

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA – PPGA/UFF

SARA SOUSA MENDONÇA

MUDANDO A FORMA DE NASCER:
agência e construções de *verdades* entre ativistas pela humanização do parto

Niterói

2013

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA – PPGA/UFF

SARA SOUSA MENDONÇA

MUDANDO A FORMA DE NASCER:
agência e construções de *verdades* entre ativistas pela humanização do parto

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia da Universidade Federal Fluminense, como requisito parcial para obtenção do Grau de mestre.

Orientador: Professor Dr. Luiz Fernando Rojo Mattos

Niterói

2013

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Orientador - Dr. Luiz Fernando Rojo Mattos (PPGA-UFF)

Profa. Dra. Claudia Barcellos Rezende (PPCIS-UERJ)

Profa. Dra. Simoni Lahud Guedes (PPGA-UFF)

DEDICATÓRIA

À todas as mães, que a partir de seus corpos trazem vida nova ao mundo.
Em especial à minha, Rosa Angela de Sousa, inspiração primeira para este trabalho.

AGRADECIMENTOS

É comum a analogia entre o período de produção de uma dissertação e um parto, em uma pesquisa sobre esse tema não pude resistir a usá-la. Dois anos de gestação se passaram desde que eu iniciei o mestrado no PPGA, momento em que a pesquisa aqui apresentada era apenas uma ideia embrionária, que aos poucos foi se desenvolvendo, tomando forma e hoje pode se dizer “nascida”. Gostaria de agradecer aqui a todos que fizeram parte desta equipe de apoio e assistência, sem os quais esse trabalho não teria sido possível.

Primeiramente agradeço à CAPES pela bolsa concedida, foi muito importante para mim poder viver pela primeira vez com o meu próprio dinheiro, ainda que ele não completasse o mês. Saber que há dinheiro público sendo investido em meu trabalho aumentou meu senso de responsabilidade e também minha percepção sobre a importância do papel do trabalho acadêmico para a sociedade.

Aos meus pais, Rosa e Carlos, pelo apoio dado mesmo quando decidi seguir por uma profissão que não seria a que eles escolheriam para mim. À minha mãe agradeço especialmente pela dedicação com que lê meus trabalhos, é muito significativo para mim que ela se interesse e busque entender o que eu escrevo. Ao meu pai pela troca de experiências acadêmicas, pois, apesar de áreas do saber distintas, muitas de suas vivências e noções a respeito do meio acadêmico me auxiliaram em perspectiva comparativa a aprender como me locomover neste meio.

À minha irmã Raquel, que neste último ano veio morar comigo e trouxe um pedacinho de casa e da nossa família um pouco mais perto, tornando mais forte meu elo com esta esfera da minha vida. Sendo ela uma jovem estudante de Antropologia pude ter dentro de casa uma forma de interlocução e contar com a sua ajuda para a revisão de textos.

Às professoras Claudia Rezende e Simoni Guedes, pelas proveitosas disciplinas que ofereceram e principalmente pelas valiosas críticas e sugestões feitas na minha qualificação de projeto.

Aos professores do PPGA com os quais fiz disciplinas e cujas discussões em sala me estimularam a refletir e encontrar caminhos para as questões que me propus estudar, bem como alimentaram o surgimento de novas questões: Edilson Almeida, Fábio Reis, Nilton Santos. Agradeço também à professora Ana Paula Miranda, pela leitura e colaboração no tópico “Justiça enquanto aliada e enquanto inquisidora”.

Ao meu orientador Luiz Rojo. Já se vão cinco anos de trabalho conjunto e os agradecimentos são muitos: pelo estímulo e incentivo em minha capacidade de fazer um bom trabalho; pelas dicas valiosas de organização e condução das disciplinas e trabalhos finais; pela correção minuciosa e detalhista de cada etapa do texto; pelo tempo dedicado às nossas reuniões

praticamente semanais nesses meses finais; por aguentar me ouvir falando sobre esse trabalho quando ninguém mais aguentaria; pelas sessões de “orientação-terapia”, muito além de seus deveres de orientador. E por fim, pela amizade.

Aos colegas de turma que se tornaram amigos, em especial ao Núcleo Duro – Guilherme Cardozo, Luiza Aragon e Pedro Fandiño – e seus agregados: Adriana Xerez, Pedro Alex, Rodrigo Pennutt, Victor Rangel e Victor Rondon. O companheirismo construído entre estes que estavam passando pelas mesmas fases da vida – o aperto no peito de querer ter feito um trabalho melhor, a tensão com os prazos, as inseguranças do que está por vir ao fim desta etapa – saber que estas questões não eram exclusivas a mim tornou mais fácil, e por vezes até divertido, passar por todo esse processo. Um não-agradecimento ao bar Vestibular do Chopp, na Cantareira, que apesar de nos ter como clientes assíduos (praticamente) nunca nos concedeu a gentileza da saideira.

Às meninas do grupo de orientandas do Luiz: Aline Ribeiro, Bruna Paes, Ingrid Fonseca, Isis Leal, Mariana Nolte, Marília Martins, Thamiris Lavrador. Para além das valiosas críticas que fizeram a esse trabalho, aprender a recebê-las e fazê-las foi um aprendizado fundamental.

E, por fim, àquelas sem as quais esse trabalho não existiria ou teria razão de ser: todas as ativistas, tenham elas participado da pesquisa “presencial” ou “virtual”, que me envolveram e me emocionaram com seus relatos e lutas, e muitas das quais tornaram-se modelos de mulher para mim. Sem nomes, agradeço em especial àquelas que me concederam entrevistas e às que abriram seu espaço de trabalho para que eu pudesse realizar essa pesquisa. Termino com o desejo de que elas conquistem tanto os seus partos quanto as mudanças que buscam para a assistência e (por que não?) para o mundo.

RESUMO

Em um contexto como o do Brasil nos dias de hoje, em que os nascimentos via cesariana tem ultrapassado consideravelmente os via parto normal, encontramos grupos ativistas, formados majoritariamente por mulheres e profissionais da saúde, buscando a humanização do parto. Como caminho para compreender esta demanda, realizo uma contextualização histórica da assistência obstétrica até o surgimento do movimento de revisão do parto, que dá início ao ideário destes grupos ativistas.

Abandonando uma perspectiva feminista que pregava a emancipação da mulher a partir de seu desvencilhamento da natureza e das funções de maternidade ligadas a ela, o grupo estudado propõe o empoderamento feminino justamente a partir desses papéis. Reivindicam que estes possam ser exercidos de acordo com o conhecimento natural que o corpo feminino possui, se opondo ao saber médico convencional, visto como intervencionista em um processo que obteria êxito apenas seguindo o seu fluxo natural.

Assim o corpo e sua natureza se tornam palco de disputas entre qual forma de saber estará autorizada atuar sobre ele. Esta análise evidencia não se tratar apenas de uma oposição entre práticas, mas sim entre distintos modelos de assistência: o humanístico e o tecnocrático (DAVIS-FLOYD:2003) . Dentro deste contexto, mulheres que querem ter seus filhos através do modelo humanizado se armam de estratégias e buscam apoio nas redes de ativismo.

O que está em disputa, portanto, neste campo é qual discurso de verdade (FOUCAULT:2002) prevalecerá, pois, como bem aponta Latour, “a atividade científica não se trata da 'natureza', ela é uma luta renhida para *construir* a realidade.” (LATOURE:1997:278).

Palavras-chave: Agência; humanização; construção de *verdades*; feminismo; emoções.

ABSTRACT

In a context like Brazilian's nowadays, where births by caesarian have considerably surpassed normal deliveries, we find activist groups, mostly formed by women and health professionals, fighting for humanizing birth. As a path to comprehend this demand, I historicize obstetrical assistance until the arising of the revision of birth movement, which inducts the thinking of these activist groups.

Abandoning a feminist perspective, which preached emancipation of women by casting off their nature and the motherhood functions tied to it, the studied group proposes the feminine empowerment exactly by these roles. They reclaim that these can be exerted according to the natural knowledge which the female body possess, opposing to the conventional medical knowledge, seen as interventionist in a process that would succeed just by following its natural course.

This way the body and its nature become the stage of disputes between which form of knowledge is allowed to act over it. This analysis evidences it is not just an opposition among practices, but among distinct models of assistance: the humanistic and the technocratic. In this context, women who want to have their kids by the humanized model arm themselves of strategies and seek help on the activists' ring.

Therefore, what is in dispute in this field is which truth speech (FOUCAULT:2002) will prevail, because, as well pointed by Latour, "the scientific activity is not about 'nature', it's a doggedly struggle to *build* reality (LATOURE:1997:278).

Keywords: Agency; humanization; building of *truths*; feminism; emotions.

SUMÁRIO

Introdução	p. 11
0.1 Metodologia	p.16
0.2 Construção de questões	p.26
0.3 Capítulos	p.28
1. Que parto é esse? - Definição de categorias, contextualização histórica e humanização da assistência.	
p.30	
1.1 Assistência ao parto no Brasil	p.31
1.2 Tipos de parto	p.35
1.3 Humanização	p.38
1.4 Dilemas e desafios da humanização	p.42
2. Discursos sobre emoções nos autores protagonistas do movimento de revisão do parto	p.51
3. Natureza e cultura nos discursos de médicos e de mulheres acerca das formas de parto	p.70
3.1 A escolha do médico enquanto decisiva	p.72
3.2 A construção de verdades científicas	p.75
3.3 Modelo tecnocrático <i>versus</i> modelo humanístico	p.78
3.4 A Justiça enquanto aliada e enquanto inquisidora	p.100
4. Mulheres em busca de um parto normal – o que esta demanda tem a nos dizer sobre o feminismo	p.113
4.1 As Marchas	p.114
4.2 Multiplicidade de demandas feministas	p.123
4.3 “ <i>Feminista, quem?</i> ”	p.130
5. Considerações finais	p.142
5.1 Mudando o mundo	p.143
5.2 Minha relação com o ativismo	p.146
5.3 A não homogeneidade dos discursos	p.150
Anexo 1	p.151
Referências Bibliográficas	p.154
Referências Virtuais	p.158

Referências da imprensa	p.159
Referências filmográficas	p.159
Referências videográficas	p.159

INTRODUÇÃO

Eu sei parir!
Como pariram as mulheres que me precederam.
Minha mãe, minha avó, minha bisavó, minha tataravó,
E assim até a primeira mulher.
Eu levo gravado em minhas células.
É meu legado.
Meu corpo sabe parir,
Como sabe respirar, digerir, andar, falar, pensar:
Ele está perfeitamente desenhado para isso:
Minha pélvis, meu útero, minha vagina,
são obras de engenharia a serviço da força da vida.
Eu sou "a que sabe."
E "a que sabe" me sussurra:
"Cavalga na energia das contrações em grande êxtase,
Loba, leoa, hiena, égua, raposa, gata, pantera...
Encontra tua fêmea de poder e te converte nela."
E sendo ela, mamífera toda poderosa, dou a luz.
(Mónica Manso)¹

Em minha carta de interesse para o ingresso no Programa de Pós-Graduação em Antropologia da UFF desenvolvi as ideias iniciais do que viria a ser esta dissertação. Nela, fui inspirada pela tese de doutorado do meu orientador, Luiz Rojo (2005), entre os naturistas da Colina do Sol, onde o discurso de uma parcela de naturistas para justificar sua prática era de que a cultura se materializa no nosso corpo através do uso de roupas e que tirá-las seria um símbolo da proposta de retorno a uma natureza “primordial”. A partir daí passei a pensar em grupos que em sua prática tentam tencionar a dualidade natureza/cultura, tão cara à antropologia, e as mulheres que procuram o parto normal me pareceram nesta categoria, pois o veem como mais benéfico para a própria saúde e a do bebê do que o parto cesariano, que é visto como muito invasivo, muito controlado pelo saber médico e assim muito distante de uma “boa natureza”. Ou seja, assim como os naturistas, de certa forma elas também me pareceram buscar se despir dos excessos de cultura.

¹ Poema compartilhado por ativistas nas redes sociais.

Outro momento em que tive ideia da dimensão de que esta é uma questão propriamente antropológica foi quando em uma conversa com um amigo e colega debatíamos que todo parto, apesar da nomenclatura de “natural” é cultural. Sendo assim esta “natureza” proclamada no nome deve ser percebida como categoria nativa, nesse contexto sendo usada principalmente em oposição a cesárea (mas não somente, como será abordado no capítulo 1). Marcel Mauss (1935), em seu ensaio *As técnicas do corpo*, já apontava para as técnicas do nascimento como culturalmente construídas:

“As formas da obstetrícia são muito variáveis. No nascimento do menino Buda, sua mãe Mãya, agarrou a um galho de árvore. Ela deu à luz em pé. Uma boa parte das mulheres da Índia ainda fazem assim. Coisas que acreditamos normais, como o parto na posição deitada de costas, não são mais normais do que outras, por exemplo a posição de quatro.” (1935: 412)

Assim, como ponto de partida principal desde trabalho, já que não é possível saber como as irmãs Amalla e Kamalla² dariam a luz, ou qual seria a forma de parto pré-cultural, é afirmar que toda forma de parto é cultural. E o caso estudado não propõe um afastamento total do saber médico-científico, mas sim aciona uma disputa pela detenção do discurso de verdade (FOUCAULT: 2002) que prevalecerá dentro do campo médico-científico (como será abordado no capítulo 3).

Para realizar uma problematização das categorias utilizadas primeiro impõe-se pensar como o parto normal pode ser visto como uma modalidade quase que “anormal”, ou uma possibilidade menos provável dentro do campo. Deve-se considerar que os números que irei apresentar só são elevados em relação a um padrão ideal. Assim, grupos que questionam essas taxas tomam como medida a recomendação da OMS (Organização Mundial de Saúde) de que a quantidade ideal de cesáreas seria de 15%. Enquanto no Brasil esta taxa no SUS vem sofrendo redução - desde 1998, após uma campanha do Ministério da Saúde (MS), indo de uma taxa de 31% em 1997 para cerca de 25% em 2003 - na rede privada, sem formas de controle governamental mais rigorosas, a taxa chega a alcançar os 80% (HAUAGGE:2005), sendo encontrados índices acima dos 90%. nas principais maternidades particulares de capitais, como Rio de Janeiro e São Paulo.

Em números mais atuais, a Fiocruz vem realizando um estudo encomendado pelo Ministério da Saúde, cujos resultados finais ainda não foram publicados, mas tive acesso a alguns resultados através do obstetra Vinícius, que esteve em contato com o estudo e trouxe algumas

² Referência às “meninas-lobo” encontradas na Índia em 1920, e casos do tipo, em que crianças sobreviveram ao serem deixadas longe da sociedade. Estas despertavam a curiosidade e foram vistas por muitos como uma forma de chave para solucionar a questão sobre como seria o ser humano em seu estado natural bruto.

estatísticas em uma palestra para casais grávidos onde estive, proferida em um instituto de ioga para grávidas (mais detalhes sobre este lugar no tópico “Metodologia”, a seguir). Segundo ele, o estudo indica que 56% dos partos realizados hoje no Brasil são cesáreas, sendo que no SUS a taxa é de 40%, e no setor privado de 90%. Confirmados os resultados deste estudo a tendência à queda na quantidade de cesáreas parece não ter se mantido no SUS, enquanto na rede privada permanece inalterada.

Como dito anteriormente, desde 1998 o MS vem atentando para essas taxas e com base na recomendação da OMS, promove campanhas de conscientização e incentivo. Em 2006 realizou a Campanha Nacional de Incentivo ao Parto Normal e Redução da Cesárea Desnecessária, lançando, em 2008, a Política Nacional pelo Parto Natural e Contra as Cesáreas Desnecessárias, em parceria com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Atualmente vem implementando a Rede Cegonha³, construída em grande diálogo com o movimento pela humanização e que vem sendo vista como importante conquista do movimento, mobilizando também grandes expectativas. A previsão é que a Rede atinja todo o território nacional até 2014.

Por meio do seu site, o Portal da Saúde, o MS vincula um texto intitulado “*Cirurgia cesariana pode trazer mais complicações e uma pior recuperação pós-parto*”, no qual expõe situações em que a cesárea é indicada, dividindo estas indicações entre absolutas e relativas, todas elas decorrendo da possibilidade de risco à vida da mãe e/ou do bebê:

*“As indicações absolutas mais tradicionais são: desproporção céfalo-pélvica (quando a cabeça do bebê é maior do que a passagem da mãe); hemorragias no final da gestação; ocorrências de doenças hipertensivas na mãe específicas da gravidez; bebê transverso (atravessado); e sofrimento fetal. A ocorrência de diabete gestacional, ruptura prematura da bolsa d’água e bebê com trabalho de parto prolongado são consideradas indicações relativas para a cesariana.”*⁴

Outro motivo recentemente incluso nessa lista de indicações é o caso de gestantes portadoras de HIV, devido à descoberta de que a hora do parto é a de maior troca sanguínea entre a mãe e o bebê, aumentando os riscos de transmissão do vírus.

A comparação entre as indicações para cesárea pelo MS e as vinculadas por ativistas pelo

³ “A Rede Cegonha é uma estratégia do Ministério da Saúde, operacionalizada pelo SUS, fundamentada nos princípios da humanização e assistência [...]É uma Rede de cuidados que assegura às:

1. MULHERES: o direito ao planejamento reprodutivo, à atenção humanizada à gravidez, parto e puerpério. 2. CRIANÇAS: direito ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudáveis.” Fonte: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=37082, consultado em 16/03/2013.

⁴ Retirado de: http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=20911

parto normal nos revela algumas diferenças e contradições, a maior parte delas relacionadas às indicações relativas, como sofrimento fetal e trabalho de parto prolongado, sendo posta em dúvida também a indicação absoluta decorrente de desproporção céfalo-pélvica⁵. A autora do texto *Motivos reais para uma Cesárea*⁶ afirma que estes critérios citados são “*altamente discutíveis, [pois são] largamente utilizados de forma errada*”.

Em consonância com esta perspectiva, a obstetra Melania Amorim escreveu uma lista com 50 motivos médicos alegados como causa para a realização de cesáreas, intitulada “*Cesáreas desnecessárias: Não se deixe enganar. Embora muito alegadas pelos médicos as condições abaixo NÃO são indicações de cesáreas*”⁷, ao qual segue incorporando itens de acordo com experiências relatadas por mulheres. A lista se encontrava então com mais de 100 itens⁸. Ambas sugerem que estes critérios são distorcidos pelos médicos como forma de direcionar a gestante para uma cesárea, como no item 5 da lista de Amorim: “*Diagnóstico de desproporção céfalo-pélvica sem sequer a gestante ter entrado em trabalho de parto*”; e no item 39: “*Parto ‘prolongado’ ou período expulsivo ‘prolongado’ (também os limites são muito imprecisos, dependendo da pressa do obstetra)*”. Segundo esta obstetra, mesmo a indicação em caso de portadoras de HIV deve ser analisada caso a caso.

Como podemos observar pela desconfiança que é reservada aos médicos, segundo as militantes pelo parto normal, eles seriam os grandes responsáveis pelo elevado número de cesáreas realizadas, pois por uma série de fatores que vão desde a comodidade até a falta de prática em obstetrícia, dariam preferência pela realização de cesáreas. Tal ponto de vista também é encontrado em matérias de jornais e revistas.

A palestra do obstetra Vinícius, já citada acima, trouxe novos elementos para pensar quem seriam “os culpados” por esse quadro. Segundo ele o problema estaria na forma como a assistência de saúde se desenha e na demanda das grávidas de associar o acompanhamento pré-natal e o parto à figura do médico. O desejo manifestado de ter um parto com “*o meu médico*” obriga que este tenha de estar disponível “*24 horas, 365 dias por ano. O médico não pode ter vida! Por isso muitos pulam fora dessa.*”.

A solução para este quadro seria o modelo utilizado nas maternidades públicas, que priorizam o parto normal. Nelas, a grávida tem o seu médico do pré-natal, mas sabe que ele faz parte de uma equipe, com a qual ela tem algum contato durante a gestação, e sabe que o parto será realizado não necessariamente por seu médico, mas por um dos médicos desta equipe que esteja de

⁵ Cabeça do bebê maior do que a passagem da mãe, mesmo com total dilatação.

⁶ Retirado de: <http://parir.blogspot.com.br/2006/11/motivos-reais-para-uma-cesrea.html>

⁷ Retirado de: <http://nfp-brasil.forum-livre.com/t593p20-como-se-livrar-de-um-medico-cesarista>

⁸ Disponível em: <http://estudamelania.blogspot.com.br/2012/08/indicacoes-reais-e-ficticias-de.html?q=lista>, consultado em 27/03/2013.

plantão na maternidade no momento em que ela der entrada em trabalho de parto.

Apesar desta estrutura de atendimento centrada na figura do médico desestimular muitos deles a realizarem mais partos normais, e que sendo assim eles não devem ser vistos como os únicos “culpados” por esse quadro, permanece no discurso das ativistas a afirmação de que a escolha do médico será o elemento fundamental para que essa mulher consiga ou não ter seu parto da forma que deseja. Assim, essas mulheres que desejam um parto normal acabam buscando médicos “alternativos”, ou seja, que pratiquem uma medicina diferente da convencional (vista como direcionada para a realização de uma cesárea).

0.1 Metodologia

Nesta parte gostaria de realizar uma reflexão sobre o fazer antropológico, enfocando o deslocamento dos objetos de pesquisa do que Marisa Peirano (2006) denomina como de “alteridade radical”, para uma “alteridade próxima”, ou seja, de grupos muito distintos da sociedade do pesquisador, sendo caracterizados como grupos isolados, para grupos que fazem parte da própria sociedade do pesquisador. Em relação à noção de grupos isolados, é pertinente lembrarmos da crítica que pergunta “isolados de quem?” feita por Sahlins (2004) e outros, que ressaltam que nesta colocação só é pensado o contato com a nossa sociedade, esquecendo-se do contato e troca que essas sociedades podem manter entre si.

Seguindo ainda as conceituações de Peirano, para além de considerarmos as diferenças entre o estudo de cada tipo de alteridade, é importante que olhemos para o que os une, o que os antropólogos possuem em comum no seu fazer profissional.

“Se por muito tempo a antropologia foi definida pelo exotismo do seu objeto de estudo e pela distância que separava o pesquisador do seu grupo de pesquisa, hoje a situação mudou. A antropologia não se resume a um objeto, ela se interessa pela diferença. A ideia de alteridade é um aspecto fundante da antropologia, sem o qual a disciplina não reconhece a si própria.” (PEIRANO:2006:53)

O que esta forma de ver a metodologia nos permite pensar é que, apesar de os campos possuírem suas próprias particularidades, o processo de lidar com a diferença está presente em todo e qualquer trabalho etnográfico, e desta forma as experiências, problemas e soluções vividos por um colega em um tema muito diverso ao nosso podem ser capazes de iluminar nossas próprias questões. Essa perspectiva funciona principalmente se pensarmos segundo a afirmação de Geertz de que “Os antropólogos não estudam *as* aldeias, eles estudam *nas* aldeias” (2008:16).

“Nas remotas províncias do Marrocos e da Indonésia eu lutei com as mesmas questões que outros cientistas sociais lutaram em lugares mais centrais – por exemplo, por que as alegações mais insistentes dos homens em favor da humanidade são feitas em termos de orgulho grupal? - e chegamos quase que a mesma conclusão.”
(GEERTZ:2008:16)

Acredito, e o que meu trabalho de campo tem reforçado, é que por vezes lidar com a diferença em um contexto de alteridade próxima resulta em determinados desafios distintos de um de alteridade radical. Sem entrar em uma questão de mérito sobre níveis de dificuldade, aquele que vai a uma ilha no meio do Pacífico sabe que encontrará costumes completamente diferentes dos seus, e a premissa inicial é a de que “eles são os outros”.

Já num caso de alteridade próxima “o outro” e o “eu” podem se misturar e, para mim, esse é um dos encantos desse tipo de pesquisa, um dos motivos pelos quais estudar parteiras em comunidades tradicionais de pescadores ou quilombolas não mobiliza tanto meus anseios e curiosidades da mesma forma quanto a possibilidade de descobrir que uma amiga de infância comeu a própria placenta. Tal situação não ocorreu especificamente comigo, mas me foi relatada por dois amigos, a respeito de mulheres diferentes.

Um dos problemas que podem surgir a partir daí é que o outro fica tão próximo que a diferença, apesar de presente, passa a não ser notada, e a posição do pesquisador se mistura com a dos interlocutores. A diferença sutil necessita de uma maior precisão do olhar.

As diferenças entre formas mais tradicionais de pesquisa antropológica e estas onde há maior proximidade com o grupo estudado, uma alteridade mínima, foram bem abordadas por Gilberto Velho (1987) e Roberto DaMatta (1978), a partir dos quais refletirei sobre dilemas específicos deste tipo de pesquisa e darei ao meu leitor mais informações para que possa definir de onde eu falo, ou seja, qual é a minha proximidade com os valores e formas de ver o mundo do grupo estudado.

Velho (1987) aborda que familiaridade não é sinônimo de conhecimento, uma vez que sendo membro de determinada sociedade, nosso olhar sobre os membros desta são orientados pelo lugar que ocupamos na mesma, sendo necessário um esforço de relativização e revisão destas categorias tidas como familiares:

“Não só o grau de familiaridade varia, não é igual a conhecimento, mas pode se constituir em impedimento se não for relativizado e objeto de reflexão sistemática. Posso estar acostumado, como já disse, com uma certa paisagem social onde a

disposição dos atores me é familiar; a hierarquia e a distribuição de poder permitem fixar, grosso modo, os indivíduos em categorias mais amplas. No entanto, isso não significa que eu compreenda a lógica de suas relações. O meu conhecimento pode estar seriamente comprometido pela rotina, hábitos, estereótipos. Logo, posso ter um mapa mas não compreendo necessariamente os princípios e mecanismos que o organizam.” (VELHO:1987:128)

Desta forma, penso que o primeiro passo para o estudo de nossa própria sociedade é questionar e duvidar dos conhecimentos *a priori* que temos sobre o grupo. Estereótipos produzidos pela sociedade em que ele se insere podem nos ser úteis para pensar a relação do grupo estudado com outros com os quais se relaciona, como ele se vê em relação a estes estereótipos, o que é assumido como característica e o que é rejeitado. Seja qual for a forma como estas noções *a priori* orientem nossas reflexões, o essencial é que elas não sejam tomadas como a definição real do grupo, mas sim usadas para pensar os jogos de construção da identidade presentes.

Um ponto específico de minha história de vida fez com que eu me relacionasse e tivesse um olhar um pouco diferente das demais pessoas da minha geração a respeito destas questões. Fui uma das poucas pessoas nascidas em meio urbano ao final da década de 1980 a nascer em casa, não por um acidente ou imprevisto, mas porque meus pais planejaram e realizaram todo o pré-natal para que assim acontecesse. Essa escolha foi feita por uma combinação de motivos, influenciada por ideais de natureza ligados à contracultura hippie e por uma aversão à instituição hospitalar. Ao longo de minha infância achava interessante ter uma história de nascimento tão diferente das de meus colegas, sentia que este fato trazia elementos não-tradicionais à minha família.

O pré-natal foi realizado com um médico que hoje definem como “alternativo”, “hippie” e “natureba”, com elementos mais extremados de oposição à intervenções médicas e tecnológicas na gestação e no parto do que os que encontrei no grupo estudado. Um ponto que marca bem isto é a postura em relação aos exames de ultrassom. Dentro do movimento, é comum o posicionamento de que em gestações saudáveis são necessários apenas três exames de ultrassom ao longo da gravidez, e que nenhum o é no terceiro trimestre, médicos que pedem estes exames ao final da gravidez passam a ser apontados com desconfiança, sob o argumento de que estariam “procurando pelo em ovo” para indicar uma cesárea⁹. No modelo de pré-natal deste médico que acompanhou minha mãe não era feito nenhum ultrassom, apenas exames externos e medições, assim estava implícita a opção por não conhecer o sexo do bebê.

Apesar de no nascimento de minha irmã, seis anos mais tarde, a possibilidade de tal tipo de

⁹ O estudo realizado por Chazan (2007) enfoca a prática do ultrassom obstétrico e como a partir dele é construída a psicologização do feto, motivo que levaria as mulheres a fazerem em grande quantidade.

parto não ter sido levantada, durante a nossa criação alguns ideias que orientaram a escolha pela minha forma de nascimento permaneceram, ainda que de forma paradoxal, pois por um lado havia a preferência ao uso de remédios “naturais”, mas pelo outro as carteirinhas da vacinação estavam sempre prontas para serem carimbadas em qualquer campanha de saúde, fosse obrigatória ou não. Perceber este tipo de paradoxo foi essencial para que, em campo, não buscase construir para aquelas pessoas um discurso de todo coerente, aceitando que é possível que encontremos influências distintas, e mesmo opostas, conjugadas no mesmo objetivo. No caso, tanto os xaropes orgânicos e os chás de ervas quanto as vacinas de sarampo e febre amarela eram parte do mesmo projeto de cuidado com a saúde.

Para além deste elemento, que diferenciava o meu olhar sobre esta questão do que via como corrente entre as demais pessoas de meu convívio, também era influenciada por esta visões correntes na sociedade mais ampla, principalmente aquelas em que se indagavam o porquê de haver mulheres que desejavam esta forma de parto quando o hospital e as técnicas cirúrgicas ofereciam uma alternativa mais “evoluída”.

Desta forma, como em qualquer trabalho de campo, era necessário realizar o que DaMatta (1978) define como transformar o familiar em exótico e o exótico em familiar. Era preciso definir bem o ponto de onde eu partia, ter clareza destes discursos que me influenciavam para que fosse possível relativizá-los, principalmente aqueles que com base nesta história de vida me faziam acreditar que conhecia os valores do grupo, percebendo que minha compreensão destes não era o mesmo que o deles:

“De tal modo que vestir a capa de etnólogo é aprender a realizar uma dupla tarefa que pode ser grosseiramente contida nas seguintes fórmulas: (a) transformar o exótico no familiar e/ou (b) transformar o familiar em exótico. [...] A segunda transformação parece corresponder ao momento presente, quando a disciplina se volta para a nossa própria sociedade, num movimento semelhante a um auto-exorcismo, pois já não se trata mais de depositar no selvagem africano ou melanésico o mundo de práticas primitivas que se deseja objetificar e inventariar, mas de descobri-las em nós, nas nossas instituições, na nossa prática política e religiosa. O problema é, então, o de tirar a capa de membro de uma classe e de um grupo social específico para poder — como etnólogo — estranhar alguma regra social familiar e assim descobrir (ou recolocar, como fazem as crianças quando perguntam os "porquês") o exótico no que está petrificado dentro de nós pela reificação e pelos mecanismos de legitimação.”
(DAMATTA:1978:28-29)

Resisti bastante a colocar aqui estas questões mais pessoais, duvidei o quão útil elas poderiam ser ao leitor, mas ao refletir sobre o estranhamento de questões familiares penso que elas são importantes. Este contexto familiar fez com que enquanto algumas pessoas se espantavam com os grupos pela humanização do parto e sua proposta pelo nascimento em casa, eu visse isto como uma possibilidade próxima, mesmo que com notas de excentricidade. Por outro lado, me espantei em campo com a rejeição ao rótulo de “hippie”: o que para os meus pais compunha um conjunto de ideais, para o grupo que eu estava estudando era um estereótipo negativo, atribuído por aqueles que queriam diminuir suas escolhas e decisões. Nesse movimento foi interessante descobrir em que sentido minha história pessoal e familiar se inseria no movimento mais amplo de revisão do parto e as transformações que os ideais deste passaram no decorrer destes anos, chegando à configuração atual.

A discussão sobre a função da Antropologia e das Ciências Sociais na sociedade inquieta aqueles que têm o desejo de efetuar mudanças em algum contexto social e é extensa: será que é papel do antropólogo ter uma atuação política efetiva? Ou será que o papel dele é como Geertz define:

“Examinar dragões, não domesticá-los ou abominá-los, nem afogá-los em barris de teoria, é tudo em que consiste a antropologia. [...] Tranquilizar é tarefa dos outros; a nossa é inquietar. Australopitecos, Malandros, Cliques Fonéticos, Megalitos: apregoamos o anômalo, mascateamos o que é estranho, mercadores que somos do espanto.” (GEERTZ:65)

Obviamente não possuo esta resposta, mas vejo sim a escolha de um tema de estudo como potencialmente política. Mesmo que o antropólogo em questão não queira produzir nenhuma forma de mudança social a partir do seu trabalho e esteja mais interessado em examinar dragões do que domesticá-los, a escolha do tema passa pelo o que o instiga, o incomoda, alimenta a curiosidade e mobiliza seus afetos – podendo isso ir tanto na direção da simpatia quanto da antipatia, a respeito da qual o trabalho de Crapanzano (1985) - que se dedica a pensar as relações e efeitos de dominação na vida cotidiana na África do Sul dentro do minoritário grupo branco que exerce esta dominação sobre o restante da população - é um excelente exemplo da mobilização por estudar um grupo pelo qual não se simpatiza.

Evidente ainda que a escolha por um meio ativista esteja mais fortemente imbuída destes afetos. Certamente este meu contexto familiar influenciou muito a escolha do tema de pesquisa, pois havia o desejo de compreender melhor o que havia levado os meus pais a fazerem tal escolha. Mas, para além disso, se eu escolhi realizar um trabalho sobre parto normal é porque vejo este

como uma prática importante na construção da feminilidade, os temas relacionados à maternidade me atraem e porque concordo com uma série de argumentos presentes no discurso das ativistas deste movimento, principalmente os relacionados à liberdade da mulher poder escolher que tipo de parto quer.

Exponho essas motivações assim abertamente por considerar importante a sinceridade metodológica, sendo meu dever informar ao leitor sobre o meu posicionamento. Dito isto, sei que devo ter um cuidado metodológico com relação às minhas posições, afinal, o fato de me identificar com partes deste discurso militante não deve permitir que meu trabalho seja um panfleto pró-parto-normal. Aliás, considero que a melhor forma de auxiliar a luta de um grupo estudado é realizar um trabalho de forma mais “neutra” possível, de tal forma que este possa ser considerado pelo seu valor científico, o que valorizaria uma possível apropriação do mesmo pelo grupo.

Seguindo estas noções de metodologia busquei os caminhos que me pareceram mais produtivos para o estudo deste grupo. Os dados de campo aqui apresentados foram construídos através de duas vias principais, que definidos por mim como duas modalidades: o campo “presencial” e o “virtual”, termos estes que uso apenas para definir o lugar do pesquisador durante os acontecimentos sociais, e não como uma escala que definiria do mais real e mais verdadeiro para o menos real e artificial.

É possível encontrar na rede diversos sites e blogs de caráter militante pelo parto normal, que são mantidos por profissionais da saúde e/ou por ativistas. Nas redes sociais existem diversos grupos destinados ao ativismo pelo parto e discussão a respeito de gravidez e maternidade, havendo também fóruns de discussões temáticos menos vinculados ao movimento, mas onde ainda assim existe um volume considerável de ativismo pelo parto normal. Os dados obtidos através do acompanhamento de espaços virtuais foram de tal forma importantes justamente pelo local privilegiado que esses espaços possuem para o próprio movimento, que se articula em grande medida através desses meios de troca e mobilização virtual.

Como questão metodológica para campos feitos parcial ou totalmente em meios virtuais, creio que alguns pontos devem ser pensados, entre o que as normas de escrita acadêmica indicam como regra para o uso de referências online e o compromisso da disciplina com o anonimato de seus interlocutores. Penso que é o dever de um trabalho como este questionar que ao incluir um link informando onde determinada frase foi escrita estamos tornando nossos interlocutores facilmente identificáveis. Pode-se argumentar que o que é escrito em fóruns e redes sociais está aberto ao público, mas o fato é que foi escrito em um momento, destinado a um público específico, em um meio onde o constante acúmulo de informação brevemente o soterraria em um limbo de outros escritos, mais dificilmente encontráveis.

