esses são casos muito comuns e que geram um forte contraste com a cena padrão da cesariana agendada. O trabalho de parto que dura todo esse tempo – e neste caso independe de haver intervalos no ritmo das contrações, pois a própria internação atesta socialmente o estado “por parir” em que a mulher se encontra – causa sentidos de disputa.

Esses sentidos são perceptíveis, por exemplo, em comentários feitos por profissionais pelos corredores ou na sala de estar médico.

“Nossa, sua paciente ainda não pariu? Desde ontem internada! Já fiz cinco cesarianas de lá pra cá” (médica obstetra, notas de campo).

São perceptíveis também em comentários de enfermeiras e auxiliares de enfermagem funcionárias do hospital, que entram nos apartamentos para realizar procedimentos clínicos ou burocráticos junto à paciente:

“Continua insistindo, não é mãe? Muito corajosa, você” (enfermeira, notas de campo)

“Ainda por aqui! Nossa, coitada! Se fosse comigo, já tinha implorado por uma cesariana” (enfermeira, notas de campo).

Enfim, é nítido que o funcionamento do hospital privado está muito mais inclinado a servir à lógica da rapidez com que se conclui uma cesariana do que à imprevisibilidade de um parto não medicalizado. Nesse sentido, o uso das intervenções é compreendido, por algumas mulheres e profissionais, como consequência da própria engrenagem institucional. Essa ideia é perfeitamente traduzida pela imagem da ampulheta sendo virada, citada anteriormente. Por último, o caso clássico do parto desassistido, já citado em outras partes da tese, e que no contexto hegemônico atual, simboliza muitas vezes o parto *rápido demais*, gerador de tensões na ordem hospitalar, é recebido como se fosse a maior aberração que já se viu.

Em hospitais da rede pública, o padrão de tolerância com relação ao tempo de duração do trabalho de parto gira em torno das doze horas, consideradas a partir do início da fase ativa. Somam-se a isso inúmeras variações ligadas ao contexto de cada plantão, ao uso ou desuso do Partograma, à prática de cada profissional envolvido na assistência. De maneira geral, a referência do colo cervical que dilata na velocidade de um centímetro por hora é reproduzida de maneira generalizada. Como já colocado, costuma-se dizer quando a dilatação cervical ocorre em velocidade menor, que o “motor” do parto está fraco, ou seja, que as contrações não são suficientes, e assim justifica-se o uso da ocitocina exógena.

Entre as principais práticas de controle sobre o tempo do trabalho de parto, está o exame de toque vaginal, que consiste no manuseio do canal vaginal e do colo do útero por meio da introdução do dedo indicador e anelar pela vulva. Com a sensibilidade das pontas do dedo, a profissional identifica a dilatação cervical, o “afinamento” do colo do útero, o posicionamento da cabeça do bebê, a abertura da pelve óssea da mulher, a presença das

membranas da bolsa das águas, entre outros aspectos relevantes ao funcionamento do mecanismo do parto.

A norma apresentada pelos protocolos hospitalares reproduzem, a partir do momento de internamento, a frequência de um exame vaginal a cada uma ou duas horas de trabalho de parto ativo. O exame de toque é, aparentemente, uma intervenção que traz ao profissional a sensação de garantia do controle. Nesse sentido, certa vez disse-me uma médica obstetra:

“De todas as intervenções, para mim a mais difícil de abrir mão é o toque, porque é pelo toque que eu sei o que está acontecendo, se o bebê está vindo e em qual posição ele está vindo... Aprendi a fazer de duas em duas horas e me sinto perdida se não faço. Quero mudar isso, mas é difícil para mim, pela formação que eu tive” (médica obstetra, notas de campo).

O controle das contrações uterinas passa por analisar o ritmo e a intensidade do trabalho de parto, marcas impressas no corpo da mulher. Na rotina dos hospitais públicos, as contrações são medidas pela primeira vez na triagem, antes da internação, na mesma consulta em que é feita o primeiro exame de toque vaginal. A norma diz que o exame deve ser feito com a mulher deitada sobre a cama. Ela deve se manter parada até que a profissional termine de avaliar a potência das contrações, por um período de dez minutos: com uma mão, a profissional sente os músculos uterinos contraindo e relaxando. A outra mão traz o relógio. Muitas mulheres expressam visivelmente o desconforto durante esse exame. Certa vez, acompanhando uma parturiente em um hospital público, perguntei à médica se ela não poderia fazer o monitoramento com a mulher de pé, em posição de maior mobilidade e conforto. A médica respondeu-me que não, pois o movimento da paciente, a deambulação, assim como a posição vertical, poderiam aumentar o ritmo das contrações, mascarando com isso o verdadeiro resultado de sua averiguação.

A resposta da médica chamou-me a atenção, pois revelou naquele momento, o *verdadeiro* em obstetrícia. Neste caso, verdadeiro é a contração isolada, avaliada “em si”, como se separada do corpo. Desta perspectiva, a avaliação da contração não passa pelo seu vínculo com o corpo da mulher, um corpo que pare em movimento. O olhar escrutinador do saber médico, tal como posto por Foucault (2003), desconsidera o parto na perspectiva de quem o incorpora, mas busca analisá-lo exclusivamente da perspectiva de quem o observa, controla e intervém. Não há sujeito nessa perspectiva, não há um corpo que deseja o movimento, há um corpo que expressa contrações uterinas, objeto de avaliação.

As cenas de parto da rede pública são ricas em procedimentos de aceleração do trabalho de parto, sendo a dilatação manual do colo, uma das intervenções mais comuns:

“Parto hoje no Barão de Lucena, hospital lotado, cheio de macas pelos corredores. Eu estava ao lado de uma parturiente bem jovem, mãe pela primeira vez. Ela chorava, se contorcia e pedia por ajuda, dizia 'doutor, me ajuda, pelo amor de deus!'. Em um dado momento o médico se aproximou e sem dizer uma só palavra chegou forçando a abertura dos joelhos dela e fazendo o toque. O procedimento deve ter durado uns dois minutos, acho eu, mas foi de uma violência tão brutal que fez o tempo do relógio parar. Quando o médico tirou a mão de dentro dela, disse em voz alta 'eita que meus dedos são poderosos! De quatro para oito centímetros!'. A mulher gritou tanto durante essa dilatação forçada que ele saiu de perto dela dizendo 'esses gritos, que inferno! Por que raios eu fui fazer obstetrícia?'” (notas de campo).

Vale dizer que o caso da parturiente acima relatado, não apresentava razões para intervenção de qualquer tipo. Era um parto de risco habitual, as contrações fluíam num ritmo já bastante intenso.

Outra prática bastante comum, a “limpeza do plantão”, fora descrita por Hotimsky (2007) e consiste na “evolução” massiva de pacientes em trabalho de parto nas horas finais de cada plantão, especialmente antes de plantões noturnos. Trocas de plantões são momentos especiais com relação a esses padrões de aceleração do trabalho de parto e resolutividade como expressão do poder médico. Nesses contextos, poucas horas antes da troca de plantões, é comum que pacientes em franco trabalho de parto recebam indicação para cesariana. Os motivos são diversos, mas na realidade encobrem a real justificativa que é o costume de entregar ao colega, o plantão “limpo”.

“Aqui, nessa realidade dos hospitais do SUS, não há tempo para que a gente preste uma assistência mais natural, que você tá mais junto da mulher e dura muito mais tempo. Eu sei que nasce, uma hora nasce mesmo a gente não botando a mão, mas tem um limite, as coisas têm que acontecer mais rapidamente. Infelizmente, essa é a realidade” (médica obstetra, notas de campo).

A superlotação dos hospitais e maternidades públicas é, certamente, outra influência decisiva na reprodução de padrões de assistência que aceleram os trabalhos de partos indiscriminadamente. Como aponta a médica no trecho abaixo:

"A gente trabalha num ambiente muito inóspito e as mulheres parem nesses ambientes inóspitos também... É terrível não ter leito suficiente para todo mundo, internar mulher em cadeira de praia, cadeira de plástico, puff, misturar mulheres em trabalho de parto com mulheres que estão inibindo, com mulheres que estão induzindo. A superlotação comprovadamente leva à cesarianas... porque é claro, se você não consegue olhar caso a caso e partear decentemente, é melhor operar e

aumentar as chances de sair tudo bem com mãe e bebê. Então vários dos meus colegas obstetras estão doentes ou hiper estressados. E o pior é que não é prioridade do Estado resolver isso" (médica obstetra 4).

A oferta desigual de leitos de alto risco, a falta de integração e articulação entre os níveis de complexidade dos riscos, com o baixo desempenho da atenção primária (PINHEIRO, 2014), sem sombra de dúvidas são aspectos importantes para a compreensão dos sentidos que revestem o ideal do parto rápido. Em contextos assim há uma grande pressão social, decisiva para a lapidação do olhar produtivista dos profissionais, tanto médicos quanto enfermeiras.

"O hospital permite que a gente trate bem uma certa quantidade de mulheres e a gente interna cinco vezes mais do que esta quantidade. Obviamente, não vou ter condições de atender bem, medicamente, todas elas. Então eu chego com meus residentes e fazemos uma visita de manhã. Eu tomo pé do que está acontecendo, vejo se tem alguém para convulsionar e o que mais tem de complicado. Aí eu me encarrego desses casos e os residentes vão tocando, fazendo o feijão com arroz, tocando mesmo, fazendo ausculta, encaminhando quem tiver que encaminhar" (médica obstetra 2).

"A superlotação em Recife, a meu ver, está totalmente ligada ao péssimo funcionamento das maternidades de baixo risco da região metropolitana. Se as pacientes de baixo risco ficassem nos seus municípios, aliviaria a superlotação aqui. A Central de Parto, que deveria regular essa situação, na verdade apenas distribui os casos. As mulheres ficam suscetíveis a esse joga pra lá e pra cá, ninguém se responsabiliza pela situação delas. Para mim, boa parte da solução disso está na descentralização da assistência, qualificar a assistência interiorana para que as mulheres tenham seus filhos nos seus municípios de origem" (médica obstetra 4).

7.2 PARTO NO DOMICÍLIO

Conforme já apontado, o parto domiciliar é, atualmente, praticado no Recife por parteiras e doulas, sob a forma de uma prestação de serviços que assume diferentes níveis de formalidade. Além da questão formal, que se desdobra a partir de questões sociais e econômicas mais profundas, há diferentes aportes de conhecimento, diferentes modelos de assistência e "protocolos" utilizados em cenas de partos domiciliares. Como também se vê entre cenas de partos acontecidas nos hospitais, as realidades de parto domiciliar dividem-se em várias, com distintas roupagens.

A experiência de parto com uma parteira urbana, no centro urbano, tende a ser radicalmente diferente da experiência de parto com uma parteira tradicional, nos interiores ou na periferia da cidade. Tanto em um caso, como no outro, no que toca a questão do tempo, a

ruptura com o enquadramento institucional é reforçada, na medida das notáveis diferenças entre as percepções da evolução do trabalho de parto, entre parteiras, médicos e enfermeiras.

Em linhas gerais, os conjuntos de práticas que fazem parte dos modelos de assistência aplicados ao domicílio, demonstram a flexibilização na construção dos limites de condução. A mobilização prática desses conjuntos se dá por olhares cujas perspectivas se opõem à perspectiva hegemônica hospitalar.

"A gente não força o parto, deixamos a mulher bem à vontade. Parto no hospital tem muita agressão, parece que não deixam a natureza agir" (parteira tradicional 4).

A ênfase na questão do movimento na reprodução dos saberes obstétricos voltados para o domicílio, se refere especialmente ao movimento específico do corpo da mãe, do corpo do bebê e das mãos da parteira. Conforme se vê adiante, os significados atribuídos a estes processos são diversos, mas conjuntamente, sustentam modelos de assistência marcados pela subjetividade, em oposição à objetividade do controle do tempo, própria da perspectiva hegemônica hospitalar. Doulas, em geral, também compartilham dessa perspectiva "subjetiva", cujo olhar sobre a evolução do trabalho de parto está atento aos sinais emanados pela parturiente.

Doulas, contudo, não se tomam por responsáveis das decisões de assistência em contexto algum, exceção dada aos casos em que a doula é a única profissional presente na cena de parto ou em que se localiza, no campo das identidades profissionais, como aprendiz de parteira. Vale ressaltar que o parto no domicílio é, de maneira unânime, entre todas as parteiras e doulas que conheci ou que entrevistei, uma prática desejável para mulheres em gestação de risco habitual.

A subjetividade referida está contida, enfim, na valorização dos diversos sinais que surgem da parturiente, para muito além da tríade "mensurável", contração-posição-dilatação. Nesse sentido, as decisões que marcam os limites da atuação são tomadas de forma mais individualizada, o que termina retirando o foco das intervenções, fazendo sobressair na prática da assistência a não objetificação do corpo da mulher e, conseqüentemente, uma visível diminuição do nível de intervenções praticados pelas profissionais do parto feito em domicílio.

"Diferente do médico que, muitas vezes, não sabe nem o nome da mulher, tá preocupado com definir conduta e vai seguindo aquele padrão que ele já tem, a

parteira vai ter um olhar pra cada caso, tem um ponto de vista mais emocional, que não é tão rígido” (parteira urbana 1).

“Se a mulher para de sentir dor, não é caso de levar logo pro hospital pra tomar a injeção. É hora de esperar e a parteira, eu pelo menos, tenho outra técnica habilidosa que faz com jeitinho a dor voltar, a dor chegar, reanimar o bebê que tá com preguiça de nascer. É o nosso jeito de fazer, de trabalhar com calma” (parteira tradicional 5).

É importante notar, contudo, que essa subjetividade, impressa no nível das práticas, não compete e tampouco se opõe às visões de risco compartilhadas por essas profissionais. Ao contrário, esse “afrouxamento” dos limites impostos ao tempo do parto está umbilicalmente ligado à questão do risco, conforme colocado anteriormente. Por outro lado, é possível entender que essa maleabilidade que caracteriza os limites da parteira, advém do seu próprio saber, que repousa sobre a notável confiança que essas profissionais depositam no parto e no corpo que pare.

“O desafio da parteira é enorme: tentar antever tudo e não desenvolver um olhar temeroso. O meu saber me faz acreditar no parto e em mim, pois em qualquer situação eu vejo que posso contribuir com a família. Mas o meu olhar não pode ser temeroso, se não eu deixo de ser parteira, e é isso o que eu vejo acontecer na maioria das instituições: quanto mais sabem, mais medo têm do parto” (parteira urbana 3).

Com isso, demonstra-se que a compreensão do parto como evento familiar e da assistência como campo de subjetividades, não impede que a atuação das parteiras se dê com base no rastreamento e na prevenção de riscos. Ao contrário, a atuação de parteiras, tanto urbanas quanto tradicionais, mostram-se determinadas por considerações de risco, conforme apontam os trechos abaixo.

"A obstetrícia tem muito de observar como as coisas evoluem, porque tem as alterações. Tudo tem limite, o parto normal tem um limite na espera... Por isso que eu não tenho nada contra os médicos, não crio inimizades e sei que é necessário. O meu trabalho é junto da mulher, não é contra ninguém... pois tem hora que não vai dar e o médico é a solução" (parteira tradicional 7).

"Um parto não deve durar mais do que de um pôr do sol até o outro. Tudo tem seu tempo e tem um limite. O mais importante é a evolução do trabalho de parto. Observar e esperar com atenção, ver o que está acontecendo e o que alterou dentro do tempo" (parteira tradicional 3)

“Condições para o atendimento ao Parto Domiciliar

Ter a mulher gravidez única, classificada como de baixo risco, entre 36 e 42 semanas de gestação ou mais (desde que condições maternas e fetais estejam favoráveis), com bebê cefálico (de cabeça para baixo), estar sob acompanhamento

pré-natal com profissional enfermeiro ou médico especializado no âmbito privado ou pelo Sistema de Saúde, até a data do parto (...)

É imprescindível que a mulher estabeleça além do plano de parto no domicílio a sequência de atendimento em caso de surgimento de intercorrências, definindo hospital próximo, profissionais e hospital desejado para atendimento.