Dentro das limitações fiz o possível para tornar a localização das falas menos identificável,

em alguns sites como o Facebook isso é mais fácil, uma vez que, além de o conteúdo dos grupos serem exclusivos aos seus membros, o site não permite um link direto para uma postagem específica. Outros casos, como as falas publicadas em blogs, infelizmente permitem mais facilmente identificar aqueles que as proferiram. Em uma tentativa de manter o anonimato os nomes dos grupos em redes sociais foram trocados, bem como a maioria dos nomes próprios, à exceção daqueles diretamente identificáveis por textos ou livros assinados em seu nome. Busquei que estas exceções fossem feitas no menor número possível, apenas quando havia uma associação entre a pessoa e alguma fonte escrita autoral que não poderia ser ignorada. Como em qualquer trabalho antropológico, é provável que os envolvidos no meio identifiquem algumas pessoas, mas penso que esse recurso ainda é eficaz em preservar um pouco - ou ao menos dificultar o acesso - a identidade dos interlocutores para pessoas de fora do campo. Segue, porém, o protesto e a reflexão de que deveríamos questionar as normas de redação acadêmica para referências online, principalmente quando elas atacam diretamente um dos pilares éticos de nossa disciplina.

Infelizmente estas questões me impactaram somente na fase de escrita deste trabalho, quando não havia mais tempo hábil para um maior investimento em como outros pesquisadores que realizam campos em meios virtuais lidaram com esta problemática, porém considerei importante destacar que este é um ponto que merece nossa reflexão uma vez que os meios virtuais têm se tornado recursos importantes em diversos temas de pesquisa.

O campo “presencial” foi realizado em uma série de eventos divulgados nesses meios virtuais, com a proposta de discutir sobre parto e transmitir informações, seja voltado para usuárias ou profissionais. Esta é uma distinção importante para esse estudo. As ativistas se dividem nestas duas categorias: usuárias - seria a forma de designar aquelas que utilizam o sistema de saúde, normalmente elas se envolveram com o movimento enquanto buscavam o seu parto normal; profissionais - seria o outro grupo que se engaja pela questão do parto e da assistência de saúde, os profissionais, sendo compostos majoritariamente por profissionais da área da saúde que atuam diretamente na assistência ao parto, como de áreas próximas, que atuam na assistência durante a gestação e o puerpério¹⁰, como nutricionistas e psicólogos, bem como profissionais que não atuam na assistência de saúde, mas que utilizam suas atividades profissionais com questões relacionadas ao movimento, como jornalistas, advogados, historiadores e mesmo antropólogos (segundo informações dadas pela presidente da rede de profissionais pela humanização do nascimento (REHUNA)). Cada um desses dois grupos se organiza em associações e redes distintas, havendo uma ativista (usuária) que é apontada como de papel principal, justamente por realizar a ponte entre os dois grupos, ocupando cargos de importância tanto em uma rede de usuárias como em uma de profissionais, de forma a atuar enquanto mediadora entre ambos.

¹⁰ Fase pós-parto.

Optei por me referir às *ativistas* no feminino, não porque não existam também homens ativistas, mas porque no discurso nativo essa denominação é feita desta forma, sendo mais fortemente associada ao grupo das usuárias (apesar de não exclusivamente) e neste grupo a predominância de mulheres é absoluta. Os poucos homens presentes tendem a ter participação menos constante e sua presença está diretamente relacionada à participação de sua companheira no grupo. Os profissionais também são considerados ativistas, mas tendem a ser denominados por suas profissões.

Assim acompanhei uma série de palestras ministradas por médicos “humanizados”, oferecidas no instituto de Valéria, figura conhecida do movimento, doula e instrutora de ioga para gestantes. Estas eram voltadas principalmente para grávidas e seus companheiros, locais que eu dizia frequentar “sem barriga e sem marido” em grande contraste com o público majoritário, em que, independente do tema a ser tratado naquela sessão, a maioria delas girava em torno das mesmas questões: trabalho de parto, procedimentos durante o parto e modalidades de parto, que correspondiam aos temas que aquelas mulheres mais tinham dúvidas e inseguranças. No mesmo lugar se realizavam também palestras a respeito de amamentação e cuidados com o bebê.

Durante este tempo de pesquisa houve uma considerável efervescência das questões ligadas ao movimento, tendo ocorrido em junho de 2012 a primeira Marcha organizada pelas ativistas, a Marcha do Parto em Casa, que foi realizada em cerca de 30 cidades por todo o país, e que eu acompanhei no Rio de Janeiro. Esta será abordada principalmente no capítulo 4 desta dissertação.

Tive a oportunidade de participar também de palestras de dois obstetras de atuação fundamental para o movimento em nível nacional, e mesmo de projeção internacional: Ricardo, da região Sul do país e Melania, da região Nordeste. A palestra de Ricardo foi realizada por ocasião do lançamento de seu livro, no mês de junho de 2012, e se dedicou a abordar o movimento pela humanização do parto em um contexto global. A proferida por Melania foi dedicada ao seu tema de especialidade dentro do movimento: o levantamento de evidências científicas que dão suporte às práticas de parto humanizado. Ela também é autora de um blog com o mesmo objetivo, muito lido e divulgado pelas ativistas, que possui em seu título uma resposta aos críticos que dizem faltar ao movimento estudos que embasariam práticas ligadas à humanização. A resposta através do blog é que estes estudos existem em profusão, indicando assim que quem necessitaria estudar mais seriam aqueles que fazem estas críticas infundadas.

Certamente o momento mais produtivo do campo foi durante o 21º Encontro Nacional de Gestação e Parto Natural Conscientes, que aconteceu de 23 a 25 de novembro de 2012, na cidade do Rio de Janeiro. A primeira edição deste encontro foi realizada em 1979, o segundo veio a ocorrer apenas em 1992, sendo anual desde então, e no grande intervalo entre o primeiro e o segundo foram realizados encontros variados, mas com outros nomes. De forma a tornar a escrita mais fluente,

daqui em diante me referirei a este evento simplesmente como “Encontro”, tal como é chamado no discurso nativo.

Apesar de não atingirem grandes públicos - mesmo na edição que pude acompanhar o fato de o auditório não estar cheio, foi falado por diversos participantes, porém sob um clima de “somos poucos, mas somos bons” – o fato de estar sendo realizado há tanto tempo mostra que o movimento sobre o parto estava se formando em tempo próximo ao movimento internacional de revisão do parto (sobre o qual abordarei em mais detalhes no capítulo 2), tendo este contado inclusive com a influência de obstetras brasileiros, como os Parciornki, pai e filho, responsáveis pela propagação do parto de cócoras.

O encontro contou com a presença de Claudio Parciornik e a exibição de um filme produzido a partir do trabalho realizado em conjunto com o seu pai, Moises Paciornik, já falecido. O trabalho surgiu a partir da atuação dos Parciornik em comunidades indígenas, enquanto agentes da saúde indígena no Estado do Paraná, através do qual constataram que estas, apesar de darem à luz algumas vezes, não possuíam lacerações de períneo, e demais “efeitos colaterais” que as mulheres de nossa sociedade poderiam estar sujeitas após terem filhos. Assim observaram as formas de nascimento por elas adotadas, produzindo um filme que foi exibido pela primeira vez em um congresso mundial de medicina, em Tóquio, na década de 1970, época em que os Paciornik já haviam realizado mais de 800 partos de cócoras.

No “Encontro” houve uma breve mesa de debate após a exibição deste filme, onde os integrantes desta mesa assinalaram que este possuía um aspecto revolucionário ainda nos dias de hoje, por mostrar mulheres dando à luz em ambiente hospitalar, mas com plena autonomia: a cena constante é a de uma mulher acorçada no chão, sozinha, parindo sem o auxílio de aparatos médicos, ela mesma amparando seu filho após o nascimento e o trazendo junto ao peito. Transmite uma forte imagem a respeito do que seria o protagonismo da mulher no parto.

O Encontro deste ano teve oito mesas redondas e quatro palestras, espaços onde os profissionais e/ou ativistas mais envolvidos com as questões ligadas a humanização do nascimento debateram questões ligadas ao movimento. Nos períodos entre essas atividades foram exibidos filmes, como o citado, e proferidos relatos de parto, onde mulheres que pariram recentemente através de um parto humanizado relatam sua experiência, acompanhadas de seus filhos e por vezes de seus maridos, que também davam seu depoimento. Ainda pude acompanhar neste evento a plenária da Rehuna. Os encontros podem ser vistos também como espaços para relembrar as lutas e conquistas, compartilhar experiências e assim motivar as pessoas a continuarem atuando pela causa.

Do ponto de vista metodológico o Encontro também foi muito importante pois foi a situação que permitiu que eu me apresentasse e conversasse com mais pessoas enquanto pesquisadora. Pude então perceber que ocupo um lugar de certa forma reconhecido pelo grupo, não por estarem

familiarizados com a figura do antropólogo especificamente, mas por ser comum que pessoas envolvidas no meio realizem estudos em suas respectivas áreas sobre o movimento de tal forma que se colocar ali enquanto pesquisadora não era tão incomum, apesar de meu objeto de estudo não ser o mesmo que o dos profissionais da saúde: eu dizia que não estava ali para estudar sobre parto, mas sobre elas.

Além deste ponto, outros dois me tornavam uma figura um tanto diferente deste grupo de pesquisadores/ativistas tal como era comum encontrar ali. O primeiro era que as pessoas não me reconheciam de nenhuma situação militante anterior. O segundo, e principal, era o fato de eu não ter filhos, devido a que o momento de gestar e parir ser considerado pelas ativistas como uma via principal para a “saída da Matrix¹¹”, algo semelhante à tomada de consciência, momento onde se passa a enxergar as coisas de uma nova forma, se opondo ao que está posto pela sociedade de como as coisas deveriam ser.

Apesar desses pontos convergirem em uma imagem de alguém talvez muito jovem e inexperiente, seja em termos de estudos na área como em experiência de vida, a recepção quando eu me apresentava era positiva, sendo seguida por uma avalanche de referências bibliográficas que eu deveria ler para a minha pesquisa. Algumas eram mais dispersas, de outras áreas do conhecimento, como a psicologia (principalmente Reich), mas também recebi excelentes recomendações de historiadores e mesmo de trabalhos antropológicos sobre o tema, alguns dos quais eu já vinha trabalhando, outros que busquei incorporar, como os de Davis-Floyd (2003 e 2012), antropóloga americana que ocupa uma posição bem atuante dentro do movimento pela humanização mundial e também mantém contato com pessoas do movimento brasileiro.

Ao fazer uma postagem em um grupo do Facebook, me apresentando enquanto pesquisadora, a recepção foi semelhante, porém ali várias mulheres se apresentaram enquanto antropólogas ou cientistas sociais, expressando o desejo de estudar sobre o tema ou contando sobre suas pesquisas, trocamos assim referências bibliográficas.

Além disso, considerando que este assunto esteve muito em alta durante os últimos anos, pude também contar com matérias de jornais e revistas, que além de trazerem informações produziam dados pela discussão que provocavam nos meios ativistas.

Considerando em se tratar de um tema da área de saúde, recorri também a trabalhos na área médica sobre o assunto. Estes, ao serem incorporados na escrita do texto, o serão na qualidade de dados etnográficos, expresso pelas letras em itálico no seu uso.

Durante a pesquisa houve um momento em que o enfoque no grupo de ativistas não estava

¹¹ Referência aos filmes da trilogia Matrix (1999, 2003 e 2003), onde o personagem principal acessa um outro nível de realidade, descobrindo que o mundo tal como conhece é na verdade uma mera simulação (a Matrix) e passa a acessar como as coisas realmente são.

tão claro, e por algum tempo considerei abordar como determinadas mulheres realizavam esta busca pelo parto normal. Na intenção de acompanhar esta trajetória cheguei a entrevistar duas mulheres, Isa e Dani. Ambas estavam querendo ter um parto normal, porém não estavam diretamente envolvidas com o ativismo, apesar de buscarem as informações disponibilizadas por estas redes. Conheci as duas no convívio universitário, sendo elas pós-graduandas. Foram feitas duas entrevistas: a primeira quando elas estavam ao final da gestação, e a segunda cerca de um mês após terem tido seus filhos. As entrevistas com Isa foram realizadas em sua casa; já com Dani, a primeira foi realizada no próprio campus da universidade, e a segunda em sua casa. Conforme fui tendo mais clareza sobre o que estava pesquisando considerei que as entrevistas com mulheres que estavam orbitando o movimento pela humanização não seriam o meio ideal para a construção dos dados necessários para a questão, de forma que abandonei esta estratégia. Apesar de não ser significativo do ponto de vista estatístico foi significativo para mim que, ao final, ambas não conseguiram que os seus partos fossem normais, passando por cesáreas. A partir do contato com elas e suas trajetórias ficou claro para mim o quanto essa busca é difícil.

Houve ainda mais uma entrevistada, Julia, também pós-graduanda, me foi indicada por Dani, que me disse que ela possuía uma história de parto domiciliar maravilhosa, que eu deveria ouvir. Marcamos uma entrevista após ela assistir uma apresentação minha de parte deste trabalho. Como o filho dela já havia nascido há cerca de cinco anos, foi feita apenas uma entrevista, no campus da universidade. Diferente de Dani e Isa, ela fazia parte da rede de ativismo, e assim trouxe elementos importantes para a minha compreensão sobre como esta rede se articula.

Sendo todas elas estudantes de áreas afins à Antropologia foi propiciado um diálogo interessante, e nas entrevistas eu percebia que elas buscavam pensar o que seria importante para mim do ponto de vista antropológico, constituindo, desta maneira, interlocutoras deste trabalho.

0.2 Construção de questões

O contato com este material de campo me permitiu vislumbrar que, apesar da questão de como “natureza” e “cultura” são mobilizadas nestes discursos ser fundamental ao se trabalhar com este tema, as questões relacionadas à agência, reflexividade e individualismo se sobrepõem. Estas mulheres, ao se indagarem “*O que estaria acontecendo com a mulher brasileira? Seríamos nós diferentes de todas as outras? Esquecemos de como dar à luz?*”¹² partem do questionamento da ordem das coisas tal como são apresentadas à elas por diversos meios - como a família, os amigos,

¹² Retirado de <http://www.amigasdoparto.com.br/apresenta.html>, em 20/07/2011.

os médicos e a mídia - expressando o incômodo e a rejeição à uma visão que, ao ver delas, coloca a mulher como incapaz de parir. Entendendo que nesta visão o parto seria muito mais dos médicos do que das próprias mulheres, que reivindicam para si o protagonismo neste evento. Estão pensando seu papel no mundo e se portando como agentes de suas vidas, buscando caminhos para viver o momento do parto de acordo com os seus valores. A escolha por este caminho, apesar de se encontrar dentro do campo de possibilidades (VELHO:2003) presentes em nossa sociedade, pode por vezes apresentar uma série de impedimentos e resistências: elas devem dialogar e mesmo convencer familiares, médicos e amigos, se armando de estratégias para vencer esses impedimentos. Esta questão será o fio que ligará todos os capítulos.

A discussão sobre agência se insere no debate indivíduo/sociedade, onde é indagado qual é o espaço da possível de autonomia do indivíduo em relação à estrutura social. Como aponta Sahlins (2004), este não é um movimento unilateral de opressão da estrutura sobre o indivíduo havendo uma margem de negociação:

“O indivíduo é um ser social, mas nunca devemos esquecer que é um ser social individual, com uma bibliografia que não é idêntica à de ninguém mais. [...] Isso significa que a vida em sociedade não é uma genuflexão automática diante do ser superorgânico, mas antes, um rearranjo contínuo de suas categorias nos projetos de existência pessoal.” (SAHLINS:2004:309)

Para pensar esta questão, as noções de Velho (2003) de campo de possibilidades e projeto serão importantes. Definidos pelo autor da seguinte forma, nos ajudam a pensar a relação entre indivíduo e estrutura social:

“*Campo de possibilidades* trata do que é dado com as alternativas construídas do processo sócio-histórico e com o potencial interpretativo do mundo simbólico da cultura. O *projeto* no nível individual lida com a performance, as explorações, o desempenho e as opções, ancoradas a avaliações e definições da realidade.” (VELHO:2003:28)

A negociação estabelecida entre os projetos individuais e o campo de possibilidades é destacada pelo autor, onde cada indivíduo possui um potencial de metamorfose, uma vez que o repertório de papéis sociais de cada indivíduo está condicionado à múltiplas realidades:

“Os projetos individuais sempre interagem com outros dentro de um campo de

possibilidades. Não operam num vácuo, mas sim a partir de premissas e paradigmas culturais compartilhados por universos específicos. Por isso mesmo são complexos e os indivíduos, em princípio, podem ser portadores de projetos diferentes, até contraditórios. Sua pertinência e relevância será definida contextualmente.” (VELHO:2003:46)

A já mencionada “saída da matrix” pode ser também pensada nesses termos, muitas vezes significando uma ruptura com o pensamento do grupo de origem, adentrando um novo universo de valores e trocas. Uma estratégia interessante nesse sentido é a expressa pelo obstetra Vinícius em uma palestra:

“O primeiro passo para ter um parto normal é mentir a DDP (data provável de parto)! Mintam a DDP para a família, para os amigos, pros vizinhos, se não mal vocês tiverem completado 37 semanas o telefone já vai estar tocando sem parar, com gente querendo saber se já nasceu. Isso só gera ansiedade.”

Ele não é o único a dar este conselho, no último ano duas modelos famosas deram à luz naturalmente, em data próxima, pegando os jornais de surpresa. Ativistas fizeram observações como “taí mulher inteligente: mentiu a DDP e teve o filho em paz”.

Pensar a questão da agência dentro deste grupo implica tensionarmos e problematizarmos o que ele quer dizer ao demandar o direito de escolha da mulher sobre seu parto e corpo. O que esse direito abarcaria? Há limites a ele? O que a mulher teria o direito de demandar? Estas questões aparecem de forma mais latente quando o direito de demandar o parto normal autoriza o direito por demandar uma cesárea. Como as diversas vozes se posicionam dentro deste debate? Problemática fundamental para a questão da agência, de forma que diversas questões no campo se orientam para ela, assim será abordada em diversos momentos ao longo desta dissertação.

0.3 Capítulos

O primeiro capítulo, intitulado *Que parto é esse - definição de categorias e contextualização histórica da assistência ao parto*, tem o intuito de oferecer ao leitor o aparato geral para a compreensão da questão central desta dissertação. Nele buscarei definir a que corresponde os diversos nomes de tipo de parto, aparentemente semelhantes, entre o parto normal, o natural e o humanizado existem variações significativas.

A segunda parte desde capítulo realizará uma contextualização histórica da assistência ao

parto no Brasil, mostrando o processo em que um saber feminino e domiciliar passou a ser masculino e hospitalar. Nele busco também identificar o processo que tornou a cirurgia cesariana a forma preferencial de parto. Pretendo também ampliar a discussão sobre a humanização, abordando como ela não é exclusiva da obstetrícia, aparecendo em diversas áreas de cuidados da saúde.

O segundo capítulo recebeu o título de *Discursos sobre emoções nos autores protagonistas do movimento de revisão do parto*, e aborda as teorias do movimento de revisão do parto, baseando-me no levantamento realizado por Tania Salem (2010), no qual busco analisar os discursos sobre emoções presentes nestes autores. Neste capítulo pretendo também analisar os discursos sobre emoções destas mulheres com relação ao parto e à maternidade. Abordarei também como o discurso sobre emoções pode ser utilizado como discurso político (LUTZ & ABU-LUGHOD:1990).

O objetivo deste capítulo é realizar a passagem entre a contextualização histórica da assistência ao parto realizada no capítulo 1 para as questões diretamente relacionadas ao movimento pela humanização do parto, enfocadas nos capítulos 3 e 4. Assim neste capítulo abordo o movimento de revisão do parto, ocorrido em nível internacional, onde a forma como a assistência estava estruturada começa a ser fortemente criticada. Essas são as bases teóricas e o início do movimento pela humanização, cujos autores principais são ainda hoje referência para o movimento, de uma forma ou de outra, como irei abordar.

O terceiro capítulo foi chamado de *Natureza e cultura nos discursos médicos nos dias de hoje* e realiza a análise dos discursos médicos ligados tanto ao movimento pela humanização quando ao modelo que este critica, iniciando com o debate entre partidário da cesárea e do parto normal, e ampliando para a percepção de que estes constituem modelos distintos de assistência, denominado então de tecnocrático e humanista. Na análise do discurso de ambos buscarei olhar como noções de natureza e cultura são utilizadas nos argumentos destes de legitimação de discurso. Além dos discursos médicos, busco incorporar a fala de mulheres, de forma a pensar como elas leem e se relacionam com este discurso médico.

Neste capítulo enfoco também o processo que os médicos efetuam, da passagem do modelo tecnocrático, adquirido em sua formação nas escolas de medicina, para o modelo humanístico. Sigo então para a discussão feita pelo grupo a respeito do que seria realmente uma prática humanizada, buscando abordar a multiplicidade de vozes e visões a respeito.

Por fim penso a respeito dos momentos em que este embate entre modelos de assistência é mediado pela Justiça, buscando apreender como os atores sociais se relacionam com ela, encontrando por um lado o receio frequente dos médicos e demais profissionais da assistência ao parto de enfrentarem um processo e pelo outro uma visão crescente de que a justiça pode ser usada como aliada na demanda por direitos.

O quarto capítulo foi chamado de *Mulheres em busca de um parto normal – o que esta*

demanda tem a nos dizer sobre o feminismo, onde proponho pensarmos o movimento de mulheres pelo parto normal em oposição a uma vertente clássica do feminismo que atribuía à dominação masculina à associação da mulher com a esfera da natureza, e assim, propunha a libertação destas a partir da dissociação desta esfera. Como se pode perceber esta é uma proposta muito distinta da de mulheres que estão atualmente demandando o direito de darem à luz de acordo com a sua natureza, evidenciando uma visão em que esta natureza é muito mais positivada do que negativizada.

Abordo como este grupo não se autodenomina enquanto feminista, atribuindo a noção de feminismo ao que outros grupos fazem e com os quais não conseguem manter muito diálogo. Como ponto de discordância principal em relação a estes grupos feministas aparece a questão do aborto, e mesmo dentro do próprio movimento, esta questão tem o poder de provocar discordâncias, como irei desenvolver ao longo deste capítulo.

Neste capítulo trago a descrição etnográfica de um dos principais eventos ocorridos no campo neste tempo de pesquisa, a Marcha do Parto em Casa, e também desenvolvo como este grupo se organiza e atua utilizando meios virtuais.

Capítulo 1

Que parto é esse?

**Definição de categorias, contextualização histórica e
humanização da assistência**

Um questionamento inicial que motivou minha pesquisa surgiu a partir da leitura de matérias jornalísticas que apontavam o Brasil como o campeão mundial na realização de cesáreas. Segundo as estatísticas trazidas por Davis-Floyd (2003), em 2000 foram realizadas no Brasil 40% de cesáreas, considerando todos os partos realizados, e 70 a 80% nos hospitais privados. Dentre os países da América Latina o México não estaria muito atrás de nós, considerando apenas os partos hospitalares, onde as taxas de cesárea estariam então em 40%. O que diferencia o quadro mexicano do nosso é o elevado número de partos realizados por parteiras nas áreas rurais. Em países como China e Taiwan este quadro se repete, com os índices hospitalares acima de 50%, porém com grande parte dos nascimentos ocorrendo em áreas rurais, com a assistência de parteiras. Apesar desses países não apresentarem uma taxa tão totalizadora quanto a nossa, os dados hospitalares sinalizam para o compartilhamento do modelo tecnocrático de assistência da medicina ocidental, a respeito do qual falaremos ainda neste capítulo e no capítulo 3. Antropóloga e ativista pela causa do parto humanizado, a autora aponta que em seu país, EUA, a taxa estaria em 25%, o que atribui à atuação de grupos de ativistas pelo nascimento, que “fazem barulho” cada vez que esta taxa aumenta. Lembrando ainda que o referencial ideal apontado pelos grupos ativistas é o da OMS, que preconiza que apenas 15% dos nascimentos teriam indicação real de cesariana.

Este “título” brasileiro de “número um do mundo em cesáreas”, muitas vezes abordado em tom de denúncia, me instigou a tentar compreender o que levaria algumas mulheres a se colocarem contra esta tendência, buscando realizar o pré-natal e parto com médicos que incentivem, ou ao menos permitam, a possibilidade de um parto “normal”, e como elas fariam para conseguir isso. Sendo um contexto etnográfico com diversas categorias que ao primeiro olhar podem parecer as mesmas, mas que guardam diferenças consideráveis, penso ser importante explicitá-las aqui, bem como realizar uma contextualização histórica da assistência ao parto no Brasil, que nos ajudará a compreender como chegamos a esta posição de recordistas mundiais na realização de cesáreas. A partir daí passarei a abordar o que seria a humanização da assistência proposta pelo movimento e seus desafios.

1.1 Assistência ao parto no Brasil

A historiadora social Brenes (1990) aborda o processo em que a assistência ao parto deixou de ser um assunto doméstico e feminino, realizado por parteiras oriundas das camadas populares, também conhecidas como aparadeiras e comadres (devido à prática de estas batizarem os bebês que trouxeram ao mundo) passando a ser um processo médico e masculino. Vieira (2008) aborda o processo histórico de como o corpo feminino passou a ser objeto na medicina, dando ênfase a esse processo no Brasil. Utilizarei o trabalho destas duas autoras para realizar uma contextualização

histórica da assistência ao parto, entremeada por pontos onde o trabalho de Rodrigues (2008) nos permite pensar os desdobramentos deste processo histórico.

Esta mudança no olhar sobre o parto é progressiva, se iniciando com a implementação das Escolas de Medicina, que ao longo do século XIX foram construindo esta mudança, onde o parto deixa de pertencer à esfera doméstica e feminina para se tornar hospitalar e masculino. Apesar de nesse primeiro momento as parteiras serem consideradas as pessoas mais capacitadas para realizar partos há também sobre elas grandes suspeitas:

“As parteiras enfrentavam suspeição, porque se entendia que elas podiam provocar o aborto, promover esterilidade, acobertar mulheres adúlteras e praticar feitiçaria. Tinham, então, ao contrário dos homens, controle sobre a reprodução, fenômeno muito importante por suas implicações políticas e econômicas.” (RODRIGUES:2008:178)

A implementação das escolas se dá com a chegada da Corte Portuguesa, em 1808, sendo a primeira na Bahia e a segunda no Rio de Janeiro. Em suas primeiras décadas ambas as escolas foram marcadas pela precariedade no ensino e reprodução de modelos europeus. As artes obstétricas começam a ser ministradas em 1809 no Rio de Janeiro, e somente dez anos depois, em 1819, na escola baiana.

Além das dificuldades técnicas comuns às demais áreas médicas, a obstetrícia sofreu ainda com outros conflitos que entravaram a sua institucionalização, entre eles a noção de que esta seria uma área menor da medicina, relacionado ao fato de ter sido até então exercida por mulheres (VIEIRA: 2008). Segundo Gilda Rodrigues esta noção ainda se mantém:

“Ainda hoje, os obstetras são desprezados por colegas de outras especialidades. Argumentam que eles optaram por uma área tão vulgar, porque têm baixa capacidade intelectual. A obstetrícia constitui, junto à medicina legal sanitária, o mais baixo extrato da medicina.” (RODRIGUES: 2008:181)

Outro entrave para a prática do parto hospitalar era a ausência de mulheres que concordassem em se submeter a eles. Segundo Vieira, a resistência das mulheres se relacionava a vários fatores: “a tradição de abrigo aos pobres dos hospitais, a moralidade da época e os perigos das artes obstétricas rudimentares de então.” (2008:55). Brennes também aponta a desconfiança das mulheres com relação aos hospitais e como isso dificultou a implementação da obstetrícia:

“Inúmeras foram as técnicas empregadas para atrair o público feminino aos locais de internamento. [...] O que podemos perceber é que, apesar de atenderem ao chamado médico, as mulheres viam a clínica como um local ao qual deveriam acorrer num momento de grande necessidade, desconsiderando, porém, a continuidade do tratamento. Isto em muito dificultou o trabalho médico, pois a eles interessava a permanência das mulheres na clínica para observação e testes.” (BRENES, 1991)

No Brasil, devido a esta ausência de material humano o ensino obstétrico permanece por décadas tendo enfoque teórico e utilizando bonecos para simulações (VIEIRA: 2008). Mesmo até o final do século XIX muitos médicos se formavam sem terem visto ao menos um parto ou exame obstétrico. Nas primeiras décadas do século XX, progressivamente os serviços médicos vão se expandindo, o que leva a validação do seu monopólio, tornando-se uma questão social através do surgimento de uma medicina pública, produzida pela interferência do Estado.

Segundo Rodrigues, na Europa o parto começa a se tornar um assunto hospitalar um pouco antes do que aqui, já sendo expressivo no século XIX. Este processo foi marcado pela morte de diversas gestantes, causadas pela febre puerperal, devido ao até então desconhecimento dos agentes de infecção e a consequente ausência de métodos para evitá-los.

O ideal vigente nesta primeira fase de implementação da medicina nacional é o da higienização, com o propósito de lidar com as questões de salubridade urbana, controlando e prevenindo doenças e a mortalidade. (VIEIRA:2008). Nesse momento a mulher passa a ser valorizada como aquela que implantará esses preceitos dentro do lar, no cuidado com os filhos. O segundo momento ocorre a partir de 1870 em que a medicina passa a ter a função de transformar os indivíduos da sociedade, abrindo espaço para que ideias relacionadas à eugenia e ao melhoramento da raça passem a serem debatidas, já no início do século XX.

Durante a primeira metade do século XX, países como os Estados Unidos e a Alemanha utilizaram a esterilização compulsória como meio de controle populacional de grupos indesejados, porém foi só a partir da década de 1950 que a esterilização passou a ser uma opção voluntária. No Brasil seu uso cresceu a partir dos anos 1960, integrando ações de planejamento familiar, que, segundo Rodrigues seriam práticas de eugenia encobertas, devido aos médicos estarem imbuídos de pressupostos neomalthusianos e acreditarem ser sua função social diminuir o número de pobres no mundo, recomendando a ligação tubária principalmente às pacientes pobres, que não teriam como criar seus filhos dentro de um padrão tido por eles como de paternidade responsável.

A prática de *“aproveitar a cesárea para ligar as trompas”*, teria sido a porta de entrada para a cirurgia cesariana passar a ser mais recorrente, como mostram os números recolhidos por Vieira:

“Entre 1970 e 1987, o índice subiu de 15% para 31% (Ratner, 1996). Em 1992, o percentual no estado de São Paulo foi estimado em 53% (Faúndes & Cecatti, 1993) [...] Em 1986, 29% das mulheres brasileiras em união sexual estavam esterilizadas (Oliveira & Simões, 1988); em 1996 este índice cresceu para 40% (Bemfam, 1997).” (VIEIRA:2008:66)

No estudo efetuado em um hospital público da cidade de Juiz de Fora em 2009-2010, intitulado *Fatores culturais determinantes da escolha da via de parto por gestantes*, Figueiredo *et al* encontraram que, dentre as que escolheram a cesárea, metade delas seria motivada pelo desejo de realizar a laqueadura tubária (2010). Uma vez que o hospital onde o estudo foi realizado é centro de referência neste procedimento de direitos reprodutivos é de se observar que nele o número de cesáreas com esta justificativa será maior do que a média, porém este dado ainda aponta que continua justo supor que ainda hoje este é um fator a ser considerado quando nos questionamos sobre os motivos da escolha pela cesárea.

Apontando a ligação tubária como argumento principal para a rotinização do procedimento, Rodrigues destaca também outros motivos:

“Outras justificativas surgiram depois, como a necessidade de compatibilizar o atendimento a uma mulher com o horário de trabalho do médico, a economia de tempo, a preservação da higiene do períneo para não interferir na satisfação sexual, a redução do sofrimento no trabalho de parto, o acesso ao serviço de anestesia pela previdência social, etc.” (2008:186)

Este processo histórico conforma o modelo tecnocrático de assistência atual, que, segundo Davis-Floyd (2003), implica o uso de uma ideologia do progresso tecnológico como busca para poder político, sendo composto, portanto não apenas pela dimensão tecnológica, mas também pelas dimensões hierárquicas, burocráticas e autocráticas.

Maia (2010) opõe o modelo de assistência médica humanizada a este então mais disseminado pelo Brasil, em que, segundo a autora, se reproduziria elementos “desumanos”. A cesárea seria o “padrão ouro” desta forma de assistência, por ser um procedimento que dá ênfase à técnica, esta passível de padronização, de forma que todos os partos se tornem muito parecidos, em oposição à imprevisibilidade inerente ao parto normal. Ou seja, segundo ela, o que teria levado à implementação da cesárea como modelo preferencial mais amplo seria a forma como a assistência de saúde como um todo está configurada. Debate ainda a ideia que vem sendo encontrada em

alguns autores de que a cesárea se tornou um bem de consumo, afirmando que este é o argumento utilizado pelos médicos ao serem confrontados com sobre suas altas taxas de cesáreas (MAIA: 2010), um argumento que anda mesma linha do das ativistas que destacam que o direito de escolher uma cesárea é o único direito de escolha da mulher na visão destes médicos.

1.2 Tipos de parto

O termo “parto natural” foi cunhado pelo obstetra Dick-Read (SALEM:2007). Por ele, o emprego feito de “natural” possui dois sentidos: o primeiro associado à ausência de intervenções médicas e o segundo por tomar como referencial positivo os “povos primitivos”. A princípio, eu não diferenciava esta categoria “natural” da categoria “normal”, e, por vezes, tanto estas como “humanizado” eram utilizadas no discurso nativo como sinônimos, ou com significados muito aproximados, tanto que suas diferenciações só foram aparecendo aos poucos. Foi em um almoço informal à beira da praia que tive a felicidade de conhecer duas grávidas antropólogas. Lorena, a primeira com quem conversei, então grávida de sete meses, elucidou a diferenciação entre as duas categorias: *“Eu quero fazer normal [...] Você deveria também falar com a Isa, ela quer natural, natural mesmo, sem anestesia nem nada!”*.

A partir dessa conversa, pude perceber a diferença que já aparecia em discursos, mas não se condensava de forma tão clara: em um parto normal, apesar de ser via vaginal, podem ocorrer diversas formas de intervenções médicas. Entre elas, estão: a aplicação de oxitocina, hormônio que aumenta as contrações uterinas, acelerando o trabalho de parto; a anestesia peridural - mencionada por Lorena - que atenua a dor mas mantém a sensibilidade da mulher, permitindo que ela consiga fazer o movimento de expulsão; a manobra Kristeller, que consiste em pressionar a barriga da mulher no momento da contração, empurrando o bebê em direção ao canal vaginal; e a episiotomia, corte realizado no períneo para aumentar a passagem para o bebê, evitando que este venha a rasgar irregularmente.

Para que o parto possa ser considerado natural, nenhum destes procedimentos deve ser realizado. Como nenhum deles é desejado pelas mulheres que buscam um parto natural, tenho encontrado inclusive discursos no sentido de que estes procedimentos se fariam necessários em cadeia: o hormônio geraria contrações tão vigorosas que potencializariam a dor, levando à anestesia que abalaria a capacidade da mulher em empurrar. Em determinados casos, isso pode acarretar em uma cesárea, ou tornar necessária a manobra Kristeller, que pela rapidez com que leva o bebê ao canal vaginal não permitiria que este se dilatasse completamente, necessitando, assim, da episiotomia, para evitar à ruptura do períneo. Como se pode perceber, neste sistema, todas as

intervenções poderiam ser evitadas se não fosse a aplicação da oxitocina¹³. Também pude perceber que o parto natural é do desejo de muitas mulheres, mas elas se preparam para a necessidade de uma intervenção do gênero, ou mesmo tem na anestesia uma espécie de porto seguro, como a própria Isa me confidenciou: *“Vou lá para ter natural, se ver que não tá dando, peço anestesia”*. Para efeitos de escrita, utilizarei “parto normal” para todos os partos realizados por via vaginal, fazendo a distinção entre as modalidades quando for necessário.

No procedimento da cirurgia cesariana, a mulher recebe a anestesia peridural¹⁴, sendo que em alguns casos a anestesia geral é necessária, nesta modalidade ela não sente dor alguma. Na altura do peito da mulher, é colocada uma tela para favorecer à assepsia. Esta tela impede que a mulher visualize o procedimento e, devido a isso, vem sendo questionada pelos médicos que propõem a humanização da cesárea. É realizada uma incisão transversal de 8 a 10 centímetros, no baixo ventre, próximo aos pelos pubianos. Esta incisão corta sete camadas de tecido; ao alcançar o bebê, o médico irá retirá-lo suavemente. A placenta será removida e o corte fechado com pontos. É frequente no discurso nativo a noção de que se o parto normal provoca maior dor no momento do procedimento, a cesárea, por outro lado, possui um pós-operatório mais dolorido, complicado e demorado.

As alternativas de técnicas existentes para as que buscam um parto normal são muitas, como se pode observar em uma lista que possui o intuito de divulgar onde encontrar esses especialistas em diversas cidades do Brasil, intitulada *Lista de médicos que acompanham parto normal – Obstetras para parto normal e profissionais do parto normal e humanizado*¹⁵. Além do contato dos médicos, estes muitas vezes são acompanhados por comentários que dizem respeito às técnicas que ele realiza – como *“Atende parto hospitalar em cadeira de cócoras”*, *“Faz parto verticalizado (cócoras), e também parto na água”*, e *“Homeopata, atende partos domiciliares, trabalha com equipe que inclui doula¹⁶ e pediatra”* -, às qualidades que correspondem a valores caros ao grupo - *“Calmo, flexível, paciente, e pode atender partos domiciliares”* e *“Ela assiste parto domiciliar, parto na água, desde há muitos anos garante a presença de acompanhantes de escolha da mulher, respeita os tempos do trabalho de parto”* - incluindo também questões de ordem prática, como quais convênios aceita, e se é possível conseguir reembolso com o plano de saúde. A lista ainda inclui enfermeiras e doulas que atuam na assistência a partos.

¹³ Pude depreender esse sistema de sequência de uma postagem no site de relacionamentos Orkut, porém seu conteúdo foi excluído por diversos participantes do fórum, possivelmente devido a estes terem cancelado a sua conta no site.

¹⁴ Tipo de anestesia que não entra na corrente sanguínea e afeta somente uma parte do corpo, mantendo a pessoa acordada.

¹⁵ Retirado de: <http://diariodeumanovamae.blogspot.com/2009/09/lista-de-medicos-que-fazem-parto-normal.html>

¹⁶ Acompanhantes de gestante, que possuem a função de dar apoio físico e emocional à mulher, antes, durante e depois do parto.

É sempre possível que novas modalidades de parto venham a figurar em breve nesse cardápio de possibilidades. Assisti a um workshop ministrado por um casal estrangeiro que há muitos anos realiza cursos de preparação para a maternidade e paternidade bem como a preparação para o parto através de técnicas de hipnose, o *Hipno Birth*. As profissionais da assistência ao parto presentes manifestaram interesse em incorporar essas técnicas à suas práticas. O mesmo workshop também ocorreu em São Paulo.

É possível ainda imaginarmos diversas configurações dos elementos já abordados, pois cada profissional pode selecionar diversas destas e outras influências, sendo que as priorizadas são aquelas vindas da medicina oriental, devido a concepção de que estas técnicas seriam holistas, ou seja, abarcariam corpo, mente e espírito, em oposição à medicina ocidental que se concentraria na materialidade do corpo.

Said (2003) discute como noções homogeneizantes e exotizantes a respeito do oriente foram criadas pelo ocidente, através de uma relação de poder onde o mais forte tem o poder de definir o outro, dizer o que ele é.

“O oriente não foi orientalizado só porque se descobriu que era ‘oriental’ em todos aqueles aspectos considerados lugares-comuns por um europeu comum do século XIX, mas também porque *poderia* ser - isso é, submeteu-se a ser – *transformado* em oriental.” (SAID:2003:32-33)

Dentro desta configuração o oriente se torna o “outro” através do qual o pensamento ocidental definiria a sua própria identidade. Além de elementos negativos que compõem o orientalismo encontramos também visões românticas que buscam a negação do ocidente, transformando esse outro orientalizado em valor a ser positivado.

Laplantine aponta que a gênese da reflexão antropológica é contemporânea à descoberta do Novo Mundo. Segundo o autor, o contato com grupos humanos até então desconhecidos e a busca por desvendá-los pode seguir por dois caminhos:

“Nessa época é que começam a se esboçar as duas ideologias concorrentes, mas das quais uma consiste no simétrico invertido da outra: *a recusa do estranho* apreendido a partir de uma falta, e cujo o corolário é a boa consciência que se tem sobre si e sua sociedade; *a fascinação pelo estranho* cujo corolário é a má consciência que se tem sobre si e sua sociedade.” (LAPLANTINE:1996:38)

No grupo estudado a valorização de técnicas e preceitos atribuídos ao Oriente pode ser

pensada como parte da segunda ideologia que orienta o contato com a alteridade: o grupo em crítica profunda à sua própria sociedade encontra no outro o oposto da sua, passando a positivá-lo, e mesmo, como no caso estudado, a buscar introduzir em sua própria cultura elementos da cultura do outro. Assim partindo da oposição à medicina ocidental são buscadas e positivadas diversas práticas da chamada “medicina oriental”.

A trajetória de Camila mostra bem este movimento. Recém-formada doula, ao me descrever sua trajetória e o curso de doulagem me disse:

“O curso é bem básico, enfoca as técnicas principais. A Valéria mesmo diz pra gente que cada uma tem de encontrar o seu próprio diferencial como profissional. Aí então eu fiz o curso de Shiatsu¹⁷, acho que as duas coisas funcionam bem juntas.”

Como se pode inferir dos exemplos acima, as possibilidades são múltiplas, para as quais a categoria de parto normal é apenas uma síntese que pouco diz a respeito de como cada parto será e através de quais técnicas será realizado.

1.3 Humanização

Utilizarei aqui a definição feita por Mônica Bara Maia de humanização do parto, em *Humanização do parto – política pública comportamento organizacional e ethos profissional* (2010). Segundo esta autora, o modelo de humanização do parto pressupõe que segurança não é sinônimo de intervenção e tecnologia, caracterizando-se como um movimento de contracultura que busca resgatar a humanidade e a individualidade da parturiente, tendo como oposição o ideário do corpo máquina, da mulher como fábrica de bebês e da maternidade como linha de montagem. Busca conhecimentos e práticas que permitam nascimentos saudáveis, garantindo a privacidade, a autonomia e o protagonismo da mulher, com a evitação de procedimentos médicos tidos como desnecessários. A aplicação do modelo passa principalmente pela reformulação da relação entre a mulher e a equipe médica, onde esta passa a ser vista como um sujeito relacional, tendo voz e protagonismo no processo.

É um conceito aparentemente mais identificado com o parto normal, porém encontrei também relatos de cesáreas que foram caracterizadas como humanizadas, e médicos que estão discutindo formas de humanizar a cesárea, como é abordado na reportagem da Folha de São Paulo

¹⁷ Técnica de massagem japonesa que através da pressão dos dedos pelo corpo visa reequilibrar o organismo em seu funcionamento energético e fisiológico, propiciando relaxamento e estimulando o bom funcionamento orgânico.

intitulada “Médicos humanizam cesarianas para torná-las menos traumáticas”¹⁸ (24/01/2008), onde são ressaltados aspectos como o procedimento ser realizado mais lentamente, de forma que a passagem do útero para o mundo exterior não seja brusca, e a mãe possa segurar o bebê logo após o parto, ao invés de ele ser separado imediatamente dela para a realização de exames.

Sobre esta questão deve-se considerar ainda que a categoria humanizado, uma vez que vem ganhando força e adeptos, se tornou um valor simbólico, de forma que muitos profissionais a incorporam em seus discursos, porém sem que sua prática corresponda aos valores de humanização defendidos pelas ativistas. Com relação a esse tipo de prática, e principalmente a respeito de cesáreas que são ditas humanizadas, o movimento se mostra bastante crítico, rechaçando estes que tentam simular valores que não possuiriam verdadeiramente, através do posicionamento de que o médico realmente humanizado não realiza cesárea eletiva. São a favor dos procedimentos relatados na matéria, mas somente nos casos de cesáreas com real necessidade, tal discussão foi reavivada em um caso específico que será abordado no capítulo 3, no entanto, a resposta de uma obstetra do movimento sobre esta questão responde bem também ao posicionamento de grande parte do movimento a essa humanização da cesárea:

“Eu faço cesarianas respeitadas e tento prestar uma assistência humanizada ao nascimento por cesarianas bem indicadas. Para uma mulher que precisa de uma cesariana, e que já está sofrendo o suficiente sendo cortada, partida, dilacerada por dentro e por fora, o mínimo que podemos fazer é tentar tornar o nascimento menos traumático para o bebê. Ai sim, vale apagar a luz, tocar música, usar técnica cirúrgica menos traumática, tentar o desprendimento do conceito mais suave, abaixar os campos, entregar o bebê a mãe, ligar tardiamente o cordão e promover o aleitamento materno na sala de cirurgia. Só não vale falar em "cesárea humanizada", "cesárea natural," "cesárea minimamente invasiva", e achar que fazer cesariana eletiva sem indicação é uma atitude humanista!”

Carmem, postagem em grupo no Facebook

Esse tipo de discussão nos mostra que os conceitos de humanização e humanizado estão em permanente debate, definição e redefinição. Vale ressaltar que não é como se fosse defendido que só teria direito a uma cesárea realizada através desses meios valorizados pelo grupo quem tivesse uma indicação real para a cesárea. Apenas apontam que encontrar médicos que realizem uma cesárea

¹⁸ Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/folha/equilibrio/noticias/ult263u366627.shtml> , consultado dia 12/04/2012.

eletiva é fácil, as que assim desejarem não enfrentarão os mesmos contratemplos que as que querem um parto normal costumam passar para encontrar o médico que o realize, mas apontam que seria uma contradição de princípios se um médico humanizado realizasse eletivas.

A discussão a respeito da humanização não concerne apenas à obstetrícia, inserindo-se no debate da humanização nos cuidados com a saúde como um todo, como podemos observar no trabalho de Aisengart (2004), que enfoca os cuidados paliativos à doentes em situações limites, aqueles para os quais não há tratamento de cura possível, em que apenas se buscam medidas para que obtenham uma “boa morte”. O hospital estudado pela autora possui um programa de humanização:

“De acordo com a coordenadora do programa, ecoando o ideário da ‘morte contemporânea’, a necessidade de ‘humanizar’ o ambiente hospitalar surgiu após os anos 1970, em contraposição a uma medicina tecnológica, produtora de processos de despersonalização do doente internado em hospitais.” (AISENGART:2004:73)

No Programa de Humanização deste hospital diversas medidas são tomadas, enfocando doentes, funcionários e demais frequentadores do local. Partindo de uma representação negativa que classifica este hospital como “os fundos do cemitério”, por ser o último local onde aquelas pessoas ficam antes da morte, o programa atua visando alterar esta visão:

“Trabalham ainda, no sentido de mudar as representações sociais correntes do morrer, ao criar um ambiente colorido, alegre, no qual circulam profissionais sensíveis e afetuosos, capazes de ‘dar um carinho a mais’, ‘sem desmerecer o sofrimento de ninguém’ [...]” (AISENGART:2004:77)

Tal como traz esta autora, o debate da humanização vem ganhando sistematização a partir da década de 1970, surgindo a partir da percepção do cuidado médico como “desumano”. Segundo Deslandes, existem quatro eixos de elementos que acarretam na desumanização do cuidado em saúde: “a negação do estatuto de pessoa ao paciente, as tecnologias como substitutas ou mediadoras das relações, os aspectos relacionados à experimentação clínica, as lógicas e relações de poder” (DESLANDES, apud MAIA: 2006:42).

Segundo Robbie Davis-Floyd (2003), o modelo humanizado de assistência seria o modelo intermediário entre o modelo tecnocrático e o holístico. O tecnocrático seria o da medicina ocidental moderna, que enfatiza a separação entre corpo e mente e elege a máquina como modelo de funcionamento para o corpo, este sendo assim visto como objeto, promovendo a alienação entre

médico e paciente e o largo uso de intervenções, com o objetivo de corrigir disfunções e curar doenças (de fora para dentro). Neste paradigma encontra-se a valorização da ciência e da tecnologia, com a organização hierárquica e padronizada do atendimento e a intolerância para com outras modalidades. Por outro lado, o modelo holístico veria o corpo como um “campo energético”, onde intervenções em nível energético e emocional seriam mais efetivas do que as intervenções tecnológicas.

Já os humanistas, ocupando uma posição intermediária entre estes dois modelos, veem o corpo enquanto “organismo” e enfatizam o paciente enquanto sujeito relacional:

“Esses profissionais supervalorizam a conexão e o afeto entre médico e paciente como elementos essenciais de qualquer tipo de cuidado médico, incluindo-se aí o nascimento. Os humanistas fazem, sim, intervenções tecnológicas, mas tentam minimizar seus efeitos potencialmente alienantes com amor, tato, carinho e compaixão, mantendo sempre uma atitude de respeito pela individualidade, pelos desejos, vontades e escolhas de seus pacientes.” (DAVIS-FLOYD:2012:22)

Uma mudança de termo linguístico busca marcar essa diferença entre os modelos, apesar de Davis-Floyd não ter aderido a este recurso em seu texto. O termo “paciente” vem sendo substituído por “cliente”, como forma de combater a relação de poder existente no primeiro termo, onde a uma das partes ficava reservada o papel passivo, sem voz, que apenas espera que as decisões sejam tomadas por ela. O termo cliente entra em cena então enquanto mecanismo para destacar a igualdade entre ambas as partes. Marca também uma determinada visão dos serviços de saúde, onde os usuários seriam consumidores, mostrando uma relação confortável com a ideia de mercado, tomando-a como positiva inclusive no sentido de se associar ao ideal de indivíduo autônomo, que seleciona suas preferências entre possibilidades presentes em um cardápio de opções, o que torna possível a associação entre os tipos de parto e o estilo de consumo de setores das camadas médias urbanas.

Esta visão se encontra bem expressa nos conselhos dados pelo movimento àquelas que estão buscando o seu parto normal: pesquise, se informe, encontre uma boa equipe, faça quantas perguntas forem necessárias para sanar suas dúvidas sobre como a equipe se comportará em cada tipo de situação, negocie procedimentos que você aceita, os que não quer, e os que não aceita de jeito nenhum. A partir daí recomendam a escrita do Plano de Parto, uma espécie de carta à equipe onde a mulher/casal expõe como gostaria que fosse o parto, descrevendo a conformação do ambiente (luminosidade/música/comportamento da equipe), os métodos com os quais querem contar para alívio da dor, quais intervenções médicas aceitam e em quais situações, etc.

Normalmente eles são formulados no sentido de afirmar que se quer liberdade para poder mudar esses elementos conforme achar necessário no momento, como “quero poder caminhar livremente, bem como escolher a melhor posição durante todo trabalho de parto e parto”. Os procedimentos de escolha e negociação da equipe se seguem assim ao ideal expresso de que a relação se dá entre partes iguais, clientes e prestadores de serviços, se conformando enquanto mercado onde o cliente tem voz para escolher exatamente o que quer.

1.4 Dilemas e desafios da humanização

Por outro lado, são frequentes os relatos que dissociam o parto normal do parto humanizado, principalmente em referência aos realizados pelo SUS (Sistema Único de Saúde). Há a distinção entre os médicos humanizados e os chamados “vaginalistas”, onde esses, apesar de considerarem o parto vaginal uma opção melhor do que a cesárea, o realizariam fora da concepção que prioriza o mínimo de intervenções. Quando realizadas sem indicação específica essas intervenções são apontadas pelas ativistas como dentro da categoria de “violência obstétrica”.

Como apontado, a possibilidade de um parto humanizado é ainda mais reduzida no SUS. À exceção de maternidades específicas que implementam sistemas humanizados e das casas de parto, o parto realizado nos hospitais públicos recebe das ativistas a alcunha de “*parto frank*”¹⁹ devido ao alto número de intervenções médicas realizadas, sendo muitas vezes apontado como motivo para a atual rejeição que muitas mulheres têm com relação ao parto normal, como expressou uma mulher, de sotaque espanhol, que teve seu filho pelo SUS, durante o debate que se seguiu a exibição do filme *Freedom for Birth*, “*No SUS as mulheres muitas vezes definem o parto como uma tortura, lá elas não tem voz nenhuma.*”.

Segundo Maia (2010), quando a mulher solicita uma cesárea este pedido pode ser pensado como uma demanda por dignidade, tendo em vista o modelo de assistência ao parto normal extremamente medicalizado, intervencionista e traumático. Esse é o grupo de mulheres que, relacionando o parto normal com este praticado pelos vaginalistas, é categórico em afirmar “*Se for pra cortar embaixo prefiro cortar em cima!*”. Este posicionamento traz a noção presente no senso comum de que a mulher que tem parto normal perderia o tônus vaginal, ficaria “*larga, frouxa*”, o que prejudicaria sua sexualidade e a relação com o seu companheiro. Encontrei relatos de médicos que ao suturarem episiotomias dão um ponto a mais, o “*ponto do marido*”, que reconstruiria a vagina “*apertada*”, ouvi ainda de uma mulher que passou pelo procedimento que este tornou sua

¹⁹ Em referência ao monstro do Dr. Frankenstein, da obra de Mary Shelley, cujo o corpo foi criado através da sutura de partes humanas.

vida sexual mais difícil, pois ela passou a sentir dor na relação.

Os médicos do movimento não endossam a veracidade dessa proposição, que atribuem ao senso comum, apesar de destacarem a importância de que sejam realizados exercícios de fortalecimento do períneo durante a gestação, pois isso reduziria o risco de ruptura ou necessidade de incisão. Dois tipos de exercícios de períneo são recomendados: os de fortalecimento, através de massagens e os de alongamento da musculatura, feito com o uso de um aparelho chamado Epi-no, tal como explica a fisioterapeuta especialista em preparo perineal para o parto:

“A massagem consiste em introduzir o dedo na vagina e deslocá-lo de um lado ao outro, pressionando em todos os sentidos. Como lubrificante, pode-se usar um óleo de preferência da gestante, como o de coco ou o de semente de uva, ou KY Gel, que é hipoalergênico. A massagem pode ser feita por um profissional, pela mulher ou mesmo pelo parceiro.

O Epi-no (o nome vem de “episiotomia, não”) possui um balão de silicone que deve ser colocado na vagina e insuflado, uma ação que distende os músculos da região em todos os sentidos. “É o mesmo movimento que acontece durante o parto: a cabeça fetal pressiona o assoalho pélvico, que distende para o bebê sair”, explica Miriam.”²⁰

A fisioterapeuta ainda afirma que o maior dano ao períneo não seria causado pelo parto em si, mas pelas intervenções feitas nele *“Na episiotomia são cortados pelos menos três músculos. E músculo cortado é difícil de reabilitar”*.

Da mesma forma que ocorre em relação à cesárea não é como se as ativistas defendessem que procedimentos como a episiotomia sejam banidos da prática obstétrica, mas sim utilizados apenas em caso de necessidade real e não enquanto procedimento de rotina.

Durante as palestras que acompanhei e nos grupos online, não houve perguntas diretas sobre esta questão por parte das grávidas, ao que parece, elas concordam que esta é uma visão de senso comum e devido a isso não possuem medos relacionados a ela. Apenas uma vez presenciei uma pergunta relacionada, em uma palestra, onde foi perguntado a respeito da incontinência urinária, e a posição do médico foi de que esta seria um efeito colateral possível da gravidez em si, devido ao peso da barriga, e não estaria ligado à forma de parto. Dentro do movimento é mais geral que o que danificaria a vagina – para um contexto além do sexual - não seria a simples passagem do bebê por ela, mais sim a episiotomia, comumente definida como *“mutilação genital”*.

Por outro lado, uma conversa que tive com Fernanda, doula e organizadora de um grupo de gestantes em Niterói, me mostrou uma possível associação positivada entre parto e vida sexual. Ela

²⁰ Retirado de: <http://casamoara.com.br/o-parto-nao-e-o-vilao/>, consultado em 19/03/2013.

iniciou com uma pergunta “*Você tem filhos?*” respondi que não, “*Você vai ver a diferença quando você tiver! É uma nova sexualidade, como se despertasse coisas dentro de você que estavam adormecidas*”, resposta que interpretei do ponto de vista metafórico, relacionando ao empoderamento da mulher que dá à luz naturalmente, que é elemento constante nos discursos do meio, pois com a autoestima elevada ela poderia se libertar das inibições que tivesse.

“Isso também, mas não é disso que eu estou falando: é um processo físico. A entrada em trabalho de parto, a passagem do bebê pelo canal vaginal, todo esse processo mobiliza partes que nunca tinham sido usadas no corpo, que estavam adormecidas. A vida sexual depois do parto muda completamente, é como um despertar, tudo fica muito mais intenso: pensa no que você conhece e multiplica por mil, tudo que você conhece de antes parece brincadeira de criança em comparação. Nos grupos de gestantes elas contam como é, eu mesma passei por isso, as que fizeram cesárea ficam intrigadas.”

Esta foi a única vez que ouvi falar a respeito disso ao longo da pesquisa, porém uma outra associação entre parto e prazer aparece em depoimentos a respeito de partos orgásmicos, partos onde as mulheres alcançariam o êxtase sexual. Existe inclusive um documentário, *Orgastic Birth*, que aborda a questão e impulsionou o uso dessa nomenclatura. Perguntei à doulas a respeito, se elas já haviam presenciado algum, elas relataram que sim, destacando inclusive que as equipes de assistência não sabem lidar com isso, e que veem como algo sujo. Pessoalmente e pela internet também encontrei relatos de mães que afirmam terem passado pela experiência. Apesar disso, este tipo de parto é visto como um fenômeno raro, e evita-se que ela se torne mais uma obrigação que a mulher tenha que cumprir, outra forma de opressão sobre os corpos femininos, uma meta que faria a mulher se sentir incapaz e fracassada caso não a atingisse.

Outro elemento relacionado à sensações prazerosas é mais frequentemente alcançado pelas mulheres. Chamado de “partolândia” seria uma espécie de estado de transe que a mulher pode entrar durante o trabalho de parto e parto, que alteraria sua percepção espacial e temporal. Com esta categoria também busca-se um uso não normativo, mulheres com mais de um filho relatam terem “entrado na partolândia” em um parto e em outro não, sem que isso tornasse o parto sem este estado uma experiência menos significativa.

Tendo plano de saúde as possibilidades de êxito nessa empreitada aumentam, mas ainda não muito. Fato é que a maior parte dos médicos humanizados recomendados pelas redes de ativismo ou estão atendendo nessas maternidades públicas que são referência, e/ou atendem em regime particular. Os planos de saúde são acusados por médicos e ativistas de pagar valores irrisórios para

o acompanhamento de parto, como destaca a jornalista, mãe e ativista Benatti (2011):

“Ao contrário das cesáreas eletivas, marcada com antecedência, que dura menos de uma hora, o parto normal, além de não ter data certa para acontecer, pode se prolongar por 12 horas ou mais, obrigando o médico a desmarcar consultas e compromissos particulares. Para ter uma dimensão do problema, em maio de 2010 a Associação de Obstetrícia e Ginecologia do Estado de São Paulo (Sogesp) lançou uma campanha para pressionar os planos a reajustarem os valores, em que afirma haver operadoras que pagam aos médicos 200 reais por parto e 25 por consulta. Nos consultórios particulares os valores costumam ser, no mínimo, dez vezes maiores do que esses.” (BENATTI: 2011: 76)

Uma possibilidade nessa situação é realizar o parto com médico particular e tentar receber reembolso do plano de saúde, que normalmente é aquém ao valor realmente pago. Outra estratégia é realizar o pré-natal com o médico do convênio e ter o bebê em alguma dessas maternidades ou casas de parto.

No entanto, apesar de serem apontadas como uma boa opção dentro deste quadro, estas maternidades nem sempre atendem completamente aos valores do grupo. Quando perguntei à Lívia, doula, como ela avaliava o atendimento em uma dessas maternidades, localizada em Niterói, ela me respondeu:

“100% de episiotomia e Kristeller. A minha última cliente que eu levei lá foi terrível, empurraram a barriga dela com tanta força que ela ficou toda roxa, teve duas costelas quebradas. Também, um enfermeiro de dois metros de altura pulando em cima da barriga dela!... E eu ali vendo tudo isso e tendo que ficar quieta! Não recomendo mais pra cliente minha ter lá não.”

Isa, uma das mulheres com quem eu realizei entrevistas, passou por esta situação de realizar o pré-natal pelo convênio, e teve de optar entre pagar uma maternidade particular ou ir à uma pública, e visitou ambas antes de decidir. A particular foi uma localizada em Niterói, onde ela me contou da surpresa da enfermeira que estava lhe apresentando o local diante da pergunta sobre se haveria no quarto banheiras para parto na água:

“Ela ficou assim... você quer pagar pra ter normal? As pessoas pagam pra ter cesárea! Aí ela disse que tem sim banheira, mas pelo jeito que ela falou a banheira nunca deve

ter sido usada.”

Os custos desse parto saíam em R\$4.500 para a equipe médica, mais o valor da maternidade, valor superior ao que Isa podia pagar. Assim ela optou por parir na maternidade pública de que fala Livia. Durante a visita gostou do lugar, com a ressalva de que foi informada que é política da casa a realização de episiotomia em todos os casos, coisa que ela gostaria de evitar, lembrando que o seu desejo era ter *“natural, natural mesmo”*, como contou sua amiga Lorena. Mas entre uma opção que também não atendia suas demandas e ainda custaria uma quantia considerável, que deveria ser poupada considerando que a família passaria de dois para três, teve de aceitar a ideia de passar pelo procedimento.

Ela ainda considerou ter um parto domiciliar, mas desistiu da ideia por achar que iria encontrar muita resistência na família, porém se seguisse nessa direção descobriria que um parto domiciliar não sairia mais em conta, como apontou em um debate uma ativista *“um direito nosso virou artigo de luxo, porque são pouquíssimas que podem pagar 14 mil por um parto em casa”*, o contexto dessa fala deve ser levado em conta, uma vez que se estava discutindo como os altos valores implicavam em uma restrição de classe, a ativista usou como recurso destacar um dos preços mais elevados, devemos considerar que é possível realizar um parto domiciliar com menos recursos financeiros, mas ainda assim não se enquadraria em uma possibilidade popular.

Ao final no entanto, a *episio* não foi necessária, mas por um motivo que causou ainda mais custo emocional à Isa: ela acabou fazendo uma cesárea, devido à diminuição do líquido amniótico, motivo que segundo as ativistas não seria uma indicação de cesárea, mas que foi endossado pelo seu médico - recomendado pelo movimento - o que a fez lidar melhor com a situação, uma vez que ela não teria passado por um procedimento desnecessário.

Esses valores são passíveis de negociação, como me contou em entrevista Dani. Ela escolheu ter seu parto com uma médica particular, não associada ao movimento pela humanização, mas que tinha sua confiança, pois a acompanhava havia anos e com quem tinha uma relação próxima. O valor cobrado pela equipe completa desta médica (incluindo pediatra) era de 16 mil, e Dani expôs que este valor era muito alto para ela, *“Ela disse ‘Dani, claro que eu vou fazer o seu parto’, e acertamos em 8 mil”*.

Como se pode ver, ter um parto humanizado não é uma alternativa popular. Isso é reconhecido pelo movimento, porém existem acusações veladas de que as pessoas de maior poder aquisitivo não se preocupam verdadeiramente com a questão. Médicos são acusados de usarem a humanização como *“um bom negócio”*, como foi denunciado a mim por Livia, a mesma doula que contou a história da maternidade pública em Niterói. Ela é uma figura que me trouxe elementos para pensar esta questão, devido ao lugar profissional que ocupa atendendo a clientes de menor

poder aquisitivo, tendo a partir desta vivência diversas reflexões a respeito do caráter elitizado que permeia o meio.

Eu lhe pergunto a respeito de Raul, um médico do movimento que eu havia ouvido em uma palestra. Neste momento está também conosco Débora, que teve o parto de seus quatro filhos com ele, sendo sua amiga pessoal. Da mesma forma como quando lhe pergunto a respeito da maternidade pública em Niterói sua resposta vem no sentido de crítica aguda a pontos que até então eu só havia visto sendo abordados enquanto positivos: *“Ele é o Doutor das Estrelas, todas essas celebridades tendo parto natural é com ele. Cobra 12 mil por parto, só a parte dele, fora a equipe. Humanizar assim é fácil!”*. Débora apenas disse que quando ela teve seus filhos com ele não foi assim, mas entende que isso pode se dever à proximidade entre eles. Lívia cobra por volta de 600 reais para participar de uma equipe de parto.

Quando nos grupos em redes sociais uma mulher aparece buscando profissionais mais em conta, afirmando que não pode pagar um valor tão elevado pelo parto, muitas vezes destacando que este é um dos motivos de ela não ter o apoio de seu marido e família, as demais, além de tentar apontar saídas mais em conta, argumentam que há coisas na vida pelas quais se vale a pena pagar, recomendando que as que desejam parir assim façam uma poupança destinada a essa finalidade e mostrem os benefícios dessa modalidade para a família, de forma a convencê-los de sua importância. Como me contou Julia em entrevista, apesar de considerar o valor alto e pesar o lado financeiro, ela concluiu que a assistência prestada valia o investimento:

“Na época que eu engravidei a primeira fez meu plano não cobria a obstetrícia, então eu ia ter que pagar particular mesmo, de qualquer maneira. Aí, quando eu fiquei grávida de novo eu fiquei pensando muito nessa questão financeira, porque é caro o parto da Natália. Eu fiz parcelado em três vezes, na época foi acho que R\$3.500,00, e cada consulta assim era tipo R\$ 120,00, sei lá, foi super caro, era um investimento financeiro assim alto também. Aí eu fiquei pensando assim, será que não tem algum médico [risos], mas por outro lado tinha essa confiança que eu tinha com a Natália.”

Nos grupos e listas na internet dificilmente os valores pagos são expostos, elemento que eu atribuo, por um lado, à possibilidade de os valores serem negociados e, pelo outro, à esta atitude de que *“não se deve pôr um preço em certas coisas”*.

O episódio relatado a seguir por sua protagonista se deu dentro deste contexto. Ocorrido há cerca de dois anos, sinaliza que esta preocupação com a ampliação do movimento de forma a não se restringir às camadas médias e altas vem aumentando de lá para cá:

“Uma vez eu resolvi compartilhar um problema que tive com meu obstetra ‘humanizado’ num desses grupos (sem queimar o filme do cara) e fui bombardeada por acusações e censuras. [...] A minha questão ali era: beleza, o parto humanizado é maravilhoso, mas é caro, gente! E tem doutor aí se aproveitando da falta de médicos humanizados no mercado para vender seu peixe muito, muito caro. Vamos debater? Fui tão hostilizada na ocasião, que recebi mensagens em off de outras pessoas da lista, concordando comigo, mas sem coragem de se expor publicamente. [...] Se há dois anos atrás era raríssimo ver o povo humanizado falando de custo financeiro do parto e afins, agora tem gente até compartilhando banners com a frase “No SUS também tem,” tentando reafirmar que o movimento não é restrito a um gueto (acho que minhas falas tiveram alguma influência, né? Ou pelo menos, não eram só minhas).”²¹ (grifos meus)

Dentro dos núcleos mais organizados do movimento, através das redes de usuárias e de profissionais existe a percepção e o investimento em dialogar e cobrar do governo a mudança na assistência. Andreia, uma integrante proeminente da rede de usuárias do estado do Rio de Janeiro, destaca que *“A luta deve buscar atingir níveis do governo, pois as pessoas que estão em situação de poder agora não vão simplesmente abrir mão do seu espaço.”* Porém é a rede de profissionais nacional que vem conseguindo consolidar sua influência junto ao Ministério da Saúde, atuando em conjunto com a elaboração de políticas públicas como a Rede Cegonha, em atual implementação.

Meu objetivo nesta parte do texto não é atacar o modelo humanizado de assistência, mas propor uma reflexão sobre as formas que ele pode assumir em sua implementação, buscando sinalizar os elementos que estarão entre os desafios principais das instituições que os aplicarem. Destaco principalmente: os altos custos cobrados por médicos, o que não coaduna inclusive com a postura do próprio movimento de que para humanizar não é preciso muita coisa, não sendo uma questão de incremento tecnológico, mas sim de uma mudança na forma do atendimento; a lógica de mercado em que vem se baseando o movimento, onde médicos são prestadores de serviços e as usuárias são suas clientes, que difere da lógica dos serviços públicos em geral; a extensão de demandas próprias de alguns setores das camadas médias como normativas para as demais, como veremos a seguir.

Hotimsky e Alvarenga (2002) examinam as escolhas para o acompanhamento na hora do parto de mulheres de camadas médias e populares, encontrando entre as primeiras que o marido figura como principal, já entre as segundas prevalece a noção de parto enquanto um evento feminino, buscando o apoio de mulheres mais experientes, sejam elas familiares ou amigas e vizinhas.

²¹ Disponível em: <http://minhamaequedisse.com/2012/12/as-maes-e-os-movimentos-sociais/> consultado em 23/01/2013

“No entanto, quando, em nome da 'humanização', se defende a disseminação do ideário do 'casal grávido', da 'família moderna' ou do 'pai cuidador' não se estaria buscando transformar a cena do parto em um palco para a realização de novas formas de controle social das subjetividades, das relações de gênero e da família?” (Hotimsky & Alvarenga:2002)

Ao elegerem o marido como acompanhante privilegiado, os profissionais humanizados da saúde não estariam levando em conta o universo simbólico de outros grupos sociais. Dessa forma, as autoras propõem uma reflexão a respeito de quando as diretrizes de humanização, ao serem pautadas pelo universo cultural das camadas médias, se tornam normativas, de forma a não abarcar a experiência de outras concepções de família, maternidade e paternidade existentes fora do ideário do casal grávido.

Tornquist (2003) aborda três momentos onde a aplicação de preceitos da humanização não estaria respeitando os direitos reprodutivos destas mulheres. O primeiro seria a questão do acompanhante, abordada acima. Segundo seria a ausência de negociação da dor, uma vez dada a concepção de que a parturiente deveria lidar com esta dentro do ideário de controle das emoções, noção esta relacionada com o individualismo, valor positivado entre as camadas médias e altas da sociedade. E a terceira seria o incentivo à amamentação realizado de forma insistente e normativa, o que faria com que as mulheres que não conseguissem efetuar-lo se sentissem diminuídas e fracassadas.

Tendo em vista uma concepção onde os direitos reprodutivos devem ser respeitados e protegidos e não regulados e controlados é importante que ele além de se abrir e estender às diversas classes sociais o faça respeitando as concepções das mesmas, e não impondo padrões exteriores a estes grupos:

“Nossa perspectiva é a de que a humanização do parto e do nascimento se sustente na concepção multicultural de direitos humanos preconizada por Boaventura Santos, segundo o qual,

‘(...) Uma vez que todas as culturas tendem a distribuir pessoas e grupos de acordo com dois princípios concorrentes de igualdade e diferença, as pessoas e grupos sociais têm o direito a ser iguais quando a diferença os inferioriza, e o direito a ser diferentes quando a igualdade os descaracteriza.’
” (Hotimsky & Alvarenga:2002)

Em consonância com as perspectivas expressas por essas autoras penso ser o dever da Antropologia, enquanto disciplina comprometida com a crítica social, abordar essas questões, problematizando elementos do universo estudado, no sentido de buscar a inclusão da multiplicidade de vozes e identidades nesse processo de reformulação da assistência à saúde, estendendo o leque de possibilidades a todos os grupos sociais e permitindo que estes participem do processo de elaboração de uma assistência que atenda às suas particularidades, ao invés de terem simplesmente de incorporar procedimentos carregados de valores de outros grupos que se chocam com suas próprias concepções a respeito do que é família, ser mulher, e toda uma gramática das emoções (MAUSS:1980) .