Para ser considerada uma gestante de baixo risco, a mulher não pode ser portadora das seguintes doenças: hipertensão arterial, pré-eclampsia, diabetes, cardiopatias, pneumopatias, problemas psiquiátricos e neurológicos, anormalidades no volume de líquido amniótico com comprometimento fetal, distúrbios hematológicos, problemas renais, infecções gerais e doenças sexualmente transmissíveis etc” (Termo de consentimento para a contratação da assistência obstétrica domiciliar por parteiras urbanas).

A subjetividade no modo de assistir uma parturiente diz respeito a uma certa ausência de expectativas quanto à linearidade da evolução do trabalho de parto. A mensuração das contrações, da dilatação e da descida do bebê, inclusive como forma de rastreamento dos riscos, sem dúvida está presente na cena do parto domiciliar, mas pode-se dizer que pesam menos nas decisões de conduta. Na prática, isso significa que é difícil, talvez raro, uma parteira urbana transferir uma parturiente em razão do colo cervical não dilatar na velocidade de um centímetro por hora, por exemplo. Na maioria das vezes, o controle sobre a velocidade de dilatação cervical no parto domiciliar, difere-se fundamentalmente do padrão hospitalar (um exame de toque a cada uma ou duas horas). Com isso, torna-se comum experiências de parto domiciliar sem um toque vaginal sequer.

No contexto da assistência domiciliar, a dilatação ou o tempo já transcorrido de trabalho de parto podem até ser utilizados como justificativas para condutas interventivas, como transferência hospitalar, manobras, medicações não farmacológicas, entre outras. Contudo, vê-se nitidamente que a aplicação desses limites, na conduta expectante da parteira, respondem a parâmetros de maior tolerância. Como no caso abaixo, relatado por uma parteira urbana a partir de uma sequência de acontecimentos inimaginável para uma cena de parto hospitalar (desde o início, hospitalar).

"Transferi a mulher depois de 10 horas com dilatação completa. Ela ainda não estava no expulsivo, não sentia puxos. No hospital, uma médica bacana foi empática e avaliou, julgou que ela poderia continuar tentando o parto normal e nisso se foram então, mais 8h de dilatação completa. No final das contas, essa médica indicou a cesariana. O bebê precisava nascer e ela não tinha experiência com fórceps, por isso optou pela cesariana” (parteira urbana 3).

Outro aspecto fundamental para a compreensão do saber obstétrico das parteiras diz respeito à relativa dissociação entre os elementos da tríade contração-posição-dilatação.

Na prática, tal dissociação, vista como possibilidade de normalidade, leva a parteira a consentir com trajetórias de parto nas quais vigora, aparentemente, um estado de “desajuste” entre os principais acontecimentos do corpo parturiente. Nesse sentido, tornam-se cabíveis ao domicílio, trabalhos de parto mais lentos ou que apresentem lentidão no processo de dilatação e rapidez no processo de descida do bebê, por exemplo, ou vice-versa. Ou então que apresentem um ritmo “fraco” de contrações, suficiente contudo para promover a dilatação do colo e a descida do bebê. Ou que apresente períodos de quebra, onde não há contrações e o trabalho de parto, aparentemente, sofre uma pausa. Enfim, o olhar tolerante da parteira, garante uma certa coloração na escala de padrões de trabalho de parto. Nota-se como essa perspectiva diverge da assistência ofertada em ambiente hospitalar, onde se espera que a evolução do trabalho de parto seja tomada por uma continuidade ascendente e pela correlação inequívoca entre as contrações uterinas, a dilatação do colo e a descida do bebê.

Na visão da parteira, quadros de aparente “desordem” não recebem a importância que lhe é dada no ambiente hospitalar. O “desajuste” não é codificado como objeto passível de correção ou de padronização, a princípio, ou até que o monitoramento do bem estar materno e fetal apresente, eventualmente, resultados não satisfatórios. Na realidade, a perspectiva mais tolerante da parteira, que imprime sobre o trabalho de parto um sentido de fluidez e maleabilidade, contradiz a clássica “divisão funcional” do trabalho de parto, tal qual é feita pela biomedicina. A começar pela fase dos pródromos, pouco reconhecida no discurso médico, a parteira crê num entendimento menos segmentado e mais plural dos acontecimentos do parto, o que corrobora com o seu olhar individualizado, que opera por fora dos padrões, analisando cada caso em sua particularidade.

“Parto domiciliar com equipe de parteira urbana. Foi um trabalho de parto totalmente atípico. A fase ativa foi super arrastada, quase vinte e quatro horas de contrações muito intensas, em padrão mesmo de fase ativa. Ausculta do bebê feita de maneira sistematizada, sempre com ótimos resultados. Quando a mulher decidiu que queria ir para o hospital, por razão do mais verdadeiro cansaço, a parteira concordou e perguntou se antes ela não gostaria de um exame de toque para ver como estava o colo, a posição do bebê. A mulher consentiu e a parteira identificou o colo completamente dilatado e o bebê ainda alto, lá em cima. A parteira disse que, como última tentativa, poderia estourar a bolsa de líquido amniótico para ver se o bebê descia. A mulher gostou da ideia, se animou até, saiu do estado de cansaço aparente. A parteira fez o procedimento e na próxima contração a mulher fez, involuntariamente, uma força bem grande. Mais duas ou três contrações e o bebê estava nascendo. Incrível, nunca tinha visto isso. Vinte e quatro horas para dilatar e quinze minutos para o bebê descer toda a pelve” (notas de campo).

“Gestante acompanhada por uma colega doula, passou uma semana em processo de dilatação do colo do útero. As contrações vinham de noite e paravam ao amanhecer. Ela passava os dias super bem, sem dores. De noite, o trabalho de parto retornava, exigindo dela concentração e técnicas para o alívio da dor, banho quente etc. Num dos últimos dias, com sete centímetros de dilatação, ela estava no salão, cortando o cabelo. Ninguém poderia dizer que aquela mulher estava em trabalho de parto. As contrações foram engrenar mesmo no último dia, quando ela já estava com oito centímetros de dilatação. A equipe responsável pela assistência, composta por médicas obstetras 'humanizadas', não recomendou que ela se internasse no hospital antes do trabalho de parto ter um ritmo mais duradouro, com a justificativa de que isso iria causar mais apreensão do que benefícios a paciente” (notas de campo)⁷⁶

Como se pode sugerir a partir dos relatos acima, o resultado da dissociação presente no olhar da parteira, entre os fenômenos contidos na tríade, é a diversificação dos trabalhos de parto, a desconstrução dos padrões que fundamentam o ideal do parto rápido. Nesse contexto, podem perfeitamente acontecer no domicílio, trabalhos de parto que eventualmente não couberam nos padrões do Partograma, dado o seu tempo “arrastado”.

“Não dá para dizer quanto tempo uma mulher deve levar para parir. Isso simplesmente não existe, porque o trabalho de parto recebe muitas influências, as variáveis são tantas e cada mulher vai vivenciar o trabalho de parto de um jeito diferente. É preciso estar aberto para isso se quisermos mudar o modelo de assistência” (parteira urbana 4).

“Parto domiciliar transferido para o hospital. Mais um que pára completamente quando chegamos no hospital. As contrações vão embora e a mulher parece expressar um estado de medo. Cada vez mais certa do efeito das influências externas sobre a evolução do trabalho de parto” (notas de campo).

Com relação ao uso do Partograma por parteiras urbanas, a versão que costuma ser utilizada é a versão desenvolvida por Zhang (2010) o que, por si só, já representa uma quebra importante na expectativa da linearidade e no ideal do parto rápido (Figura 5) . A curva de Zhang⁷⁷ traz uma série de referências para a condução do trabalho de parto que estão associadas a uma perspectiva mais "tolerante" com relação ao tempo de evolução e seus padrões de normalidade ou anormalidade. Entre essas referências, duas são especialmente

76 Embora retrate um parto feito no hospital, o relato traduz um tipo de conduta igualmente particularizada, que permite a diversificação dos trabalhos de parto, possibilitando a expressão de partos atípicos, fora dos padrões de evolução.

77 As curvas de Zhang foram baseadas em percentis, a partir de um estudo de corte multicêntrico, com mais de sessenta mil parturientes cujos partos ocorreram por via vaginal, de início espontâneo, em ambiente hospitalar. As curvas baseadas nesse trabalho, ampliam o tempo de espera entre as fases do trabalho de parto, de acordo com a paridade e o momento da internação da parturiente. É um modelo de partograma especialmente útil para evitar diagnósticos equivocados de parada de progressão, sobretudo quando o preenchimento do partograma é iniciado de forma inadequada, no momento errado.

relevantes, pois apresentam padrões de conduta que estão em completo desacordo com as práticas mais comuns da assistência hospitalar. São elas:

- Estando a mulher com pelo menos seis centímetros já dilatados, o parto obstruído só poderia ser diagnosticado como tal depois de seis horas sem mudança na dilatação cervical. Seis horas de observação. Sem ocitocina ou qualquer outro procedimento de abreviamento do trabalho de parto.
- A duração do período expulsivo é baseada em avaliações de baixo grau de evidência científica, portanto deveria estar sujeita a avaliações individuais que considerem a exaustão materna e a vitalidade fetal.

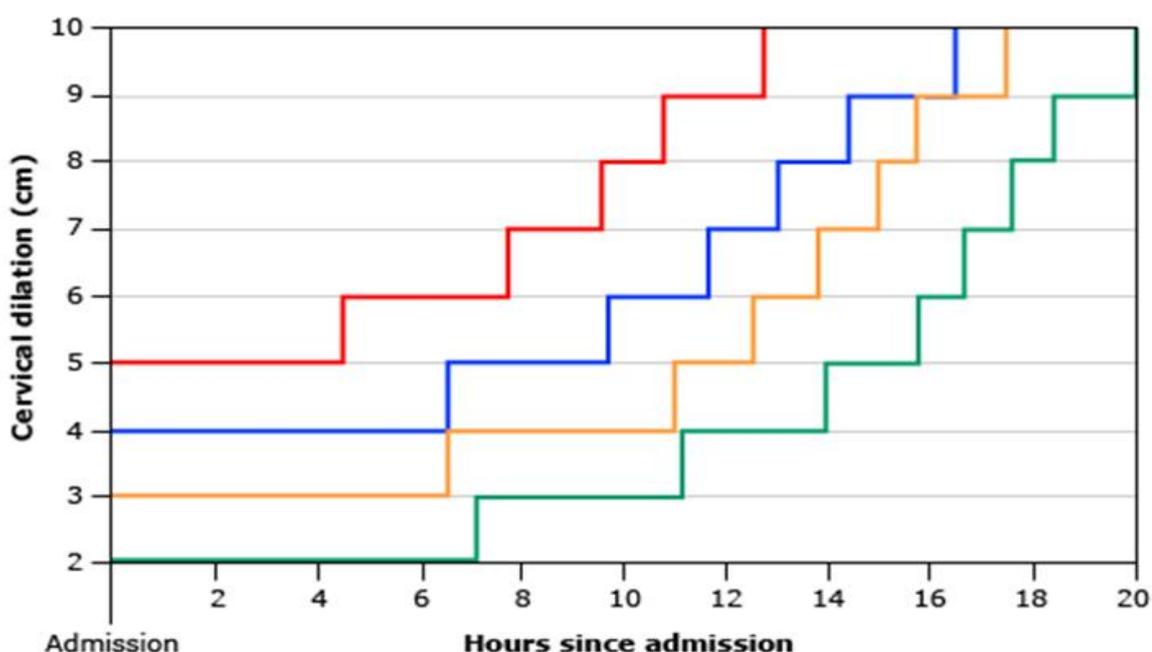


Figura 5 - Partograma (Curva de Zhang)

A subjetividade do olhar da parteira e a dissociação relativa entre os acontecimentos do parto, influenciam sobremaneira o uso das práticas de assistência no parto domiciliar. Nesse sentido, tornam-se perceptíveis abordagens de parteiras que se dispõem atentas a diversos sinais que emanam do corpo parturiente, para além daqueles que as práticas de controle podem garantir. Ou seja, mais do que se preocupar com a matemática impressa no

ritmo das contrações, na dilatação ou na descida do bebê, a parteira coloca-se na cena de parto atenta a outros indicativos de evolução do trabalho de parto.

Entre esses sinais, pode-se citar alguns estados psicológicos, como medo, determinação ou um estado “apático”, “fora do ar”; manifestações corporais tais quais gritos ou gemidos; frases como “está ardendo” ou “estou com vontade de fazer força” e a já citada linha rubra, que se configura como uma alternativa não-interventiva ao exame de toque. As expressões corporais decorrentes da dor e da intensidade do parto tendem a ser reelaboradas entre parteiras urbanas que, comumente, partilham da ideia do parto como evento da sexualidade. Nessa perspectiva, o grito e o choro, assim como várias outras expressões – decorrentes do medo, prazer ou desespero⁷⁸ – são apreendidas a partir da referência da individualidade. Todos esses sinais são lidos silenciosamente pela parteira, de modo a compor a sua narrativa temporal do parto. Os sinais traduzem a parteira algo que diz respeito ao estágio do trabalho de parto em que a mulher se encontra.

A respeito dessas narrativas profissionais acerca do tempo do parto, posso trazer como dado a minha própria experiência como parturiente, a primeira delas: eu estava no hospital, internada na sala pré parto. Uma enfermeira fez o exame de toque e constatou que eu estava com nove centímetros de dilatação. Levaram-me para a sala de parto, colocaram-me na cadeira apropriada ao parto de cócoras e a médica disse “vamos empurrar esse bebê? Faça força”. Eu não sentia vontade alguma de fazer força, mas simplesmente obedeci, o que me trouxe, além do desgaste físico, um edema de colo que teve de ser corrigido. Hoje eu compreendo que a pergunta retórica da médica continha, nas entrelinhas, o entendimento de que, estando meu colo cervical com nove centímetros de abertura, eu estava pronta para entrar na fase expulsiva.

Nota-se a assimetria entre essa experiência, vivenciada por mim, e os trechos abaixo, que apresentam perspectivas de parteiras urbanas acerca dos sinais que marcam a evolução do trabalho de parto.

“É o som que toda parteira gosta de ouvir! Aquele gemido que a mulher dá quando está querendo fazer força, quando está entrando no expulsivo. Ele geralmente vem

78 A partolândia, termo bastante usado por parteiras urbanas e mulheres localizadas no meio da humanização, surge nesse contexto dos sinais do corpo como vivência de transe e êxtase. Surge como desligamento das normas sociais e como vivência de um descontrole que se expressa na ordem da sexualidade e da espiritualidade. A partolândia envolve também a transcendência e a imanência, uma percepção de ausência com relação ao ambiente e de presença com relação ao próprio corpo (CARNEIRO, 2011; RODRIGUES, 2015).

depois que a mulher diz que não aguenta mais, que quer desistir ou coisa assim... é sinal de que está no fim, o bebê tá vindo” (parteira urbana 5).

”A gente não precisa fazer exame de toque a cada uma hora, nenhuma mulher merece uma coisa dessas, é invasivo, desconfortável. A parteira tem um olhar mais sutil que vai percebendo o trabalho de parto, a dinâmica dele. A mulher muda muito do começo para o meio e para o fim do trabalho de parto... e essa observação faz a gente aprender muito sobre o parto” (parteira urbana 2).

“Expertise de parteira... Às vezes a mulher tem um jeito mais calado de estar em trabalho de parto, outras vezes as contrações não parecem tão fortes assim... mas não se engane, ela pode estar mais perto de parir do que você imagina. A gente tem que observar, inclusive o comportamento dessa mulher” (parteira urbana, notas de campo).

Parteiras tradicionais mostram-se muito menos flexíveis com relação à conduta expectante do que parteiras urbanas. Anteriormente, tal aspecto foi apontado e relacionado à percepção dessas profissionais com relação ao risco, sobretudo o risco profissional. Em geral, a experiência dessas parteiras está mais associada à assistência durante a gestação e nos momentos finais do trabalho de parto. Por isso é comum dizerem que não toleram uma espera maior do que cinco ou seis horas para o nascimento, a partir do momento em que aportam na cena do parto. Muitas vezes aguardam menos ainda, não mais do que duas ou três horas.