Capítulo 2

Discursos sobre emoções nos autores protagonistas do movimento de revisão do parto

Esta parte do trabalho se dedicará a resgatar as teorias médicas dos autores protagonistas do movimento de revisão do parto, as pensando a partir do referencial teórico da Antropologia das Emoções. Para isto me utilizarei do levantamento realizado por Salem (2007), expondo inicialmente as linhas gerais destes autores, de forma a reconstruir cronologicamente o movimento, partindo em seguida para o detalhamento do que cada um propõe, suas semelhanças e diferenças, buscando analisar os discursos produzidos por cada um sobre as emoções. Na parte final abordarei como um médico contemporâneo do movimento pelo parto normal se posiciona em relação a como as emoções podem atuar durante a gravidez e o parto, onde o medo é a emoção destacada, principalmente o de ter um parto normal.

Este capítulo é importante para o conjunto da dissertação, por realizar uma ponte entre a contextualização histórica apresentada no capítulo anterior e a atuação do movimento pela humanização do parto nos dias de hoje, desenvolvidas nos capítulos 3 e 4. De certa maneira continuo aqui com uma contextualização histórica, mas agora aprofundando as críticas que foram desenvolvidas ao modelo tecnocrático.

Buscarei contextualizar como os autores deste movimento de revisão do parto se mantêm e são lidos pelas pessoas no movimento nos dias de hoje, como são lidos e incorporados tanto como referencia teórica quanto pela atuação ativista. Um momento do campo em que todos os autores aqui abordados foram citados foi durante a palestra do obstetra Ricardo Jones, proferida por ocasião do lançamento de seu livro, onde ele falou a respeito do movimento pela humanização historicamente, começando por esses autores. Em outros momentos do campo os autores aqui abordados foram citados no discurso de médicos e ativistas, como buscarei mostrar como alguns deles permanecem atuais, como outros foram sendo superados, apesar de manterem seu status de precursores.

Na introdução de *Language and politics of emotion* (1990), Lila Abu-Lughod e Catherine Lutz abordam quatro possíveis estratégias para o estudo das emoções, que denominam como: essencializar, relativizar, historicizar e contextualizar o discurso sobre a emoção. Na estratégia de essencializar, as emoções são pensadas enquanto universais, já as demais estratégias partem da suposição de que as emoções são socialmente construídas, assim a relativista atua no questionamento desta universalidade, a que busca historicizar irá abordar os discursos sobre as emoções ao longo do tempo, em locais e momentos históricos distintos, observando se e como eles mudaram. Por fim a estratégia contextualista enfoca o discurso social, utilizando menos de uma perspectiva comparativa e histórica, mas uma análise rica de contextos sociais específicos. Como já dito anteriormente, minha abordagem será sobre os discursos construídos sobre as emoções.

“O estudo da emoção como discurso nos permite explorar o modo como a fala

fornece os meios pelos quais concepções locais da emoção exercem seus efeitos e obtêm seu significado. [...] O interesse mais geral das ciências sociais em como a linguagem implementa a realidade social coincide com o interesse em como as emoções são fatos socioculturais. Se as emoções são fenômenos sociais, o discurso é essencial para a compreensão do modo com elas são constituídas.” (1990:9)

A primeira etapa do movimento de revisão do parto é chamada de “parto sem dor”, e se inicia com as teses do obstetra inglês Dick Read, na década de 1930 (SALEM:2007). Estas porém, ficam no ostracismo até os anos 1950, quando são resgatadas como alternativa ao método psicoprofilático soviético, temido por razões políticas. Também na década de 1950, Lamaze estagia seis meses na URSS, publicando o seu *Qu'est-ce que l'accouchement sans douleur par la méthode psycho-prophylactique?*, na França em 1956.

Ambos os autores possuem em comum a defesa de que a dor do parto não é fisiológica, mas sim fruto de distorções socioculturais, produzidas por “imagens mentais nefastas”, no dizer de Dick Read. Suas teses são acompanhadas por severas objeções à medicalização do evento, uma vez que sendo fisiológico este deveria ocorrer da forma mais natural possível.

O próximo passo do movimento é o “pós-parto sem dor”, da década de 1970, que traz teorias e métodos “mais revolucionários”. Partindo da premissa de que os métodos de Dick-Read e Lamaze haviam conseguido superar a dor no momento do parto, Leboyer irá deslocar o olhar da mãe para o bebê, publicando *Pour une naissance sans violence*, em 1976. Inicialmente Odent seguirá Leboyer, aplicando suas teses na maternidade de Pithiviers, mas posteriormente se afastará deste por uma postura ainda mais crítica à medicalização, coroando a ideologia do estabelecimento com a introdução do parto de cócoras. A última autora a ser abordada é a antropóloga Sheila Kitzinger, que, após estudar sobre parto e a gravidez em diversas culturas, não se restringiu ao seu meio acadêmico, desenvolvendo o seu próprio método de parturição, chamado psicosssexual, sendo também orientadora de cursos pré-natais para casais.

Uma vez realizada esta introdução sobre as linhas gerais do movimento irei me deter no aprofundamento das teses desses autores, buscando identificar quais discursos sobre emoções eles acionam.

Começemos cronologicamente por Dick-Read, que é o primeiro a sustentar uma ligação entre o estado emocional da mulher e as dores do parto, afirmando que:

“Medo, tensão e dor são os três males que não são normais ao designio natural, mas que foram introduzidos no curso da civilização pela ignorância daqueles envolvidos na assistência ao parto” (Dick-Read:1979:31 – apud SALEM:2007:56)

Para a superação desses males repudia-se o uso de medicamentos anestésicos e analgésicos, vistos como uma interferência desnecessária, fruto da incapacidade dos médicos em permitirem o andamento natural do parto. A saída não medicamentosa proposta por seu método diante a esta questão é uma preparação pré-natal, onde a mulher e o marido recebam dos médicos informações a respeito da anatomia e fisiologia da mulher, da gravidez e do parto. O objetivo desta educação parece ser fazer a “verdade” se infiltrar no subconsciente, permitindo a superação do medo.

Como se pode ver o papel reservado ao social é de corruptivo, algo que impede o andamento natural do processo de parturição. Diversos grupos são acusados de levarem estas “imagens mentais nefastas”, entre eles os meios de comunicação e a própria equipe médica, mas um lugar especial é reservado às mães e sogras das grávidas, que seriam as “maiores mazelas do parto”, uma vez que seriam as transmissoras da antiga tradição.

Esta antiga tradição de que estas mulheres seriam portadoras estaria ancorada em suas experiências pessoais e próximas de parto, vividas dentro do modelo tecnocrático ou influenciadas por noções religiosas de que a mulher deve dar à luz aos seus filhos com dor. Esta noção religiosa se encontra claramente expressa no texto bíblico, no qual pode ler no Gênesis 3,16: “Disse também à mulher: Multiplicarei os sofrimentos de teu parto; darás à luz com dores, teus desejos te impelirão para o teu marido e tu estarás sob o seu domínio.” É partindo desta noção que as práticas de diminuição da dor, como a analgesia, foram criticadas enquanto heréticas.

A forma de parto aqui pregada recebe o nome de “parto natural” por dois motivos. Primeiro, como já falado, pelo compromisso em se respeitar as leis da natureza, e segundo por que o autor busca inspiração em “povos primitivos” onde, argumenta que, o medo do parto seria menos intenso, devido a sua maior aproximação da natureza que teria evitado a sua corrupção pelo “social”.

Pensando as teses deste autor a partir da perspectiva da Antropologia das Emoções é importante ressaltar que, ao contrário de boa parte da tradição médica que atribui a elas um status de natureza, aqui elas aparecem inteiramente como construção social. Como mostra Lutz (1990), é compartilhada uma visão cultural da mulher e sua emocionalidade como perigosas, algo que necessitaria de controle:

“The cultural construction of woman’s emotion can thus be viewed no as the repression or suppression of emotion in men (as many lay-people, therapists, and other commentators argue) but as the creation of emotion in women. Because emotion is constructed as relatively chaotic, irrational, and antisocial, its existence vindicates authority and legitimates the need for control.” (LUTZ:1990:87)

Assim o proposto por Dick-Read é uma espécie de antídoto para estas emoções - que para comparação posterior com os outros autores é importante ressaltar - onde a solução proposta segue também a via do social, uma vez que é a partir da aquisição de informações científicas que seria possível superar o medo criado pelo social, aqui identificado como senso comum. Assim, ao pregar um distanciamento da medicina em direção a uma via mais natural, Dick-Read o faz por meio de elementos muito próprios do pensamento científico, de que este deve ser propagado de forma a acabar com as crendices e tradições do senso comum.

É Dick-Read quem introduz a hipnose como técnica auxiliar ao parto, esta funcionária de forma a controlar e silenciar esses medos que o sociais teria imprimido na forma de pensar dessas mulheres. Segundo Salem, este método foi criticado por pessoas que diziam que este feria o protagonismo da mulher no parto, uma vez que ela não estaria em plena consciência.

Em novembro de 2012 pude participar de um workshop oferecido por um casal francês, Isabelle e Jean ²², que trabalha com a preparação de casais para a paternidade e orientação destes para a gestação e o parto, exatamente nesta ordem, pois afirmam a importância de que esta preparação se inicie ao menos 18 meses antes da concepção: *“Quanto tempo você estudou para exercer sua profissão? Quanto tempo você acha que deveria estudar para exercer o mais importante trabalho da sua vida?”*, eles perguntavam aos seus novatos, a preparação proposta por eles envolvia a resolução de problemas e dilemas interiores de casa, parte do casal individualmente e da relação destes, dando grande peso a relação destes com os próprios pais e as ideias de paternidade vindas daí. Apesar de virem ao Brasil com frequência, estando bem envolvidos com o movimento pela humanização local, eles permanecem aqui por curtas estadias, e desta forma, este workshop enfocaria apenas o Hipno Birth, técnica de nascimento auxiliada pela hipnose.

Este foi ministrado no mesmo estúdio de ioga onde frequentei palestras - tal como abordado na introdução deste trabalho - em dois dias distintos, quarta e sábado. No dia em que fui (quarta) houve menor público, com sete pessoas em sala, além dos palestrantes e da psicóloga que os estava recebendo em sua casa e fez o papel de tradutora para o casal. Ao abordar o Hipno Birth Isabelle contou que Dick Read foi o precursor desta técnica, e apresentou vídeos de partos realizados pelas *midwives* inglesas (parteiras profissionais/enfermeiras obstetras) que vêm utilizando largamente este recurso.

Como recurso para reforçar a naturalidade inerente ao parto e o fato de que o corpo feminino sabe como parir, citou mulheres que pariram em estado de coma, onde o corpo apesar de inconsciente passou por todo o trabalho de parto e deu à luz, e dessa forma buscava mostrar que nem o ato de fazer força ou mesmo estar consciente seria intrinsecamente necessário para o parto. O

²² Agradeço a ambos pela isenção da taxa de pagamento deste workshop (R\$ 80,00), após lhes explicar meu interesse de pesquisa.

exemplo me pareceu extremo e, intrigada com a crítica de que a hipnose poderia restringir o protagonismo da mulher, formulei uma pergunta a Isabelle, explicando que havia tido contato com esta crítica em uma revisão bibliográfica e perguntando o que ela pensava a respeito da questão. Quando falei sobre protagonismo, outras mulheres presentes, todas exercendo ocupações relacionadas à assistência ao parto, ou buscando se inserir neste mercado, reagiram como se esta realmente fosse uma questão a ser pensada, a qual não haviam se dado conta, pois a defesa do protagonismo da mulher é um dos grandes pilares do movimento. Isabelle me respondeu que o estado de hipnose em que a mulher entraria durante o parto não é um estado de não-consciência, seria como se a hipnose pudesse bloquear os receios e medos dela, mas não impedir que ela estivesse presente de forma consciente, citou como exemplo os vídeos apresentados, em que as mulheres efetivamente apareciam se relacionando com as pessoas presentes.

A técnica de Lamaze coincide em vários aspectos com a de Dick-Read, a começar pela busca das causas das dores do parto e uma forma não-medicamentosa de superá-las. O método trazido da antiga URSS utilizava em seu início a hipnose como forma de driblar a dor, e isso possibilitou mostrar que a dor não era necessária para o processo como também poderia ser evitada. Como já abordado, o porém levantado pela hipnose é que ela manteria a mulher em uma situação de passividade. A mudança ocorre a partir da teoria nervosa superior de Pavlov, com base na qual “as dores do parto são interpretadas como um reflexo condicionado típico, segundo o qual a contração uterina, normalmente indolor, é lida como sinal de dor” (SALEM:2007:59).

Semelhante a Dick-Read, a associação do parto com a dor é inscrita no cérebro da mulher através da palavra escrita e oral, novamente com destaque para a equipe médica, mães e sogras como as grandes culpadas. A solução pregada envolve uma preparação corporal, através de técnicas respiratórias e, novamente, cursos de reeducação para gestantes e seus maridos. Aqui é enfatizado o poder curativo da linguagem: se é ela a responsável pela introjeção do medo também será ela, através de “aulas” ministradas pelo médico, que promoverá a reorganização da atividade cerebral feminina. O objetivo é que a mulher possa participar ativamente em seu parto:

“De ignorante, e portanto passiva, durante a gravidez e o parto, a mulher grávida tornou-se eminentemente ativa graças a uma educação científica. [...] O método psicoprofilático permitirá a mulher colocar sua criança no mundo não somente sem dor, como também na alegria.” (LAMAZE:1956:112 – apud SALEM:2007:58)

Segundo Salem (2007), ao propiciarem que o parto deixe de ser visto como assustador, passando a ser encarado como uma realidade fisiológica, eles acreditam não somente conseguir domesticar o medo como também inculcar atitudes positivas em relação às emoções, de “controle”,

“disciplina”, “atenção vigilante”, “consciência” e “atividade”, que permitiriam assim a “realização racional do parto” (2007).

Novamente Lutz (1990) nos traz elementos para pensarmos esta questão. Ao observar que as mulheres que entrevistou se utilizam constantemente do recurso de uma “retórica do controle”, que justificam por uma necessidade de controlarem suas emoções, de tal forma a não condizerem com o estereótipo negativo da mulher como mais emocional que o homem, descontrolada. Ao realizarem este controle internamente elas evitariam que este lhes fosse imposto externamente. Uma das formas de analisar esse processo seria pensar que, apesar do constrangimento social que impõe a realização deste controle, realizá-lo por conta própria seria ato ativo, uma escolha do indivíduo, feita na esperança de que se afastar deste estereótipo propiciaria à elas mais espaço para atividade do que seria permitida a uma mulher tida como emocionalmente descontrolada. Outra possível análise seria pensar tal processo a partir de Foucault (1982), a respeito do biopoder, que atuaria através da introjeção da disciplina no corpo, criando corpos dóceis, que não necessitariam mais serem controlados externamente. Nesse sentido assumir uma retórica do controle das emoções não seria uma escolha e sim um sinal de introjeção desta disciplina.

Tal perspectiva é encontrada no argumento de Lamaze (SALEM, 2007), onde o caminho para uma postura ativa da mulher no parto passa necessariamente pelo controle de emoções. É interessante também destacar que ao enfatizarem o poder da linguagem em engendrar emoções trabalham com um pensamento semelhante ao do antropólogo, que analisa discursos sobre emoção: partindo do pressuposto de que as emoções são constituídas pelo discurso sobre elas.

Como pode se observar, os métodos destes dois autores possuem grandes semelhanças, e houve inclusive uma disputa entre eles pelo pioneirismo do movimento do parto sem dor, onde Dick-Read, apoiando-se na antecedência de sua teoria acusa os soviéticos de plágio, e Lamaze se defende acusando a teoria de Dick-Read de carecer de elementos propriamente científicos, sendo transpassada por misticismos, e que devido a isso teria sido ultrapassada por ele e pelos soviéticos.

Dentre os autores do movimento de revisão, Lamaze possui uma característica interessante: é o mais conhecido do público em geral e o menos utilizado nos dias de hoje pelo movimento. Criticado fortemente por autores do próprio movimento de revisão do parto, como veremos a seguir com Odent, o nome Lamaze é fortemente identificado com a preparação para o parto sem que suas teses permaneçam referidas como tal.

A maior crítica feita a Lamaze seria em relação a sua proposta de ensinar técnicas de respiração para o momento do parto: ao se partir de uma noção de que o parto é um evento natural e fisiológico, como a de Odent, ensinar as mulheres a forma correta de parir seria contraditório. Uma de suas técnicas de respiração que consistiria na mulher fazer força com o peito cheio de ar e a boca fechada, conhecida também como Manobra Valsalva, tem sua eficiência questionada hoje por

estudos científicos, como trouxe Melania em palestra a respeito do uso de evidências científicas na assistência ao parto. Segundo ela a força realizada no “puxo”, momento em que a mulher sente o ímpeto de empurrar, seria mais eficiente, enquanto a força dirigida através dessa manobra apenas cansaria a mulher, que não teria forças para empurrar no momento em que fosse necessário, o que eventualmente levaria a uma cesárea. Outro problema trazido por essa manobra seria o de que ela promoveria a contração, e não o relaxamento do períneo, o que poderia resultar em fissura no mesmo:

“Façam a experiência: fechem a boca, prendam a respiração e façam força. Contrainu, não contrainu?”, orientou Melania ao auditório para exemplificar, completando com *“Dirigir a hora de fazer força é como se eu virasse para o Gustavo (apontando rapaz na plateia) e dissesse ‘Faz cocô, faz cocô agora!’*, *ele não vai conseguir: a força deve ser feita quando a mulher sente o ímpeto de empurrar.”* (Diário de campo, 13 de setembro de 2013)

Após a palestra, uma das mulheres da plateia contou a todos que havia sido isso que havia se passado com ela durante o seu parto, após ser orientada por sua médica a realizar a manobra, seguidamente ela ficou exausta e acabou passando por uma cesárea, contando que foi ali que ela compreendeu que o fato de ter perdido as forças não havia sido culpa dela, mas sim da médica que teria usado uma técnica equivocada.

Como Jones pontuou em sua palestra, nem mesmo os membros do Lamaze Institute se definem hoje enquanto seguidores de Lamaze, apesar do nome da sociedade. Penso que sua popularidade com o público em geral se dê pela referência em diversos filmes e séries americanas às aulas de preparação para o parto, as *Lamazes’s classes*. Apesar de não ter tido acesso ao modelo destas durante a pesquisa é de se supor que estas, assim como a sociedade francesa, incorporem o autor muito mais no nome do que suas teses propriamente ditas. Ao que parece, em ambos os casos seu nome é evocado pelo público em geral enquanto sinônimo de preparação para o parto normal.

Como já dito anteriormente, Leboyer, partindo da premissa de que os métodos de Dick-Read e Lamaze já foram eficientes em eliminar a dor do processo de parturição, desloca o seu olhar da mãe para o bebê, denunciando o sofrimento deste:

“O que faz o horror do nascimento é a intensidade, a amplitude da experiência, sua variedade, sua riqueza sufocante. Já dizemos que se acredita que o recém-nascido não sente nada. Ele sente tudo.” (LEBOYER:1974:30 - apud SALEM:2007:60)

A escolha de se dedicar ao “nascimento sem violência” ocorre quando, aos 40 anos e então obstetra tradicional, passa por uma crise profissional e existencial, embarcando para a Índia, onde se submete a terapia regressiva, onde afirma ter revivido o momento de seu nascimento, doloridamente finalizado com o uso do fórceps. A partir dessa experiência, e inspirado pela filosofia hindu, elabora seu método, que prefere ver como uma “filosofia de vida”:

“Recorrendo a uma linguagem poética, ele insiste na penumbra da sala de parto, no silêncio das pessoas presentes e condena a prática usual de segurar a criança verticalmente pelos pés, bem como as tradicionais palmadas. Propõe que, logo após o nascimento, o bebê seja colocado sobre o ventre materno para ser acariciado e amamentado.” (SALEM:2007:61)

Sua inspiração advinda do Oriente coloca como contraponto negativo a sociedade ocidental, numa polarização semelhante à encontrada em Dick-Read com relação aos “povos primitivos”, afirmando que um bom parto necessita mais de amor, paciência e silêncio do que de tecnologias. Seus seguidores serão responsáveis pela introdução do pai do bebê na cena do parto, sendo este não somente um espectador, mas sim um participante com as funções próprias de cortar o cordão umbilical e dar o primeiro banho.

Aqui a emoção que se busca “tratar” é o trauma causado ao bebê, **produzido** no momento do nascimento, que como é relatado na experiência pessoal de Leboyer pode não ser consciente, mas estará para sempre marcado no inconsciente, podendo causar problemas na vida adulta. O método visa substituir esta emoção negativa e potencialmente traumática por uma de afeto e tranquilidade, através de uma forma em que a passagem do útero para o mundo exterior se dê sem grandes rupturas entre um estágio e outro, priorizando a naturalidade do processo. A visão do momento do nascimento como de grande potencial definidor da vida do indivíduo permanece forte dentro do movimento, principalmente em suas aspirações revolucionárias, onde defendem que é possível mudar o mundo através da mudança da forma de nascimento.

Este autor se mantém atual também nas referências usadas por médicos e ativistas, especialmente ao se referirem especificamente aos cuidados com o bebê após o nascimento, aparecendo assim mais no discurso dos pediatras humanizados. Obstetras costumam relatar divergências ocorridas na sala de parto entre eles e o pediatra da equipe, principalmente quando estes não costumam trabalhar juntos com frequência e o pediatra não compartilha com eles o paradigma humanista. Neste contexto o pediatra é apontado como o vilão do parto, aquele que roubaria o bebê da mãe para realizar uma série de procedimentos nele, sendo muitos destes tido como desnecessários, tal como expresso por um jovem obstetra em sua fala no “Encontro”: “*Eu*

entrego o bebê pra mãe e fico ali, na frente do pediatra, impedindo ele de roubar o bebê da mãe”.

Durante o “Encontro” diversos obstetras fizeram referências do tipo aos pediatras, o que tornou a fala de um deles mais difícil, pois ele tomou para si o dever de mostrar como nem todos os pediatras são desta forma, contrapondo o que seria a atuação de um pediatra humanizado à acusação de que os pediatras roubariam o bebê da mãe. Defendeu que o pediatra deve observar quais são os procedimentos necessários caso a caso, ao invés de aplicá-los genérica e indiscriminadamente, buscando realizar todos que forem necessários com o bebê no colo da mãe, pois afirma que o melhor para o bebê é estar no colo desta, principalmente no caso daqueles que nascem com alguma complicação. Nesta sua defesa da pediatria humanizada cita Leboyer, e a partir da crítica dos demais obstetras podemos inferir que se encontrar obstetras humanizados já não é uma tarefa fácil e que os profissionais humanizados se tornam ainda mais raros na pediatria.

É com Odent (SALEM: 2007) que ocorre uma verdadeira mudança no status atribuído a emoção. Inicialmente seguidor das premissas de Leboyer, tem a maternidade de Pithiviers como seu laboratório, onde leva a crítica ao tecnicismo a um nível mais radical, pregando a subordinação “da lógica e da razão” ao “emocional e instintivo”, de forma que Salem classifica Pithiviers como “O templo de culto do 'instinto' e das *emoções selvagens*” (2007:62).

A partir daí Odent se distancia de Leboyer, efetuando uma crítica mais acirrada à medicalização, que passa a ser reduzida também no decorrer da gravidez, excluindo exames de ultrassom e reduzindo o número de consultas pré-natais. Entendendo o momento do parto como pessoal e íntimo, o papel da equipe médica se modifica, passando a cumprir um papel mais de assistência afetiva e psicológica do que propriamente médica, com o objetivo de deixar a mulher livre para seguir seus instintos.

“É como se a mulher em trabalho de parto tivesse de se separar do nosso mundo, esquecer o que foi aprendido, esquecer o que é cultural. Ela deve, ao contrário, tornar-se responsiva ao que é instintivo nela própria.” (Pithiviers:s.d:12 apud SALEM:2007:64)

Com o passar do tempo, a noção de que a mulher seria mais ligada à natureza e reagiria mais instintivamente do que o homem, é intensificada na maternidade Pithiviers. Assim as parteiras passam a receber mais proeminência do que os médicos, pois sendo mulheres elas estabeleceriam uma maior ligação com as parturientes. Já o homem, sendo visto como naturalmente mais racional, levaria uma energia controladora para a sala de parto, o que poderia refrear as emoções mais instintivas da mulher. A partir desta visão Odent decide “restituir o parto às mulheres” (grávidas e

parteiras), se retirando da administração de Pithiviers no princípio dos anos 1980²³.

É questionada também a posição dorsal ao dar à luz, com o argumento de que esta simbolizaria por um lado a passividade da mulher e por outro o poder médico. É compreensível que um discurso que questione o papel médico realize também uma crítica a este papel de passividade socialmente atribuído a mulher. Dessa forma Odent defende que ao invés da posição dorsal ser endossada cada mulher escolha a posição que achar melhor, uma vez que o corpo dela sabe naturalmente o que fazer, acrescentando que, justamente por razões instintivas, a maioria escolhe a posição de cócoras.

As ideias de Leboyer, e sua incorporação na maternidade de Pithiviers, são também responsáveis pela configuração da sala de parto de forma semelhante à utilizada pelas casas de parto nos dias de hoje, onde são retirados os elementos associados ao espaço médico e o ambiente é montado de forma a se parecer mais com o espaço familiar.

A ênfase de Odent no aspecto instintivo do parto o leva a fazer críticas severas aos antecessores do movimento aqui abordados, principalmente a Lamaze, como já foi apontado:

“O método de Lamaze treina as mulheres para controlarem sua respiração, seus pensamentos e a expressão de suas emoções. Em Pithiviers fazemos justamente o oposto. Encorajamos as mulheres em trabalho de parto a entregarem-se à experiência, a perderem o controle, a esquecerem tudo o que aprenderam – todas as imagens culturais, todos os padrões comportamentais. Quanto menos a mulher tiver aprendido sobre o modo 'correto' de dar a luz, mais fácil será para ela.” (ODENT:1984:26 – apud SALEM:2007:65)

Dessa forma os encontros para casais realizados ali não tem por função a educação, mas sim a construção de redes de solidariedade entre o casal e a equipe médica, de forma a transformar o ambiente em um espaço familiar. Em consonância com Dick-Read e Lamaze permanece a recusa das figuras da mãe e da sogra, pois, apesar da defesa do parto como espaço feminino, elas continuam sendo vistas como portadoras de valores que maculariam o processo.

Como se pode notar, aqui as emoções possuem valor duplo: por um lado a tradição antiga do medo do parto ainda deve ser rechaçada, mas o caminho para efetuar esse projeto não passa mais pelo social, pois aqui todo social é visto como espúrio, e a única possibilidade de superá-lo é através de um mergulho profundo em emoções que são parte da natureza do indivíduo, contra toda técnica e

²³Após abandonar a direção de Pithiviers se dedicou a pesquisar a influência a longo prazo das experiências primeiras da vida de um sujeito, da concepção ao primeiro ano de vida. (SALEM:2010)

cultura o antídoto é o retorno à natureza feminina, que por si só sabe a melhor forma de parir. Tal possibilidade de olhar positivado sobre as emoções também é abordada por Lutz em que, em contrapartida a emocionalidade vista como fraqueza encontra-se também a noção de que “emotions are literally physical forces that push us into vigorous action” (1990:70).

Porém o social também não fica completamente excluído do método de Odent, uma vez que este afirma que o fato de os partos serem guiados pelo instinto não implicaria que eles ocorressem todos da mesma maneira, pois as experiências de vida de cada indivíduo trazem para a cena uma bagagem única, o que os singulariza.

Certamente Odent, dentre todos autores aqui citados, é o que se encontra mais próximo do movimento pela humanização local, tanto pelas suas teses como por sua real proximidade com pessoas atuantes no movimento. O autor é frequentemente citado pelas ativistas, principalmente sua declaração de que não propõe a humanização do parto e sim o “parto mamífero”, onde todos os elementos humanos seriam retirados, permanecendo apenas a fisiologia e o saber do corpo, postulando oposição a todas as intervenções médicas.

Ainda hoje Odent vem frequentemente ao Brasil, tendo participado da Marcha do Parto em Casa no Rio de Janeiro, onde trajava uma camiseta laranja estampada manualmente com os dizeres “*Eu nasci em casa*” ilustrada com uma casinha, com intenção semelhante à das camisetas que vestiam as crianças filhas de ativistas, com os mesmo dizeres, porém com estampas padronizadas. Uma das participantes o olhou e achou graça “*Da idade dele, claro que nasceu em casa!*”. Muitas ativistas o reconheceram e tiraram fotos ao seu lado, ele também concedeu entrevista à uma repórter da Band que cobria o evento, com uma ativista que realizava a tradução do francês para o português. Durante a marcha a mesma ativista o acompanhou, explicando o que estava se passando e o que estava escrito nos cartazes, dentre os quais podia se ler a frase do próprio autor “*Não é possível mudar o mundo sem mudar a forma de nascer*”.



Odent, de camiseta laranja e cabelos brancos, durante a Marcha do Parto em Casa, no Rio de Janeiro.²⁴

No entanto, o interesse em Odent se mantém para além de sua proximidade com o movimento local, existindo também um interesse muito grande em seu trabalho, sendo apontado por médicos como leitura de grande influência em suas mudanças de paradigma para a entrada na humanização. Durante o “Encontro” a presidente da Rehuna manifestou o interesse da rede em reeditar alguns livros de Odent, o que seria interessante tanto do ponto de vista dos recursos vindos da venda desses livros, quanto da divulgação destes trabalhos, pedindo a uma pessoa mais próxima a ele que mediasse o contato.

Com Sheila Kitzinger (SALEM:2007) e seu método psicosssexual, a retórica se ancora no indivíduo e no individual. Autora de livros, os quais denomina como “manuais”, enfatiza o caráter não-prescritivo destes, uma vez que vê cada parto como uma expressão da individualidade de cada mulher.

“A preparação para o parto não deveria impor técnicas ou respostas condicionadas à parturiente, mas deve, sim, reconhecer que o parto pode ser um ato

²⁴ Disponível na página da Marcha do Parto em Casa, no Facebook: <https://www.facebook.com/MarchaDoPartoEmCasa?fref=ts>, consultada em 18/03/2013.

verdadeiramente criativo, no qual ela expressa a si própria e o tipo de pessoa que ela é.” (KITZINGER:1979: 5-6, apud SALEM:2007:67)

A ênfase no individual se vincula ao direito de escolha, assim seus manuais se propõem a repassar às gestantes e seus companheiros o máximo possível de informações médicas, de forma que eles sejam capazes de escolher a melhor forma de parto para eles. Realizando uma equação de conhecimento igual a poder, busca descolá-lo dos médicos para o casal, de maneira que estes também sejam detentores das informações necessárias para o processo.

O enfoque dado às categorias de indivíduo e individual se referem e confundem com instâncias subjetivas. Abordar a gestação e o parto como experiência em que são necessários cuidados psicológicos, não somente da mãe, como também do pai e do casal. A partir da psicologia, as emoções deflagradas nos atores neste período remetem à sua história de vida pessoal e idiossincrática, em que questões relacionadas à maternidade e paternidade remetem a experiências vividas na relação com os próprios pais.

Devido à ênfase dada à esfera psicológica, Kitzinger defende a entrada de outros profissionais na assistência ao casal. Enquanto nos demais esta função permanece com a equipe médica ou com as parteiras, ela defende que, tendo em vista que a preparação para o parto implica em trabalhar sentimentos, se torna necessário um novo tipo de profissional. Tanto o enfoque no direito de escolha como a ênfase no aspecto psicológico e subjetivo da gravidez e do parto se opõem à medicalização do processo. Kitzinger afirma que:

“Muitas mães acabam sentindo que não são elas, mas sim os médicos que estão tendo um bebê (...) O fato de você aceitar auxílio médico não significa que você deve desistir de preocupar-se com a dimensão psicológica da experiência. Não se pode impedir que a técnica estrague a experiência pessoal de uma mulher.” (1981:123, 242 apud SALEM: 2007:68)

As ativistas denunciam que o parto estaria sendo roubado das mulheres pelos médicos, sendo reduzidos a uma sequência de técnicas. A partir desta percepção se inicia a busca pelo parto normal, onde através da obtenção de informações sobre parto as mulheres se empoderariam, descobrindo uma maior gama de possibilidades, de forma que saberiam que sua escolha foi verdadeiramente uma escolha, e não apenas falta de opções, sentindo-se assim agentes de todo esse processo, tal como enfaticamente expresso no título da matéria da revista *Época* “Eu fiz o parto do meu filho, não o médico”, onde a entrevistada entra em consonância com Kitzinger ao expressar seu desejo por não perder o protagonismo de seu parto para a equipe médica:

“ ÉPOCA – O que você aprendeu em sua busca de conhecimento, quase se armando para que não roubassem de você um dos grandes momentos da sua vida?

*No fim, aprendi que havia vários tipos de parto normal - natural, normal, induzido, humanizado... E percebi que eu não queria apenas um parto "vaginal." Queria um parto com o mínimo de intervenções, o mais natural possível. Nos últimos anos (ou décadas) foram estabelecidas tantas intervenções como rotina que, na maioria dos partos normais urbanos, de classe média, você toma uma super anestesia e fica inepta pra ajudar seu filho a nascer. Então tem de tomar hormônio pra estimular as contrações reduzidas pela anestesia. Na hora H alguém empurra sua barriga com uma manobra horripilante e desnecessária para que o bebê saia. E, no fim, quase que obrigatoriamente, cortam a entrada da sua vagina para ajudar o bebê a sair, mesmo que não precise. **Eu não queria nada disso. Queria um parto meu, comandado pelo poder de dar à luz que a natureza me deu, apenas assistido pelos profissionais de saúde.**”²⁵*

Com a ênfase no poder curativo do falar, insiste na importância dos grupos pré-natais para casais, que tornariam possível o exercício de “expressar” e “elaborar” as emoções nefastas. Além disso, esses grupos possuem a função de substituir as redes de sociabilidade e apoio, em vista do isolamento, que resultaria da nuclearização da família moderna, na qual a influência das famílias de origem tende a ser negativizada.

O poder curativo do falar, em conjunto com a expressão e elaboração das emoções, pode ser relacionado ao papel fundamental atribuído à confissão, em que esta se torna o meio fundamental para a descoberta do sujeito, em que a verdade deste é vista como interna, devendo ser externalidade na forma de discurso, como expõe Foucault em *A história da sexualidade* (1993).

O trabalho de Rezende (2010) com grupos de gestantes mostra como estes se organizam em consonância com os preceitos de Kitzinger, em que as reuniões pré-natais realizadas pelo grupo têm como objetivo a preparação física e também emocional das gestantes, sendo interessante destacar a realização de “vivências de parto”, onde a gestante, em conjunto com a orientadora do grupo, descreve como imagina que será o seu parto. Rezende observa que essas vivências “podem ser vistas como esforços de 'tomada de controle' da gestante sobre uma experiência ainda não vivida, através do processo de definir todos os elementos do procedimento – dia, hora, local, participantes e

²⁵ Retirado da matéria “Eu fiz o parto do meu filho, não o médico” - *Revista Época*, disponível em <http://revistaepoca.globo.com/Revista/Epoca/0,,EMI204610-15230,00.html>

desenrolar do parto.” (2009:11)

Interessante notar que apesar do movimento privilegiar esse formato de grupos pré-natais, que são frequentados tanto por mulheres quanto por casais, não tive acesso à muitas referências diretas a Kitzinger. Durante a palestra de Jones, ao historicizar o movimento de humanização, ele destacou como positivo o fato de ela ser antropóloga, enquanto todos os demais eram médicos, pois uma abordagem interdisciplinar permitiria, segundo ele, abarcar melhor as características do parto enquanto evento social e cultural. A proposta da autora de abertura da assistência ao parto a demais profissionais também é um valor do grupo, apesar de não ser creditada a ela. No filme *Freedom for Birth* (2012) ela é uma das especialistas chamadas a falar a respeito da assistência ao parto, o que me levou a supor que sua atuação e reconhecimento esteja mais ligado ao movimento americano e internacional.

Esta relação entre emoções e poder colocada diretamente em Kitzinger, pode ser pensada em conjunto com as ideias de Abu-Lughod, Leonor Arfuch e Lutz. Segundo Abu-Lughod, em *A dinâmica política da poesia de amor beduína* (1990), “O que precisamos saber é como discursos sobre emoção, ou discursos emotivos [...], estão implicados em jogos de poder e na operação de sistemas de hierarquia social em mudança” (1990:3-4). Trabalha como numa sociedade em que os laços de sangue entre parentes constituem a base privilegiada para as relações sociais, de forma que o amor romântico é visto como um perigo para a ordem social - à estrutura que ordena as relações sociais, à solidariedade entre o grupo paterno de parentesco, às hierarquias dadas - e na qual, dado este contexto, a poesia de amor pode ser considerada como um discurso beduíno de desafio. É associada aos jovens e às mulheres, ou seja, os que se encontram em desvantagem na estrutura do poder, assumindo um tom de desafio à autoridade dos mais velhos que impõem uma moralidade de negação aos interesses amorosos.

“A poesia de amor enquanto discurso de desafio é vista como um discurso de autonomia e liberdade. Recitada geralmente por aqueles que são prejudicados pelo sistema, isto é, mulheres e rapazes, ela é exaltada pois a recusa à dominação é a chave da ideologia política tribal, sendo assim um valor central até mesmo para esses indivíduos. [...] A poesia de amor enquanto discurso de rebelião é usada para afirmar essa liberdade e é reconhecida pelos outros como possuindo um enorme poder.

Este é o outro sentido em que os sentimentos devem ser vistos como sendo políticos do mesmo modo em que recitar poesias deve ser visto como um ato político.” (ABU-LUGHOD:1990:9-10)

As transformações políticas pelas quais vem passando a sociedade beduína atuam na

modificação dos significados atribuídos à prática: o sistema político local, de valorização da autonomia, é abalado pela influência que o estado egípcio passa a exercer sobre essas sociedades, com a perda da autonomia política, a poesia de amor beduína cujo valor positivo é atribuído enquanto manifestação de autonomia, vem ganhando nova força e significados: deixou de ser recitada nas tendas e passou a circular em fitas cassetes. O processo de sedentarização tem mudado as atividades econômicas, aumentando o investimento em terras cultiváveis, de forma que aonde havia uma estrutura onde os mais velhos controlavam mas não tinham recursos, passa-se a ter patriarcas no controle da propriedade privada:

“A divisão da política doméstica agora recai sobre a linha de gênero e não mais entre os mais velhos, de um lado, e as mulheres e os rapazes de outro. Todos os homens têm acesso ao mercado e a uma liberdade crescente de movimento; nenhuma das mulheres os têm.” (ABU-LUGHOD:1990:11)

Com a mudança de espaços onde as poesias são recitadas, saindo do espaço íntimo para o espaço público, do qual as mulheres estão excluídas, estas vêm perdendo também o espaço que lhes era permitido para o desafio à ordem social.

A partir deste trabalho de Abu-Lughod podemos pensar que a proposta de Kitzinger de ênfase das emoções e do olhar para a interioridade do sujeito pode ser analisada enquanto uma postura política em relação ao poder medicinal, e, como Arfuch mostra, o enfoque nas biografias individuais pode ser utilizada para fins políticos, como no caso que estamos pensando, pela desmedicalização da gestação e do parto:

“[...] podemos agora postular, no que diz respeito ao espaço público/biográfico, a articulação indissociável entre o *eu* e o *nós*, os modos como as diversas narrativas podem abrir, para além do caso singular e da 'pequena história', caminho de autocriação, imagens e identidades múltiplas, desagregadas dos coletivos tradicionais, e consolidar assim o jogo das diferenças como uma acentuação qualitativa da democracia.” (ARFUCH, 2010:100)

Apesar do discurso de Kitzinger enfatizar a importância das emoções ele permanece atrelado à retórica do controle, de que fala Lutz, uma vez que seu objetivo é que através da escrutinação do self seja possível debelar emoções nefastas.

Continuando em uma realidade etnográfica mais próxima no tempo e no espaço, trago

trechos do texto intitulado *Parto normal (vaginal) X parto cesareana*²⁶, do obstetra niteroiense Rodrigo Vianna, que, sendo entusiasta do parto normal, destaca que as condições psicológicas da mulher devem ser consideradas pelo médico:

“Mas algumas chegam até o médico, com muito medo do parto normal. Seja por antecedentes próprios ou na família de um trauma qualquer ocorrido por ocasião de algum nascimento, seja por desconhecimento do que é um parto, seja por insegurança que a aparente imprevisibilidade de um parto normal possa causar. E aí, algumas mulheres não conseguem nem aventar a possibilidade de terem um parto assim. Querem o parto marcado, preparado, tranquilo, “seguro”. E mesmo se explicando sobre um tipo de parto e outro, suas vantagens e desvantagens, por vezes não conseguimos removê-la desta ideia fixa, e o normal para elas seria a cesariana. Tudo bem também, sem traumas. Não adianta o médico ficar assustando a paciente dizendo até o último instante que tentará o parto normal ‘para o bem dela’.”

O texto segue afirmando que hoje a cesárea é uma cirurgia segura e que não há porque rejeitá-la, mesmo em situações em que o impedimento para um parto normal não seja de ordem fisiológica, mas sim psicológica, em que a forma de sofrimento a ser evitada não é apenas a dor física, mas também emoções negativas como a angústia e o medo. Aqui, mais do que uma recusa, a medicalização desponta como principal a ênfase no direito de escolha da mulher.

A postura das ativistas em relação ao medo e a dor do parto normal é semelhante à de autores do movimento de revisão do parto aqui abordados, como Dick-Read e Lamaze, onde este seria produto de imagens mentais nefastas produzidas por noções que circulam pela sociedade que negativariam o parto normal, caracterizando-o apenas enquanto um processo muito dolorido. Apontam que estas noções de senso comum não estariam equivocadas, uma vez em que são produzidas a partir de experiências reais de parto, destacando que estes partos foram caracterizados como de grande sofrimento e dor não por esta ser uma característica inerente ao processo, mais sim por serem fruto de uma assistência ao parto baseada em métodos e técnicas incorretos, que efetivamente produziram dor e sofrimento.

Duas vias, a ser seguidas concomitantemente, são recomendadas primordialmente pelas ativistas para lidar com este medo: 1) buscar o maior número de informações a respeito, acreditando, assim como Lamaze, que a introjeção desta informação seria capaz de debelar o medo

²⁶Consultado em <http://www.portalverde.com.br/sites/gestacaoconsciente/rodrigovianna/artigos/cesariaxnormal.htm> em 25/01/2012.

e as emoções negativas; 2) O espaço dos grupos de apoio, destinados a lidar com as emoções, baseados no poder curativo do falar. Pelo que pude depreender do discurso das ativistas, o investimento nestas duas vias seria eficaz para lidar com o medo, de forma que o estado emocional da mulher, via de regra, não aparece como indicação legítima para uma cesárea.

Capítulo 3

Natureza e cultura nos discursos de médicos e de mulheres acerca das formas de parto

Este capítulo se dedica à análise do embate contemporâneo mais relevante em torno da questão do parto: o entre partidário do modelo “tecnocrático” e do “humanístico/humanizado” de assistência, que primeiramente se traduzem em um embate entre defensores do parto normal e da cesárea, desacortinando o conflito entre estes dois modelos de assistência. Pretendo examinar os discursos médicos acerca de possíveis práticas obstétricas, com o objetivo de analisar como cada grupo (os que buscam legitimar o parto normal e os que defendem a cesárea) constrói e autoriza o seu discurso utilizando-se das categorias de natureza e cultura. Utilizo esta nomenclatura dos modelos de assistência – tecnocrático e humanístico/humanizado – enquanto categorias ao mesmo tempo analíticas e nativas, uma vez que a reflexão a respeito de sua própria prática e atuação no movimento pela humanização levou médicos e ativistas a se inteirar sobre teorias a respeito, as incorporando em seu discurso.

Olho para esta questão a partir do contexto etnográfico que venho pesquisando: o movimento pela humanização do parto, as motivações que levam as mulheres a escolherem entre uma forma de parto e outra, as estratégias que estas devem desempenhar para fazer valer sua vontade dentro de um contexto como o brasileiro, em que os nascimentos via cesariana têm ultrapassado consideravelmente os via parto normal e a opinião do médico costuma se sobressair sobre o desejo manifestado pela mulher.

Desta forma este capítulo se dedicará também a analisar como as ativistas e demais mulheres se relacionam, respondem e se posicionam com relação a estes discursos médicos, considerando inclusive o papel desempenhado por elas como reprodutoras, legitimadoras e construtoras destes discursos, uma vez que, independente da modalidade que venham a preferir, possuirão um discurso que a embasa.

Como material etnográfico, utilizarei dados de minha pesquisa de campo, obtidos em palestras e encontros de médicos e de ativistas pelo parto normal; serão utilizados também dados da pesquisa de campo virtual, como depoimentos publicados em sites e fóruns na internet por profissionais, mães/gestantes, militantes e eventualmente pais. Esses espaços online são destinados à troca de experiências sobre gestação, família e parto, fazendo-se presente, em todos, certo nível de militância a favor do parto normal, não deixando de haver, porém, fóruns destinados especificamente à cesáreas. Um terceiro espaço de construção de meus dados foi a consulta à bibliografia publicada por médicos ligados ao movimento pela humanização.

O material utilizado para contrastar os discursos médicos entre os defensores de cada modalidade contém uma defasagem: devido a minha inserção em campo no movimento pela humanização comparativamente possuo pouco material relacionado aos partidários da cesárea. Porém esta defasagem, além de ser reflexo da minha inserção no grupo pesquisado, vai além disso, evidenciando um elemento importante para pensar a questão: o volume de material escrito

disponível, mesmo de conteúdo acadêmico, é altamente desigual, sendo raro encontrar o depoimento de um médico defendendo diretamente a cesárea em detrimento do parto normal, e com o assunto só aparecendo em tom de denúncia às altas taxas praticadas no Brasil (sendo utilizada inclusive a expressão “epidemia de cesáreas”). Nesses textos, por vezes, falas de partidários da cesárea são abordadas com o intuito de crítica.

Penso que uma pesquisa que enfocasse prioritariamente esses dados necessitaria de outro enfoque metodológico, com a imersão em consultórios e/ou escolas de medicina, onde certamente seria possível acessar melhor esses discursos, afinal, eles existem e se manifestam em diversos círculos, porém continua sendo significativa sua quase total ausência no debate público atual, e mesmo no debate acadêmico médico: durante a pesquisa não encontrei artigos médicos que defendam que a cesárea seja a melhor forma de parto. O que nos instiga a pensar na contradição da modalidade de parto mais realizada ser a menos discutida.

Além de discursos que se encontram claramente em cada um dos lados, examinarei também os discursos de um médico que se envolveu em uma polêmica no ano de 2012, que levou o movimento ao questionamento a respeito do que seria afinal uma prática humanizada.

Por fim, este capítulo merece mais uma consideração metodológica: como argumentei na introdução deste trabalho, apesar dos meus esforços em manter o anonimato de todos os nativos citados nesta pesquisa houve casos em que, pela obrigação em indicar a localização online das citações, o artifício da troca de nomes simplesmente deixou de funcionar. Outro elemento que impede o anonimato é que usarei aqui referências bibliográficas de médicos do movimento pela humanização, o que os tornariam conhecidos. Assim, neste capítulo manterei os nomes próprios dos obstetras Melania Amorin e Ricardo Jones, bem como o de Jorge Rezende Filho, por sua associação à obra *Obstetrícia Fundamental*, de autoria de seu pai.

3.1 A escolha do médico enquanto decisiva

A relação com os médicos aparece no discurso das ativistas como de fundamental importância nessa busca pelo parto normal. Conselhos como “com esse médico você não vai conseguir” seguido de indicações de outros profissionais são frequentes quando uma mulher relata dúvidas com relação a atitudes do profissional que a acompanha. Encontrar o médico e a equipe certa é elemento fundamental para obter êxito, tanto que os relatos dessas mulheres costumam enumerar os médicos em que foram até encontrarem um em que realmente pudessem confiar.

Assim podemos dizer que o principal empecilho que essas mulheres encontram para concretizarem seu desejo é colocado pelos médicos. Nos fóruns, grupos e listas de email elas trocam e se armam com informações sobre como reconhecer e se livrar de um médico “cesárista”.

Uma lista realizada por uma ONG ligada ao movimento, intitulada “*Como se livrar de um médico cesarista?*”²⁷ é bastante compartilhada em vários meios online, sendo composta por 14 pontos que destacam elementos do discurso cesarista que o denunciariam como tal, mesmo que ele tenha alegado “tentar um parto normal”. Esse discurso de médicos que pareciam abertos à realização do parto normal, e que nos últimos momentos acabam as conduzindo para uma cesárea é muito recorrente nestes fóruns e grupos online:

“E assim sendo, fui alvo fácil de um obstetra cesarista. Ele soube desde o primeiro momento que eu desejava um parto normal e se mostrou adepto, disponível e até brincou com o trocadilho ‘desnecesária’.

*Com 39 semanas e 4 dias ele me pediu que internasse dizendo que o ‘bebê sairia por cima ou por baixo’, [...] Não senti dor, não dilatei, e fui para uma cesárea, acreditando que era o melhor para mim e para o bebê.”*²⁸

A lição retirada pela mãe do depoimento acima para sua segunda gestação foi a de que a mulher que deseja esse tipo de parto deve se armar de toda a informação possível sobre o procedimento, se preparar fisicamente e principalmente escolher um médico que respeite a sua vontade. São vários os depoimentos que mostram que, para que tudo ocorra como se deseja, deve-se ter uma postura ativa na condução da relação com o médico durante toda a gestação. A desconfiança para com os médicos permeia a relação: vistos como preocupados apenas com sua própria comodidade e ganho financeiro, todo momento é transpassado pelo risco de que ele imponha sua autoridade médica e desautorize o desejo da mulher.

A coragem para mudar de médico é incentivada e destacada, principalmente quando efetuada ao final da gestação. Benatti (2011), em livro que busca difundir informações sobre o parto humanizado para gestantes, em sua fala no “Encontro” conta comovida a história que recebeu de Ana, uma leitora. A história de Ana começa com ela saindo de uma consulta onde sua médica, que durante toda a gestação a tinha levado a acreditar que esperariam pelo parto normal, diz que estava “*passando da hora*” e propõe realizarem uma cesárea. Ana diz que precisa pensar, sai da consulta e, andando por um shopping, entra em uma livraria onde encontra o livro de Benatti, senta-se e começa a lê-lo. Durante a leitura, Ana começa a sentir os sinais do trabalho de parto e se sentindo enganada por sua médica e inspirada pela leitura do livro, encontra uma nova equipe em meio ao

²⁷ Disponível em <http://www.amigasdoparto.com.br/cur003.html> consultado em 18/02/2013

²⁸ Retirado de <http://www.bemgerar.com/embuscadopartonormal.html>, em 20/07/2011.

trabalho de parto e consegue ter seu parto natural.

Estas noções de luta, batalha, no qual se deve ter força e persistência, se armando das melhores armas possíveis para enfrentá-la são incentivadas pelo movimento, e são parte fundamental do dito empoderamento das mulheres que vivem esse processo.

É recorrente o relato de mulheres que se sentiram enganadas por seus médicos, que ao início do pré-natal afirmam que farão o possível para um parto normal, mas com o passar do tempo vão apontando complicações e justificativas vistas como vazias, para a realização de uma cesárea.

Uma situação ocorrida durante uma palestra evidencia o quanto estes relatos se repetem, e as reações que eles podem causar. A palestra havia discorrido sobre técnicas que são e que não são eficientes, do ponto de vista das evidências científicas, sendo uma delas a conhecida ordem para fazer “força comprida” ou “força de cocô”, que seria ineficiente quando feita fora do ímpeto (vontade que a mulher sentiria de empurrar), podendo danificar o períneo e cansar a mulher. Durante a sessão de perguntas uma mulher da plateia conta a história de seu parto, em que foi pedido a ela pela obstetra que fizesse força durante o trabalho de parto, ainda com 7 cm de dilatação, quando não estava sentindo o ímpeto, o que a deixou exausta e fez com que sua médica decidisse que era melhor fazer uma cesárea. A plateia reage de forma irônica, como se essa fosse uma história muito conhecida, a palestrante, séria, responde: *“Lamento muito pela sua historia”*, e a plateia parece achar esse comentário engraçado, e ri. Esta cena pode levar a percepção das mulheres na plateia – formada em sua maioria por profissionais da saúde e algumas ativistas – como insensíveis a dor que aquela mulher estava expressando por ter se sentido enganada por uma médica de técnica equivocada, porém a repetição destas histórias nos ajuda a entender o porquê as pessoas engajadas nesse meio há mais tempo podem considerar que estas mulheres foram ingênuas, ao não se informarem o bastante e se deixarem enganar pelo “doutor bonzinho”.

Em outra situação do campo, quando ativistas estavam debatendo estratégias de ação, contaram casos de pessoas próximas que ficaram ofendidas com perguntas a respeito das orientações médicas que haviam recebido, pois consideravam que estavam debochando da autoridade de seu médico e insinuando que ele não estava fazendo o melhor para elas:

“Minha amiga postou uma foto amarrada indo pra cesárea e ficou ofendida quando eu comentei ‘pra quê isso?’. Ela disse que a médica dela a havia explicado que era assim o procedimento, que ela a estava protegendo [...] As mulheres ficam magoadas quando você diz que o parto delas não foi legal, que teve violência. Eu já perdi amigos assim. Tem muita ativista que fica magoada e se ofende também. Minha amiga marcou uma cesárea eletiva, a gente não pode ficar ofendida!”

“Ela é uma pessoa de poder, ela não quis admitir que o médico tinha empurrado uma cesárea pra ela.”

Estas histórias relatam como as ativistas se sentem em uma situação delicada ao se verem colocadas entre divulgarem seus preceitos e não ferirem os sentimentos das que passaram por situações assim. Apesar de manterem o tom de que “mulher que realmente estudou e pesquisou antes do seu parto não se deixaria enganar”, sabem que isso efetivamente acontece, tendo inclusive sido a trajetória de muitas delas para a “saída da Matrix”, ou seja, momento em que elas passam a duvidar de que o que seus médicos, parentes e amigos diziam ser a melhor forma de parto, e adentram o universo da humanização.

É comum dentre estas mulheres encontrarmos aquelas que já passaram por uma ou mais cesarianas, o grupo das “cesareadas”, tal como aponta Carneiro (2011), que buscam na experiência do parto normal uma forma de cura física e mental, bem expressa na referência à cicatriz da cirurgia como uma marca do corpo e da alma, a busca pelo parto normal seria assim uma forma de ressignificar a experiência anterior. A “saída da Matrix” então seria parte desta busca por reelaborar a experiência da cesárea.

3.2 A construção de verdades científicas

Penso o debate médico em torno da questão a partir do conceito de campo de Bourdieu, onde os grupos disputam, buscando a posição de domínio, ou, nas palavras do autor: “um espaço - o que eu chamaria de campo - no interior do qual há uma luta pela imposição da definição do jogo e dos trunfos necessários para dominar nesse jogo.” (BOURDIEU:1990:119). Pois, como bem aponta Bruno Latour, “a atividade científica não se trata da 'natureza', ela é uma luta renhida para *construir* a realidade.” (LATOURE:1997:278). O trabalho de campo deste autor, em um laboratório científico, nos mostra que, apesar de a ciência referir a si própria como estudando coisas da natureza, ou seja, coisas que estariam lá, dadas, apenas esperando que os cientistas as desvende, ela na realidade atua enquanto construtora desta realidade, a elaborando passo a passo, com testes e experimentos, e posteriormente apagando este caminho para inserir seus resultados na esfera da natureza.

Laquer (2001) nos dá uma boa mostra a respeito de como modelos concorrentes buscam ao longo da história definir o que é o corpo. Em *Inventando o sexo*, o autor realiza uma reconstrução histórica das teorias sobre o sexo ao longo dos séculos, enfatizando que pelo menos desde o século IV o que prevalecia era uma teoria do sexo único, na qual as mulheres eram “homens virados para dentro”, sendo aí a diferença não de espécie, mas apenas de grau: mulheres sendo significadas como

homens menos perfeitos. Esse modelo do sexo único passou a mudar por volta do final do séc. XVIII, dando lugar a um modelo de dois sexos distintos, que busca na natureza as causas para as diferenças culturais: “uma anatomia da incomensurabilidade substituiu uma metafísica de hierarquia na representação da mulher com relação ao homem” (Laqueur:2001:17). A passagem de um modelo para o outro não teria sido consequência de uma mudança científica, mas sim de uma revolução epistêmica e sociopolítica, uma vez sendo que a ciência não atua desvendando fatos naturais, mas sim os construindo.

O objetivo de Laqueur não é a busca pela teoria mais correta sobre o sexo, mas sim apontar que os discursos sobre este são produtos de construções culturais, sendo que homens e mulheres são diferentes exclusivamente dentro do discurso cultural dos dois sexos (como mostra a teoria do sexo único):

“Porém desejo mostrar, com base em evidência histórica, que quase tudo que se queira *dizer* sobre sexo – de qualquer forma que o sexo seja compreendido – já contém em si uma reivindicação sobre o gênero. O sexo, tanto no mundo de sexo único como no de dois sexos, é situacional; é explicável apenas dentro do contexto da luta sobre gênero e poder.” (LAQUER:2001:23)

Emily Martin é outra autora cujo trabalho se dedica a evidenciar o processo de construção do corpo pela ciência, em que são abordadas de forma histórica diversas teorias sobre o processo de fertilização, mostrando que a construção do papel dos gametas não é um discurso científico neutro, mas que está impregnada dos papéis sociais atribuídos aos homens e as mulheres. Assim, através do discurso científico, elementos biológicos passam a ser dotados de gênero:

“It is remarkable how “femininely” the egg behaves and how “masculinely” the sperm. The egg is seen as large and passive. It does not move or journey, but passively “is transported”, “is swept”, or even “drifts” along the fallopian tube. In utter contrast, sperm are small, “streamlined” and invariably active. They “deliver” their genes to the egg, “activate the developmental program of the egg” and have a “velocity” that is often remarked upon. Their tails are “strong” and efficiently powered.” (MARTIN:1997:87)

De forma semelhante, os discursos médicos aqui abordados possuem em seu fundo o debate sobre a definição do corpo. Visto enquanto natureza por ambos os lados, o que se coloca em questão é como lidar com esta natureza. Seria esse corpo mais uma parte da natureza que o homem deve

dominar e controlar através da técnica, ou seria ele um mecanismo tão perfeitamente projetado por ela, que a melhor forma de lidar com ele é deixando-o atuar livremente, de acordo com a sua sabedoria ancestral?

É da medicina que provém um dos discursos mais poderosos sobre o corpo. Como afirma Foucault (2002), o poder está atrelado à produção, acumulação, circulação e funcionamento de discursos de verdade, que operam não pelo mecanismo da lei, mas sim pelo da normalização. O que está em disputa, portanto, neste campo é qual discurso de verdade prevalecerá, sendo importante observar que ambos os lados se valem de discursos e ideais da medicina, como a diminuição da dor e a preservação da vida, para legitimar suas posições.

A busca pelo discurso de verdade dominante encontra-se dentro da disputa colocada no campo médico, onde aquele que o possuir irá aumentar o seu poder social, como podemos depreender da citação de Bourdieu abaixo:

“O campo científico, enquanto sistema de relações objetivas entre posições adquiridas (em lutas anteriores), é o lugar, o espaço de jogo de uma luta concorrencial. O que está em jogo especificamente nessa luta é o monopólio da *autoridade científica* definida, de maneira inseparável, como capacidade técnica e poder social; ou, se quisermos, o monopólio da *competência científica*, compreendida enquanto capacidade de falar e agir legitimamente (isto é, de maneira autorizada e com autoridade), que é socialmente outorgada a um agente determinado.” (BOURDIEU:1990:122-123)

Sobre essa questão de como um discurso de verdade legitima e empodera uma prática podemos traçar um paralelo com a abordagem feita por Lévi-Strauss a respeito do xamanismo e da figura do feiticeiro em *O feiticeiro e sua magia*:

“Portanto, não há porque duvidar da eficácia de certas práticas mágicas. Porém, ao mesmo tempo, percebe-se que a eficácia da magia implica a crença na magia, que se apresenta sob três aspectos complementares: primeiro, a crença do feiticeiro na eficácia de suas técnicas; depois, a doente de que ele trata ou a vítima que ele persegue, no poder do próprio feiticeiro; e, por fim, a confiança e as exigências da opinião coletiva [...]”. (LÉVI-STRAUSS:2008:182)

Guardadas as diferenças destacadas pelo próprio autor por estar abordando principalmente a cura de males de origem psicológica esta passagem nos mostra o quão importante é para o processo de cura e atendimentos relacionados à saúde a legitimação social conferida à técnica empregada,

que desempenhará grande papel na crença dos agentes envolvidos em sua eficácia.

3.3 Modelo tecnocrático *versus* modelo humanístico

Como discurso de partidários da cesárea, utilizarei trechos do texto escrito pelo obstetra Jorge Rezende Filho, intitulado *A técnica da operação Cesariana - Novos aspectos*²⁹, cujo pai, Jorge Rezende, é autor do livro *Obstetrícia Fundamental* (1976), e que através de sucessivas reedições, pouco modificadas desde sua primeira edição, é ainda hoje muito utilizado nas escolas de medicina, sendo apelidado de “Rezendão”. Na definição do filho, ambos seriam “cesareanistas convictos”:

*“Como meu pai, sou cesarianista convicto. Antes de mais nada, pela universalidade da operação: **“a Natureza não pode seguir o seu destino, a arte traçar é seu rumo”**. Sou cesarianista pelo ser integral a proteção à vida materna e também irrestrita a proteção à vida do concepto. A geração atual de obstetras, na qual me incluo, os jovens egressos de nossas faculdades de Medicina nos últimos 20-30 anos, desaprendeu ou nunca se adestrou nas operações transpelvianas. Quantos de nós sabemos executar uma versão por manobras internas, conhecemos os estorvos dos volteios difíceis, quantos de nós manejamos com desteridade um fórcepe médio, empunhamos, sem temor, o basiótrobo?”* (grifo meu).

O que podemos observar desse depoimento é primeiramente a filiação enfática à modalidade da cesárea, o destacamento da ética médica de proteção à vida, e a valoração da técnica (“arte”) sobre os aspectos fisiológicos do processo. Aborda também elementos da formação dos médicos atuais, onde a ênfase do ensino se dirige para a realização de cesáreas, formando médicos com pouca prática e segurança para realizarem partos normais.

Em outras partes do texto, o obstetra dedica-se a uma ênfase das técnicas, com o intuito de romper com a ideia de que, por ser uma forma de cirurgia, esta seria menos segura:

“Nos nossos dias, a cesárea atinge as culminâncias de seu aperfeiçoamento técnico. Os riscos da intervenção se amenizam, espelhados no rigor das estatísticas provenientes assim dos grandes centros como dos obscuros hospitais do Terceiro

²⁹ Disponível em).<http://www.marciapeltier.com.br/?content=materia&id=594>

Mundo. Ato de urgência, de urgência extremada bastas vezes, a despeito disso e talvez por isso, a operação cesariana se cristalizou em técnica de simplicidade requintada, a demandar, contudo, uma execução primorosa.”

Para esse obstetra o que torna uma forma de parto melhor do que a outra seria a superioridade de sua técnica. Para ele, enquanto a cesárea tem atingido o ápice de seu aperfeiçoamento, a nova geração de médicos não teria sido treinada o suficiente nas técnicas necessárias para a realização de um parto normal seguro.

Em um fórum de discussão online não-ativista, onde o tema era se as participantes conheciam algum bebê que teria tido problemas de saúde devido ao nascimento por cesárea, diversas participantes se posicionaram no sentido de que a ideia de uma saúde mais frágil do bebê que nasce desta forma é um argumento enganoso utilizado por partidários do parto normal, e informado por olhares ultrapassados sobre a modalidade e também sobre o parto normal:

“Pois é... as pessoas ainda veem o PC (parto cesáreo) como ele era há 30 anos atrás. Meu antigo GO (ginecologista obstetra) costumava dizer que no Brasil se faz tantos Pcs que os médicos se tornaram especialistas. Nem no primeiro mundo se faz essa cirurgia com tanta maestria como aqui. E no que diz respeito à saúde pública (afinal, poucas podem pagar doulas, PNH (parto natural/normal humanizado), etc.) a cesária é muito mais segura e bem menos traumática.”³⁰

“O que era bom há 40 anos atrás não é bom hoje, mudou muito”³¹

Esta linha de argumento, acionada por mulheres que defendem a cesárea, enfatiza o desenvolvimento técnico como ponto positivo, sendo este determinante para uma boa modalidade de parto, de tal forma que se sentem seguras por passar pelo procedimento, vendo uma série de vantagens deste sobre o parto normal, como uma alternativa para evitar as dores do parto e a possibilidade de previsibilidade do evento.

Devido ao enfoque do trabalho de campo posso trazer mais olhares do lado dos defensores do parto normal. Dessa forma abordarei, além das teses defendidas por estes, a conformação das escolas de medicina que operam pelo modelo tecnocrático, o processo de ruptura que os médicos humanizados efetuam ao rejeitarem o modelo em que foram formados e adotarem um novo, que

³⁰Retirado de <http://www.e-familynet.com> .

³¹Retirado de <http://www.e-familynet.com> .

pode ser considerado equivalente à “saída da Matrix”. Ou seja, as possibilidades apresentadas nas escolas de medicina oferecem duas opções majoritárias, ambas dentro do modelo tecnocrático: os futuros médicos são direcionados a adotarem um modelo como o do médico acima, de priorizarem as cesáreas, ou um modelo vaginalista, preferindo o parto normal, porém fazendo uso de diversas intervenções.

Nem sempre o modelo científico esteve de acordo com o valores da humanização, como bem demonstra a conformação das escolas de medicina, como abordaremos a seguir, de tal forma que os que não seguiam estes preceitos ensinados eram vistos como atrasados no desenvolvimento tecnológico, negando as vantagens desta. Melania, na palestra intitulada “Assistência ao parto baseada em evidências”, escolheu como frase de abertura o seguinte trecho de uma canção de Lenine:

*“Éramos uns poetas loucos, místicos
Éramos tudo que não era são
Agora são com dados estatísticos
Os cientistas que nos dão razão”*

Este trecho realmente capta o espírito do momento atual em que vivem os médicos humanizados mais velhos, que passaram por um processo muito mais intuitivo e subjetivo do que alimentado pelas informações vindas de sua formação, tal como o caminho percorrido por Jones, que conta:

*“Minha entrada na humanização se deu muito antes de compreender o significado e a importância das evidências científicas na condução da assistência ao parto. Tal mudança paradigmática se deu na participação presencial no nascimento dos meus filhos.”*³²

Foi através de caminhos pessoais e subjetivos que os obstetras que tive acesso ao longo da pesquisa relatam esta mudança de paradigma, que os faz questionar a prática médica tal como aprenderam em sua formação buscando modificá-las, e aí sim buscando suporte teórico através dos autores do movimento de revisão do parto, que conhecemos no capítulo anterior. Entre seus colegas médicos passam a ser chamados por nomes como “hippies” ou “naturebas”, porém os estudos

³² Disponível em: <http://www.orelhasdevidro.blogspot.com.br/#!http://orelhasdevidro.blogspot.com/2012/09/mudanca-de-paradigma.html>, consultado em 18/02/2013

científicos realizados principalmente no exterior começam a se destacar, se colocando do lado do que eles vinham pregando.

“A Medicina Baseada em Evidências (MBE)³³ [...] entrou em minha vida por volta de 1994, quando eu era ainda uma jovem obstetra formada dentro do modelo tecnocrático. [...] Quando comecei a pesquisar seriamente sobre esses procedimentos, fiquei espantada ao constatar que não havia nenhuma evidência científica sólida demonstrando sua necessidade e efetividade e, ao contrário, já existiam evidências demonstrando os seus efeitos deletérios para o binômio mãe-bebê.”
(AMORIM:2012:19)

Apesar de os profissionais passarem por esse chamado momento da virada, em que adentram o universo da humanização, a passagem de um modelo para o outro não é direta e automática, é gradual e muitas vezes mesmo dolorida para os que escolheram trilhar esse caminho. Penso que as escolas de medicina podem ser vistas como instituições com grande poder de imprimir suas visões de mundo àqueles que por elas passam, assim como as instituições militares, por exemplo. Nestas, a identidade militar é introjetada nos alunos a partir da inserção na instituição, como mostra o trabalho de Castro (1985) a respeito da prática de trotes aplicados por veteranos aos calouros no Colégio Naval:

“O ponto focal de todo o processo ritual pelo qual o indivíduo passa no Colégio, de calouro a veterano, é a identidade militar: o aluno aprende o que significa ser um militar. Trata-se, portanto, de um processo eminentemente pedagógico, e a minha tese principal é a de que o trote, como um elemento específico do ritual, é fundamental no aprendizado e construção desta identidade. O trote é a dramatização daquilo que estrutura e dá o estilo da vida militar: a hierarquia.” (CASTRO:1985:589)

Apesar de não podermos falar a respeito de mecanismo extremos, no sentido de coerção física, nas escolas de medicina permanece que as aulas e o convívio nelas ensinam e estruturam uma forma específica de ver o mundo, diretamente ligado ao *ethos* da profissão, tal como discutido por Rojo (2001).

³³ “MBE se traduz pela prática da medicina em um contexto em que a experiência clínica é integrada com a capacidade de analisar criticamente e aplicar de forma racional a informação científica de forma a melhorar a qualidade da assistência médica. Na MBE, as dúvidas que surgem ao resolver problemas de pacientes são os principais estímulos para que se procure atualizar os conhecimentos.” (LOPES:2000:285)

Podemos ainda pensar estas instituições em oposição ao que Archetti (2003) denomina como “zonas livres”, conceito a partir do qual analisa práticas corporais como o futebol, o polo e o tango na Argentina:

“Las tendencias ordenadoras de la sociedad están relacionadas con instituciones públicas como la escuela, el servicio militar, el trabajo, las ceremonias públicas y los rituales de nacionalidad. Las zonas ‘libres’, como las propiedades anti-estructurales de la liminaridad y lo sacramental híbrido em el trabajo de Turner (1967), permiten la articulación de lenguajes y prácticas que pueden desafiar um domínio público oficial y puritano. Las zonas ‘libres’ son espacios para la mezcla, la aparición de híbridos, la sexualidad y la exaltación de desmpenos físicos.” (ARCHETTI:2003:42)

Outro fator também é importante para se pensar nessa transmissão de valores e formas de ver o mundo no meio médico, uma vez que além das escolas encontramos também famílias com duas ou três gerações de médicos, incluindo várias gerações com uma mesma especialidade: durante a pesquisa foi frequente encontrar obstetras filhos de obstetras, ou cujo o filho estava estudando obstetrícia. A respeito desse ponto penso ser interessante o estabelecimento de uma comparação com minha pesquisa de monografia (MENDONÇA:2010) e o grupo de pesquisa em que a desenvolvi. Realizada entre velejadores de um clube em Niterói, apesar do meu trabalho em si não abordar diretamente a transmissão familiar da prática da vela, esta questão esteve como pano de fundo de minhas observações e também me foi permitida reflexões a respeito a partir do trabalho de colegas deste grupo de pesquisa. Segundo Nolte (2012):

“Os agentes projetam sentidos às suas práticas e valores através de mecanismos de distinção em relação a outras práticas e valores que constituem outros esportes. A transmissão familiar da prática esportiva, portanto, representa também uma transmissão de valores particulares àqueles indivíduos e famílias que compõem o ‘mundo da vela’, de modo que os ‘herdeiros’ teriam condição de ‘seguir os instintos da família’.” (NOLTE: 2012)

O trabalho de campo realizado junto aos velejadores permitiu, de forma semelhante ao que ocorre com os médicos, encontramos gerações de uma mesma família ligadas ao universo da vela, neste caso o código de valores e o *ethos* de velejador encontra uma intersecção com o código e o *ethos* familiar, sendo portanto aprendido tanto nos espaços do clube e do barco como no convívio familiar.