Para essas profissionais, o tempo do parto aparentemente se mostra como uma das principais referências para o diagnóstico de risco. Existe entre elas uma compreensão generalizada de que parto “arrastado” demanda a transferência hospitalar da parturiente. No entanto, obviamente, tal perspectiva percorre outros caminhos que não o da imposição do ideal do parto rápido, tal qual se vê acontecer nos hospitais e maternidades. Nos contextos onde a atuação da parteira tradicional faz-se presente, outros elementos devem ser considerados para que se possa tecer uma compreensão a respeito dos limites da conduta expectante desse tipo de parteira. Um aspecto, para além do risco profissional, se refere ao costume aparentemente geral, das mulheres solicitarem a parteira já em momentos finais do trabalho de parto. Somados a esse fator, estão a distância e o grau de dificuldade em acessar meios de transporte para a transferência da paciente.

“Quando o trabalho de parto começa, a coragem que me dá é de ficar com ela por cinco ou seis horas. Se passa disso, eu já penso que tem alguma coisa que já tá fora da conformidade. Aí eu digo 'não minha filha, tu já tá há seis horas em trabalho de parto e não evoluiu como eu esperava. Bora pra maternidade?' Aí eu levo. Pode a mulher tá chorando, se agarrando nas paredes, mas eu levo e vou junto, só não entro porque sou barrada mesmo” (parteira tradicional 2).

“Não fico com mulher nenhuma por mais do que três horas em casa. Se não nascer nesse tempo, eu já estou arrumando tudo e buscando um carro pra levar ela pro médico ver no hospital” (parteira tradicional 6).

"Mulher de primeiro filho eu não faço o parto mais não. É arriscado, a mulher ainda não sabe parir e eu não sei como se porta a bacia dela, a passagem. Eu prefiro não fazer... prefiro não esperar. Se for assim, uma emergência, tudo bem, mas não gosto, é arriscado demais. O primeiro perigo é o bebê não ter passagem, o segundo tá na saída da placenta" (parteira tradicional 10).

Na busca pelo entendimento do manejo do tempo do parto na assistência domiciliar, convém abordá-la tanto pela perspectiva de parteiras urbanas, quanto de parteiras tradicionais, como experiência de movimento. Esse aspecto se desdobra em três qualidades, conforme já apontado: movimento do corpo da mulher, movimento do corpo do bebê e movimento da parteira ou, melhor dizendo, das mãos da parteira. Com relação ao movimento do corpo da mulher, destaca-se a associação significativa e presente nos discursos de ambos os tipos de parteira, entre a postura ativa do corpo e a facilitação do trabalho de parto. O movimento, dessa perspectiva, auxilia na manutenção do ritmo das contrações, na evolução da dilatação do colo e na descida do bebê.

Parteiras tradicionais, ainda que não apontem claramente para esses elementos, sinais contidos na tríade contração-posição-dilatação, traduzem a importância do movimento da mulher para a evolução saudável do trabalho de parto, inaugurando-o como experiência de liberdade corporal e de festividade.

"Eu não deixo mulher nenhuma ficar trancada sofrendo dentro do quarto só porque vai ter um filho! Não tem que ser assim, deitada na cama como se fosse sofrimento de morte. Parto tem que ter movimento, por isso eu chamo elas pra sala, para estarem se movimentando, andando, conversando e até dançando. É uma maneira minha de fazer com que elas se sintam à vontade para parir, e de fazer com que o trabalho de parto caminhe" (parteira tradicional 4).

“Filha, no parto a gente faz assim para ajudar: põe a mão na cintura e rebo-
lation tion, rebo-lation tion tion, rebo-lation tion tion”⁷⁹ (parteira tradicional 3).

Entre parteiras urbanas, a questão do movimento do corpo da mulher é já bastante conhecida. O incentivo à postura ativa da parturiente está presente no discurso dessas profissionais, justificado pelo entendimento de que o movimento corporal auxilia os processos do parto. Quando a mulher se movimenta, o útero tende a contrair mais, o bebê sofre os

79 A parteira rebola de um lado para o outro, com as mãos na cintura, cantando em alusão à música da banda Parangolé, *Rebo-lation* (2009).

efeitos da gravidade que o empurra para baixo e a dilatação tende a acontecer com maior rapidez. Segundo Janet Balaskas (1993), autora largamente citada no meio da parteria urbana,

(...) o desempenho ativo durante o trabalho de parto e a adoção de posições naturais, verticais ou agachadas são o meio mais seguro, prazeroso, econômico e sensato para a grande maioria das mulheres dar à luz. Não há interrupção da fisiologia normal do parto ou interferência com o equilíbrio hormonal e raramente acontecem depressão puerperal ou problemas com a amamentação e com a recuperação da mãe (BALASKAS, 1993, p. 7).

O movimento da parteira é também um aspecto que merece destaque. Na realidade, trata-se especificamente do movimento das mãos da parteira que, amparadas pela experiência, experienciam o corpo gestante, tirando disso uma série de informações úteis ao processo de assistência. Entre parteiras tradicionais, esse aspecto ganha força notável, pois remete diretamente aos encontros pré-natais para puxação, massagem sobre o ventre grávido. Nesses encontros, a parteira busca estabelecer relações de confiança e intimidade com a gestante, além de “aprumar o bebê”, literalmente, dentro do útero.

Outro aspecto importante, relativo ao movimento das mãos da parteira, é a contrapartida que ele apresenta diante do saber médico, ou daquilo que as parteiras tradicionais julgam ser o saber médico. Enquanto a construção da experiência da parteira passa pela experimentação manual do corpo, o saber obstétrico do médico é visto como fruto do estudo teórico ou como fruto da ação da tecnologia. Mais uma vez, recorrendo à minha própria experiência como parturiente, vale lembrar de uma conversa que tive com minha parteira, meses antes de meu segundo parto:

Parteira: “Mariana, depois que você tiver o seu bebê eu vou operar minhas duas vistas de catarata. Mas não se preocupe com essa situação de minha vista. Os olhos da parteira estão nas pontas dos dedos”.

Com relação ao tempo do parto, é comum parteiras tradicionais se referirem à manobra de palpação ou puxação, como busca pelo entendimento dos caminhos de evolução do parto. É sentindo o ventre e o corpo do bebê com as mãos, que a parteira se habilita a prever riscos e prever o tempo que aquele bebê precisa para completar o seu trajeto.

“Estimativa do tempo a gente faz quando visualiza o que está acontecendo e isso é possível pela manobra de palpação. A manobra de palpação leva a parteira pra dentro do útero... e eu sei que quase não é feita mais pelos médicos. Não fazem mais nos hospitais, acho que não dá mais tempo e também... o médico, a enfermeira, querem resolver logo aquilo e não mais fazer desse jeito, apalpar, conhecer e esperar o caminho do bebê” (parteira tradicional 4).

“A experiência da parteira vem da dúvida e da demora pra encontrar as respostas. Quando não se tem estudo, as dúvidas a gente resolve com as mãos, porque é com a mão que a parteira examina tudo, mexendo na barriga, sentindo o que tá lá dentro. O médico já tem o estudo, então ele não tem dúvida do que tá acontecendo no corpo da mulher. A experiência do médico é a experiência do estudo” (parteira tradicional 5).

"O médico descobre o bebê pela máquina do ultrassom. A parteira faz com as mãos. Manobra de palpação é uma coisa que, quando a gente faz bem feito, consegue fazer uma previsão do tempo do parto” (parteira tradicional 3).

Entre parteiras urbanas, a questão do movimento das mãos profissionais possui dois sentidos divergentes, embora complementares. Ao mesmo tempo em que os discursos ressaltam a importância do toque como forma de troca empática, benéfica à produção de ocitocina, tal qual demonstra o trecho abaixo,

“Principalmente com uma mulher que já entrou no ciclo do medo, está apavorada qualquer que seja o motivo, a parteira tem que estar ao lado para respirar com ela e usar as mãos para o toque... toque que na verdade é o acolhimento, a massagem como troca empática e acolhedora. Essas coisas são muito valiosas porque cortam a produção de adrenalina e aumentam a produção de ocitocina, que é tudo o que se quer” (parteira urbana, notas de campo).

Por outro lado, o discurso da parteira urbana ressalta a qualidade nomeada *hands off*, que significa a assistência não-interventiva, sem toques, sem as mãos profissionais. O sentido desse termo aponta para a tensão que existe entre a prática do modelo hegemônico hospitalar e a prática do modelo de assistência domiciliar. Conforme já mencionado, a assistência da parteira urbana, por princípio, se baseia em modelos de pouca ou nenhuma intervenção obstétrica. Assim, o termo *hands off* simboliza, justamente, a postura expectante da parteira que observa e permite que o tempo do parto transcorra, em oposição à conduta interventiva e resolutiva dos médicos e enfermeiras em ambiente hospitalar. Abaixo, nota-se a assimetria entre o discurso da parteira e do médico, especialmente no que diz respeito ao uso das mãos para procedimentos obstétricos (a primeira sentença, dita por uma médica obstetra, foi utilizada por Simone Diniz, em sua pesquisa de doutorado).

"Racionalmente, eu sei que não é pra fazer a episiotomia. Mas a minha mão vai sozinha" (DINIZ, 2001).

“Médicos, em geral, simplesmente não sabem o que fazer com as mãos durante o trabalho de parto. Senta na mão, usa o *Ipad*, sei lá, vai tricotar, cara! Deixa a mulher parir em paz” (parteira urbana, notas de campo).

Por último, deve-se ainda tratar da importância que reveste o movimento do corpo do bebê nas percepções profissionais acerca do tempo do parto, dentro das lógicas que operam os saberes obstétricos no domicílio. A parteira tradicional demonstra ter o entendimento de que, mais importante do que as contrações e a dilatação cervical, é a posição assumida pelo bebê e a velocidade com que este percorre o interior da bacia óssea da mãe.

"Quando eu chego na casa da mulher eu pergunto há quanto tempo que ela tá sentindo dor. Aí eu faço o toque e vai depender principalmente da distância que o bebê tiver. Se ela tiver com os centímetros muito elevados, aí eu vou esperar de 30 a 60 minutos pra ver quanto o bebê vem chegando, entendeu? pra ver quanto ele desce nesse tempo. Se ele descer um ou dois pontos, eu continuo com ela. Mas se ele não se mover daquele lugar que ele tava, aí eu vou fazer uma experiência, vou dar uma massagem, vou ajeitar e espero mais 30 minutos. Se ele continuar na mesma coisa, eu busco um carro e levo a mulher pra maternidade. Eu não gosto de passar mais de 2h com a mulher em casa sem o bebê dar retorno. Agora, quando ele dá retorno, eu posso ficar mais" (parteira tradicional 5).

Nesse sentido, é comum encontrar parteiras que dizem não realizar exames de toque, enquanto todas dizem realizar a manobra de palpação, a puxação ou , simplesmente, massagem na barriga.

"Eu não boto a mão dentro de mulher nenhuma, não tem necessidade disso. Eu lavo bem as mãos com água e sabão e mexo na barriga, apurando o menino no seu lugar certinho" (parteira tradicional 1).

Na prática, essas parteiras demonstram estarem dotadas de um conhecimento obstétrico que dispensa o controle da dilatação cervical, mas está centrado na informação trazida pelo bebê. Isto é, pela posição que ele assume dentro do útero no momento do trabalho de parto, pela maneira com que ele se insinua dentro da pelve e pela velocidade com que ele responde às contrações uterinas e ao tempo do parto.

"A gente observa o caminho que o bebê faz (...) O tempo do parto é parecido com a experiência de soltar um estrangeiro nessa praia e entrar na casa para esperar o tempo passar. Quando a gente for voltar para buscar o homem, ele vai estar perdido por aí. De que importa o tempo, se o fundamental é saber para onde ele foi, se está rodando ou se sentou na areia?" (parteira tradicional 3).

Assim, é possível dizer que o movimento do bebê está contido na forma com que as parteiras tradicionais significam suas práticas de manejo do tempo do parto, das quais muitas estão fundamentadas no conhecimento fitoterápico dessas profissionais. Tais práticas se constituem como práticas interventivas e pode-se citar entre as mais comuns, o óleo de mamona, óleo de amêndoas, folhas de pimenta e folha de algodão para massagens ou

puxações. Para ingestão, café com manteira, café com pimenta, chá de canela, chá de coentro, entre outros. Ao explicarem a razão do uso desses medicamentos, as parteiras comumente dizem que são usados “para o menino resolver sair” ou para fazer a “dor voltar”.

"Pimenta com café pra acelerar o parto. Pimenta malagueta ou dessa da rua mesmo, de gota. Um gole de café com uma gota só. O menino diz, opa! tem pimenta aqui, deixa eu sair" (parteira tradicional 1).

O mesmo ocorre com outras práticas, nas quais a parteira parece estabelecer uma conexão especial com o bebê, orientando-o, apurando-o no caminho certo para o nascimento.

"Tem bebê que não nasce de uma vez, depois que nasce a cabeça, ele empanca nos ombrinhos. Aí tem uma coisa que eu adoro fazer... eu peço pra mulher só respirar, não deixo ela se agoniar. Porque a dor para mesmo nesta hora e demora um pouquinho pra voltar. Eu vou massageando a cabeça do bebê do lado de fora que é pra ele perceber quem tem gente ali esperando ele vir. Não dá outra, a mulher respira umas cinco ou seis vezes e a dor começa a vir, eu vou fazendo uma cosquinha bem forte na barriga que é pro útero se assustar, aí o bebê vem rodando e nasce. Todo mundo fica agoniado, menos a parteira. Essa é a hora que a sogra vai chorar lá fora, o marido chora de desespero, todo mundo agoniado de ver a cabeça pra fora ficando roxa. Mas eu não, a parteira não pode se agoniar nessa hora, se não lacou-se. Eu vou esperando e pedindo pra ela respirar e pedindo para o bebê vir, eu acho que ele percebe que tem alguém esperando e eu sei que esse é o tempo, que é o tempo do bebê" (parteira tradicional 2).

Em diversos casos, essa postura da parteira é confrontada com a prática hospitalar, apontada como fria, de pouco contato, pouca conexão com a mãe e com o bebê. Na visão da parteira, esse distanciamento é gerado pela falta de habilidade dos médicos e das enfermeiras para a compreensão da lógica do tempo do parto e da maneira como cada bebê se posiciona.

"Tem médico que não sabe a diferença entre variedade de posição! É uma coisa tão simples e importante para quem acompanha o parto. A variedade de posição é a relação que existe entre o ponto de reparo do bebê e o ponto de reparo da bacia. E é fundamental para saber se o bebê vem em boa posição ou não" (parteira tradicional 3).

Curiosamente, o discurso de parteiras urbanas, no que diz respeito à questão do tempo no trabalho de parto, está ligado à posição do bebê e ao percurso intrapélvico realizado por este. Na concepção dessas profissionais, o movimento realizado pelo bebê parece importar mais do que a dilatação do colo ou o próprio tempo linear, na busca pelo parto desobstruído.

“O importante não é quanto tempo já passou ou quanto a mulher já dilatou. O importante é onde o bebê está e ajudá-lo caso ele esteja em dificuldades” (parteira urbana, notas de campo).

"Posição fetal importa muito. A evolução do trabalho de parto não é centrada na dilatação cervical. A rotação do bebê faz parte da evolução do trabalho de parto. No entanto, paciência não deve ser desculpa para passividade ou ignorância” (parteira, notas de campo).

“Profissionais do parto devem entender como posições difíceis podem ser, gentilmente, desconfiguradas, durante o trabalho de parto. É possível favorecer o amaciamento dos músculos pélvicos, permitindo com isso o movimento do bebê que tende a entrar na posição certa. Está aí um conhecimento precioso e muito útil” (parteira urbana, notas de campo).