Assim o modelo tecnocrático pode atuar por ao menos duas vias na produção do profissional da medicina. Somariam a estas, por fim, a noção corrente na sociedade de que o homem deve controlar a natureza através da tecnologia, tal como fala Davis-Floyd (2003).

Em depoimento para o programa Sala de Notícias da TV Futura, com o título *O futuro do nascer*³⁴, o obstetra Jorge Kuhn afirma que os médicos realizam suas residências em hospitais dedicados a atender casos de alto risco, dessa forma possuem uma visão distorcida da normalidade do parto, vendo-o como um evento com potencialidade de erro, e a todo momento estão pensando em intervenções a serem feitas.

No discurso de médicos e ativistas aparece que se livrar desse modelo não é tarefa fácil, como bem captou uma ativista ao dirigir uma pergunta provocativa aos membros da mesa de encerramento do “Encontro”. Esta foi composta por três jovens médicos, duas mulheres e um homem, que estavam recebendo vastos elogios pelo trabalho de implementação dos preceitos da humanização na maternidade pública que estão à frente, que vem apresentando os melhores resultados em relação à redução de cesáreas e de intervenções no parto. A mesa contava com mais um integrante: fazendo às vezes de moderador e palestrante estava o médico Vinícius, um pouco mais velho que os demais, tendo sido professor destes na residência médica, era a ele a quem atribuíam terem seguido na busca pela humanização da prática obstétrica. A juventude de todo o grupo foi reiteradamente positivada, no sentido de que se necessita de *sangue novo* para tocar essas questões, porém a juventude enquanto fase da vida em que mudanças de paradigma são mais possíveis também trazia que estes profissionais ainda apresentavam conflitos, tensões e angústias com relação aos preceitos de sua formação e o modelo que decidiram adotar. A ativista pergunta: “*Qual é a prática que vocês ainda fazem que gostariam de abandonar?*”, ao que os quatro médicos da mesa manifestam seu desejo de diminuir suas taxas de intervenções:

“Eu fico muito ansiosa no expulsivo, toque de 4 em 4 horas, eu quero parar com o toque”

“Eu faço a manobra pra liberar o ombro do bebê. Tô tentando me segurar, esperar pra ver se ele vai soltar sozinho, antes de botar a mão. Eu paro, conto mentalmente, mas eu não consigo esperar muito tempo.”

“Eu tenho medo de parto. Queria lidar melhor, mas não parar, eu tenho medo de parto igual se tem medo de mar.”

“Eu gostaria de realizar mais partos sem anestesia, fico intrigado com as baixas taxas das enfermeiras.”

³⁴Disponível em: <http://www.youtube.com/watch?v=dTS7KYVU8hw&feature=share>, consultado em 21/01/2013

A três primeiras respostas são dos jovens médicos, e demonstram bem a dificuldade de se livrar do modelo intervencionista, e da ansiedade que isso gera. O intrigamento manifestado pelo médico autor da quarta fala aponta para o diferente olhar adquirido na formação destes profissionais. Tal olhar diferencial de enfermeiras-obstetras/parteiras e médicos sobre o parto, orientado por suas distintas formações, é bem observado por Davis-Floyd (2003), que relata que após ouvir ambos os grupos descrevendo situações de parto notou que o primeiro se refere graficamente à beleza e à magia do nascimento, enquanto o segundo foca nas complicações ocorridas. Assim, a autora interpreta que, com um olhar focado para a doença, os médicos do modelo tecnocrático não conseguiriam conceber o parto como um evento fisiológico saudável, buscando interferir, com o intuito de corrigir o processo. Mesmo renunciando a este paradigma permanece o olhar voltado para as complicações.

Outro ponto a ser pensado em relação ao ensino médico enquanto reproduzidor de práticas tidas como desnecessárias, e mesmo categorizadas enquanto violência obstétrica, é trazido por Escamilla (2012), em pesquisa realizada no México, onde a autora acompanhou alunos de residência obstétrica, que estão cursando ao mesmo tempo uma disciplina de Antropologia Médica, o que os levaria a uma maior reflexividade com relação à prática que lhes é ensinada e a uma percepção do modelo de ensino enquanto desumano, uma vez que, no hospital escola muitos procedimentos médicos seriam realizados sem real indicação, com a justificativa de que os alunos precisam praticá-los para aprender.

A partir desta visão Davis-Floyd (2003) pensa o parto enquanto ritual, onde os procedimentos seriam ritualmente realizados por aqueles que objetivam tornar o evento mais previsível e controlado, reforçando a crença americana do domínio da natureza pela técnica. Apesar de a autora realizar sua análise na sociedade americana, ela observa que esta pode ser estendida a toda parte influenciada pela medicina ocidental.

Como diz o médico humanizado Ricardo Jones (2012), em crítica a este modelo tecnocrático:

“Um ‘acesso de parto’ súbito e imprevisível é uma moléstia que pode colocar em risco o percurso ‘natural’ de uma gravidez, impedindo a realização de uma cesariana que se instala na ‘lógica cyborg’” (JONES:2012:12)

Por este movimento que observamos em que os médicos devem abandonar a visão dada por sua formação, encontra-se uma tendência em que, ao se defender o parto normal passa-se por uma

denúncia do sistema médico vigente, em um nível de reflexividade que procura desconstruir o que foi aprendido para reelaborá-lo.

Desta maneira, grande parte do argumento a favor do parto normal e humanizado se assenta no discurso das *Evidências Científicas*, seja como estratégia ou como crença fato é que em nenhum dos lados desse debate a ciência é rejeitada, porém cada grupo promove uma visão distinta do que ela é, de forma a elaborar e dar suporte a suas práticas. De um lado a ciência é vista como tecnologia, a ser incorporada a serviço do maior controle e previsibilidade do evento, do outro são acionados estudos científicos que contradizem esta visão, demonstrando que maior tecnologia não é sinônimo de melhor assistência ao parto, e que muitas dessas intervenções são praticadas indiscriminadamente, mesmo em casos onde não seriam necessárias.

As evidências científicas acionadas são colhidas principalmente através da Cochrane Library, iniciativa de colaboração internacional, fundada há 20 anos, que surgiu do questionamento de seu idealizador Iain Chalmers a respeito da prática médica, e nas dúvidas surgidas no exercício desta com relação a qual tratamento ou procedimento seria melhor indicado para cada situação, com a percepção de que estes procedimentos, quando realizados indevidamente provocavam ainda mais sofrimento aos pacientes. Partindo de sua área de atuação, a obstetrícia, formou um grupo de colaboração internacional para reunir pesquisas a respeito das práticas obstétricas, com o intuito de conseguir uma definição através destas pesquisas, do que seriam práticas necessárias e desnecessárias, em qual tipo de situação e quando elas seriam prejudiciais. Hoje a Cochrane Library atua produzindo revisões sistemáticas da produção científica de todas as especialidades médicas realizadas pelo mundo, se constituindo enquanto referência científica fundamental para toda a área de cuidados da saúde³⁵. É importante destacar que a motivação para a criação desta biblioteca esta imbuída dos sentimentos que viemos tratando aqui como motivadores da mudança de paradigma médico.

As ativistas também seguem esta linha de buscar suporte nas evidências científicas, alegando “*minha opinião muda com nova informação*”, em crítica aos que ignoram estes estudos, e permaneceriam presos a uma mentalidade estática e não questionadora. O suporte científico também é importante para contrapor os estereótipos associados às mulheres que optam por esse tipo de parto, como os de “bruxas”, “índias”, “hippies”, “naturebas”, etc. É comum que as ativistas busquem dados estatísticos de pesquisas científicas para reforçar seu argumento, como no discurso da ativista abaixo, cujo objetivo é enfatizar os riscos de uma cesárea eletiva em um fórum onde se discutia qual seria a melhor forma de parto:

³⁵. Informações obtidas através do vídeo comemorativo de 20 anos da Cochrane Library, disponível em <http://www.youtube.com/watch?v=0Ji-wsSfQH0&feature=youtu.be> e no site da biblioteca: <http://www.cochrane.org/>), consultados em 17/02/2013.

“Uma cesárea eletiva sem característica de emergência apresentou um risco 2,84 vezes maior de morte materna do que um parto vaginal nas mesmas condições. [...] O primeiro risco para o bebê é a chance de 1,9% de o bisturi do cirurgião acidentalmente lacerar o feto. [...] Um risco muito mais sério é o de complicações respiratórias. O procedimento da cesariana por si só é um forte fator de risco para a síndrome da angústia respiratória em bebês prematuros, e para outras formas de disfunções respiratórias em bebês a termo. [...] Outro perigo é a prematuridade iatrogênica. Mesmo com repetidas ultrassonografias, existem erros de diagnóstico sobre quando realizar a cesariana. Cesáreas eletivas após o início do trabalho de parto reduziriam este risco. Tanto a síndrome da angústia respiratória quanto a prematuridade são causas importantes da morbidade e mortalidade neonatais.”

O momento em que realizei este trabalho foi de considerável efervescência destas discussões, uma vez que o ativismo em prol do direito da mulher escolher onde e como ter seus filhos veio se intensificando, havendo embates com os conselhos de medicina locais e uma boa exposição na mídia, que desenvolverei de forma mais detalhada no capítulo seguinte. A maior exposição do tema demandou desses grupos que além de intensificarem suas ações buscassem novas abordagens, no intuito de conseguirem abrir a discussão e assim atrair mais pessoas para o movimento e suas bandeiras.

Nesse sentido os argumentos de duas ativistas, em um debate realizado justamente para pensar novos rumos de ação, são interessantes para pensarmos a apropriação e rejeição de discursos médicos. Uma ativista mais recente iniciou o assunto questionando o uso feito pelas ativistas de termos médicos, que dificultariam o entendimento de leigos às reivindicações:

“Você tem que estudar exaustivamente pra ter um parto. Quantas pessoas vão fazer isso? Eu não fiz isso no meu primeiro filho e tive uma cesárea desnecessária. Eu só fui me familiarizar com essa discussão a pouco mais de um ano e meio. Acho que o vocabulário que as ativistas usam é muito especializado, dificulta a compreensão. Tipo Kristeller, eu via eu todo lugar, mas não sabia o que era, só fui descobrir na semana passada. Nós temos de dizer ‘tão subindo em cima da sua barriga!’, porque Kristeller assim, o nome, é até bonitinho.”

Ao que uma ativista mais antiga respondeu que o uso deste vocabulário mais especializado se deve ao fato de que a militância se iniciou em conjunto com médicos humanistas, e devido a isso

se apropriou do vocabulário, mas também destacou a importância da abertura da linguagem para atrair mais adeptos.

Apesar destas novas preocupações demonstradas pelas ativistas não se pode deixar de observar que o acionamento de um discurso utilizando termos especializados pode empoderar as mulheres em uma negociação direta com seu médico sobre a forma de parto, sendo este aprendizado considerado importante para poder contrapor orientações médicas vistas como equivocadas, como podemos ver no trecho a seguir:

“Eu tive de fazer uma verdadeira maratona para conseguir meu parto. Sabia que as cesarianas eram regra, mas não que era tanto assim. Os médicos te dizem: “Vamos tentar um parto normal”, como se fosse o mais difícil, como se exigisse condições. Ora, o “normal” não é ser normal e a cirurgia só acontecer se algo der errado? O fato é que eu tive de convencer, barganhar, ameaçar trocar de médico para conseguir que fosse normal. Percebi que precisaria me informar horrores, me apropriar do processo, para que quando chegasse o momento ninguém pudesse me enrolar com desculpas como as que eu ouvia de amigas justificando cesáreas. E nesta viagem eu aprendi muitas coisas sobre parto. Tantas que teria sido capaz de fazer o meu sozinha”³⁶.

Essa incorporação de informações técnicas é uma importante estratégia para o grupo, tanto que parte considerável das ações do movimento é a divulgação a respeito de informações sobre o que consideram boas práticas obstétricas.

Zambrano (2010) aponta para uma estratégia desempenhada por candidatos a cirurgia de mudança de sexo que envolve também a apropriação de discursos médicos para obter o fim desejado, os candidatos se apresentam à equipe médica com uma história de vida que se conforme dentro dos critérios diagnósticos já conhecidos, apesar destes não abarcarem a totalidade da experiência transexual, de maneira a garantirem a cirurgia.

Vale destacar que em caso de debates entre os dois grupos, quando este é despertado em alguma polêmica online, os defensores do modelo tecnocrático não conseguem ser tão eficientes em indicar referências científicas quanto os obstetras e ativistas pela humanização, a partir do que podemos supor 1) que não existem realmente referências científicas atuais em volume significativo

³⁶Retirado da matéria “Eu fiz o parto do meu filho, não o médico” - *Revista Época*, disponível em <http://revistaepoca.globo.com/Revista/Epoca/0,,EMI204610-15230,00.html>

que deem suporte a esse modelo, ou 2) que a busca dessas referências atualizadas não é uma preocupação para este grupo.

Como se pode ver o debate não é simplesmente como vem sendo exposto até então, entre partidários de uma modalidade ou outra, mas sim entre defensores de dois modelos, o tecnocrático e o humanista. Como vimos, não se trata da modalidade em si, mas a forma como ela é executada, o que fica claro na divisão entre médicos humanizados e vaginalistas, onde os primeiros denominam como violência obstétrica diversas modalidades que podem ser praticadas pelos segundos. Como podemos observar na definição feita de violência obstétrica por Escamilla, boa parte dos procedimentos colocados nesta definição são procedimentos realizados em partos normais, que devido a estes recebem das ativistas a alcunha de “parto frank”:

“Diversas prácticas relacionadas con la atención del parto se han englobado bajo el término de violencia obstétrica como realizar cesáreas no indicadas, el uso excesivo o innecesario de oxitocina³⁷, la práctica de tricotomía³⁸, amniotomía³⁹ o episiotomía⁴⁰ de rutina, la aplicación de enema⁴¹, el no permitir a la paciente elegir la posición durante el parto, la omisión de información, llevar a cabo procedimientos sin explicarle las opciones y/o sin obtener su consentimiento y la esterilización o aplicación de métodos anticonceptivos temporales – como la inserción de dispositivo intrauterino -, sin previa consejería ni autorización de la mujer.” (ESCAMILLA:2012:4) (notas minhas⁴²)

Assim podemos pensar na defesa do parto normal feita por obstetras e ativistas como uma defesa do modelo humanizado de assistência, que Jones definiu da seguinte forma:

“Assim sendo, minha opinião é de que o movimento de humanização do nascimento se assenta sobre um tripé conceitual, que se constitui dos seguintes

³⁷Hormônio sintético para a aceleração do parto.

³⁸Depilação total dos pelos.

³⁹Ruptura artificial das membranas fetais (bolsa d'água).

⁴⁰Incisão medial ou lateral da vulva durante o parto, a fim de evitar lacerações.

⁴¹Introdução no reto de produtos medicamentosos com a finalidade de provocar a evacuação de matérias fecais retidas no intestino

⁴²Fonte: Dicionário digital de termos médicos, disponível em: http://www.pdamed.com.br/diciomed/pdamed_0001_06822.php), consultado em 25/02/2013.

elementos:

- 1- *O protagonismo restituído à mulher, sem o qual estaremos apenas ‘sofisticando a tutela’, imposta milenarmente pelo patriarcado.*
- 2- *Uma visão integrativa e interdisciplinar do parto, retirando deste o caráter de ‘processo biológico’, e alçando-o ao patamar de ‘evento humano’, onde os aspectos emocionais, fisiológicos, sociais, culturais e espirituais são igualmente valorizados, e suas específicas necessidades atendidas.*
- 3- *Uma vinculação visceral com a Medicina Baseada em Evidências, deixando claro que o movimento de ‘Humanização do Nascimento’, que hoje em dia se espalha pelo mundo inteiro, funciona sob o ‘Império da Razão’, e não é movido por crenças religiosas, ideias místicas ou pressupostos fantasiosos.”*

É neste contexto de oposição ao modelo tecnocrático que a demanda pelo parto domiciliar pode ser entendida: o hospital como instituição conformada por este modelo não poderia atender integralmente os desejos de quem busca um parto humanizado, dessa forma, a casa aparece como um espaço livre da influência intervencionista deste modelo.

A própria figura da doula também só faz sentido dentro da concepção do modelo humanizado, uma vez que a proposta de oferecer apoio e amparo físico e emocional à parturiente só se apresenta como necessidade dentro de um modelo que aspire a não despersonalização daquele que recebe a assistência à saúde.

O uso recente da denominação “doula” mostra como sua emergência está diretamente ligada ao movimento pela humanização, como ouvi de uma doula que atua na profissão desde o final da década de 1970 “*Eu sou doula desde o tempo em que nem se chamava assim*”, ou quando perguntei a outra doula experiente se ela havia começado sua carreira como doula “*Quando eu comecei não se chamava assim, minha formação foi como assistente de amamentação*”.

Durante seu lançamento de livro Jones contou como percebeu que para exercer realmente a humanização precisaria do auxílio das doulas. Sua história se inicia quando, ao visitar uma livraria, um livro literalmente cai sobre sua cabeça: era um livro de Michel Odent, onde encontrou um foto que o tocou profundamente, na qual se via uma parteira abraçada a sua paciente nua. Davis-Floyd, comentando esta história a completa:

“Ali percebera o seu limite, a margem; a sua borda pessoal. Não havia como, em sua prática de obstetra humanizado solitário, oferecer aquele tipo de integração, aquela conexão e o nível de intimidade feminina que aquelas duas mulheres apresentavam. [...]”

‘Bem, se eu quero mesmo chegar a esse nível de atenção integradora do parto, oferecendo um suporte que vai além das questões fisiológicas e mecânicas, eu precisarei do auxílio das mulheres nesta tarefa.’” (DAVIS-FLOYD:2012:15)

A doula traria então uma integração do feminino para o parto, de forma que não é concebida a possibilidade de um homem exercer a função, uma vez que a noção de feminilidade aqui abordada é a de algo intrinsecamente ligado à essência da mulher.

Sendo uma profissional cujo surgimento é intrinsecamente ligado às noções de humanização são constantes os embates entre estas e médicos e hospitais do modelo tecnocrático. O caso mais recente e emblemático ocorreu ao final de janeiro de 2013, quando as duas maiores maternidades de São Paulo criaram medidas para restringir a presença destas profissionais nas salas de parto, passando a considerá-las na categoria de acompanhante. Como nestas maternidades era permitido que apenas uma pessoa acompanhasse a mulher no parto, dentro destas medidas a mulher deveria escolher entre a presença do marido ou da doula.

Houve grande mobilização a partir do caso, sendo organizada uma marcha pelo direito da mulher em contar com uma doula na sala de parto. Realizada em São Paulo, esta manifestação contou com a participação de cerca de mil manifestantes, segundo matéria da Folha de São Paulo⁴³. Após as mobilizações as maternidades recuaram parcialmente em suas posições, realizando um cadastro de doulas que teriam autorização para atuarem dentro destas maternidades, e as que não fossem cadastradas somente poderiam atuar enquanto acompanhante.

Apesar desse conflito em potencial entre doulas e maternidades/equipes médicas é ressaltado que a postura ativista das doulas não deve ser trazida para dentro da sala de parto. Valéria, em seus cursos de formação de doulas, destaca que no momento de sua atuação a doula não deve ser ativista, deve se concentrar no seu trabalho, sem questionar ou entrar em conflito com a equipe médica.

Como se pode ver, a partir da definição de Jones, o movimento pela humanização se assenta na oposição visceral à forma de assistência tecnocrática, motivos que nos auxiliarão a entender a polêmica ocorrida no movimento em 2012, que irei abordar a seguir. Os trechos abaixo abrem para esta controvérsia gerada por um caso específico que trouxe a debate o que seria de fato uma postura humanizada.

O evento ocorrido foi um parto, cuja história irei me aprofundar mais adiante, em que um médico recomendado a diversas mulheres pelo movimento como uma opção válida para aquelas que queriam conseguir um parto normal humanizado pelo convênio, durante o trabalho de parto de uma mulher que buscava o seu VBAC (*vaginal birth after cesárea* – parto vaginal após cesárea),

⁴³ “ Manifestação na av. Paulista pede acesso de doulas a salas de parto”, publicada em 03/02/2013.

indicou que ela fosse para uma cesárea, o desenrolar desse caso contarei mais a frente, antes penso ser interessante analisarmos um texto de 2004 onde este mesmo médico defende o parto normal e fala sobre o que seria a sua prática humanizada, de forma a buscarmos sinalizações do que o afastaria do proposto pelo movimento de humanização. Neste texto ele diz:

É sabido que o parto normal tem muitas vantagens em relação à cesariana: é o fisiológico - o corpo da mulher foi preparado para isso; a recuperação é muito mais rápida; há menor chance de hematomas ou infecções; menor risco de complicações para a mãe; menor chance de dor pélvica crônica. Quanto à dor, com as técnicas de analgesia de parto utilizadas hoje em dia, essas podem ser evitadas. A princípio, então, devemos pensar primeiro no parto normal, principalmente em se tratando de mulheres saudáveis e gestações idem. (VIANNA:2004).⁴⁴ (grifo meu)

O discurso da naturalidade inerente a esta forma de parir é encontrada de diversas formas no discurso dos médicos humanizados e de suas adeptas: *“Porque é hora de lembrarmos que o parto é um processo normal, que sempre fez parte da vida das mulheres, geração após geração. Uma sabedoria que está no corpo e nos genes de cada mulher.”*⁴⁵ Um recurso muito utilizado para enfatizar essa naturalidade é que o pós-parto nesta modalidade é, na maior parte dos casos, mais simples e de recuperação mais rápida. Assim, em muitos depoimentos, elas enfatizam o fato de que, pouco depois do parto, já haviam retomado suas atividades e podiam dedicar-se a cuidar do filho; em outros, mães que passaram por uma cesárea não desejada relatam quão sofrida foi sua recuperação.

O discurso da naturalidade do parto normal aparece aqui tal como nos discursos dos médicos humanizados já analisados. As diferenciações se iniciam com a valorização da técnica, que aparece no discurso de Vianna ao abordar a analgesia, com o intuito de demonstrar que a dor, apesar de natural não é necessária, e pode ser contornada se for do desejo da mulher, penso que esta sua postura busca lidar com o medo que muitas mulheres possuem das dores do parto. Para algumas ativistas a analgesia é vista por vezes como vilã, sob o argumento de que ela reduziria a capacidade da mulher de efetuar o movimento de expulsão, o que pode acarretar na realização de uma cesárea. Entre obstetras humanizados é enfatizada a preferência por métodos não-farmacológicos de alívio da dor, como massagens, imersão em água aquecida, acupuntura, etc.

⁴⁴Retirado de <http://www.portalverde.com.br/gestacaoconsciente/rodrigovianna/artigos/cesariaxnormal.htm>, em 10/05/2011.

⁴⁵Disponível em: <http://www.amigasdoparto.com.br/apresenta.html>

Apesar de sua defesa às vantagens fisiológicas do parto normal, o obstetra Rodrigo Vianna ressalta que não há um tipo de parto melhor para todas as mulheres, mas sim casos e casos, destacando que a vontade da mulher deve ser preservada. Nos casos de gestantes que tenham medo de passar por um parto normal, Vianna afirma que busca informá-las sobre as vantagens do mesmo e convencê-las, mas que, se isso não for possível, o melhor é o médico aceitar realizar a cesárea, amenizando a ansiedade da gestante. Ao final, reconhece que:

“Apesar de ser uma cirurgia, a cesariana é hoje em dia uma operação bem segura, principalmente havendo capacitação dos profissionais envolvidos na cirurgia e maternidade bem equipada para a mesma. Não podemos ficar com discursos demagogos que a mulher ou o neném poderão ter várias complicações se o parto não for natural.”

Na fala deste obstetra, os dois argumentos coexistem: apesar de dar preferência pela parte fisiológica do processo, vendo o corpo da mulher como o mais capaz de realizar um bom parto, reconhece também a eficiência técnica da cesárea, e que ela deve ser utilizada não somente em casos de risco, mas também quando o estado psicológico da gestante não permitir que ela passe por um parto normal, ou seja inclui assim um novo motivo para indicação de cesárea: estado emocional da mulher.

O parto de Bárbara traz novos elementos que levaram as ativistas a questionarem até onde a postura desse médico é ou não humanizada. Conto a história desse parto a partir do relato de parto feito por Bárbara, publicado em um grupo online, e que causou grande reação das ativistas. Este relato nos permite além desta discussão particular, observar o trajeto e os obstáculos que as mulheres em busca de seu parto normal podem se deparar. Apresento a seguir a resposta dada pelo médico, e as reações a esta.

Bárbara já havia tido um filho, por cesárea, o que torna a busca por um parto normal mais difícil, uma vez que se são poucos os médicos a fazerem normal, menos ainda são aqueles que o fazem depois de cesarianas. A nomenclatura para esse tipo de parto é VBAC, como já tido acima, podendo ser também VBA2C (após duas cesáreas), e assim sucessivamente, de acordo com o número de cesáreas anteriores que a mulher já tenha passado (VBA ‘X’ C). Outro fator que dificultava a busca de Bárbara é que ela precisava que o parto fosse feito pelo convênio. Após ir a diversos médicos do convênio, sem êxito *“Afiml, eu já tinha uma cesárea anterior e a justificativa dos médicos era sempre a mesma: uma vez cesárea, sempre cesárea.”*. Apesar de morar no Rio de Janeiro, encontrou uma opção que lhe pareceu a melhor dentro deste quadro na cidade vizinha, Niterói, passando a realizar o pré-natal com Vianna:

“Segundo relatos ele tinha histórico de ter acompanhado alguns partos após cesárea então se ele topasse fazer meu pré-natal eu tinha chances maiores do que com qualquer outro médico de convênio. Durante todas as consultas de pré-natal ele não demonstrou nenhuma objeção ao parto. Sempre muito educado, respondia meus questionamentos e aceitava todas as condições propostas por mim.”

A situação que parecia bem encaminhada foi desandar durante o trabalho de parto. Cerca de 12 horas após o início do trabalho de parto, Bárbara se dirige a uma maternidade em Niterói, acompanhada do marido, da irmã (que é doula) e mais uma doula, descreve que o tempo passado dentro do carro durante o trajeto foi muito desconfortável e dolorido devido a limitação de espaço e posições. Ao ser examinada é descoberto que apesar de todo o tempo de trabalho de parto sua dilatação ainda estava em 1cm. Sem ainda informar Bárbara, o médico fala com o marido que se o quadro não evoluísse em duas horas teriam de fazer uma cesárea, a irmã toma parte da situação e conversa com Bárbara. Já no quarto da maternidade as contrações diminuem, fica evidente que as duas horas não seriam suficientes, todos começam a se mobilizar em telefonemas à pessoas do movimento, tentando encontrar uma segunda opção de assistência. *“Eram essas as minhas duas opções. Sair de lá e tentar, ficar lá e aceitar.”* Apesar desta percepção Bárbara ainda não acreditava que o médico em que havia confiado a estava colocando naquela situação, tenta argumentar com ele após este examiná-la e ver que apesar de o trabalho de parto não estar evoluindo o bebê estava bem, assim pede ao médico que a deixe voltar para casa, para esperar o trabalho de parto evoluir.

“- Infelizmente eu não posso te deixar ir. Eu até havia comentado com o seu marido ali embaixo. Não quis te falar para não te deixar preocupada, mas quando te examinei pela primeira vez eu vi um sinal que me deixou muito preocupado. Há uma reentrância no seu útero que indica um risco elevado de ruptura uterina. Esse sinal é conhecido como Anel de Bandl. É o primeiro sinal que a gente detecta de que provavelmente o útero vai romper.

[...] Aquela sinceridade e segurança que me passou durante todo o pré-natal, EU NÃO VIA, EU NÃO SENTIA! Para onde foi aquele médico que conheci? Porque ele estava me aterrorizando? Porque ele não me deixava ir? Porque ele queria me operar? Aquilo só podia ser um pesadelo!!”

Eles aguardam então uma próxima contração para examinarem a cicatriz da cesárea anterior:

“O médico respondeu ‘– realmente agora está melhor, quando olhei na primeira vez o sinal estava muito mais evidente’[...] Olha, eu não posso te deixar ir. Eu realmente fiquei preocupado [...]. Eu não sei se estou traumatizado porque duas semanas atrás tivemos um caso de ruptura e eu não quero passar por isso de novo. Eu vi o sinal igual ao seu e fizemos uma cesárea... quando abrimos tinha realmente ruptura!’ ”

Ela ficou em dúvida, tudo que o tinha estudado durante a preparação para o parto não indicava que ela estava com nenhum dos sinais de uma possível ruptura uterina, mas e se ele estivesse certo? Afinal, ele era o médico. Não consegue se decidir, até que o marido, em uma atitude que ela admirou, diz *“Então é isso aí Dr. Vamos embora.”*, com esta atitude a confiança dela retorna, eles assinam um termo de responsabilidade e deixam o hospital, o médico se despede gentilmente, dizendo que estará torcendo por ela. Segue para a casa de uma enfermeira obstetra atuante pelo movimento, mantendo contato telefônico com Andreia, usuária ativista, encontram um médico que irá fazer o parto, com apenas o hospital pelo convênio, o médico seria particular, apesar de preocupada com a questão financeira decide que ter seu parto é mais importante. Tudo acertado retornam a casa para esperar a evolução do trabalho de parto, cerca de três horas depois, quando ela entra na fase ativa do trabalho de parto, seguem para o hospital. Chegando lá conhecem o novo médico, de quem gostam, ficam felizes ao saber que a dilatação está então com 7 cm, e recebem mais um dose de complicação: não há vagas no hospital. A família do casal intervém, dizendo que os ajudaria financeiramente e que eles fossem para algum hospital particular. Já no novo hospital o parto não acontece tão rápido quanto esperavam, Bárbara ainda passou por mais 7 horas de trabalho de parto, com mãe e bebês passando bem, até ter seu filho nos braços, através de um parto normal, sem ruptura uterina.

Este relato provocou grandes discussões: a postura do marido de decidir ir embora do hospital foi admirada, passou a ser discutido o que seria uma postura humanizada e principalmente mostrou um desfecho diferente para uma situação tão recorrente, a que o médico aparentemente a favor do parto normal conduz a uma cesárea:

“Eh um relato de lavar as almas desnecesareadas! Seu parto foi um grito entalado na garganta de muitas de nos. Os detalhes relatados do abuso psicologico cometido contra a mulher prestes a parir para convence-la a fazer a cirurgia, tem ressonancia em muitas de nos. Em mim tem. Lembrou muito um certo medico, que fez minha segunda cesarea la em Campinas. Que coisa. E veio gente correndo pra defende-lo como otima opcao no RJ, da "injustica"cometida contra ele. Eh como se pisoteassem

em cima de todas nos, de tudo o que passamos. Entendam que os questionamentos vem antes de tudo de nos, mulheres, testemunhas com cicatriz desse tipo de abuso obstétrico. Bárbara obrigada! Priscila, voce foi demais com sua irma e sobrinho. E o marido que bancou e ficou do lado eh de beijar os pes. Minha admiracao tambem aos profissionais que tem amor pela causa e de algum modo abriram caminho pra essa mulher parir.”

Como se pode ver nesse comentário feito por uma ativista houve mulheres que ficaram do lado desse médico nesta situação, algumas que haviam sido suas pacientes, outras que interpretaram a atuação dele na situação como precaução, entendendo o que a própria Bárbara já trazia em seu relato e que será o eixo central do relatado da mesma situação escrita pelo médico: o medo de haver uma complicação (a ruptura uterina) devido a um caso recente que atendeu com as mesmas características.

A resposta do médico ao relato de Bárbara foi escrita alguns dias após a repercussão deste nas redes sociais, sendo enviada à Andreia, ativista que auxiliou no parto de Bárbara ao encontrar o novo médico e que teria alertado a Viana das repercussões que a história estava tendo, oferecendo chance de resposta a ele. Ele escreve a sua versão dos eventos, porém diz que não retornará para a discussão, pois considerou que as palavras usadas contra ele nos comentários do relato de Bárbara foram muito fortes, demonstrando que as pessoas não estariam dispostas a ver o outro lado dessa história: *“Não quero ficar discutindo. Quero apenas que as pessoas vejam o ocorrido do meu ponto de vista, já que toda verdade tem vários lados.”* A resposta de Andreia a esta postura foi a de que era lamentável que ele não quisesse ouvir comentários sobre sua assistência, o que indicaria a ausência de reflexão e vontade de melhorá-la.

A resposta de Vianna gira em torno da preocupação que teve com relação ao que viu como sinal de ruptura uterina, fortemente influenciado pela experiência recente que havia tido:

“Quinze dias atrás tive um caso de ruptura uterina, [...]E claro, quando vc é o responsável por alguém, não tem como isso não mexer com vc! A impressão do “Caramba, quase perdi um bebe e seria minha culpa!” não desaparece em quinze dias! Consequentemente vc fica mais sujeito a um diagnóstico mais cauteloso e infelizmente nesta hora fiquei muito pessimista em relação ao parto da Bárbara, que estava ali para ter um parto normal.”

Após citar casos ocorridos com ele próprio e com colegas que teriam de certa forma os traumatizado, influenciando a prática exercida a partir deles, no sentido de evitar que as mesmas

situações se repetissem, finaliza seu depoimento da seguinte forma:

“E por favor, não estou discutindo casos. Isto é só para ilustrar que temos nossos medos e nossas coragens, somos seres humanos e em um momento estamos melhores e em outro piores.

Portanto, para encerrar, quero dizer que tenho a maior tranquilidade do mundo em dizer que estava mesmo preocupado e de que fiquei muito feliz pela Bárbara.”

Apesar de este relato satisfazer aquelas que vinham defendendo a postura do médico nesse evento não teve o mesmo efeito sobre as demais ativistas. A própria Andreia que mantinha interlocução com Vianna foi taxativa ao afirmar ironicamente *“nova indicação de cesárea: medo obstétrico”*, diversas ativistas seguiram por argumentos semelhantes, afirmando que uma prática baseada em evidências científicas atualizadas é que seria eficiente em deixar o médico seguro de suas decisões, destacando que elas não poderiam ser orientadas pelo medo. Atacam a ideia de “médico fofo”, tal como Vianna era referido por muitas de suas pacientes, afirmando que apenas isso não basta para conformar uma prática humanizada, que seria necessário uma verdadeira desconstrução de tudo que foi aprendido durante a formação médica:

*“Médico humanista é diferente de ser médico fofo e educado. Entendam que o SISTEMA é cruel e nenhum médico humanista hoje foi FORMADO humanista. [...] Para ser humanista não basta ser simpático ao parto normal, ao parto domiciliar e a VBACs, permitir doulas e encorajar um plano de parto. Ser humanista vai além, o cara tem que se despir de tudo o que aprendeu no rolo compressor que é a faculdade de medicina. Em primeiro lugar se despir da vaidade. O médico é um ser vaidoso por formação. Depois ele tem que se despir do que pra uns é peso e pra outros, poder, de achar que ele tem a vida e a morte nas mãos. **Despir-se da culpa se algo der errado SE estiver trabalhando com evidências, se as evidências o respaldarem.** Passar a ver a MULHER, o BEBÊ e O MARIDO como protagonistas do processo. (em geral a gente pensa apenas na mulher e no bebê, mas desta vez, o marido foi quem fez a diferença). Ou seja, ele tem que se desconstruir.”* (ativista em comentário ao relato de Vianna, grifos meus)

A partir desse evento passou a ser questionada a postura desse médico de forma mais abrangente, se expandindo depois para uma avaliação de que posturas e práticas coadunam com o modelo humanizado. Em resposta direta a ele, Andreia diz:

“Você me disse por telefone, quando te liguei uma vez que estava sendo questionado numa lista, que seu índice era 50%. No [nome do grupo de gestantes coordenado por Andreia], 10 mulheres foram atendidas por você e TODAS terminaram em cesáreas. Claro que uma ou outra cirurgia pode ter tido indicação, mas todas, você há de concordar que é muito difícil.”

Ela ressalta a taxa de cesáreas de Vianna, que é considerada alta pelo movimento, reforçando que não é coincidência que no grupo de mulheres que tiveram seus partos realizados por ele, por recomendação do grupo de apoio à gestantes que ela coordena, não conseguiram ter seu parto normal. Entra em discussão então qual seria uma boa taxa de cesáreas para um médico humanizado, sendo mantido o argumento de que a taxa deve se ater aos 15% recomendados pela OMS, que seria a porcentagem de casos com real indicação clínica para cesárea, buscando afirmar com isso que, se o médico está muito distante desta taxa é porque ele não está seguindo realmente as evidências científicas, se mantendo preso a sua formação tecnocrática.

A postura de realizar cesáreas a pedido também entrou em questão, deveriam os médicos humanizados realizarem cesáreas sem indicação clínica, se esta for a demanda da mulher? Como vimos no texto escrito por Vianna em 2004 ele afirma que sim, pois o emocional da mulher poderia constituir uma barreira real, onde a insistência no parto normal só provocaria mais ansiedade e medo.

De acordo com as ativistas ser humanista e realizar cesáreas eletivas seria uma contradição de princípios, pois significaria que eles não estão confiando verdadeiramente no protagonismo da mulher, como destaca uma ativista a seguir, em comentário a esta discussão a respeito de Vianna:

“Tb não consigo enxergar um GO que atenda cesáreas eletivas como um GO humanista. É uma prática que vai de encontro total com o que discutimos, com o que buscamos como um parto humanizado. Ou parto fisiológico. Ou parto. Aceitar cesárea eletiva é tratar o parto como uma coisa corriqueira, como um evento sem muita importância. Não é apenas temer, é não acreditar no processo. É subjulgá-lo, diminuí-lo. Aceitar cesáreas eletivas é olhar para a mulher e desacreditá-la, ou hão acreditá-la." Os médicos que enxergam o parto, que o entendem como um rito de passagem, como um marco importante para a metamorfose da mulher em mãe, os médicos que acreditam no parto, nas suas nuances, não podem enxergar a cesarária eletiva como uma opção. Na minha opinião, enxergar a cesárea eletiva como uma opção, é um soco na boca do estômago das mulheres. É um tapa na cara da humanização. Eu não aceito

que um profissional que se defina como humanista, aceite isso.”

O hiato que esta polêmica levanta entra a prática de médicos que se consideram e, ao menos em algum momento, são considerados humanizados pelo movimento – e o que é identificado como ideal de modelo humanizado evidencia das dificuldades que os médicos enfrentam ao adotarem esse modelo, e mesmo que há certa tolerância por parte das ativistas com esse caminho que os profissionais devem percorrer até a humanização, tal como traz uma ativista, em uma tentativa conciliadora dentro desta discussão:

*“Desculpem-me mas acho que colocar na cruz o rapaz também como ão humanizado'ou ãe faz de humanizado'não ajuda em nada. Eu diria que ele tenta... e que bom que ele tenta, precisamos de mais médicos que buscam... assim teremos mais médicos de fato humanizados, porque na verdade demora-se para se forjar um médico humanizado. Também cai de queixo de saber que uma médica linda que faz PD na banheira... marca cesária porque a paciente quer. **Esses médicos ainda estão na busca. Minha opinião.**” (grifos meus)*

Em resposta a posicionamentos como este, outras ativistas argumentaram que o que tornaria o médico humanizado seria a adoção do modelo por completo, ou o esforço e empenho em incorporarem o modelo, através da desconstrução de sua prática, o que não parecia ser a postura de Vianna, que não parecia estar buscando reduzir suas taxas de cesárea nem aberto a ouvir as críticas à assistência que estava prestando.

Por fim esta polêmica demonstra como a definição de “humanizado” está em negociação constante. Cada caso pode levantar a indagação “será essa uma prática humanizada?”, trazendo uma pluralidade de vozes, onde o meio da humanização ao mesmo tempo abarca e repudia as posturas de um médico que se coloca e se vê como pró-parto normal e pró-humanização. Vianna afirma considerar o parto normal como a melhor modalidade: *“A princípio, então, devemos pensar primeiro no parto normal, principalmente em se tratando de mulheres saudáveis e gestações idem.”* (VIANNA: 2004), porém prevê outros aspectos em que ele poderia não ser a melhor indicação. De certa forma, as posturas de Vianna trazem um alargamento do direito de escolha atribuído à mulher, uma vez que seu discurso leva em conta a esfera emocional desta, no sentido de conferir ao medo do parto normal um estado legítimo, para o qual passar pela experiência seria mais prejudicial à saúde mental daquela mulher do que positiva.

Em fóruns online abertos (onde os usuários podem navegar pelos diversos fóruns de uma mesma plataforma sem necessitarem estar inscritos em cada um deles) o embate é intenso,

ocorrendo que, normalmente, é dedicado um tópico exclusivo para cada um, sendo que no E-family essa separação foi feita pela administração do fórum com a mensagem: *“gostaríamos de pedir que não entrem em um espaço para julgar, ofender ou culpar quem optou ou necessitou fazer o tipo de parto que fez”*.

Apesar da separação dos espaços, é corrente que adeptas do parto normal compareçam aos tópicos destinados a cesárea, alegando vir trazer informações sobre os riscos da cesárea, como as presentes na citação a cima. Essa aparição é vista como intromissão, onde as adeptas da cesárea sentem-se julgadas, e acusam as *“xixitas do parto normal”* de querer impor este parto a elas, afirmando que defendem a liberdade de escolha.

Há duas respostas possíveis do lado das adeptas do parto normal a esta acusação. A primeira é que também defendem a liberdade de escolha da mulher, e que acreditam que esta escolha deve ser o máximo possível informada sobre as vantagens e desvantagens de cada parto, e que isso justificaria a presença delas em tópicos sobre cesárea. A segunda possibilidade de resposta, mais radical e menos endossada pela maioria, é a de que a cesárea deve ser feita somente em casos de risco, não cabendo à mulher decisão sobre isso.

A discussão sobre o direito da mulher sobre o seu corpo, a agência desta em escolher por quais procedimentos passar, insere-se em um contexto que possui o indivíduo como valor, tal como nos traz Dumont (2000) em seu conceito de individualismo, onde o indivíduo prevalece como valor principal, com as partes prevalecendo sobre o todo. Nessa configuração ideológica, é valorizada a liberdade de escolhas e há uma aversão a hierarquias. Em contraposição à configuração ideológica do individualismo, encontra-se o holismo, onde a parte só tem significado quando referida ao todo, ou seja, o sujeito é submetido a uma ordem hierárquica, onde o seu espaço de agência é limitado ao seu local nesta configuração social.

Trabalhar com estas categorias em uma perspectiva etnográfica é conseguir compreendê-las como tipos ideais, que encontram expressões mais ou menos aproximadas na realidade. Assim, tanto as adeptas do parto cesárea, quanto as da primeira possibilidade de resposta do parto normal estariam operando com este indivíduo-valor. Um tema que evidencia o quanto esta operação é circunstancial é o do aborto, que divide ativistas entre a favores e contras, onde pessoas que defendem o direito de escolha da mulher na questão do parto se posicionam contrárias ao direito de a mulher escolher abortar (esta questão será discutida no capítulo seguinte).

Podemos falar, portanto, em um universo onde o indivíduo como valor predomina e é acionado como bandeira política, mas com momentos em que entra em operação um sistema holista, como no caso da segunda resposta possível à pergunta sobre o direito da mulher em escolher uma cesárea e no caso da opção pelo aborto.

As defensoras do parto normal ainda levantam a dúvida quanto aos interesses por trás desta valorização do direito à escolha da mulher por parte dos médicos, como se pode ver na citação de Henci Goer⁴⁶, utilizada por uma blogueira para encerrar o texto intitulado *Cesariana: uma escolha consciente?* :

*“O fato de que o “direito” de optar por uma cesárea eletiva é a única instância em que os obstetras defendem o direito da mulher em determinar qualquer aspecto de seus cuidados médico deveria levantar uma grande suspeita sobre o real motivo.”*⁴⁷

A citação aponta para a justificativa dos médicos com altas taxas de cesáreas quando são questionados a respeito delas, “Segundo eles a ‘ cultura da cesárea’ refletiria o desejo das mulheres” (MAIA:2010:40), a autora prossegue afirmando que esta justificativa não encontra suporte, uma vez que diversos estudos apontariam que as mulheres brasileiras, usuárias tanto do sistema público como privado, preferem o parto normal.

3.4 A Justiça enquanto aliada e enquanto inquisidora

O embate entre estes dois campos do saber médico por vezes recorre à intervenção do saber jurídico. Acionado na tentativa de mediação, o que observamos na prática nesses casos é uma noção de justiça enquanto inquisitorial, tal como o modelo de Justiça brasileiro em geral, onde não se entra com um processo para reivindicar um direito, como é comum em países como os EUA, mas sim a busca de punição para aqueles que teriam infringido direitos. A respeito do caráter inquisitorial de nosso sistema jurídico podemos citar Lima (2010) que em análise comparativa a respeito dos sistemas jurídicos brasileiro e americano aponta como nosso processo se assenta em bases inquisitoriais a partir da própria forma como são conduzidas as investigações e os julgamentos:

“[...]há um Estado que, separado da sociedade, fiscaliza-a através de seus funcionários e, sigilosamente, está em permanente busca de erros e transgressões de seus componentes, sempre alvos de suspeita oficial e sistemática. Estes, uma vez identificados, são coletados em testemunhos e outros procedimentos, ‘reduzidos a termo’ nos ‘autos’ de um inquérito sigiloso para o acusado e para terceiros; escrito,

⁴⁶Autora de *The thinking woman’s Guide to a better birth*.

⁴⁷Disponível em <http://amaequequeroser.wordpress.com/2012/01/12/cesariana-uma-escolha-consciente/>, visualizado em 13/01/2012.

elaborado e homologado por uma autoridade cartorária, o que lhe dá *fé pública*. Ao cabo, é enviado ao promotor, para que este, satisfeito com seus elementos, faça a denúncia. Só então o acusado toma conhecimento da acusação, que já traz em si avançada presunção de culpa, devidamente consolidada.” (LIMA:2010:41)

Percebendo a si mesmos como estando do lado mais fraco desta disputa, os profissionais da humanização convivem com o medo constante de serem processados, apesar de este processo não tomar uma forma definida, o grupo não parece saber definir sobre qual acusação específica poderia ser culpabilizado em sua prática, tal como expressou os questionamentos feitos a um advogado, em uma mesa sobre o tema – que será abordada mais adiante - a respeito de quais circunstâncias poderiam levá-los a serem processados.

A discussão sobre possibilidade de processo aos profissionais durante o Encontro Nacional de Gestação e Parto Natural Conscientes, ocorrido de 23 a 25 de novembro de 2012, seguiu-se nesta mesa e na de encerramento do evento, já mencionada anteriormente neste capítulo, sendo composta por tr s jovens médicos, e moderada pelo obstetra que foi professor destes na residência. Este trouxe a seguinte coloca o:

“Hoje no Rio não tem médico atendendo parto domiciliar; ao menos não abertamente, o último que eu sei que ainda realizava era o Raul, e mesmo ele parou há cerca de 1 ano e três meses. Mesmo sem proibi o estamos vivendo uma época de caça às bruxas, se algo der errado v o cair em cima, então t  todo mundo se resguardando.”

Este discurso de que   esta prática   tão perseguida que se aguarda algo dar errado para que seja feito um grande estardalhaço em cima   recorrente no meio, que contra argumenta questionando o porquê de não haver o mesmo tipo de fiscaliza o e crítica quanto ao modelo hospitalar que frequentemente seria autor de violências obstétricas de vários tipos, nem mesmo havendo grandes questionamentos na mesma intensidade a respeito das complica es ocorridas em um parto hospitalar, seja ele cesárea ou normal, ou crítica ao modelo intervencionista, que vem promovendo interven es desnecessárias como método de rotina.

Apesar de serem um alvo menos perseguido, os profissionais fora do circuito de humaniza o têm a preocupa o com um processo em vista. Um caso que ganhou destaque na média foi o do médico que realizou o parto do filho do jogador de futebol Neymar, que havia cobrado pela realiza o do parto 45 mil reais. O caso veio   tona quando a família do jogador se recusou a pagar o valor, e o médico entrou na justiça para exigir o pagamento. Acusado pela família do jogador e por parte da opinião pública de estar cobrando um valor muito acima da tabela, o

médico teria justificado que além do tempo dedicado exclusivamente àquele atendimento (quatro dias hospedado em outra cidade, sem atender em seu consultório) havia também o fator risco de exposição, onde qualquer coisa que pudesse vir a dar errado poderia repercutir em um processo muito exposto que poderia destruir sua carreira. Esta postura, apesar de não convencer a muitos, foi defendida publicamente por outros médicos: *“O resultado esperado pelo público e pela imprensa será sempre positivo, não se ‘admitindo’ condições adversas, ligando o êxito ou não fortemente à imagem do profissional”*, que argumentaram também que na contratação particular o médico tem liberdade de estabelecer os seus honorários, não havendo por parte do CRM um teto limite para estes⁴⁸.

O risco de processo também aparece em justificativas dadas pelos médicos que apoiaram a resolução do CREMERJ de proibir que o médico atendesse partos fora do ambiente hospitalar, como a relatada a mim por Dani, uma das mulheres que eu entrevistei antes e depois de terem seus filhos, na segunda entrevista ela me contou que havia levado seu filho recém-nascido à consulta com o pediatra, onde surgiu o assunto do parto domiciliar, e este se posicionou a favor do CREMERJ, afirmando que este estava cumprindo o seu dever de proteger os médicos de sofrerem ações judiciais, os impedindo de exercerem atendimentos que implicariam neste risco (por trás desta formulação está a noção combatida pelas ativistas de que o risco no parto domiciliar é maior).

Porém não são somente os médicos que enfrentam problemas desse tipo, como dito acima por Vinícius: estes não estão atuando em partos domiciliares no momento, essa modalidade vem sendo então realizada por enfermeiras obstetras⁴⁹, muitas vezes com o acompanhamento de doulas. O apoio do Coren à humanização e ao parto em casa é um fator de leve conforto para as enfermeiras, porém mesmo elas também convivem com o medo de que alguma complicação grave ocorra e o caso tome grandes proporções.

Em uma situação talvez um pouco mais delicada encontram-se as doulas, cuja titulação permite apenas acompanhar a gestante, lhe oferecendo amparo, métodos não-farmacológicos de alívio da dor como massagens, não sendo da alçada da profissional a realização de qualquer procedimento dito médico. Ocorre, porém, que pela natureza do atendimento que fornecem, por vezes elas se veem em situação de transgredirem este limite de seu papel, não quando há outro profissional presente, mas em situações como a que relatarei no trecho retirado do diário de campo (23/11/2012) a seguir:

⁴⁸Disponível em: <http://esporte.uol.com.br/futebol/ultimas-noticias/2012/09/25/preco-de-parto-de-filho-de-ney-mar-nao-e-fora-da-realidade-dizem-medicos.htm>

⁴⁹Apesar de o nome da profissão ser no masculino sempre são referenciados no feminino, por ser exercida majoritariamente por mulheres.

Na volta do primeiro dia do Encontro Nacional de Gestação e Parto Natural Conscientes consigo uma carona de volta para Niterói no carro de Livia, uma doula experiente na faixa dos 45 anos, juntas pegam carona também Fátima, uma enfermeira obstétrica que veio de São Paulo, e Débora, que atuou como doula há mais de dez anos. Débora e Livia começam a contar das vezes em sua prática que se viram em situações difíceis, Débora nunca chegou a realizar um parto, Livia porém contou das poucas vezes que um bebê nasceu por suas mãos.

*“As duas que foram em casa tiveram coisas muito parecidas, em uma eu estava indo para fazer uma consulta, a outra me chamou por achar que estava iniciando o trabalho de parto, nas duas a forma do marido me receber foi a mesma, uma cara de assustado e ‘não sei o que tá acontecendo com ela’; eu encontrei as duas na cama, bem quietas, da mesma forma, da segunda vez parecia até um dejavú! Tentando não invadir eu fui tentando falar com ela pra entender o que estava se passando, em que ponto estávamos, uma delas foi muito rápido: levantou ela mesma a perna aqui no alto (faz gesto sinalizando que a gestante teria abraçado cada joelho em um braço, os trazendo a altura da cabeça) e pariu ali mesmo, **quando eu amparei ele na minha mão só pensava ‘não dê nada errado, não dê nada errado’, eu não posso lidar com um processo por essa situação, clampei o cordão com fio dental, que foi uma luz que veio na minha cabeça e me fez lembrar ‘fio dental é esterilizado!’**. Da segunda vez eu já estava mais preparada, desde então sempre levo na bolsa um kit com tesouras esterilizadas e demais coisas para caso seja necessário. Uma outra vez foi dentro do carro, indo de Niterói para uma maternidade no Rio, a ponte foi fechada por causa de uma ventania, e enquanto não sabíamos para onde ir o bebê veio ali no carro mesmo. Desde então eu não pego cliente de Niterói que quer ter em maternidade no Rio, até porque não sei para que elas querem ir para o Rio, para parto normal essas maternidades famosas são uma porcaria.”*

Contou também das dificuldades de registrar um nascimento sem um profissional que pudesse assinar pelo parto e de que da segunda vez já conhecia os caminhos e registrou fotograficamente o parto, levando também exames que comprovassem a gravidez, já que a desconfiança caía também sobre a mãe, que devia apresentar provas de que ela mesma gerou aquela criança. (diário de campo, 23 de novembro de 2012)

Outro relato, a respeito de outra doula, também traz um elemento semelhante de que a doula é normalmente a primeira profissional a chegar, já que ela atua durante todo o trabalho de parto, sendo o médico ou a enfermeira obstetra deixados de sobreaviso, sendo chamados apenas quando se inicia a fase ativa do trabalho de parto (a partir de 5 centímetros de dilatação). Davis-Floyd descreve a maneira de atuação destas equipes interdisciplinares em partos domiciliares da seguinte forma:

“Hoje em dia, a doula da equipe vai à frente, como uma ‘batedora’, ao se iniciarem as contrações mais fortes, e auxilia o casal nos preparativos para o nascimento. Quando a doula percebe que as contrações alcançaram um limite determinado, avisa o resto da equipe para que venham à casa da paciente avaliá-la.”
(2012:16)

O fato do profissional que vai realizar o parto chegar depois não se trata de uma omissão, mesmo no caso de partos hospitalares é recomendado que se dê entrada no hospital apenas a partir desta etapa, sendo válido lembrar que o trabalho de parto pode dar sinais de início durante dias sem efetivamente começar, e assim a doula é quem vai primeiro quando a mulher começa a sentir os sinais se intensificando. O que aparentemente ocorre nesses casos é que a mulher, normalmente na primeira gestação, não reconhece bem os sinais do trabalho de parto, e quando ela chama a doula já está em um estágio muito mais avançado do que imaginava e não há mais tempo de chamar o médico ou ir para o hospital. Assim enquanto os médicos correm risco de enfrentarem problemas com o conselho da profissão, temendo pela cassação do seu CRM, as doulas poderiam ser indiciadas por exercício ilegal da medicina, o que implicaria em punições penais.

O medo de não reconhecerem os sinais de que estão em trabalho de parto era um elemento recorrente nas perguntas feitas aos médicos durante as palestras que eu frequentei, eles se dedicavam a longas explicações sobre os sinais observáveis no corpo de que o trabalho de parto estava chegando, como uma leve diarreia e possivelmente a perda do tampão mucoso, descrito como uma espécie de catarro espesso. Certa vez uma mulher manifestou seu medo de não saber reconhecer o que era a contração, o médico e outras mulheres responderam que quando ela sentisse iria reconhecer, que a barriga endurece por alguns segundos, ficando meio “quadrada”. As demais mulheres reconheciam a situação pois, como explicou o médico naquele dia, ao longo da própria gravidez ocorrem contrações, frutos da expansão do útero para acomodar o bebê em crescimento, e nelas, que estavam em um estágio mais avançado, essas contrações já eram perceptíveis.

Valéria, doula com experiência ainda mais longa, atuando no movimento pelo parto natural desde o final da década de 1970, contou em sua fala durante o Encontro que já realizou dois partos.

A mesa em que estava se propunha a discutir o papel de cada profissional na assistência ao parto, dessa forma abordou estes dois partos que realizou no início de sua carreira como uma confissão, os atribuindo àquele momento em que o debate ainda estava se iniciando, a palavra doula ainda nem era usada, e não havia tanta clareza do papel que cada profissional deve ocupar na assistência ao parto. Afirmou que hoje, ao ministrar seu curso de formação de doulas, ensina que estas não devem realizar nenhum procedimento médico, ressaltando que mesmo em casos de que os papéis se sobreponham, como no caso de enfermeiras que fazem o curso de doulas, a profissional deve saber qual o lugar para o qual ela foi chamada a ocupar, não invadindo o espaço dos outros profissionais: se ela é enfermeira, mas foi chamada enquanto doula deve se manter neste lugar.

Não conheço o caso de nenhuma doula que tenha sido processada, todos os casos que me chegaram aos ouvidos apesar dos medos envolvidos tiveram desfechos positivos, com mães e bebês saudáveis, e portanto, não houve nenhum processo sobre elas.

Vale aqui destacar que o que me refiro como “complicações” ou “algo dar errado” se refere a uma série de possibilidades presentes no próprio evento do parto, seja onde ele for realizado. Pelo que pude observar durante a realização desta pesquisa, há complicações que poderiam ser previstas durante o pré-natal e dessa forma a gestante deixaria de ser uma candidata ao parto domiciliar, mas há outras ainda que poderiam ocorrer e ocorreriam frequentemente em hospitais, mas que, segundo as ativistas com quem conversei, estes casos não são julgados com tanta severidade. O que ocorreria na maioria dos casos em que “algo dá errado” seria a transferência da mulher para um hospital (esta sendo prevista como possibilidade em todo parto domiciliar), onde serão feitos os procedimentos de emergência. Esta transferência, porém, implica sempre o risco de que a profissional que encaminhou a gestante ao hospital possa ser culpabilizada pela situação.

Os relatos sobre estas situações são mais raros, tendo surgido um no final de 2012, relatando acontecimentos do início daquele ano, que gerou discussões. Intitulado de “uma relato diferente” a pessoa que o apresenta faz a seguinte introdução:

“Esse relato de parto domiciliar, com certeza, é diferente de todos os que você já leu. Eu ainda não tinha lido, um relato de parto que conta um desfecho não esperado. E é lendo esse relato, que é possível entender o porque é importante se empoderar. Se empoderar para qualquer resultado. Porque é importante fazer escolhas conscientes. Porque é importante ter uma equipe, capacitada para prestar assistência de emergência quando necessário.”

O relato extenso aborda todo o caminho de preparação pelo qual o casal passou, estudando sobre o parto até decidir pelo parto domiciliar e contratar a equipe, composta por duas parteiras

(enfermeira obstetra) e uma doula. Se organizaram para uma possível ida ao hospital, que ficava a 15 minutos da casa, deixando o carro “embicado”, pronto para sair. O relato do trabalho de parto e do nascimento em si não difere muito dos demais, até então tudo havia corrido bem, e a mãe descreve todo o processo de uma forma bem bonita.

Porém quando o filho nasce acontece o não esperado:

“Quando Lucas pulou para fora com aquele cordão azul lilás bem grosso, ele veio direto para o meu peito chorou pouco e parou de respirar. Nosso mundo parou. Aquele bebê forte que esperávamos não estava tão forte assim. Ele amoleceu no meu peito e ela tirou imediatamente ele de mim e começou os procedimentos de reanimação.[...] As parteiras fizeram todos os procedimentos de oxigênio, aspiração, massagem cardíaca e o Fê falou: gente não vou interferir porque vocês são as profissionais, mas assim que falarem vamos para o hospital iremos! Nesse momento a doula já estava ao telefone com o pediatra.”

Assim o grupo se divide, ficando a mãe em casa com uma parteira e indo marido, doula e a outra parteira levar o bebê para ser socorrido no hospital.

“O Fê ficou com o pior da nossa dor... o socorro do próprio filho. Quando chegaram ao hospital o próximo baque foi o preconceito. COMO ESTA CRIANÇA NASCEU EM CASA? Gritou o médico. O Felipe sentiu como se tivesse feito algo muito errado. E lá meu filho foi tratado como “o bebê que nasceu em casa”.

Lucas foi para o Pronto Socorro e lá começou a chorar novamente. Tomou drogas e subiu a rampa para UTI aos prantos e aos berros. Não foi entubado, pois estava respirando.”

Lucas passou quatro dias na UTI neonatal, sofrendo uma série de intervenções médicas, que a mãe pensa não terem sido necessárias mais sim devidas ao preconceito da equipe médica com o nascimento em casa, relata também informações passadas pela equipe médica de que o filho estaria em pior estado, podendo ficar com sequelas, o que depois teria sido desmentido por outros profissionais do hospital. A mãe acredita que foi o fato de ter dito que o seu parto fora natural que teria promovido a rápida recuperação do bebê - uma vez que outros bebês, nascidos no hospital, que estavam na UTI também por parada respiratória, teriam demorado mais para se recuperar - uma vez que o organismo dele estava livre dos efeitos sedativos da anestesia. Finaliza dizendo que não se arrepende de ter tido seu parto em casa, mas que se pudesse prever o que aconteceria, teria o

cuidado de ter uma ambulância na porta de casa.

A reação provocada por este relato foi por um lado de que deve ser incentivada a discussão sobre quando as coisas não saem tão bem quanto o imaginado, e por outro de apontar incoerências no relato, e questionamentos da conduta das profissionais, uma vez de que o fato de o bebê já ter chegado ao hospital respirando significaria que os procedimentos realizados por elas durante o transporte teriam sido efetivos, e assim elas teriam falhado não em sua habilidade técnica, mas sim em sua capacidade de conduzirem firmemente a situação, evitando que a família se desesperasse e corresse ao hospital, decisão do marido que foi negativizada.

Entrou em discussão também quais seriam os pré-requisitos para o parto domiciliar, uma vez que a mãe finaliza expressando que em um novo parto só o faria em casa se fosse com ambulância na porta:

“Para além disso, vejo ainda a importância de que casos assim sejam discutidos e que ideias como ‘pediatra fundamental no PD,’ ‘ambulância na porta,’ ‘thorar na esquina do hospital’ não sejam difundidas como requisitos para o PD (porque de fato estaríamos tratando o parto como um evento ‘perigoso,’ ‘arriscado,’ e se ele realmente fosse, não seria em casa um bom lugar pra que ele ocorresse, imagino). Parir em casa é seguro, parir com parteiras apenas é seguro, não é preciso ambulância na porta, nem casa anexa ao hospital. Temos batalhado tanto por difundir esses conceitos, super baseados em evidência, não é mesmo?” (Lia, enfermeira-obstetra)

O discurso desta ativista segue ressaltando a importância de que a opção pelo parto domiciliar seja uma escolha informada, onde a mulher deve buscar o apoio da equipe que escolheu para sanar todas as suas dúvidas a respeito das possíveis incorrências, sendo destacada a importância de a mulher confiar em sua escolha e equipe:

“Isso não significa achar que nada vai acontecer, pelo contrário, mas estar segura de que, para a maioria das coisas que podem acontecer em termos de complicação (e que são raras em gestações de baixo risco, com mulheres elegíveis pra PD), os recursos que você tem em casa são suficientes.”

Essa linha de argumento finaliza apontando que em termos de medidas de segurança uma boa equipe, com experiência e formação orientada para a realização de partos extra-hospitalares, é o que seria prioritário:

“TODO MUNDO que deseja ter um PD tem que ser informado sobre as possíveis encrascas. Que são improváveis, mas não impossíveis. A mãe pode sangrar; o bebê pode morrer. Ter ambulância na porta ou morar na esquina do hospital não fazem diferença no desfecho. O que faz diferença é ter uma equipe treinada em reanimação neonatal e emergências obstétricas, que siga direitinho os passos necessários e não se desespere. [...] No relato em questão, me parece que a família (especialmente o pai) não estava preparada para esta eventualidade.” (Carolina, obstetra)

Apesar desse quadro onde a Justiça seria mais vista como possível ameaça do que como aliada, uma série de eventos foi modificando esta visão única e conformando uma alternativa na qual a justiça pode também ser vista como instrumento aliado na luta pela humanização.

Um dos momentos-chave que ajudou a conformar essa visão foi o relacionado à proibição pelo CREMERJ, ao final de julho de 2012, de que médicos atendessem partos em domicílio e da atuação de doulas, obsterizes e parteiras em partos domiciliares. Relatarei este caso com mais detalhes no capítulo seguinte, para esta discussão é apenas necessário sabermos que estas proibições foram deferidas na Justiça, após o Conselho de Enfermagem entrar com uma Ação Civil Pública contra elas.

Esta vitória através da Justiça trouxe a possibilidade de que esta seja vista também como aliada, e atualmente elas vêm pensando em formas de usá-la a seu favor, deixando de ser vista apenas como algo a ser temido, como na possibilidade sempre presente de que um profissional da assistência ao parto seja processado, em caso de alguma complicação.

Tal tendência foi continuada por ocasião da estreia internacional do filme *Freedom for Birth* (Liberdade para Parir), realizada em diversas cidades do mundo no dia 20 de setembro, com exibição em ao menos três locais na cidade do Rio de Janeiro. Fui à que me pareceu maior e que propunha a realização de um debate após a exibição, realizada em um auditório de uma faculdade particular em Ipanema, com capacidade para 120 pessoas. Apesar do receio da organização de que a audiência passasse disso, realizando um esquema de distribuição de senhas, sobram ao menos 50 lugares vazios.

O filme conta a história de uma parteira húngara, de longa experiência na assistência ao parto domiciliar, que enfrentou uma série de perseguições na justiça até por fim ser presa após chamar uma ambulância para socorrer uma gestante que havia entrado em trabalho de parto durante uma de suas aulas de preparação para o parto. O filme destaca que o caso que levou à prisão não se tratava sequer de um parto mal sucedido, mas sim de uma mulher que, sendo gestante de alto risco não iria realizar seu parto em casa, mas se encontrava em uma aula de preparação para o parto dada por esta parteira, quando entrou em trabalho de parto e precisou ser socorrida por uma ambulância,

desta forma o caso não caracterizaria irresponsabilidade por parte da parteira, mas apontaria que - ainda segundo o filme - as autoridades húngaras só estavam esperando pela próxima vez que ela chamasse uma ambulância para prendê-la.

Devido a esta prisão um grupo de mulheres que haviam tido seus partos com essa parteira entra na justiça através do caso de uma mulher do grupo que estava grávida e reivindicava poder ter seu filho em casa, sem que isso representasse o risco de prisão ao profissional que a assistisse. O caso é levado a um tribunal superior cujas decisões valem para toda a União Europeia, e este define que “a mulher tem o direito de escolher onde e como vai ter o seu parto”, abrindo assim precedente para diversos casos, sendo considerado portanto uma importantíssima vitória.

O filme ainda traz a fala de diversos especialistas sobre o tema e de advogados da área de Direitos Humanos, que comentam o caso e contam como anda esta situação em outros países, como nos EUA, onde mães podem perder a guarda de seus filhos, devido a acusações de maus tratos e negligência infantil, caso recusem procedimentos como cesáreas.

O debate que se seguiu foi destinado a pensar as novas estratégias de ação, de forma a aproveitar a efervescência gerada pelas marchas, mas buscando novas estratégias para não desgastar o movimento, *“o formato de marcha cansa um pouco, a gente precisa bolar coisas novas, para atingir um número maior de pessoas”*.

Neste dia houve tentativas de pensar ações através da Justiça, porém na falta de alguém com conhecimentos jurídicos mais aprofundados o debate seguiu através de outras revisões e novas ideias no âmbito do ativismo, deixando no ar que buscar ações na Justiça é uma forma de ação que pode ser válida, mas sem precisar como fazê-la.

Este filme foi exibido novamente durante o 21º Encontro Nacional de Gestação e Parto Natural Conscientes, realizado de 23 a 25 de novembro de 2012. Nesta ocasião o debate seguido foi montado com uma mesa com dois jovens advogados: a advogada do Coren-RJ, que moveu as ações referentes às resoluções do CREMERJ já citadas, e o outro, um advogado cuja esposa havia tido recentemente um filho de parto natural. Esta é uma característica muito recorrente nos homens que se aproximam dessa questão, neste encontro os poucos homens participantes ou eram médicos, ou eram pais cujas esposas tiveram filhos em partos humanizados recentes, havendo ainda um que veio pois sua atual namorada estava se profissionalizando como doula.

O debate se destinou a debater a legalidade ou não das práticas de atendimento ao parto ali propostas, no qual o advogado na mesa fez a seguinte colocação:

“A lei brasileira não proíbe que a mulher escolha onde e como vai ter seu filho, mas atua de forma indireta, através da proibição dos profissionais que o façam, e se ela optar por tê-lo desassistida a lei dirá que ela está botando o filho em risco.”

Essa colocação explicita bem o quanto a legislação é confusa a respeito do que está dentro da legalidade nesses casos, e o resultado disso é que todos os envolvidos, mas principalmente os profissionais, correm riscos reais nessa prática. Digo principalmente os profissionais, pois, ainda segundo o argumento desse advogado, diferentemente no caso americano, raramente a Justiça Brasileira consideraria que uma criança estaria melhor em um abrigo para menores do que com a própria mãe, levando em conta apenas as questões relacionadas ao parto.

O debate seguiu então apontando para um uso possível do aparato da Justiça para questões como fazer valer o direito a acompanhante durante o parto, estabelecido por lei, mas muitas vezes negado pelos hospitais. Essas ações, além de buscarem a resolução imediata da questão naquele parto específico, serviriam ainda para quantificar e denunciar os hospitais que estão recusando cumprir esse direito. Na maioria desses casos o hospital age com base em ambiguidades da Lei do Acompanhante, que em sua formulação atual contém muitas brechas, e assim, outra medida que já vinha sendo discutida foi levantada: a da reformulação do texto desta lei, a ser encaminhado para o Legislativo, que já estava sendo feita, e foi debatida na plenária deste encontro.

Já em janeiro de 2013 um novo uso da justiça enquanto aliada foi encontrado por uma advogada mineira e sua cliente, que abriam na Justiça de Minas Gerais o primeiro processo por violência obstétrica do país.

“Para quem conhece a rotina violenta dos atendimentos ao parto parece inacreditável, mas a ação é inédita para a justiça brasileira. Estamos sendo maltratadas nos hospitais há mais de cem anos e o judiciário ainda não tomou conhecimento. Muito triste.

Ainda que o processo trate especificamente do caso da Márcia, ele mostra que agora acabou a brincadeira. Passou da hora de deixar de ser normal passar por cesárea desnecessária, episiotomia de rotina, kristeller.”⁵⁰

Para ajudar no processo o ativismo foi convocado pela advogada que, considerando que o juiz do caso é homem, nunca pariu e provavelmente desconhece o que seria violência obstétrica, pede que as ativistas enviem textos a respeito para ele, de forma que este possa tomar uma decisão informada a respeito das discussões propostas pelo movimento.

Sobre a relação entre os campos jurídicos e médicos é interessante lembrarmos do caso de

⁵⁰ Disponível no blog da advogada: <http://www.dadada.com.br/2013/01/24/briga-de-gigantes/>, consultado em 02/02/2013

Pierre Riviere, assassino confesso da própria mãe e irmãos, ocorrido em 1835 e analisado por Foucault (1991). O autor defende a importância desta análise não pela repercussão do caso à época, que não foi grande, em um momento em que os crimes de parricídio não eram raros, mas sim pelo número considerável de elementos extraordinários que compunham o dossiê do caso: três relatórios médicos com distintas conclusões e gêneros de análise; peças judiciais importantes, como o testemunho de todos os habitantes da comuna do acusado, indagando não somente sobre o crime em si, mas também sobre a vida toda do acusado; e por fim um memorial escrito pelo próprio Pierre Riviere, contendo detalhes e explicações sobre o crime. Duas análises possíveis do material do dossiê que o autor aponta (dentre quatro) são diretamente voltadas para a discussão aqui presente, da relação entre o campo médico (e suas múltiplas vozes) e o campo jurídico:

“b) Documentos como estes do caso Riviere devem permitir analisar a formação e o jogo de um saber (como o da medicina, da psiquiatria, da psicopatologia) em suas relações com instituições e os papéis que são aí prescritos (como a instituição judiciária com o perito, o acusado, o louco.-criminoso etc.).

c) Permitem decifrar as relações de poder, de dominação e de luta dentro das quais os discursos se estabelecem e funcionam; permitem pois uma análise do discurso (e até dos discursos científicos) que seja ao mesmo tempo política e relacionada com o acontecimento, logo estratégica.” (FOUCAULT:1991:XIII)

Assim como este caso apresentado por Foucault os movimentos aqui abordados da relação entre médico e ativistas com o sistema jurídico podem ser pensados nos termos já discutidos neste capítulo, do embate entre distintos campos do saber (BOURDIEU:1990) com o intuito de construir discursos de verdade (FOUCAULT:2002) que resultam em maior poder aos seus detentores.