Como prática emergente, nesse sentido, nota-se o uso do rebozo, um xale de tecido conhecido internacionalmente como acessório clássico das parteiras mexicanas. O uso do rebozo é interessante pois se trata de uma prática ligeiramente simples, que consiste na realização de manobras corporais. O rebozo é utilizada para efeitos diversos, mas especialmente para reorganizar a relação do bebê com a pelve da mãe, facilitando com isso, a insinuação e o movimento desse, já que disto depende a evolução do trabalho de parto. Nesse sentido, entre *midwives* e parteiras urbanas,

"The rebozo is so important. It's an extension of our hands and hearts" (parteira, notas de campo).

A questão do tempo do parto auxilia na demonstração da assistência como campo de dominação do saber biomédico, na medida em que o manejo do tempo pode ser visto como um desdobramento do manejo do risco, associação que torna-se clara principalmente a partir do parto de risco habitual. Anteriormente, foi demonstrado como o risco situa-se no bojo da hierarquização de profissionais e de saberes obstétricos, constituindo o argumento central que justifica e reproduz a institucionalização e a medicalização do parto. Mostrando-se como objeto fisiológico, psicológico e social, o tempo do parto é manejado e vivenciado de diferentes maneiras, tão diversas quanto as sociedades humanas. A maneira pela qual o tempo do parto é conceituado e manejado pelos profissionais, dentro e fora do modelo hegemônico, é algo que responde a relações de poder inscritas no campo da assistência.

Tais relações não podem ser vistas como estáticas, pois mudam com o tempo. Nesse aspecto, para ilustrar as mudanças e inversões na prática médica, especificamente com relação ao parto domiciliar, pode-se recorrer à proposta encaminhada à Diretoria geral do

Departamento de Saúde Pública de Pernambuco pelos médicos Celso Caldas e Caldas Bivar,⁸⁰ em 1937, cujas medidas assentaram-se sobre a criação de um Serviço de Assistência ao Parto Domiciliar (SAPD) na cidade do Recife, em vistas de “reorganizar a assistência domiciliar”, suprimindo a ação de parteiras não diplomadas e descongestionando as enfermarias dos hospitais que, naquela época, já se mostravam insuficientes para atender a população. Com isso, torna-se evidente o mecanismo que engendra a centralidade do médico e do hospital a partir de percepções de risco e da forma como estas produzem normas de institucionalização e hierarquia profissional.

Muito curiosa é a disposição médica de outrora com relação ao parto domiciliar. Em um tempo onde a hierarquização das profissões do parto, embora já em curso, com menos ênfase se reproduzia, a prática da assistência domiciliar não apenas parecia ser aceita no meio médico como chegou a ser apontada como estratégia sistematizada de melhorias na assistência. A aceitação ou o reconhecimento do parto domiciliar, como dos sujeitos que o realizam, no discurso médico reflete o contexto de trabalho em que os sujeitos profissionais se relacionam. Em contexto de maior ou menor hierarquização, mais ou menos estruturado sobre relações de poder e dominação, a visão de risco e o manejo do tempo do parto parecem sofrer alterações significativas. Abaixo, segue a transcrição de um trecho da proposta encaminhada pelos médicos do Recife:

O Recife, apesar da maternidade do Derby e da enfermaria de partos do Hospital Pedro II, conta apenas com cerca de 70 leitos para uma população de 500 mil habitantes (...) No tocante a assistência obstétrica realizada pelas 'curiosas', vale a pena reter as seguintes palavras deste mesmo abalizado especialista (...) 'Em 200 partos as curiosas tiveram interferência 132 vezes; em 1/4 dos casos a assistência correu sob sua exclusiva responsabilidade; apenas em 10 vezes o médico parteiro esteve presente. A ignorância, o niilismo da curiosa e a sua larga interferência na assistência ao parto, explicam a nossa triste situação' (...). É certamente este desamparo na hora da parturição o que constitui a principal causa de mortalidade no Recife. Por tais motivos e porque ainda a situação financeira do Estado e do Município, acha-se em dificuldade, não permitindo de modo algum a ampliação, ou melhor, o aumento do número de leitos já existentes e muito menos a criação de novas instalações, é que se justifica plenamente a reorganização da assistência obstétrica domiciliar no Recife, isto é, um Serviço de Assistência ao Parto em Domicílio (SAPD). O SAPD virá há um tempo em amparo da mulher mãe desvalida e do seu filho, descongestionando as enfermarias e aliviando os encargos materiais das maternidades, pela ausência daquelas que poderiam dar à

80 Inspetor Sanitário do Departamento de Saúde Pública e cirurgião do serviço de Pronto Socorro, respectivamente (Recife, Pernambuco).

luz no seu próprio lar (...) O SAPD, por sua conveniência funcional e de ordem sanitária, deve girar em torno dos Consultórios de Higiene Pré-Natal, dos quatro Centros de Saúde da capital: Santo Antônio, Afogados, Encruzilhada e Madalena (...) O SAPD deverá possuir o seguinte pessoal: 1 inspetor chefe (obstetra), 2 médicos auxiliares (obstetras), 5 parteiras (diplomadas), 8 visitadoras especializadas, 1 motorista e 1 ajudante (...) Logo em seguida a solicitação da parturiente, a parteira servindo-se de seu telefone, pedirá ao permanente de veículos do Departamento de Saúde Pública o seu transporte imediato para o lugar indicado. Com a sua presença verificará a marcha do parto, assistindo-o quando normal; em caso de complicações, porém, solicitará a presença do obstetra auxiliar (...) Se, porém, verificar o obstetra, não se tratar de casos para solução 'in loco', pedirá a ambulância do Serviço de Pronto Socorro afim de transportar a paciente para uma das maternidades (CALDAS e BIVAR, 1937. p. 959-962).

Neste último item, buscou-se trazer exemplos e descrições de práticas de manejo do tempo do parto, tanto de ordem técnica e aplicação concreta, como de ordem ontológica, ligada a uma compreensão abrangente do parto. Foi demonstrado o aspecto cultural e histórico da ação de manejo do tempo do parto, e a forma como a lógica hospitalar torna evidente a busca pelo controle do tempo que, no fundo, trata-se da busca pela padronização (universalização) de um fenômeno que ocorre no seio da individualidade humana. Essa abordagem expressa o poder do discurso médico e gera, potencialmente, riscos aumentados e divergentes daqueles que a assistência busca inicialmente controlar.

As práticas descritas e analisadas podem ser debatidas tendo em vista as evidências sistematizadas que as cercam. Nesse sentido, convém apontar para o caráter costumeiro impresso sobre a ação profissional, sobretudo na assistência hospitalar, a partir da adoção de técnicas em razão de convenções e da naturalização da intervenção resolutiva. O padrão que institui o ideal do parto rápido como norma da assistência obstétrica, reflete a hierarquização de saberes e caracteriza, como campo fértil para argumentações epistemológicas, o fundamento da ação biomédica, a ciência. Trata-se, na realidade, de constatar as manifestações costumeiras encarnadas na ação profissional, sobretudo quando se tem por referência a assistência hospitalar.

“Às vezes a ciência diz uma coisa, mas a minha prática diz outra e eu vou atrás do que eu acho. Outro dia eu e um colega discutindo um caso eu brinquei com ele 'ó, tu vai na frente fazendo ciência que eu vou atrás resolvendo do jeito prático". A ciência não mostra assim, mas a minha prática diz que é. Quem faz ciência tá muito preocupado com as regras estabelecidas, com a forma escrita das regras. Mas com o tempo você pode perceber que além da ciência tem algo que lhe diz coisas fora das regras, uma coisa que a gente vai desenvolvendo com o tempo, que é a intuição, o sexto sentido, não sei, dá pra chamar de várias coisas. Eu digo até aos

residentes 'vocês tem que ouvir aquela vozinha dentro que vocês, porque ela aponta caminhos mais certos'" (médica obstetra 3).

O aprofundamento do conhecimento a respeito do parto requer pesquisas que sejam capazes de enxergar o saber autoritativo biomédico como elemento complexo, contingenciado histórica e socialmente, além de baseada em observação e interação com a natureza universal, tal qual se mostra o saber tradicional.

Nesse ponto, a ação profissional passa a ser vista como igualmente complexa e questionável, sobretudo naquilo que tange a manutenção de estruturas de poder, em oposição à liberação ontológica do corpo. Necessariamente, esse processo leva à desconstrução da rotina instituída no modelo hegemônico de assistência, cujo esteio é o controle do tempo, com consequente negligência das subjetividades que deveriam poder emergir no momento do parto. A iatrogenia, nesse sentido, embora possa ser vista como resultado da ação interventiva, deve ser vista sobretudo como fundamento racional do saber médico, como há décadas já nos ensina Foucault (2010).

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proposta desse trabalho foi analisar parte das práticas discursivas que permeiam o campo profissional da assistência obstétrica, aprofundando o entendimento da hierarquia e do trânsito de saberes que compõe esse campo. Adotando como objeto, a trama de práticas discursivas que reproduzem formas de conhecimento sobre o parto, a perspectiva de análise se abriu para a pluralidade de modelos de assistência obstétrica, desenvolvidos num gradiente entre saberes formais canônicos coloniais e saberes não formais anti-coloniais. Enfim, a tese tratou das relações entre diferentes epistemologias, ou simplesmente saberes do parto, manifestados no discurso e nas práticas de profissionais.

A investigação e o dinamismo presente em todas as formas de conhecimento são suficientes para desestruturar a ideia recorrente de que o saber obstétrico biomédico progride suas práticas com rapidez e eficácia, enquanto o saber obstétrico tradicional está parado no tempo, como resquício do passado. Entre essas duas polaridades, que a pesquisa revela como não tão polares assim, os saberes obstétricos se diversificam, assumem colorações intermediárias, e passam a ser mobilizados por outros sujeitos profissionais, como parteiras urbanas, enfermeiras obstétricas e doulas.

Foi demonstrado que as práticas discursivas reproduzidas pelos profissionais do parto reafirmam os resultados de um processo histórico de destituição da legitimidade de saberes costumeiros (incluindo saberes tradicionais) e de exclusão social, embora a própria medicina não tenha superado sua reprodução costumeira. No processo de conquista da hegemonia médica, a negação de práticas tidas como primitivas assumiu um lugar central no discurso, também permeado por preconceitos de gênero. Dessa forma, a hierarquia profissional passou a constituir o campo de maneira estrutural, comprometendo a autonomia e o reconhecimento dos sujeitos. Esse processo histórico deixou marcas que até hoje perduram como obstáculos na conformação de modelos de assistência descentralizados, pautados pelo cuidado.

O argumento desenvolvido nesta tese é o de que o campo profissional da assistência obstétrica possui uma ordenação social vinculada ao processo histórico de colonialidade dos saberes. O enfraquecimento político das parteiras não diplomadas, indissociável da criação de imagens ligadas ao charlatanismo, imundice e decadência, veio não somente inaugurar as normalizações da categoria parteira, mas também iniciar a desconstrução do parto como

evento feminino. A articulação do charlatanismo no interior de um discurso de criminalização deu corpo ao que se pode entender por uma verdadeira perseguição política à classe das parteiras.

A ordenação social dos sujeitos se desenvolve seguindo uma lógica em que predomina a racionalidade técnica e a hierarquia profissional, lógica erguida sobre marcadores sociais de papel e função. O marcador de gênero, por outro lado, promove um deslocamento epistêmico que desfaz o controle da colonialidade, liberando o campo profissional para adaptar-se a uma nova ordem, pautada no reconhecimento do parto como experiência do corpo feminino. Dessa perspectiva, os parâmetros quantitativos e objetivos dos postulados científicos devem ser vistos também como padrões de controle do corpo que pare e do corpo que presta assistência. Nesse sentido, como em tantos outros, a biomedicina se fundamenta como aparelho ideológico, interpelando permanentemente os indivíduos.

Reforçando a ideia do parto como questão epistemológica e geopolítica, nota-se que o lugar simbólico da profissão e do discurso médico compõe um ponto central de onde partem noções particulares de risco e de controle do tempo. Noções particulares que são disseminadas como verdades inquestionáveis e que ressaltam as categorias de risco e de tempo do parto como estratégia discursiva para reprodução do modelo de assistência hegemônico. Sendo tal hegemonia, representada pelo discurso tecnocrático, considera-se que ela se expressa também em padrões de intervenção. Apreendido socialmente como evento perigoso, o parto se torna cenário de disputa, onde a hierarquia de saberes se desdobra na prática de intervenções desnecessárias e numa insatisfação e medo generalizados, ligados à experiência do parto. Em outras palavras, a concepção de risco faz trama com a hierarquia profissional. De certa forma, essa concepção lapida a centralidade do sujeito médico e da prática hospitalar; com isso reforça a marginalidade de práticas não-médicas e dos sujeitos a elas relacionados. Aponta-se que a obstetrícia cabe em análises do espaço: espaço físico determinado pelo especialismo, espaço simbólico determinado pela hierarquia dos saberes. A geopolítica do parto compreende os sentidos presentes na espacialização da assistência, entre os quais aqueles que denotam conflitos envolvendo alteridade e identidade profissional.

Falar do risco do parto é falar do tempo do parto. Na atualidade, muitas das normas obstétricas estão ligadas não somente à ideia do parto como evento perigoso, mas também ao movimento que busca adequar o tempo do parto ao funcionamento da engrenagem institucional. Juntas, risco e tempo são categorias que sustentam a centralidade do hospital e

da resolutividade potencial da ação médica no contexto da assistência, fazendo vigorar um processo que transcorre em detrimento das perspectivas ancoradas na autonomia da mulher.

Sendo a distinção entre a assistência obstétrica hospitalar e domiciliar, fundamental para o processo de formação do conjunto de práticas experienciado pela parturiente durante o trabalho de parto, faz-se bastante oportuna o aprofundamento dessas diferenças e a análise do 'ideal do parto rápido'. O aspecto cultural e histórico do manejo do tempo do parto, e a forma como a lógica hospitalar torna evidente a busca pelo controle deste tempo, desnuda a busca pela padronização de um fenômeno que ocorre no seio da individualidade humana.

Em contextos onde operam noções de humanização, os profissionais não-médicos sobretudo enfermeiras obstétricas, obstetrizas e doulas, sofrem uma ressignificação de seus papéis e com isso passam a ser valorizadas, na medida em que a atenção multidisciplinar se vincula a ideia de mudanças paradigmáticas. Onde há maior ênfase em evidências científicas, a atuação desses profissionais é reforçada por trabalhos que apontam para a atenção de *midwives* e enfermeiras, elevando tais categorias a uma condição de total pertinência, tornando-as sujeitos centrais para a transição que desfaz o modelo tecnocrático. A consequente descentralização da figura médica, nesses contextos de humanização, representa a destituição de lugares de privilégios, fazendo inclusive emergir sentidos subalternos dentro da própria medicina.

As políticas públicas voltadas para a questão do parto, no Brasil, refletem a ambiguidade do entendimento do parto, situada entre as abordagens utilitaristas, por um lado, e liberatórias, por outro. Apesar dos avanços apresentados por tais políticas, permanecem intocadas as referências médicas e hospitalares na definição de critérios e categorias de organização das políticas públicas. A desconstrução da ordem estabelecida a partir da visão de risco está representada em políticas de reconhecimento e na busca pela horizontalidade das relações profissionais. O desafio de complexificar e subjetivar a noção de risco e de tempo do parto, apurando a noção de autonomia da mulher, hoje são elementos que podem ser vistos como questões epistemológicas que, na prática, são amplamente moldadas por preconceitos.

Recife é uma cidade bastante complexa no que diz respeito à ordem social da assistência. Somada à variedade de profissionais atuantes (na qual apenas a obstetritz não está presente), há uma oferta significativa, numerosa, de hospitais, maternidades, faculdades de

medicina, enfermagem, cursos de formação de doulas e parteiras. Sem dúvida, esse vasto horizonte abre possibilidades para um conjunto heterogêneo de cenas de parto. Contudo, embora rica e diversa, a cidade apresenta uma homogeneidade paradoxal e preocupante no que diz respeito ao modelo de assistência obstétrica predominantemente adotado pelos profissionais e pelas instituições.

Quando são trazidas para o debate as práticas de assistência, revela-se o caráter costumeiro impresso sobre a ação profissional, sobretudo na assistência hospitalar. A partir do questionamento da adoção de técnicas em razão de convenções e da naturalização da intervenção resolutiva, o fundamento da ação biomédica, a medicina, torna-se alvo de indagações epistemológicas. O aprofundamento do conhecimento a respeito do parto requer pesquisas que sejam capazes de enxergar o saber autoritativo biomédico como elemento complexo, contingenciado histórica e socialmente, além de baseada em observação e interação com o meio, tal qual se mostra o saber tradicional. Com isso, a ação profissional e o local de parto se tornam normas questionáveis, o que ajuda a esclarecer quando estão à serviço da manutenção de estruturas de poder e quando servem a lógica do cuidado ou da liberação ontológica do corpo.

Este trabalho não se propõe conclusivo. Ao contrário, abre diversas possibilidades para o aprofundamento do tema do parto no fazer sociológico. Reforça, por exemplo, a demanda por estatísticas que realmente alcancem a realidade da assistência ao parto, no Brasil, que sejam capazes de detalhar a experiência das mulheres e da ação profissional. O cuidado é outra abertura (das mais importantes a meu ver) que a pesquisa aponta a partir da análise epistemológica. Entre outros méritos, o aprofundamento na questão do cuidado traz como possibilidade a escuta atenta à voz das mulheres, como também se desdobra em formas de qualificar a assistência não hospitalar e não-médica, por exemplo.

Espera-se que o conjunto de dados apresentado nesta tese tenha iluminado algumas vias de desconstrução dos privilégios garantidos pela centralidade médica, criando espaços de subversão dos saberes hegemônicos e abrindo caminhos de reconhecimento e de valorização dos saberes contra-hegemônicos. Um dos possíveis resultados conquistados por essa perspectiva é a revisão do modelo de atenção obstétrica que, quando visualizado para fora dos ambientes hospitalares, possui a capacidade de refazer a educação médica, como de transformar a experiência de mulheres e de profissionais não-médicos. Para exemplificar,

pode-se imaginar o que seria um modelo de atenção pautado nas Casas de Parto e desenvolvido a partir da horizontalidade nas relações profissionais. São pensamentos que me levam a acreditar na pertinência e significativa contribuição deste trabalho.

REFERÊNCIAS

- ABREU, I. P. H.; MELO, N.; VIANA, A. P. Partejas Tradicionais: uma questão importante. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, jul, p. 795, 2003.
- ALTHUSSER, L. *Aparelhos ideológicos de Estado: notas sobre os aparelhos ideológicos do Estado*. 2 ed. Rio de Janeiro: Graal. 1985.
- AMORIM, M. M. R. et al. Assistência humanizada ao parto no Instituto de Saúde Elpídio de Almeida (Isea): resultados maternos. *Revista Saúde & Ciência UFCG (CCBS/UFCG)*, a. 1, v. 1, n. 1, jan-jul, p. 80-87, 2010.
- ANDRADE, O. *A Utopia Antropofágica*. 2a ed. São Paulo: Globo. 1995.
- ANGULO-TUESTA, A.; GAMA, A de S.; D'ORSI, E.; BARBOSA, G. P. Saberes e práticas de enfermeiros e obstetras: cooperação e conflito na assistência ao parto. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 19(5), set-out, p. 1425-1436, 2003.
- ARAÚJO, A. A.; BRITO, A. M.; NOVAES, M. Saúde e autonomia: novos conceitos são necessários? *Revista Bioética*. 16 (1), p. 117 - 24. 2008
- ARAÚJO, M.R. de. *Parto em casa: retrocesso*. Site do Cremepe. 2008. Disponível em: <<http://cremepe.org.br/2008/03/16/parto-em-casa-retrocesso/>>. Acessado em set. 2016.
- ARAÚJO, N. R. A. S; OLIVEIRA, S.C. A visão do profissional médico sobre a atuação da enfermeira obstetra no centro obstétrico de um hospital escola da cidade do Recife-PE. *Cogitare Enferm*. 11(1), jan/abr, p. 31-38, 2006.
- ARNEY, W. R. *Power and the profession of obstetrics*. Chicago: University of Chicago Press, 1982.
- BACHELARD, G. *A formação do espírito científico: contribuição para uma psicanálise do conhecimento*. 1a ed. Rio de Janeiro: Contraponto, 1996.
- BALASKAS, J. *Parto ativo: guia prático para o parto natural*. São Paulo: Ground, 1993.
- BALDWIN, L. M.; HUTCHINSON, H. L. e ROSEN-BLATT, R. A. Professional relationships between midwives and physicians: Collaboration or conflict? *American Journal of Public Health*, 82, p. 262-264, 1992.
- BALOGH, G. *Justiça condena hospital e plano por danos causados em mãe após manobra de Kristeller*. Site Mães de Peito. 2016. Disponível em: <<http://www.maesdepeito.com.br/justica-condena-hospital-e-plano-por-danos-causados-em-mae-apos-manobra-de-kristeller/>>. Acessado em: set. 2016.
- BARBOSA, L. A. H. *Obstetrícia prática*. Rio de Janeiro: Editora científica. 1952.
- BARRETO, M. R. N. Doenças de mulheres na Bahia do século XIX. In: ARAS, L. M. B. de et al. (Org.). *Fazendo gênero na historiografia baiana*. Salvador: NEIM/UFBA, p. 27-34, 2001.

_____. *Nascer na Bahia do século XIX: Salvador (1832–1889)*. Dissertação. Mestrado. Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Salvador, 2000.

BARROS, M. E. B. de. Avaliação e formação em saúde: como romper com uma imagem dogmática do pensamento? In: PINHEIRO, R. P. e MATTOS, R. A. *Gestão em redes – práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC, p. 261-287, 2006.

BECK, U. *Sociedade de risco*. São Paulo: Editora 34, 2010.

BECK, U.; GIDDENS, A.; LASH, S. *Modernização reflexiva: política, tradição e estética na ordem social moderna*. São Paulo: Editora da UNESP, 1997.

BEHAGUE, D. P. Beyond the simple economics of cesarean section birthing: women's resistance to social inequality. *Culture, Medicine and Psychiatry*. 26, p. 473-507, 2002.

BIERNACKI, P. e WALDORF, D. Snowball Sampling: Problems and techniques of Chain Referral Sampling. *Sociological Methods & Research*. v. 2, nov, p. 141-163, 1981.

BOARETTO, M. C. *Avaliação da política de humanização ao parto e nascimento no município do Rio de Janeiro*. Dissertação. Mestrado em Saúde Pública. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

BONADIO, I. C.; KOIFFMAN, M. D.; MINAKAWA, M. M.; OLIVEIRA, M. A. F. Da relação conflituosa ao respeito mútuo: a consolidação do papel da enfermeira obstétrica na assistência ao nascimento e parto. *Anais do 8o Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem*. 2002. Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid=MSC000000052002000100039&script=sci_arttext> Acessado em setembro de 2016.

BONADIO, I. C.; RIBEIRO, S. A. O.; RIESCO, M. L. G.; ORTIZ, A. C. V. Formação de enfermeiros obstetras nos últimos 20 anos no Brasil. *Nursing*, v.2, n.8, p.25-9, 1999.

BONADIO, I. C.; SCHNECK, C. A.; PIRES, L. G.; OSAWA, R. H.; SILVA, F. M. da; OLIVEIRA, S. M. da, RIESCO, M. L. Transferring mothers from a free-standing birth center to a reference hospital. *Rev Esc Enferm USP*. 45(6), dez, p. 1301-8, 2011.

BONET, O. *Saber e sentir: uma etnografia da aprendizagem da biomedicina*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2004.

BONETTI, A. de L. “Não basta ser mulher, tem de ter coragem”. *Uma etnografia sobre gênero, poder, ativismo feminino popular e o campo feminista de Recife, Pernambuco*. Tese. Doutorado em Ciências Sociais. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2007.

BOURDIEU, P. "Le champ scientifique". *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 2/3, p. 88-104, 1976.

BOURDIEU, P. and PASSERON, J. *Reproduction in education, society and culture*. *Sage Studies in Social and educational change*, v. 5. London and Beverly Hills: Sage, 1977.

BOURDIEU, P. *Coisas ditas*. São Paulo: Editora Brasiliense, 2004.

_____. *A economia das trocas simbólicas*. São Paulo: Perspectivas, 2005.

_____. *Homo academicus*. Florianópolis: Editora da UFSC, 2011.

_____. *O poder simbólico*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2012.

_____. *A dominação masculina*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2014.

BRASIL. Lei n.11.108, de 07 de abril de 2005. Altera a Lei 8.080, introduzindo o direito ao acompanhante de escolha durante o trabalho de parto, no parto e no pós-parto imediato. *Diário Oficial da União*, Brasília/DF. Seção 1, n. 67, abr, p. 1, 2005.

BRASIL Portaria n. 163, de 22 de setembro de 1998. Dispõe sobre as das atribuições do enfermeiro obstetra e da obstetriz. *Diário Oficial da União*, Brasília/DF. Seção 1, set, p. 24, 1998.

BRASIL. Portaria GM/MS n.569, de 01 de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília/DF, ago, p. 112, 2000.

BRASIL. Portaria GM/MS n.1.459, de 24 de junho de 2011. Institui a Rede Cegonha no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília/DF, Seção 1, junho, p. 109, 2011.

BRASIL Portaria GM/MS n. 650, de 05 de outubro de 2011. Dispõe sobre os Planos de Ação regional e municipal da Rede Cegonha no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília/DF. Seção 1, out, p. 69, 2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Programa Nacional de Parteias Tradicionais*. Brasília, 1991.

_____. Secretaria de Assistência à Saúde. *Diretrizes Básicas de Assistência ao Parto Domiciliar por Parteias Tradicionais*. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

_____. *Assistência ao parto normal: um guia prático*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. *Parto, aborto e puerpério - Assistência humanizada à Mulher: manual técnico*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Secretaria Executiva. Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, n. 2, p. 69-71, 2002.

_____. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. *PNDS 2006: Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (relatório final)*. Brasília, 2008.

_____. *Saúde Brasil 2009 – Uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. *Parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais [recurso eletrônico]: o Programa Trabalhando com Parteias Tradicionais e experiências exemplares*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

_____. *Livro da parteira tradicional*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

_____. Portal da Saúde – SUS. *Rede Cegonha reduz mortalidade materna em 21%*. Portal Saúde, 2012b. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/5286/162/rede-cegonha-reduz-mortalidade-materna-em-21.html>> Acessado em abril de 2013.

_____. *Rede Cegonha* (material publicitário). 2012c Disponível em: <<https://www.8digital.com.br/apps/msaude/rtede-cegonha-2012/aba/#1>>. Acessado em novembro de 2012.

_____. Portal da Saúde – SUS. 2012d *Rede Cegonha*. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=37472&janela=1>. Acessado em outubro de 2012.

_____. *Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal*. Relatório de Recomendação. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. Brasília: Ministério da saúde, 2016.

BRASIL. MINISTÉRIO DO TRABALHO. *Classificação brasileira de ocupações (CBO)*; 3221 - tecnólogos e técnicos em terapias complementares e estéticas. Brasília, 2013. Disponível em: <<http://www.mtecbo.gov.br/cbsite/pages/pesquisas/BuscaPorTituloResultado.jsf>>. Acessado em outubro de 2016.

BRENES, A. C. História da parturição no Brasil, Século XIX. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, abr.-jun, p. 135-149, 1991.

_____. *Um olhar brasileiro sobre o caso de Paris: o conflito parteiras & parteiros e seus desdobramentos no Rio de Janeiro, século XIX*. Tese. Doutorado. Universidade Federal Fluminense, Niterói, 1996.

BUENO, F. M. G.; QUEIROZ, M. S. O enfermeiro e a construção da autonomia profissional no processo de cuidar. *Rev Bras Enferm*, 59(2), março-abril, p. 222-7, 2006.

CALDAS, C.; BIVAR, C. *Serviço de assistência ao parto em domicílio - plano de organização*, apresentado ao Diretor Geral do Departamento de Saúde Pública de Pernambuco. Oficina Sanitária Panamericana. Assistência puerperal. Outubro/1937.

CAMARGO JR, K. A biomedicina. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 7 (1), p. 45-68. 1997.

_____. *Biomedicina, saber e ciência: uma abordagem crítica*. São Paulo: Hucitec. 2003.

CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

CANT, S.; WATTS, P.; ROUSTON, A. Negotiating competency, professionalism and risk: The integration of complementary and alternative medicine by nurses and midwives in NHS hospitals. *Social Science & Medicine*, 72, p. 529-536, 2011.

CARAPINHEIRO, G. A saúde no contexto da sociologia. *Sociologia - Problemas e Práticas*, n. 1, p. 9-22, 1986.

_____. *Saberes e poderes no hospital, uma sociologia dos serviços hospitalares*. 3a ed. Porto Alegre: Edições Afrontamento, 1998.

CARNEIRO, M. do N. A nova cultura científica na obstetrícia e seus efeitos profissionais (séc. XIX). *Revista da Faculdade de Letras*, Porto, III Série, v. 6, p. 69-98, 2005.

CARNEIRO, R. G. *Cenas de parto e políticas do corpo: uma etnografia de práticas femininas de parto humanizado*. Tese. Doutorado em Ciências Sociais. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2011.

_____. Anthropological dilemmas of a public health agenda: Rede Cegonha program, individuality and plurality. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v.17, n.44, jan-mar, p. 49-59. 2013.

CARROLI, G. e MIGNINI, L. Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev*, 2009, (1):CD000081.

CARVALHO, I.; CHACHAM, A. S.; VIANA, P. Parteiros tradicionais e suas práticas na área rural de Pernambuco – 1996. In: *Anais do XI Encontro Nacional de Estudos Populacionais da ABEP*, p. 873-888, 1994.

CASTRO-GÓMEZ, S. e GROFOGUEL, R. *El giro decolonial: reflexiones para una diversidad epistémica más allá del capitalismo global*. Bogotá: Siglo del Hombre Editores. Universidad Central, Instituto de Estudios Sociales Contemporáneos y Pontificia Universidad Javeriana, Instituto Pensar, 2007.

CASTRO, E. *Vocabulário de Foucault - Um percurso pelos seus temas, conceitos e autores*. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2009.

CAVALCANTI, A. de A. R. *Liberdade para nascer - uma análise do discurso de humanização do parto no cinema documentário ativista*. Dissertação. Mestrado em Sociologia. Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2014.

CHALMERS, B. The WHO recommendations for birth revisited. *British journal of obstetrics and gynaecology*, 99, p. 709–710, 1992.

CHALMERS, I., ENKIN, M., KEIRSE, M. J. N. C. Preparing and Updating Systematic Reviews of Randomized Controlled Trials of Health Care. *The Milbank Quarterly*, v. 71, n. 3, 1993.

CHARAUDEAU, P. e MANGUENEAU, D. *Dicionário de Análise do Discurso*. São Paulo: Contexto, 2004.

COFEN - CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. *Cofen regulamenta registro de obstetriz*. 2013. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/cofen-regulamenta-registro-de-obstetriz_19359.html>. Acessado em julho de 2016.

_____. *Conselheira Federal profere aula sobre “A inserção da Enfermeira Obstetra no cenário do parto e sua legalidade”*. 2014. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/conselheira-fatima-sampaio-profere-aula-sobre-a-insercao-da-enfermeira-obstetra-no-cenario-do-parto-e-sua-legalidade_24056.html>. Acessado em setembro de 2016.

CFM - CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Pesquisa Demografia Médica no Brasil*, 2013.

_____. Por oferecer maior segurança, CFM recomenda partos em ambiente hospitalar. 2012. Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=23156%3Apor-oferecer-maior-seguranca-cfm-recomenda-partos-em-ambiente-hospitalar&catid=3>. Acessado em setembro de 2016.

COSTA, E. M. S. M. *O partograma: sua contribuição na assistência a parturiente*. Monografia. Residência em Enfermagem Ginecológica e Obstétrica do Hospital de Clínicas. Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 1999.

CUNHA, M. C. da. "Cultura" e cultura: conhecimentos tradicionais e direitos intelectuais. In: CUNHA, M. C. da. *Cultura com aspas e outros ensaios*. São Paulo: Cosac Naify, 2009.

DAVIS-FLOYD, R. Obstetric training as a rite of passage. *Med Anthropol Q.* 1(3), p. 288-318, 1987.

_____. *Birth as an american rite of passage*. California: University of California, 2003.

_____. The technocratic, humanistic and holistic paradigms of childbirth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, Austin, n. 75, p. 5-23, 2001.

DAVIS-FLOYD, R. e DAVIS, E. Intuition as authoritative knowledge in midwifery and home birth. In: DAVIS-FLOYD, R. and SARGENT, C. *Childbirth and authoritative knowledge: Cross-cultural perspectives*. Berkeley: University of California Press, p. 315-349, 1997.

DEL PRIORE, M. *Ao sul do corpo: condição feminina, maternidades e mantalidades no Brasil colônia*. Rio de Janeiro: J. Olympio, 1995.

DELEE, J. B. The prophylactic forceps operation. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, v. 187, julho, p. 254-255, 2002.

DELEUZE, GILLES E GUATTARI, FÉLIX. *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia 2*, v. 5, São Paulo: Editora 34, 2012.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. Introdução. A disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. In: DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. *O Planejamento da Pesquisa Qualitativa*. Porto Alegre: Artmed Bookman, p.15-41, 2006.

DIAS-SCOPEL, R. P. *A cosmopolítica da gestação, do parto e do pós-parto: práticas de autoatenção e processo de medicalização entre os índios Munduruku*. Brasília: Paralelo 15, 2015.

DIAS, M. A. B.; DESLANDES, S. F. Cesariana: percepção de risco e indicação. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20(1), jan-fev, p.109-116, 2004.

DIAS, M. A. B.; DOMINGUES, R. M. S. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 10, n. 3, p. 669-705, 2005.

DINIZ, C. S. G. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. *Rev Bras Crescimento e Desenvolvimento Hum.* 19(02), p. 313-326, 2009.

_____. *Assistência ao parto e relações de gênero - elementos para uma releitura médico-social.* Dissertação. Mestrado em Medicina. Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

_____. *Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto.* Tese. Doutorado em Medicina. Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina, São Paulo, 2001.

_____. Entrevista. *Revista Coletiva.* n. 9, 2012. Disponível em <www.coletiva.org.br>

_____. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 627-637, 2005.

DINIZ, D.; GUILHEM, D. *O que é Bioética?* Coleção Primeiros Passos. São Paulo: Brasiliense, 2005.

DINIZ, C. S. G. e CHACHAM, A. S. O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. *Questões de Saúde Reprodutiva*, I(1), p. 80-91, 2006.

DINIZ, C. S. G. Women's movement defends birth centres in Brazil. *Reproductive Health Matters*, 17(34), p. 187-189, 2009.

EVANS-PRITCHARD, E. E. *Bruxaria, oráculos e magia entre os Azande.* Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

FAÚNDES, A.; CECATTI, J. G. A operação cesariana no Brasil. Incidência, tendências, causas, conseqüências e propostas de ação. *Cad. Saúde Pública*, 7, p. 150-73, 1991.

FAVRET-SAADA, J. Ser afetado. *Cadernos de Campo.* São Paulo, ano 14, n. 13, p. 155-161, 2005.

FERREIRA, L. O. *Medicinas indígenas e as políticas da tradição: entre discursos oficiais e vozes indígenas.* Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

FIGO - FEDERAÇÃO INTERNACIONAL DE GINECOLOGISTAS E OBSTETRAS. Recommendations accepted by the General Assembly at the XIII World Congress of Gynecology and Obstetrics. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 38(Supplement), p. 79-80, 1992.

FLEISCHER, S. *Como as parteiras podem ajudar a melhorar o SUS?* 2015. Disponível em: <<https://parteirastradicionais.wordpress.com/2015/01/06/como-as-parteiras-podem-ajudar-a-melhorar-o-sus/>>. Acessado em janeiro de 2016.

_____. Então, minha filha, vamos se afomentar? Puxação, parteiras e reprodução em Melgaço, Pará. *Ciência Saúde Coletiva*, 13(3), p. 889-898, 2008.

_____. *Parteiras, buchudas e aperreios: uma etnografia do cuidado obstétrico não oficial na cidade de Melgaço, Pará.* Belém: Paka-Tatu; Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2011.

_____. Ritual da caminhada: notas sobre o trabalho de parteiras marajoaras na atualidade. *Revista Coletiva*, n. 9, set-out-nov-dez, 2012. Disponível em <www.coletiva.org.br>.

FONTE, A. *O TAO das constelações*. Recife: Constelar, 2016.

FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1993.

_____. *A arqueologia do saber*. São paulo: Forense universitária, 2002a.

_____. *História da sexualidade*. Rio de Janeiro: Graal, 2002b.

_____. *O Nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003.

_____. *História da Sexualidade I: a vontade de saber*. 18a ed. São Paulo: Graal, 2007.

_____. *Segurança, território, população*. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

_____. Crise da medicina ou crise da antimedicina. *Verve*, 18, p. 167-194, 2010.

_____. *A ordem do discurso*. São Paulo: Loyola, 2012.

FREIDSON, E. *Profession of Medicine. A study of the sociology on applied knowledge*. New York: Dodd, Mead & Company. 1975.

FRIEDMAN, E. A. *Labor: Clinical evaluation and management*. New York: Appleton, 1978.

_____. The graphic analysis of labor. *Am J Obstet Gynecol*, 68, p. 1568-75, 1954.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO; SESC. *Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado - 2010*. Disponível em <<http://www.fpabramo.org.br/o-que-fazemos/pesquisas-de-opiniao-publica/pesquisas-realizadas/pesquisa-mulheres-brasileiras-nos-es>>. Acessado em fevereiro de 2016.

FURLLERTON, J. T.; THOMPSON, J. B. Examining the evidence for the International Confederation of Midwives' essential competencies for midwifery practice. *Midwifery*, London, v. 21, n. 1, p. 2-13, 2005.

GAMA, S. G. N da., VIELLAS, E. F., TORRES, J. A., BASTOS, M. H., BRÜGGEMANN, O. M., FILHA, M. M. T., SCHILITZ, A. O. C., LEAL, M. C. Labor and birth care by nurse with midwifery skills in Brazil. *Reproductive Health*, 13(Suppl 3), p. 123, 2016.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, M. W. e GASKELL, G. (orgs). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som – Um manual prático*. Petrópolis: Ed. Vozes, p. 64-89, 2011.

GASKIN, I. M. *Spiritual Midwifery*. Summertown: Book Publishing Company. 1975.

GIBERTI, A. C. *Nascendo, Encantando e Cuidando – uma etnografia do Processo de Nascimento nos Pankararu de Pernambuco*. Dissertação. Mestrado em Ciências. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

- GIDDENS, A. *As consequências da modernidade*. São Paulo: UNESP, 1991.
- GILL, R. Análise de discurso. In: BAUER, M. W. e GASKELL, G. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som – Um manual prático*. Petrópolis: Vozes, p. 244-270, 2011.
- GOFFMAN, E. *A representação do eu na vida cotidiana*. Petrópolis: Vozes, 1983.
- _____. *Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other inmates*. Harmondsworth: Penguin. 1968.
- _____. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva, 1987.
- GOLDMAN, M. Jeanne Favret-Saada, os afetos, a etnografia. *Cadernos de campo*. São Paulo, n. 13, p. 149-153, 2005.
- GOMES, M. C. P. A; PINHEIRO, R. Reception and attachment: integral practices in health care administration in large urban centers. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v. 9, n. 17, mar/ago, p. 287-301, 2005.
- GUALDA, D. M. R. Práticas obstétricas baseadas em evidências científicas: aspectos culturais e organizacionais. In: CIANCIARULLO, T. I. et al. *Saúde na família e na comunidade*. São Paulo: Robe, p. 171-186, 2002.
- GUATTARI, F. e ROLNIK, S. *Micropolítica: cartografias do desejo*. Petrópolis: Vozes, 1986.
- HATEM, M.; SANDALL, J.; DEVANE, D.; SOLTANI, H.; GATE, S. Midwife-led versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev*, 2008 Oct 8; (4): CD 004667.
- HILLIER, D. *Childbirth in the global village*. New York: Routledge, 2003.
- HOBSBAWM, E.& RANGER, T. *A invenção das tradições*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1984.
- HODNETT, E. D.; GATES, S.; HOFMEYR, G. J.; SAKALA, C. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013.
- HOTIMSKY, S. *A formação em obstetrícia: competência e cuidado na atenção ao parto*. Tese. Doutorado. Departamento de Medicina Preventiva. Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo, 2007.
- HOTIMSKY, S. N., RATTNER, D., VENANCIO, S. I., BÓGUS, C. M., MIRANDA, M. M. O parto como eu vejo... ou como eu o desejo? Expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 18(5), set/out, p. 1303-1311, 2002.
- HOUAISS, A. *O grande dicionário da língua portuguesa - Houaiss*, 2011. Disponível em: <<https://houaiss.uol.com.br>>.
- IBGE. *Anuario estatístico do Brasil 1937*. Rio de Janeiro: IBGE, v. 3, 1937.

IÑIGUEZ, L. (coord). *Manual de análise do discurso em ciências sociais*. Petrópolis: Vozes, 2004.

INSTITUTO NÔMADES, Pesquisa Saberes e Práticas das Parteiras Tradicionais de Pernambuco. *Relatório final*. 2011.

JORDAN, B. Authoritative knowledge and its construction. In: DAVIS-FLOYD, R. and SARGENT, C. F. *Childbirth and authoritative knowledge: Cross-cultural perspectives*. Berkeley: University of California Press, p. 55-79, 1997.

JORDAN, B. *Birth in four cultures: a crosscultural investigation of childbirth in Yucatan, Holland, Sweden and the United States*. Long Grove: Waveland Press, 1993.

_____. Cosmopolitical obstetrics: Some insights from the training of traditional midwives. *Social Science and Medicine*, 28, p. 925-944, 1989.

JORGE, D. R. *Evolução da legislação federal do ensino e do exercício profissional da obstetriz (parteira) no Brasil*. Tese. Doutorado em Enfermagem. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1975.

KITZINGER, S. *Mães, um estudo antropológico da maternidade*. Lisboa: Presença, 1978.

_____. The sexuality of birth, In: Kitzinger, S. (ed.). *Womens experience of sex*. Nova York: Penguin. p. 209-218, 1985.

LANDER, E. *A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais. Perspectivas latino-americanas*. Colección Sur Sur, CLACSO, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. Setembro 2005.

LANSKY, S.; FRANÇA, E.; LEAL, M. C. Mortalidade perinatal e evitabilidade: revisão da literatura. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 36, n. 6, p.759-772, 2002.

LEAL, M. do C. e GAMA, S. G. N. da. Nascer no Brasil. Editorial. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, supl.1, 2014.

LEAL, M. do C. et al. Nascer no Brasil: Inquérito nacional sobre parto e nascimento. *Sumário executivo temático da pesquisa*. 2014a

LEAL, M. do C., PEREIRA, A. P. E.; DOMINGUES, R. M. S. M.; THEME FILHA, M. M.; DIAS, M. A. B.; NAKAMURA-PEREIRA, M.; BASTOS, M. H. e GAMA, S. G. N. da. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, supl.1, 2014b.

LÉVI-STRAUSS, C. A eficácia simbólica. In: _____. *Antropologia Estrutural*. 1a ed. São Paulo: Cosac Naify, p. 265-292, 2012.

_____. *O pensamento selvagem*. Campinas: Papyrus, 1989.

LIMA, E. M. F. de A.; YASUI, S. Territórios e sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial. *Saúde Debate*. Rio de Janeiro, v. 38, n. 102, jul-set, p. 593-606, 2014.

LUPTON, Deborah. *Medicine as culture*. Lodon: SAGE Publications. 2007.

LUZ, M. *Medicina e Ordem política brasileira - Políticas e Instituições de Saúde e Sociedade*, Ed. Graal, Biblioteca de Saúde e Sociedade, v. 9, 1982.

_____. *Instituições Médicas no Brasil: Instituição e estratégia de hegemonia*. 3 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

_____. *Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna*. Rio de Janeiro: Campus, 1988.

_____. Racionalidades médicas e terapêuticas alternativas. *Cadernos de Sociologia*, Porto Alegre. v. 7, dez, p. 108-128, 1995.

_____. *A arte de curar e a ciência das doenças: história social da homeopatia no Brasil*. Rio de Janeiro: Abrasco, 1996.

_____. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: Novos Paradigmas em Saúde no Fim do Século XX. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 15(Suplemento), p. 145-176, 2005.

MACHADO, M. H. *Os médicos no Brasil - um retrato da realidade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

_____. *Profissões de saúde: uma abordagem sociológica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

MAIA, M. B. *Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

MARQUES, M. R de. *Imagem social do médico de senhoras no século XX*. Belo Horizonte: Coopmed, 2005.

MARTIN, E. *The woman in the body: a cultural analysis of reproduction*. Milton Keynes: Open university press, 1987.

MARTINS, A. P. V. A ciência dos partos: visões do corpo feminino na constituição da obstetrícia científica no século XIX. *Estudos Feministas*, Florianópolis, 13(3), set-dez, p. 320, 2005.

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

MARTINS, P. H. Fundamentos da cidadania na saúde na perspectiva do reconhecimento: caminhos da pesquisa. In: MARTINS, P. H; PINHEIRO, R. *Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica*. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS-UERJ; Recife: Editora universitária UFPE; São Paulo: ABRASCO, 2009.

_____. Dom do reconhecimento e saúde: elementos para entender o cuidado como mediação. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. *Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/Lappis, p. 39-50, 2011.

_____. Prefácio. In: FONTE, A. *O TAO das constelações*. Recife: Constelar, 2016.

MARTINS, P. H.; FALANGOLA, A.; SILVA, A. S. da; SOUSA, I. C. *Produtivismo na saúde – desafios do SUS na invenção da gestão democrática*. Recife: Editora universitária UFPE, 2014.

MARTINS, P. H.; PINHEIRO, R. Introdução. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. *Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/Lappis, p. 19-33, 2011.

MAUSS, M. As técnicas do corpo. In: Marcel, M. *Sociologia e Antropologia*. São Paulo: Cosac Naify, p. 399-422, 2003.

_____. *Sociologia e antropologia*. São Paulo: Cosac Naify, 2003.

MCCOO, W. e MCCOO, S. Feminism and nurse midwifery: historical overview and current issues. *J Nurse Midwifery* 34(6), p. 323-34, 1989.

MCCOURT, C. *Childbirth, midwifery and concepts of time*. New York: Berghahn Books, 2009.

MELUCCI, A. *Por uma Sociologia Reflexiva – Pesquisa qualitativa e Cultura*. Petrópolis: Vozes, 2005.

MIGNOLO, W. *Histórias locais/Projetos globais: colonialidade, saberes subalternos e pensamento liminar*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2003.

MIOTO, R. Criou-se a ideia de médico bandido e doula guardiã, afirma ginecologista. *Folha de São Paulo*, Caderno Equilíbrio e Saúde. 27/set/2015. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2015/09/1687087-criou-se-a-ideia-de-medico-bandido-e-doula-guardia-afirma-ginecologista.html>>.

MIRANDA, C. A. C. *A arte de curar nos tempos da colônia: limites e espaços de cura*. Recife: Editora Universitária UFPE, 2011.

MONTEIRO, A.; PORTELLA, M.; RIBEIRO, E. S. Primeira cesariana do Recife. *Memória. Revista Coletiva*. n. 9, 2012. Disponível em: <www.coletiva.org.br>.

MORVAY, R. *Home Birth in Hungary – One Apprentice Midwife’s Experience*. 2010. Disponível em: <<http://www.budapest-moms.com/2010/10/home-birth-in-hungary-one-apprentice-midwives-experience/>>. Acessado em setembro de 2016.

MOTT, M. L.; MUNIZ, M. A.; ALVES, O. S. F.; SANTOS, A. P. F.; MAESTRINI, K.; SANTOS, T. As Parteiras eram “tutte quante” Italianas (São Paulo, 1870-1920). *História: Questões & Debates*, Curitiba: Editora UFPR, n. 47, p. 65-94, 2007.

MOTT, M. L. A parteira ignorante: um erro de diagnóstico médico? *Revista Estudos Feministas*, v. 7, n. 1 e 2. p. 25-36, 1999a

_____. O curso de partos: deve ou não haver parteiras? *Cadernos de Pesquisa*, n. 108, nov, p. 133-160, 1999b.

_____. Madame Durocher, modista e parteira. *Estudos Feministas*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 3, 1º semestre, p. 101-116, 1994.

MÜLLER, E.; PIMENTEL, C. Relatos da partolândia: as narrativas em primeira pessoa e os novos sentidos possíveis para o parto. *Seminário Internacional Fazendo Gênero 10 (Anais Eletrônicos)*, Florianópolis, 2013.

NARCHI, N. Z. Análise do Exercício de Competências dos não-médicos para atenção à maternidade. *Saúde Soc*, São Paulo, v. 19, n.1, p. 147-158, 2010.

NARCHI, N. Z.; SILVA, L. C. F. P. da; GUALDA, D. M. R. Contexto, Desafios e Perspectivas na Formação de Obstetrias no Brasil. *Saúde Soc*. São Paulo, v. 21, n. 2, p. 510-519, 2012.

ODENT, M. A cientificação do amor. São Paulo: Terceira Margem, 2000.

OLIVEIRA, T. Trabalho de doulas contribui para a taxa de 76% de partos normais em maternidade municipal. *Diário de Pernambuco*. Disponível em: <http://www.diariodepernambuco.com.br/app/noticia/vida-urbana/2016/08/23/interna_vidaurbana,661268/trabalho-de-doulas-contribui-para-taxa-de-76-de-partos-normais-em-mat.shtml#.V8FRobNzJKd.facebook>. Acessado em setembro de 2016.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Declaração da OMS sobre taxas de cesáreas*. 2015. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf>. Acessado em novembro de 2016.

OSAWA, R. H.; MAMEDE, M. V. A assistência ao parto ontem e hoje: a representação social do parto. *Jornal Brasileiro de Ginecologia*, v. 105, n. 1-2, p. 3-9, 1995.

OSAWA, R. H.; RIESCO, M. L. G.; TSUNECHIRO, M. A. Parteiras-enfermeiras e Enfermeiras-parteiras: a interface de profissões afins, porém distintas. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59(5), p. 699-702, 2006.

PAIM, J. S.; SILVA, L. M. V. Desafios e possibilidades de práticas avaliativas de sistemas universais e integrais em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A (Orgs.). *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, p. 91-111, 2006.

PARREIRA, C.; PEREIRA, M. C. Um caminho para a autonomia em cuidados de saúde primários. *Nursing*. Ano 16, n. 184, p. 27-31, 2004.

PARSONS, T. *The social system*. Glencoe: The Free Press, 1951.

PEDUZZI, M. *Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação*. Dissertação. Mestrado. Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1998.

PHILPOTT R. H, CASTLE W. M. Cervicographs in the management of labour in primigravidae. I The alert line for detecting abnormal labour. *J Obstet Gynecol Brit Corn*, 79, p. 592-98, 1972.

PIMENTEL, C; RODRIGUES, L.; MÜLLER, E.; PORTELLA, M. Autonomia, risco e sexualidade. A humanização do parto como possibilidade de redefinições descoloniais acerca da noção de sujeito. *REALIS*, v. 4, n. 1, Jan-Jun. 2014.

PINHEIRO, H. D. M. *Do domicílio ao parto: avaliação do acesso às maternidades de alto risco da cidade do Recife - PE*. Dissertação. Mestrado em Saúde Coletiva. Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2014.

PINHEIRO, R. Integralidade do cuidado: a promessa da política e a confiança no direito. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. *Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/Lappis, p. 51-66, 2011.

PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. *Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/Lappis, 2011.

PIRES, D. *Hegemonia médica na saúde e na enfermagem*. São Paulo: Cortez, 1989.

POUPART, J. A entrevista do tipo qualitativo: considerações epistemológicas, teóricas e metodológicas. In: POUPART, J. *A pesquisa qualitativa. Enfoques epistemológicos e metodológicos*. Petrópolis: Vozes, p. 215-253, 2008a.

_____. *A pesquisa qualitativa. Enfoques epistemológicos e metodológicos*. Petrópolis: Vozes, 2008.

QUEIROZ, M. S. O paradigma mecanicista da medicina ocidental moderna: uma perspectiva antropológica. *Rev Saúde Púb* 20: 309-17. 1986

QUIJANO, A. Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina. En libro: *A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais. Perspectivas latino-americanas*. Edgardo Lander (org). Colección Sur Sur, CLACSO, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina, setembro, p. 227-278, 2005.

RANCI, C. Relações difíceis – A interação entre pesquisadores e atores sociais. In: MELUCCI, A. *Por uma Sociologia Reflexiva – Pesquisa qualitativa e Cultura*. Petrópolis: Vozes, p. 43-66, 2005.

RATTNER, D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. *Comunicação, Saúde e Educação*, v. 13, p. 759-768, 2009.

RATTO, K. É possível humanizar a assistência ao parto? Avaliação de dois anos da Maternidade Leila Diniz. *Saúde em Foco*, v. 21, p. 115-134, 2001.

RHODEN, F. *Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

RIESCO, M. L. G.; TSUNECHIRO, M. A Formação profissional de obstetras e enfermeiras obstétricas: velhos problemas ou novas possibilidades? *Estud Fem*. 10(2), p. 449-59, 2002.

RIESCO, M. L. G.; FONSECA, R. M. G. S. Elementos constitutivos da formação e inserção de profissionais não-médicos na assistência ao parto. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 18(3), mai-jun, p. 685-698, 2002.

RINCÓN, C. Antropofagia, reciclagem, hibridação, tradução ou: como apropriar-se da apropriação. In: RUFFINELLI, J.; ROCHA, J. C. C. *Antropofagia hoje?* São Paulo: Realizações Editora. 2011.

RIOS, E. R. G.; FRANCHI, K. M. B.; SILVA, R. M. da, AMORIM, R. F. de, COSTA, N. de C. Senso comum, ciência e filosofia - elo dos saberes necessários à promoção da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(2), p. 501-509, 2007.

ROBSON, M., HARTIGAN, L., MURPHY, M. Methods of achieving and maintaining an appropriate caesarean section rate. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 27, p. 297-308, 2013.

ROCHA, J. F. T e ROCHA, H. H. P. De criadeiras a fazedoras de anjos: as amas de leite e a criança desvalida sob o olhar da medicina. In: MOTA, A; MARINHO, M. G. *Práticas médicas e de saúde nos municípios paulistas: a história e suas interfaces*. São Paulo: USP, Faculdade de Medicina: Casa de Soluções e Editora, 2011.

RODRIGUES, L. O. *Parir é libertário – etnografia de um grupo de apoio ao parto humanizado de Recife/PE*. Tese . Doutorado em Antropologia. Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2015.

ROTHMAN B. *The Encyclopedia of Childbearing*. New York: The Oryx Press, 1993.

ROUSSEAU, J. *Discurso sobre as ciências e as artes*. Porto Alegre: Editora Globo. 1973.

SANDALL, J. Every Woman Needs a Midwife, and Some Women Need a Doctor Too. *Birth Issues in Perinatal Care*. v. 39, Issue 4, p. 323–326, 2012.

SANTOS, M. *Por uma outra globalização (do pensamento único à consciência universal)*. Rio de Janeiro: Record, 2001.

_____. Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia de saberes. *Novos estud.* - CEBRAP no.79 São Paulo, nov, p.71-94, 2007.

_____. *Para um novo senso comum: a ciência, o direito e a política na transição paradigmática* (V. 1. *A crítica da razão indolente – contra o desperdício da experiência*). 7. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

_____. *A gramática do tempo: para uma nova cultura política*. Coleção para um novo senso comum; v. 4. São Paulo: Cortez, 2010.

SARTI, C. Corpo e Doença no trânsito de saberes. *Rev. bras. Ci. Soc.*, São Paulo, v. 25, n. 74, oct, p. 77-90, 2010.

SCOTT, J. *Gênero: uma categoria útil para análise histórica*. Recife: SOS Corpo, 1995.

SEIBERT, S.; BARBOSA, J. L. S.; SANTOS, J. M. dos; VARGENS, O. M. da C. Medicalização x humanização: o cuidado ao parto na história. *Rev. Enferm. UERJ*, 13(2), mai-ago, p. 245-251, 2005.

SILVA JÚNIOR, A. G. Avaliação de redes de atenção à saúde: contribuições da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A (Orgs.). *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, p. 61-89, 2006.

SILVA, G. Mãe prefere parto em casa, filha morre e revolta médicos. *Jornal Diário dos Campos*, Ponta Grossa-PR, publicado em versão virtual. Acessado em outubro de 2016. Disponível

em <<http://www.diariodoscambos.com.br/videos/2016/10/mae-prefere-parto-em-casa-filha-morre-e-revolta-medicos/2263586/>>.

SILVA, T. T. da. O adeus às metanarrativas educacionais. In: SILVA, T. T. da (org.). *O sujeito da educação – estudos foucaultianos*. Petrópolis: Vozes, p. 247-258. 1994.

SILVERMAN, D. *Interpretação de dados qualitativos: métodos para análise de entrevistas, textos e interações*. Porto Alegre: Artmed, 2009.

SIMONDS, W. Watching the clock: keeping time during pregnancy, birth and postpartum experiences. *Social Science & Medicina*, 55(4), aug, p. 559-570, 2002.

SPECHT, M. *As dimensões do parto humano: uma reflexão sobre a gravidez e o parto*. Recife: Editora Universitária UFPE, 1999.

TAYLOR, C. A política do reconhecimento. *Argumentos filosóficos*, p. 241-273, 2000.

TORNQUIST, C. S. *Parto e poder: O movimento pela humanização do parto no Brasil*. Tese. Doutorado em Antropologia. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

TURNER, B. *Medical power and social knowledge*. London: Sage, 1995.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO (UFPE). Faculdade de Ciências Médicas. *Programa do curso de medicina da FCM/UFPE*. Projeto político pedagógico do curso de medicina. Recife: Editora Universitária UFPE.

VEER, A. J. E. & MEIJER, W. J. Obstetric care: Competition or co-operation. *Midwifery*, 12, p. 4-10, 1996.

VEIGA-NETO, A. Olhares... In: COSA, M. V. (org.). *Caminhos investigativos: novos olhares na pesquisa em educação*. 2ª. ed. Rio de Janeiro: DP&A, p. 28-37, 2002.

VENTURI, J. R.; AGUIAR, J. M.; HOTIMSKY, S. N. A violência institucional no parto em maternidades brasileiras: uma análise preliminar de dados da pesquisa de opinião pública Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado–2010. *VII Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal*. Belo Horizonte (MG), v. 6, 2012.

VERHEIJEN, E. C; RAVEN, J. H. e HOFMEYR, G. J. Fundal pressure during the second stage of labour. *Cochrane Database Syst Rev* 2009, (4):CD006067. 8

VERÍSSIMO, de La Ó R. Tentar preservar-se: a escolha da enfermeira em situações difíceis. *Rev. Esc. Enf. USP*, v. 30, n. 3, dez, p.439-55, 1996.

VIANA, A. L. D; FARIA, R.; PACÍFICO, H. O SUS e as novas práticas de avaliação para gestão em redes: é possível conciliar a visão clássica de avaliação com novas práticas? In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A (Orgs.). *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, p. 135-149, 2006.

VIVEIROS DE CASTRO, E. Etnologia brasileira. In: MICELI, S. *O que ler na ciência social brasileira*. São Paulo: Editora Sumaré. ANPOCS; Brasília, DF: CAPES, 1999.

_____. *Entrevistas (Encontros)*. Rio de Janeiro: Azougue. 2008.

WEI, S.; WO, B. L., QI, H. P.; XU, H.; LUO, Z. C., ROY, C. et al. Early amniotomy and early oxytocin for prevention of, or therapy for, delay in first stage spontaneous labour compared with routine care. *Cochrane Database Syst Rev*, 2012.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Preventing prolonged labour: a practical guide. The Partograph*. Geneva: WHO, 1994.

_____. *Care in normal birth: a practical guide*. Geneva: WHO, 1996.

_____. *Safe motherhood needs assessment: guidelines*. Geneva: WHO, 2001.

_____. *Essential Antenatal, Perinatal and Postpartum Care involving doctors in the care of all women*. Regional Office for Europe, 2002.

_____. Department of Reproductive Health and Research. *Making pregnancy safer: the critical role of the skilled attendant*. Geneva: WHO, 2004.

_____. *Making pregnancy safer: The critical role of the skilled attendant*. 2004. Disponível em: [Making pregnancy safer - The critical role of the skilled attendant](#) Acessado em 24 de fevereiro de 2016.

_____. Department of Making Pregnancy Safer. *Strengthening midwifery toolkit: developing a midwifery curriculum for safe motherhood*. Geneva: WHO, 2006.

_____. *Education material for teachers of midwifery: midwifery education modules*. Geneva: WHO, p. 17–36, 2008.

_____. *Midwives voices, midwives realities. Findings from a global consultation on providing*. Geneva: WHO, 2016.

WINCK, D. R.; BRÜGGEMANN, O. M.; MONTICELLI, M. A responsabilidade profissional na assistência ao parto: discursos de enfermeiras obstétricas. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, Apr.-June, 2012.

WITTER, N. A. Curar como Arte e Ofício: contribuições para um debate historiográfico sobre saúde, doença e cura. *Tempo*, Rio de Janeiro, n. 19, p. 13-25, 2005.

WOLFF, L. R. e WALDOW, V. R. Violência Consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. *Saúde Soc*, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 138-151, 2008.

ZERUBAVEL. *Patterns of time ins hospital life*. Chicago: University of Chicago Press. 1979

ZHANG, J.; LANDY, H.J.; BRANCH, D.W. Contemporary patterns of spontaneous labor with normal neonatal outcomes. *Obstet Gynecol*. 2010.

APÊNDICE A – CONTRATO PRÉ-NATAL

Carta de Acordo com Descrição dos Serviços de Doula (Serviços prestados, limites e valores)

O que é uma doula?

A doula acompanha mulheres (e casais) durante o trabalho de parto e o parto de forma a ajudar a contribuir para uma experiência segura e satisfatória. Como doula, recorro ao meu conhecimento e experiência para proporcionar apoio emocional, conforto físico e, de acordo com a necessidade, comunicação com a equipe de assistência ao parto para assegurar que você receba as informações que necessita para tomar decisões informadas na hora do parto. Posso oferecer informações, reafirmação, fazer sugestões para facilitar a progressão do trabalho de parto, auxiliar com relaxamento, massagem, sugestões de posições e outras técnicas de conforto. Sou uma profissional independente e autônoma. Como sua doula, estarei trabalhando para você, e não para o profissional que lhe assiste ou o hospital.

Escolhendo uma doula

É essencial escolher uma profissional com a qual você e seu companheiro (caso tenha um) sintam-se confortáveis e seguros. Por isso, é importante termos um encontro presencial, sem compromisso, antes de decidirem se desejam contratar meus serviços. Para ajudar nessa escolha, posso lhe fornecer contatos de pessoas que já contaram com meu acompanhamento durante o parto, e que podem lhe dar referências da minha forma de atuar. Caso me escolha como sua doula, normalmente teremos mais 2 a 3 encontros durante a gestação, para que possamos nos conhecer, e para que eu possa fornecer-lhe informações para ajudá-la a fazer escolhas conscientes em relação ao parto, auxiliá-la a explorar e discutir suas prioridades, seus medos, preocupações e dúvidas, e planejarmos a melhor forma de trabalharmos juntas. Precisaréi me familiarizar com seu plano de parto e, caso você tenha um companheiro, gostaria de ter ao menos um encontro com a presença dele antes do parto. Também estou disponível para consultas por telefone e/ou email.

Costumo trabalhar com uma doula “back-up” para cobrir períodos de viagem e/ou imprevistos que tornem impossível minha presença no parto. Lhe fornecerei os contatos de uma ou mais “back-ups” com quem costumo trabalhar, mas você terá toda liberdade para escolher a doula que quiser como “back-up”. É importante que você e a doula “back-up”

tenham ao menos um encontro antes do parto, para o caso dela precisar ser acionada. Ela também precisará se familiarizar com o seu plano de parto antes do parto.

Minha disponibilidade

Normalmente estou disponível para atendê-la a qualquer hora durante o período provável do seu parto – a partir de duas semanas antes até duas semanas depois da data provável do parto. Tenho um telefone fixo e um celular e geralmente posso ser contatada a qualquer hora do dia ou da noite. Caso precise desligar o celular por qualquer motivo durante o período provável do seu parto, procuro verificar pelo menos a cada 2 horas se há mensagens. Se houver datas e/ou períodos específicos durante o período provável do seu parto nos quais eu não esteja disponível, lhe informarei o quanto antes.

Quando o trabalho de parto começar

Gostaria que você entrasse em contato comigo assim que achar que o trabalho de parto começou, mesmo que esteja em dúvida ou que ainda não esteja precisando de mim, para que eu possa me organizar e ficar de sobreaviso. Não se preocupe com a hora; doulas estão habituadas a receber chamadas tarde da noite e de madrugada. Posso responder perguntas, dar sugestões e acompanhar os primeiros momentos por telefone. Juntas, decidiremos o melhor momento para que eu vá ao seu encontro, se logo no primeiro telefonema ou se você acha melhor aguardar um pouco os acontecimentos. Normalmente preciso de aproximadamente 1 a 2,5 horas para chegar até você a partir do momento que você solicitar minha presença. Dependendo das suas preferências, podemos nos encontrar em sua casa ou no hospital. A partir do momento que você solicitar meus serviços, sendo constatado o trabalho de parto e excetuando-se circunstâncias extraordinárias, permanecerei com você até depois do nascimento do seu bebê.

Durante o trabalho de parto, posso oferecer sugestões de técnicas de conforto físico, como respiração guiada, técnicas de relaxamento, sugestões de movimentos e/ou de posições favoráveis ao trabalho de parto, massagem, etc. Também ofereço apoio emocional e reafirmação constantes. Além disso, posso auxiliá-la na obtenção de informações sobre a progressão do seu trabalho de parto, assegurando que você tenha as informações de que necessita para fazer escolhas informadas sobre o parto.

Após o parto

Geralmente, permaneço com a família por até aproximadamente 2 horas depois do parto, até que você se sinta confortável e a família esteja pronta para assumir os cuidados com o bebê. Também posso auxiliá-la com o início da amamentação, caso você deseje. Estou disponível para responder perguntas sobre o parto e/ou o bebê por telefone. Meus serviços incluem uma visita pós-parto, normalmente dentro das duas primeiras semanas após o parto. Nesta visita posso orientá-la em relação à amamentação, aos cuidados com o bebê, e teremos a oportunidade de avaliarmos a sua experiência do parto.

Limites da atuação da doula

Como doula, eu não executo tarefas clínicas, como aferição de pressão arterial, ausculta dos batimentos cardíacos fetais, toques vaginais, etc. Minhas tarefas são oferecer-lhe conforto físico e apoio emocional, e contribuir para um ambiente tranquilo. Não tomo decisões por você. Meu papel é ajudá-la a obter as informações de que precisa para fazer escolhas informadas. Eu também lhe lembrarei caso aconteça qualquer discrepância em relação a seu plano de parto, e verificarei se tal discrepância foi baseada numa decisão informada feita por você.

Também não falo em seu lugar com a equipe que está atendendo seu parto. Posso discutir suas dúvidas e preocupações com você e sugerir opções. Posso lhe apoiar nas discussões com a equipe, assegurando que você tenha oportunidade para expressar suas preocupações, mas você e/ou seu companheiro falarão por si próprios com a equipe de saúde.

Valor dos serviços

O valor total dos serviços descritos acima é de um salário mínimo. Este valor pode ser dividido, ou posso oferecer um desconto compatível com a sua renda. Deixo a seu critério determinar o valor do desconto de que necessita. Como uma profissional capacitada e em constante atualização, cobro o valor justo por meus serviços, mas, como ativista da humanização do parto e do nascimento, valorizo os benefícios significativos para a mãe e o bebê dos cuidados de uma doula, e não gostaria que dificuldades financeiras pudessem tornar meus serviços inacessíveis às mulheres que os buscam. Não pedirei verificação da sua renda ou coisa parecida, apenas peço que seja justa ao determinar o quanto você pode realmente pagar por meu tempo e serviços.

Cobro uma taxa de serviços inicial (abatida do valor total) de R\$ 100,00, paga no momento da contratação dos meus serviços de doula. O restante pode ser pago preferencialmente até a 38ª semana da gestação.

Valor total que você pagará:

Valor da taxa de serviços inicial:

Forma de pagamento do valor restante:

Farei todo o possível para oferecer-lhe os serviços descritos acima. Em algumas circunstâncias isso pode ser impossível.

– Caso você, por algum motivo, desista dos meus serviços antes do trabalho de parto, haverá cobrança de 25% do valor total combinado para cobrir meus serviços e despesas durante a gestação.

– Caso, por alguma circunstância extraordinária, a minha assistência ocorra apenas durante a gestação e o pós-parto (visitas durante a gestação, visita pós-parto e consultas por telefone em qualquer período), haverá cobrança de 45% do valor total combinado para cobrir minha disponibilidade e meus serviços e despesas nesses períodos.

– Caso não consiga atender seu parto por uma falha minha e você dispense meus serviços pós-parto, mantereí apenas a taxa de serviços inicial.

– Caso aconteça algo além do controle de qualquer pessoa (no caso de um parto muito rápido, para o qual eu não consiga chegar a tempo, por exemplo), ou não consiga atender seu parto por uma falha sua em me contatar, e você dispense meus serviços pós-parto, haverá cobrança de 30% do valor total combinado para cobrir minha disponibilidade e meus serviços e despesas durante a gestação.

Eu/Nós lemos esta carta de acordo com a descrição dos serviços de doula e concordamos com os termos colocados.

Gestante:

Companheiro(a):

Doula:

ANEXO A - PHPN

PHPN - indicadores de processo

1. Percentual de gestantes que se inscreveram no Programa e realizaram a primeira consulta até o quarto mês, em relação à população-alvo (número de gestantes existentes ou estimado pelo número de nascidos vivos do município);
2. Percentual de gestantes inscritas que realizaram seis consultas de pré-natal;
3. Percentual de gestantes inscritas que realizaram seis consultas de pré-natal e a consulta de puerpério;
4. Percentual de gestantes inscritas que realizaram seis consultas de pré-natal e todos os exames básicos;
5. Percentual de gestantes inscritas que realizaram seis consultas de pré-natal, a consulta de puerpério e todos os exames básicos;
6. Percentual de gestantes inscritas que receberam a dose imunizante da vacina antitetânica; e
7. Percentual de gestantes inscritas que realizaram seis consultas de pré-natal, a consulta de puerpério, todos os exames básicos, o teste anti-HIV e a dose imunizante da vacina antitetânica.

PHPN – Indicadores de resultado

1. Percentual de recém-nascidos com diagnóstico de sífilis congênita em relação ao total de recém-nascidos vivos do município;
2. Percentual de recém-nascido com tétano neonatal, em relação ao total de recém-nascidos vivos do município.

Fonte: Portaria GM/MS n.569, de 01 de junho de 2000.

ANEXO B – INDICADORES REDE CEGONHA

1. Proporção de gestantes cadastradas no pré-natal.
2. Proporção de gestantes com captação precoce no pré-natal.
3. Proporção de gestantes acompanhadas no pré-natal que realizaram exames de Hb, Hct, Glicemia, EAS, VDRL e HIV, até a 20ª semana de gestação.
4. Proporção de gestantes acompanhadas no pré-natal que realizaram exames de Hb, Hct, Glicemia, Urocultura, VDRL e HIV e receberam os resultados até a 20ª semana de gestação.
5. Proporção de gestantes acompanhadas no pré-natal que realizaram exames de Glicemia, Urocultura, VDRL e HIV, entre a 28ª e a 36ª semana de gestação.
6. Proporção de gestantes acompanhadas no pré-natal que realizaram exame de Glicemia, Urocultura, VDRL e HIV, entre a 28ª e 36ª semana de gestação, e receberam os resultados até a 38ª semana de gestação.
7. Proporção de gestantes com vinculação a um serviço de parto durante o acompanhamento pré-natal.
8. Proporção de gestantes com parto realizado no serviço em que foram vinculadas.
9. Proporção de gestantes com seis ou mais consultas de pré-natal.
10. Proporção de gestantes com seis ou mais consultas de pré-natal e uma consulta de puerpério até quarenta e dois dias pós-parto.
11. Proporção de gestantes com acompanhante durante a internação para realização do parto.
12. Taxa de cesárea.
13. Proporção de recém-nascidos com apgar de 1º minuto menor que sete.
14. Proporção de recém-nascidos com apgar de 5º minuto menor que sete.
15. Taxa de incidência de sífilis congênita em menores de um ano.
16. Taxa de incidência de Aids em menores de cinco anos de idade.
17. Razão de mortalidade materna para Estados e número de óbitos maternos para Municípios.
18. Percentual de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) e maternos investigados.
19. Taxa de mortalidade em menores de um ano (mortalidade infantil).
20. Taxa de mortalidade em recém-nascidos de zero a seis dias de vida (mortalidade neonatal precoce).
21. Taxa de mortalidade em recém-nascidos de sete a vinte e sete dias de vida (mortalidade neonatal tardia).

22. Taxa de mortalidade em recém-nascidos de vinte e oito dias de vida a um ano incompleto (mortalidade pós-neonatal).
23. Proporção de óbitos infantis e fetais investigados.
24. Cobertura vacinal com a vacina tetravalente.
25. Proporção de crianças em acompanhamento de puericultura.
26. Proporção de crianças em aleitamento materno exclusivo até quatro meses de idade.
27. Proporção de recém-nascidos com baixo peso ao nascer – faixas: menos de 750g; 750g a 1499g e 1500g a 2499g.
28. Proporção de recém-nascidos prematuros.
29. Proporção de recém-nascidos filhos de mães adolescentes.
30. Taxa de internação por doença diarreica aguda em crianças de até 24 meses de idade.
31. Proporção de crianças menores de um ano com teste do pezinho realizado.

Fonte: Portaria GM/MS n.650, de 05 de outubro de 2011

ANEXO D – NOTA PÚBLICA

Recife, julho de 2016.

Nós, pessoas e coletivos ligados à humanização da assistência obstétrica no Recife expressamos nosso repúdio à perseguição, exposição e linchamento virtual de profissionais de vasta e reconhecida experiência e que inegavelmente vêm contribuindo para a consolidação do movimento de humanização do parto nessa cidade. O ataque vem sendo praticado por um grupo de “ativistas” locais do “parto humanizado” e mira ao menos dois profissionais, mas atinge toda uma rede de assistência ao parto que se localiza na periferia de um sistema conhecidamente dominado pela medicina hegemônica, hospitalar, cirúrgica, centrada na figura do médico. O movimento de humanização da assistência obstétrica é um movimento de resistência ao que se configurou como assistência padrão. É um movimento sobretudo político, que se faz em rede, a partir da conexão de pessoas, profissionais e instituições, e que tem na autonomia da mulher seu principal foco. Não é um movimento uniforme ou homogêneo, mas necessariamente diversificado e complexo.

Não cabe neste momento analisar os pormenores das acusações, mas atentar para o tom geral do ataque, baseado em um discurso conservador que fomenta o ódio e apela para a normatização, polarização e vitimização. Um discurso que normatiza práticas, polariza o movimento e vitimiza a mulher, características que contradizem os princípios da humanização. O pano de fundo desse ataque é o completo desrespeito à conduta ética profissional.

A **normatização** é a parte do ataque que define as regras de conduta que se supõe seriam as únicas aceitáveis e pertinentes, a partir das quais se deslegitima a prática de outros profissionais. Essa concepção de um modelo único de assistência humanizada não dá conta da diversidade inerente ao movimento. Cabe lembrar inclusive que o movimento tem como uma de suas características a diluição de algumas normas rígidas que historicamente aprisionam corpos e soterram subjetividades. Nesse sentido, a discussão a respeito de boas condutas deve sempre estar pautada no diálogo responsável, nunca em motivações condenatórias ou de perseguição.

As pessoas e os coletivos que assinam esta nota, divulgada virtualmente apenas em razão dos ataques virem sendo disseminados neste meio, são favoráveis a que esse tipo de discussão seja feito presencialmente, de forma responsável e construtiva, como por exemplo

nos encontros promovidos por grupos de educação perinatal ou em medidas educativas para profissionais. Jamais compactuaremos com a irresponsável exposição virtual que, sem cerimônia e rapidamente, analisa, difama e julga (a partir de uma concepção limitada de humanização) profissionais do meio para logo condená-los à fogueira das redes sociais.

A **polarização** é a parte do ataque que cria o falso dilema entre o bem e o mal, o certo e o errado e, a partir deles, outro nicho tão reducionista quanto os anteriores: os humanizados e os não humanizados. Toda cautela é pouca quando a discussão toma essa seara. Um deslize e resvalamos em fascismos. Infelizmente, as acusações expressam um conteúdo traiçoeiro, próprio ao terreno da ruptura, da briga horizontal. A complexidade do parto como evento cultural requer uma visão sistêmica da diversidade de realidades obstétricas. Essa visão sistêmica ajuda a enxergar quais são e onde estão os verdadeiros moínhos a serem combatidos e quem são os aliados. É o antídoto à visão polarizada, reducionista e autocentrada, que além de contraproducente, só serve à ruptura e divisão. Isso não contribui em nada para o movimento.

É preciso evitar que esse tipo de perseguição (bastante comum à história de gentrificação da obstetrícia como evento médico e hospitalar) floresça no meio do movimento de humanização. Nesse sentido, devemos acalmar os ânimos dos que se acham no direito de impor os critérios do certo e do errado, até porque as convenções mudam com o tempo e o lugar. Jamais estaremos ou estivemos completamente certos. A humildade, a troca e o diálogo são fundamentais em qualquer postura crítica.

Por fim, a **vitimização** é a parte do ataque que se desdobra em dois sentidos: de um lado, quando quem acusa se faz de vítima; de outro, quando supõe a mulher como a vítima ingênua e ignorante, a quem se faz necessário tutelar e proteger dos “enganadores”, dos “omissos”, dos “mercenários”, dos “mal-intencionados”. A pobreza desse pensamento binário (vítima-algoz) abre terreno para a figura do herói, do profissional que toma a mulher como objeto de sua tutela e proteção, atitude que não condiz com a ideia de autonomia que é o foco principal da humanização. Mulheres não deveriam ser tratadas como “crias” dos profissionais que as acompanham. Tampouco é ético desconstruir e desmontar suas experiências subjetivas de parto, por meio da propaganda difamatória daqueles profissionais que as acompanharam. Deixemos que as mulheres façam suas próprias perguntas.

Assim, defendemos que esse discurso normatizante, polarizador do movimento e vitimizador da mulher não corresponde ao que entendemos serem princípios da humanização: a diversidade, a autonomia profissional, o diálogo e o respeito à autonomia da mulher.

E finalmente, repudiamos com veemência a completa ausência de ética por parte de quem acusa, trazendo a público e de forma irresponsável as práticas de alguns profissionais e as experiências de parto de algumas mulheres para o julgamento coletivo. É inadmissível que se faça julgamento público dessas experiências profissionais e pessoais sem reais possibilidades de defesa, na ausência de qualquer acusação formal, em desrespeito às subjetividades envolvidas.

Quando o acusador se confunde com o juiz, o que se tem é justicamento, perseguição e linchamento, não justiça. O movimento de humanização não pode compactuar com essa forma de ativismo impotente que, incapaz de combater a verdadeira dominação e violência obstétrica, contribuindo para a democratização do parto humanizado, prefere direcionar sua energia para atacar aliados, nutrindo-se de pequenas “vitórias” insignificantes. Desejamos paz, lucidez e foco.