Capítulo 4

**Mulheres em busca de um parto normal
– o que esta demanda tem a nos dizer sobre o
feminismo**

O objetivo deste capítulo é comparar as demandas deste movimento de mulheres pelo parto humanizado com uma vertente de fundamental importância na história do movimento feminista: a que, a partir de referenciais teóricos que irei desenvolver no decorrer deste texto, propunha que o caminho para a emancipação da mulher seria através do distanciamento desta da esfera da natureza. A comparação entre estas vozes que partem dos movimentos de mulheres surgiu da percepção de que o tipo de demanda por direitos do grupo estudado possui diferenças essenciais com relação às demandas do movimento feminista norteadas por esta outra vertente. Buscarei nas páginas seguintes abordar e informar sobre o contexto etnográfico específico de meu estudo para traçar um paralelo entre ambos.

Minha proposta aqui não é de efetuar uma revisão bibliográfica extensa, mas buscar trabalhos-chave deste período que permitam pensar o olhar feminista e antropológico que se debruçava sobre estas questões em um momento anterior, possibilitando analisar para onde ele se direciona agora, e as possíveis tensões entre estas vertentes de pensamento.

4.1 As Marchas

O contexto etnográfico que venho abordando nos demais capítulos já havia levado a indicação desta questão, me fazendo refletir sobre a diferença entre uma demanda que se baseia no enaltecimento da natureza feminina e uma corrente mais clássica do feminismo. Pode se dizer que 2012 foi um ano de considerável efervescência de questões relacionadas ao parto e humanização, com relativa repercussão na mídia e expansão do tema na sociedade. A partir dos acontecimentos que irei adentrar a seguir minhas reflexões iniciais foram alimentadas e pude perceber que não poderia olhar para o grupo que estava estudando buscando compreendê-lo dentro de uma vertente clássica do feminismo, teria de expandir meu olhar para dar conta da multiplicidade de vozes, e sem abandonar as reflexões de um feminismo, que aqui chamo de clássico, pude vê-lo de forma comparativa.

Neste ano de efervescência destas questões certamente houve um evento principal, em que o embate entre os modelos de assistência tecnocrática e humanista, que discutimos no capítulo anterior, ficou bem evidenciado, chegando à beira de uma ruptura, permitindo a percepção deste movimento como uma militância em termos mais clássicos, com o exacerbamento das posições e da mobilização. Proponho analisar o evento ocorrido em junho de 2012, através do conceito de drama social, entendido nos termos de Victor Turner como “unidades de processo anarmônico ou desarmônico que surgem em situações de conflito” (2008:33). Segundo Turner os dramas sociais possuem quatro fases de ação pública observável, que eu buscarei identificar ao longo da descrição

dos acontecimentos.

O evento a que me refiro foi a Marcha do Parto em Casa, ocorrida no final de semana dos dias 16 e 17 de junho, em 31 cidades do Brasil, incluindo no Rio de Janeiro, onde eu pude acompanhá-la. Desta forma, o que descreverei são os dados obtidos através da observação no dia da marcha, mas também através do acompanhamento da mobilização realizada nas redes sociais e da presença em um lançamento de livro de um obstetra humanista na cidade do Rio de Janeiro, duas semanas após a marcha, no qual foi falado sobre o assunto e exibido um vídeo de cerca de 19 minutos com imagens da marcha nas diversas cidades do país⁵¹.

A Marcha foi um movimento construído a partir de uma reportagem do programa dominical Fantástico, da Rede Globo, exibida no dia 10 de junho, que abordava o tema do parto em casa, mostrando o trabalho de doulas e demais profissionais da área. Durante a matéria foi exibido o depoimento do médico-obstetra Jorge Kuhn, da UNIFESP, de reconhecida atuação no movimento pela humanização, afirmando que parto “*não é um procedimento cirúrgico*” e que mulheres sem problema clínico ou obstétrico, que sejam saudáveis, podem optar por ter o filho fora de um hospital, havendo inclusive estudos científicos de diversas partes do mundo que o embasam, e apontam para o menor risco estatístico de um parto realizado em casa do que um realizado no hospital.

Após a exibição desta matéria, o CREMERJ (Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro) enviou um pedido para o conselho do estado de São Paulo (CREMESP), pedindo punição a este médico. O obstetra Luís Fernando Moraes, conselheiro do Cremerj, justificou esta posição ao jornal Folha de São Paulo da seguinte forma. “*A postura do médico foi absolutamente equivocada e tendenciosa. O parto tem riscos e complicações inerentes. Caso algum problema aconteça, é preciso intervenção imediata para salvar mãe e bebê*”⁵².

Este momento pode ser considerado a primeira fase deste drama social, a da ruptura das relações sociais formais, onde os grupos em disputa, por um lado os conselhos de medicina, orientados pelo modelo tecnocrático de assistências, e do outro os profissionais do movimento pela humanização se opõem publicamente uns aos outros. O que se segue seria a segunda fase do drama social, definida por Turner como de crise crescente.

“Cada crise pública possui o que eu agora chamo de características liminares, uma vez que se trata de um limiar entre fases relativamente estáveis do processo social, embora não seja um ‘limen’ sagrado, cercado por tabus e afastados dos centros da vida pública. Pelo contrário, ele assume seu aspecto ameaçador dentro do próprio fórum e,

⁵¹ Disponível em <http://www.youtube.com/watch?v=Kt-bTOnRSwE>

⁵² Disponível em: <http://primeirainfancia.org.br/?p=9350>, consultado em 15/07/2012.

por assim dizer, desafia os representantes da ordem a lidar com ele. Não pode ser ignorado ou desprezado.” (TURNER:2008:34)

Este fato desencadeou uma mobilização muito rápida dos agentes envolvidos no movimento pelo parto normal, logo no início daquela semana foi lançada uma carta aberta à população (anexo 1) e foi realizada uma manifestação com diversos focos em apenas uma semana, através principalmente do uso de redes sociais, mas também com matérias na mídia impressa e online. A marcha agregou além de profissionais que atuam pela humanização do parto, mulheres e famílias demandando pelo direito de escolha pela forma de parto, o grupo de ativistas denominadas como “usuárias”. Durante a marcha houve cobertura do evento por diversos meios televisivos: no Rio de Janeiro esteve presente uma equipe de reportagem da Band, e a Rede Globo exibiu a cobertura de algumas cidades, enfocando principalmente na de São Paulo, onde participou o médico Jorge Kuhn.

Apesar de o nome da marcha remeter ao parto em casa, em referência a matéria que gerou a polêmica, as organizadoras declararam a diversos jornais e revistas que, além da defesa pelo direito à liberdade de escolha do local de parto, estavam demandando também melhoria das condições da assistência obstétrica e neonatal no país, que deveria ser pautada no modelo de humanização do parto e nascimento, sendo também pauta forte do movimento a denúncia às altas taxas de cesáreas.

Os cartazes exibidos recorriam tanto ao discurso de uma valorização da natureza, da fisiologia do parto normal, mas, principalmente devido ao evento que motivou a manifestação, a ênfase na segurança do parto em casa e no seu embasamento científico: *“Medicina baseada em evidências adverte: o parto em casa é seguro! Pelo direito e liberdade de escolha”*; é recorrente o discurso de que os médicos que se opõem ao parto em casa, ou os que dão preferência para a cesárea, não sabem bem do que se trata, e que portanto a atitude do CREMERJ seria fruto de preconceitos e desinformação. Ainda se dirigem para a sociedade como um todo ao enfatizarem: *“NÃO sou louca! NÃO sou irresponsável! Minha decisão é consciente”*.

A crítica ao tratamento hospitalar padrão seguia uma linha semelhante, e enfatiza a necessidade da humanização do tratamento: *“Basta! De violência no atendimento ao parto, de episiotomias, de nos obrigarem a parir deitada. QUERO RESPEITO!”*. A própria ideia do parto em casa aparece como resposta à percepção do hospital como um lugar “frio”, onde a mulher tem pouca chance de exercer suas opiniões e desejos, em oposição ao aconchego, familiaridade e segurança do lar, *“No hospital eu sou mãezinha⁵³, na minha casa eu sou rainha!”*.

Observando a atuação da equipe jornalística da Band pude observar que havia uma busca das ativistas por exporem suas demandas neste meio, com o cuidado de explicitar bem o que se estava

⁵³ O termo “mãezinha” é apontado pelas ativistas como exemplo do tratamento oferecido pelos profissionais do modelo tecnocrático, simbolizaria o desempoderamento e infantilização da mulher que pari.

sendo dito, embora a equipe não parecesse estar compreendendo bem do que se tratava. A equipe entrevistou uma jovem em estágio avançado da gravidez, que denunciava que não estava conseguindo seu parto pelo SUS no hospital mais próximo de sua casa, em Niterói, pois segundo ela o hospital exigia que ela agendasse uma data, mas devido à imprevisibilidade da ocorrência de um parto normal, esta mulher entendia que estava sendo direcionada pelo hospital a uma cesárea. Situação um pouco incomum no SUS, onde o parto normal é mais incentivado, aparentemente este depoimento confundiu a repórter, que ao gravar falando sobre o que seria aquele evento disse que as manifestantes estavam protestando contra as altas taxas de cesáreas no SUS, e que na saúde suplementar e privada esse número seria mais baixo. Como eu estava perto e ouvi, fiquei observando e esperando para ver se alguém a corrigiria, dizendo que ela estava invertendo as taxas, como ninguém parecia ter prestado atenção naquele momento eu mesma acabei falando com ela e corrigindo este dado, ao que uma jovem mãe com o seu bebê no canguru⁵⁴ se aproximou e apresentou uma nova correção ao discurso da repórter *“você tá chamando parto natural e cesárea tudo de parto, como se fosse tudo a mesma coisa. Não é: cesárea não é parto, cesárea é cirurgia. É nascimento, mas não é parto.”* A repórter pareceu atordoada e disse *“Gente, é tanta coisa...”*, e foi regravar a chamada.

Importante destacar que este formato de manifestações nomeado de “marchas” tem se tornado muito popular nos últimos dois anos, havendo a Marcha da Maconha, a das Vadias, e a pelo direito dos animais e diversas outras demandas. Essa escolha por um formato de manifestação em voga coaduna com o que pude observar o decorrer da marcha. Como observadora acostumada a algumas manifestações do movimento estudantil me chamou a atenção como os participantes da marcha, na sua maioria mulheres, grávidas ou com filhos pequenos, mas também avós e pais, organizaram-se como um evento voltado para as redes sociais: o período de caminhada com os cartazes foi curto, saindo de uma pequena praça na praia de Botafogo e se dirigindo ao CREMERJ, a uma distância de cerca de um quarteirão, composta principalmente por praças: a única rua pela qual andamos foi a da Praia de Botafogo, mas apenas para atravessá-la. Tanto na saída como na chegada foi organizado um paredão de manifestantes, com cartazes, *“bota as crianças na frente! Mais criança aqui!”*, para que fossem tiradas uma série de fotografias, posteriormente divulgadas nas redes sociais. Pelo observado no vídeo já referido, este tipo de organização se repetiu em boa parte das cidades, a exceção de São Paulo, como foi possível acompanhar pela cobertura jornalística, que além de ter o maior número de participantes, cerca de 500 pessoas, também teve um trajeto de caminhada mais longo. Ou seja, a visibilidade buscada pela marcha era menos a das

⁵⁴ Acessório para carregar bebês, uma espécie de cadeirinha que é presa ao corpo da mãe tal qual uma mochila, podendo ser usada tanto na frente como nas costas, com o bebê voltando para a mãe ou para a frente. No caso ela usava a frente do corpo, com o bebê voltado para ela.

ruas - não muito movimentadas em uma manhã de domingo, e mesmo os panfletos a serem distribuídos sobraram em quantidade - e mais a das redes sociais.



Paredão de manifestantes organizado na saída da marcha. (foto de minha autoria)



Atravessando a Avenida da Praia de Botafogo.⁵⁵



Paredão de manifestante em frente ao Cremerj, já se dispersando.⁵⁶

Após o trajeto da praça até o Cremerj, que era o previsto oficialmente para a marcha, um grupo decidiu seguir caminhando até um evento da Rio+20⁵⁷, a Cúpula dos Povos⁵⁸, que estava ocorrendo também naquele dia, caminhamos em grupos mais dispersos pela orla da praia, entre calçadas, gramados e ciclovias, os cartazes ainda empunhados ou encaixados nos carrinhos de bebê. Estava conversando com Jéssica, uma doula que me havia sido apresentada virtualmente por uma colega de mestrado minha. Ela me falou a respeito do médico paulista cuja entrevista e possível punição resultaram na marcha, de que ele era muito querido e reconhecido no movimento pela humanização.

Outro elemento a destacar é que as pessoas ali envolvidas não pareciam estar familiarizadas

⁵⁵ Disponível na página da Marcha do Parto em Casa no Facebook: <https://www.facebook.com/MarchaDoPartoEmCasa?fref=ts>, consultada em 18/03/2013.

⁵⁶ Disponível na página da Marcha do Parto em Casa no Facebook: <https://www.facebook.com/MarchaDoPartoEmCasa?fref=ts>, consultada em 18/03/2013.

⁵⁷ Evento realizado entre os dias 13 e 22 de junho de 2012, na cidade do Rio de Janeiro, a Conferência das Nações Unidas sobre Desenvolvimento Sustentável (CNUDS), ficou conhecida também como Rio+20 em referência a primeira edição do evento em 1992, onde diversos países se comprometeram com medidas para o desenvolvimento sustentável, a edição de 2012 objetivava a discussão a respeito da renovação desse compromisso político com o desenvolvimento sustentável.

⁵⁸ Espaço do evento que reuniu diversos movimentos sociais, sob a demanda por justiça social e ambiental, que objetivava “Denunciar as causas da crise socioambiental, apresentar soluções práticas e fortalecer movimentos sociais do Brasil e do mundo.” (disponível em: <http://cupuladospovos.org.br>, consultado em 03/03/2012)

com movimentos e atos de militância, havendo neste percurso pela orla da praia um homem que tomou para si o papel de organizador, utilizando um megafone, propondo que a marcha fosse anual e as chamando de “companheiras”, postura essa que me pareceu ser informada por movimentos sociais e militâncias anteriores e que não foi completamente repudiada, mas vista com um caráter cômico. Enquanto ele empunhava o megafone e tentava ordenar os grupos que estavam se dispersando e as incentivando a continuar a caminhada, o grupo em que Jéssica estava dava risinhos discretos porém debochados dele.

Apesar do incentivo deste de continuarem andando até a Cúpula dos Povos, ao alcançarmos um espaço com gramado mais largo, entre a ciclovia e o mar, foi decidido fazer ali uma pausa, para descansarem um pouco, fazer um lanche, amamentar, trocar fraldas, etc. Após esse momento os grupos se dispersaram ainda mais, com a marcha se desfazendo por completo antes de chegar a Cúpula dos Povos. O fato de não terem efetivamente chegado a Cúpula não foi apontado como um sinal de fracasso da Marcha, pois este nunca foi o seu objetivo inicial, apenas uma ideia que surgiu quando as pessoas se encontravam reunidas e motivadas por estarem ali, na rua empunhando cartazes que defendiam suas ideias e valores. O objetivo proposto pela Marcha havia sido cumprido independente da ida até a Cúpula, pois este era organizar um bom número de pessoas protestando em frente ao Cremerj.

Apenas assinalo aqui estas reflexões sobre uma possível mudança nas formas de manifestações sociais a partir do uso de redes sociais para sua organização, não sendo este o tema desta pesquisa, mantenho estas observações pois penso que possam ser úteis em pesquisas que investiguem a respeito do ativismo virtual. Para o tema abordado aqui é importante frisar que as pessoas ali envolvidas ou estavam debutando como manifestantes, ou possuíam pouca experiência anterior, ao menos em termos de manifestações de rua.

Duas semanas após a Marcha ocorreu o lançamento do livro de um médico humanizado, o auditório de tamanho médio estava cheio de ativistas, como de costume de maioria absoluta de mulheres, transcorreu carregado de um sentimento positivo de que a luta estava se encaminhando para momentos de mudança, que a cobertura da mídia trouxe o assunto à pauta para um setor mais amplo da sociedade, como na interpretação do episódio feita por uma ativista “*O CREMERJ foi uma coisa maravilhosa! Todo mundo tava falando nisso, entrei no taxi e o taxista que nem me conhecia falou ‘então dona, o que você acha dessa história de nascer em casa?’*”. Outras falas e situações também apontaram para uma mudança de atitude da dita opinião pública, onde se destaca uma maior predisposição das pessoas em olharem para esta questão não mais com desconfiança mais sim com uma atitude de positiva curiosidade.

Além do interesse da sociedade mais ampla, o evento da marcha propiciou ao grupo sentimentos de força e união. O vídeo exibido neste lançamento de livro se iniciava com trechos da

matéria do Fantástico, relatando a seguir as medidas tomadas pelo Cremerj, passando então para a mobilização da marcha seguindo então para a exibição de fotos e vídeos das marchas nas diversas cidades, apresentando imagens com muitas mulheres levantando cartazes, diversas crianças e muitas barrigas grávidas pintadas com desenhos representando o bebê ali dentro e dizeres como os dos cartazes.

A trilha sonora escolhida também merece ser observada. O vídeo era embalado por músicas de Chico Buarque como Cálice, Vai Passar e Mulheres de Atenas. As duas primeiras são canções que ficaram associadas à oposição a ditadura militar, ambas apontam para uma causa opressora – no contexto original a ditadura, no utilizado pelo grupo o Cremerj, enquanto porta voz do modelo tecnocrático de assistência – ora denunciando os seus horrores, como em Cálice “*Pai, afasta de mim este cálice, de vinho tinto de sangue*” como trazendo uma mensagem de esperança e resistência “*Apesar de você amanhã há de ser outro dia*”. Considerei inesperada porém a letra de Mulheres de Atenas, que até então eu não conhecia: na canção o compositor aconselha que as mulheres “*Mirem-se no exemplo, daquelas mulheres de Atenas, vivem pros seus maridos, orgulho e raça de Atenas*”, descrevendo os diversos momentos em que as mulheres de Atenas viveriam para seus maridos, enfatizando que este era o dever delas para com a cidade. Penso que o que motivou a inclusão desta canção na trilha sonora seria uma interpretação de que ela fala da força de mulheres que lutam, não por si próprias, mas sim por sua família e pela pátria.

O resultado do vídeo pareceu ter tido um efeito de causar bastante comoção uma vez que ao final de sua exibição era possível ouvir por todo auditório fungadas e ver diversas mulheres secando os olhos, esta emoção também estava presente na ativista que tomou a palavra após o filme, proferindo palavras de esperança e união do grupo em torno da causa.

Ao pensar a expressão das emoções enquanto uma gramática, seguindo Mauss (1980), é fundamental nos perguntarmos o que as lágrimas vertidas naquele momento significariam. Vicent-Buffault, a partir da análise de romances franceses do séc. XVIII afirma que “Quando alguém chora, estabelece uma relação, espera uma resposta. A linguagem utilizada nesses escritos desvela por si só que as lágrimas são mostradas, são trocadas” (1988:31). A partir disto a autora analisa as diversas esferas e contextos onde as lágrimas seriam trocadas nestes romances – no espaço privado, entre amigos, entre amantes – desenvolvendo reflexões a respeito das troca generalizada de lágrimas, onde o sentimento de compaixão com a dor, sofrimento e mazelas alheios provoca lagrimas coletivas, incluindo aqueles que as vertem em uma noção de humanidade partilhada, e que exclui os que não manifestaram comoção diante à situação.

Este não foi o único momento em que as lágrimas ocuparam um papel importante para o grupo. Eu as presenciei especialmente em momentos em que vídeos e filmes a respeito do ativismo e do parto foram exibidos, como este vídeo da marcha e na exibição do filme *Freedom for Birth*.

Outro filme que parece ter provocado reações semelhantes foi a pré-estreia do filme *O Renascimento do Parto*, em março de 2013, cuja estreia vem sendo aguardada ansiosamente pelas ativistas. Uma delas que esteve presente nesta pré-estreia definiu as reações da plateia da seguinte maneira:

*“Uma centena de pessoas. Os choros audíveis. Os choros silenciosos. As mãos cobrindo o rosto. As mãos sendo levadas ao peito. Os olhares de cumplicidade. Os olhares em direção ao teto. As cabeças que balançam em negativa. As gostosas e sonoras risadas. Uma mulher que chora no ombro da outra, de alegria, de tristeza. As mãos que seguram as outras. As cabeças que são baixadas para não se ver uma cena. Os olhares de vitória. A dor imensa de se ver em algumas. A felicidade imensa de se ver em muitas. A mãe ativista que olha para a outra e, chorando, diz: ‘Já está mudando, estamos conseguindo...’. O reconhecimento de que há uma revolução social, afetiva, moral e mental em andamento.”*⁵⁹

Utilizando este referencial teórico em conjunto com o que foi abordado no Capítulo 2 desta dissertação, a respeito de como um discurso das emoções pode ser visto também enquanto discurso político, penso que podemos interpretar as lágrimas que tomaram conta do auditório no momento da exibição destes vídeos e filmes como um reforço do pertencimento ao grupo e da coesão interna do mesmo. Essas lágrimas e a valorização desta forma coletiva de expressão das emoções podem ainda ser associadas à positividade da esfera da natureza, em oposição à razão e à cultura.

No entanto, esta sensação de vitória sofreu um golpe pouco tempo depois: no dia 17 de julho o CREMERJ lança duas novas resoluções: as “nº 265/12, que visa punir os médicos cariocas que prestarem assistência a partos domiciliares e também os que fizerem parte de equipes de retaguarda caso a mulher que opte por um parto domiciliar e necessite de remoção a um hospital. E a resolução nº 266/12 que proíbe a participação de “doulas, obstetrizes, parteiras etc” (conforme o texto original) em partos hospitalares.”⁶⁰ Pensando a partir da proposta de Turner esta seria a terceira fase do drama social, a da ação corretiva, onde mecanismos de ajuste e regeneração são acionados com o intuito de aplacar a crise.

Seguido a isso foi organizada a segunda marcha, com o nome de Marcha pela Humanização do Parto, mudança de nome que objetivava maior clareza a respeito do que se estava sendo demandado, abarcando as diversas demandas que não haviam ficado evidentes no nome anterior, e

⁵⁹ Retirado de: <http://www.cientistaqueviroumae.com.br/2013/03/o-renascimento-do-parto-um-filme-sobre.html>, consultado em 15/03/2013.

⁶⁰ Disponível na página do evento Marcha pela Humanização do Parto, no site de relacionamentos Facebook: <https://www.facebook.com/events/107615226050991/> (consultado em 08/12/2012)

atacando diretamente os posicionamentos do CREMERJ, colocando-os como polo oposto à ideia de humanização.

Antes da realização da marcha, no dia 30 de julho, o Coren-RJ (Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro) teve uma Ação Civil Pública deferida a seu favor e contra estas resoluções do CREMERJ, que foram consideradas pela Justiça do Rio como ofensivas a diversos dispositivos constitucionais e legais “*que garantem à mulher o direito ao parto domiciliar, assim como ao acompanhamento, em ambiente hospitalar, de pessoa livre de sua escolha*”⁶¹

Mesmo com a suspensão das resoluções a marcha que se havia planejado foi mantida, ocorrendo no dia 5 de agosto, desta vez na Praia de Ipanema, na qual não pude estar presente. Pelo que me foi relatado posteriormente o clima desta marcha foi mais tenso do que o da anterior. Era um domingo chuvoso, o que limitou o número de participantes e houve tumultos quando mulheres se posicionaram contra e chamaram as manifestantes de “*assassinas*”, por considerarem que a escolha de ter um parto em casa, ou questionar o saber médico seria irresponsável e colocaria em risco à vida do bebê. A mesma matéria do jornal O Globo citada acima aborda o incidente da seguinte forma: “*Nem todos os presentes na marcha, no entanto, foram apoiar a causa. Uma advogada, identificada como [...], foi vaiada pelas manifestantes ao aparecer gritando ‘é homicídio’*”.*Segundo ela, a manifestação estimula o risco e facilita o aborto.*”

Dentro da conceituação de Turner essa resolução do conflito através da decisão da justiça seria a quarta fase do drama social, onde o grupo social perturbado é reintegrado. Porém deve-se atentar para as formas próprias dos dramas sociais quando ocorridos em sociedades ditas complexas, onde na ausência de um ritual integrador das partes em conflito este não se extingue realmente, sendo apaziguado em um momento, permanece em estágio latente, pronto para eclodir a uma nova divergência.

4.2 Multiplicidade de demandas feministas

Usarei como referência principal para esta parte do trabalho o artigo de Sherry Ortner *Está a mulher para o homem assim como a natureza para a cultura?* (1979), por vê-lo como um texto muito interessante no sentido de unir em si tanto a visão que o movimento feminista possuía naquela época, como também a maneira com a qual as antropólogas feministas estavam lidando com a questão. Buscarei dialogar este texto com outro escrito pela autora, duas décadas mais tarde,

⁶¹ Retirado da matéria do jornal O Globo “*Marcha pela Humanização do parto reúne mulheres na Praia de Ipanema*” publicada em 05/08/2012, disponível em: <http://g1.globo.com/rio-de-janeiro/noticia/2012/08/marcha-pela-humanizacao-do-parto-reune-publico-na-praia-de-ipanema.html>.

So, is female to male as nature is to culture? (1996), destinado a responder as críticas recebidas pelo primeiro e repensar a sua trajetória de seus estudos.

No primeiro artigo, Ortner (1979) parte da constatação de que o papel secundário da mulher na sociedade é uma verdade universal, e busca a resposta para esse fato fugindo de uma afirmação biologizante. Sua tese é de as mulheres são associadas com algo que é desvalorizado em toda cultura, elemento este que ela identifica com sendo a natureza, uma vez que todos os processos culturais se desenvolvem no sentido de transcender a existência propriamente natural, através do controle da natureza.

Como esta descrição pode levar o leitor a franzir a testa de estranhamento abrirei aqui um parêntese teórico com a resposta de Ortner (1996) às principais críticas recebidas por este trabalho. Como a própria autora frisa nos tempos atuais a busca por universais vem gerando cada vez menos interesse, e, diria eu, mais críticas, sendo assim, ao menos para um jovem estudante de antropologia, argumentos iniciados com universalismos podem provocar certo desconforto. Tendo em vista as questões atualmente postas pela disciplina a autora afirma que provavelmente se o artigo fosse escrito em dias mais atuais, dificilmente ele teria esse enfoque. Esclarece que o caráter de universalidade do evento estudado foi definido a partir da coleta de estudos de diversas localidades distintas que apontavam para o papel secundário da mulher na sociedade, “We looked around the world and the answer seemed to be yes” (1996:174). No primeiro artigo a autora explica que todos os dados desta coleta se encaixavam em pelo menos uma das três categorias: culturas cuja ideologia e as colocações informativas explicitamente desvalorizavam as mulheres e os seus locais sociais; esquemas simbólicos que atuavam implicitamente; e classificações socioculturais que excluam a participação das mulheres nos centros de poder da sociedade. Sendo considerado que a existência de qualquer destas categorias já é suficiente para que se saliente a condição inferior da mulher em determinada cultura (1979).

A noção de universalidade da dominância masculina foi principalmente atacada por pessoas que se basearam em preceitos do marxismo evolucionário, partindo de Engels (2000), que na obra *A origem da família, da propriedade privada e do Estado* defende que as primeiras sociedades seriam mais igualitárias, se configurando enquanto matriarcados, ponto este não-passível de confirmação empírica, uma vez que estas sociedades pertenceriam ao passado primitivo da humanidade. Foi também criticada a universalização das categorias de natureza e cultura, bem como a pressuposição baseada na visão ocidental de que o estar no mundo propriamente humano seria a luta contra a natureza, no sentido de dominá-la.

Porém destaca como parte mais problemática do argumento a seguinte ideia:

“The biggest substantive “error” in the paper may be the main point, that is, the

point that linkage between female and nature, male and culture “explains” male dominance, whether universal or not. Rather, an explanation of universal or near-universal male dominance seems to me largely explicable in ways just discusses: as a result of some complex interaction of functional arrangements, power dynamics, and bodily effects” (1996:177)

Para a discussão proposta nesse trabalho, mais interessante do que averiguar se esta associação da mulher com a natureza realmente explica a dominação masculina ou não, é que esta foi uma visão corrente na época, que levou o movimento feminista a uma determinada direção, como pretendo demonstrar ao final desta argumentação.

Desta maneira, na discussão a seguir sobre o artigo de 1979 devemos ter em mente as críticas feitas a ele e as respostas dadas pela autora, tendo o cuidado de relativizar as categorias de natureza e cultura tal como postas, principalmente caso nosso objeto de estudo fosse uma sociedade não-ocidental. Quanto à universalidade da dominância masculina podemos seguir a sugestão da autora, e ao invés de pensarmos em termos universais, olharmos para esta proposição como de caráter generalizado (1996).

Esclarecidos estes pontos passemos aos argumentos centrais do primeiro artigo. Compreendendo que as explicações biologizantes não dão conta de explicar a hierarquia entre os gêneros, uma vez que “[...] certos dados e diferenças somente adquirem significado de superior/inferior dentro da estrutura de sistemas de valores culturalmente definidos.” (1979:99), desenvolve o seu argumento de que a mulher seria identificada com a natureza, algo que toda a cultura consideraria como de existência inferior a si própria.

Ortner aponta para três elementos que seriam os responsáveis por esta maior proximidade da mulher com o natural: o corpo e suas funções, como este corpo e funções a destina a papéis sociais considerados inferiores aos dos homens, e, por fim, como estes papéis sociais conformariam uma estrutura psíquica específica, diferente da masculina. Sem desconsiderar a validade desta última proposição, trabalharei aqui apenas com as duas primeiras, por acreditar que estas sejam mais ricas para a discussão que estou propondo.

Afirma que a origem do papel secundário da mulher nas sociedades parte do corpo e de sua função reprodutiva:

“Em outras palavras, o corpo feminino parece condená-la a mera reprodução da vida; o homem, em contraste, não tendo funções naturais de criação deve (ou tem a oportunidade de) basear sua criatividade externamente, “artificialmente”, por meio de símbolos e tecnologia. Assim agindo cria objetos relativamente duradouros, eternos e

transcendentes, enquanto a mulher cria seres percíveis – os seres humanos.”
(ORTNER:1979:104)

A função corporal de reprodução e amamentação designa à mulher o cuidado das crianças, restringindo-a à esfera doméstica. Este fato possui dois aspectos que contribuiriam para o papel secundário da mulher: primeiro, ela fica associada às crianças, seres ainda em processo de socialização que não são vistos como seres culturais completos; segundo, o domínio da esfera pública sobre a doméstica aparece como universal, dessa forma o espaço destinado ao feminino já é encarado como secundário.

Assim a mulher é vista como mais próxima à natureza do que o homem, porém por possuir consciência e participar do diálogo cultural, ela inegavelmente faz parte também da esfera da cultura, de forma que ocupa um lugar intermediário, numa escala de transcendência abaixo da ocupada pelos homens (1979:106). Não sendo pura e simplesmente natureza cabe a ela um lugar intermediário e a função de mediadora entre o natural e o cultural, a que transforma o cru em cozido.

Sua participação enquanto geradora de símbolos culturais implica que ela possui e opera através da mesma cosmovisão que coloca a mulher enquanto ser inferior. Este argumento de Ortner se aproxima do desenvolvido por Bourdieu em *A dominação masculina* (2011) de que a dominação masculina se legitima ao se inscrever em uma natureza biológica, esta própria sendo uma construção social naturalizada (2011:33), em que, devido a esta inscrição se encontrar difundida em toda a cosmologia social, ela passa a ser incorporada pelas próprias mulheres, que reproduzirão tal visão negativizada sobre o seu próprio sexo.

Bourdieu, ao colocar a incorporação feminina da dominação na esfera do inconsciente vai além de Ortner, no sentido das implicações políticas do argumento. Tal visão permite que o autor direcione uma crítica ao movimento feminista que, seguindo a tradição marxista, esperava a liberação automática das mulheres a partir da tomada de consciência.

É interessante o destaque dado pela autora para o fato de que quando as funções caracterizadas como femininas se tornam superdesenvolvidas elas passam a ser realizadas por homens: a educação dos rapazes se dá primeiramente pelas mulheres, até que estes entrem para a vida pública, passando a ser socializados por homens. Da mesma forma a culinária, quando o ato de cozinhar deixa de ser cotidiano, em culturas que desenvolveram uma alta gastronomia, como a chinesa e a francesa, esse espaço passa a ser ocupado majoritariamente por homens. Ou seja, quando determinada atividade sai do espaço doméstico e alcança certa transcendência, ela passa ao domínio masculino.

A partir desta forma de pensar o papel secundário das mulheres na sociedade, o caminho das

demandas feministas que visa promover a igualdade entre os gêneros buscou efetuar um duplo movimento: que as mulheres fossem para o espaço público e que os homens fossem para o doméstico. Assim temos a defesa da condição de trabalhadora da mulher, as lutas por igualdade de condições e remunerações no trabalho e também a noção de casamentos mais igualitários, onde o trabalho doméstico e de criação dos filhos seja dividido entre os dois, tal como na ideologia do “casal grávido” estudado por Salem (2007). De um lado se propõe a aproximação da mulher da cultura, e do outro a do homem com a natureza, como forma de equalizar as desigualdades.

Como se pode ver a aproximação com a natureza dentro desse pensamento não é desejada, pois implicaria reforçar a submissão feminina. Elemento este muito diferente do que encontramos hoje quando mulheres demandam o direito de “*parir de acordo com a sua natureza*”, onde o discurso da naturalidade e do conhecimento que o corpo feminino carrega são constantemente acionados.

Dentro desta mudança de olhar sobre o corpo feminino, onde a natureza e especificidade deste passa de desvalorizada para positivada é interessante contrastarmos como Simone de Beauvoir aborda a questão da menstruação, em 1953, e como esta visão se modifica na proposta de trabalho de Emily Martin, em 1992.

Enquanto para Beauvoir “a mulher é adaptada para a necessidade do óvulo ao invés de suas próprias necessidades” (apud ORTNER:1979:103) e as especificidades do corpo feminino são vistas como desnecessárias e até indesejadas para as mulheres, a menstruação sendo um processo possivelmente desconfortável, dolorido, incapacitante. Já Martin busca pesquisar como as mulheres se relacionam com as funções corporais femininas, como parto, menstruação, TPM e menopausa, olhando-as menos pelo prisma negativo, e mais pensando-as enquanto experiências que unificam o ser mulher, mostrando-se alegre pelo fato de observar que as mulheres estariam passando a positivar essas experiências, e que seu trabalho teria contribuído com isso:

“Nessa meia década desde que o livro foi publicado pela primeira vez, uma crescente percepção de que as mulheres podem criar imagens mais positivas de si mesmas e de seus corpos tem-se desenvolvido. [...] Talvez estejamos entrando numa nova fase, mais positiva, com relação ao conjunto de significados que as mulheres podem usar na interpretação de seu fluxo menstrual.” (MARTIN:1992:21)

Encontramos, portanto, duas formas de abordagem e enfrentamento do problema da desigualdade entre homens e mulheres: primeiramente se enfatizava a igualdade entre ambos, afirmando que estes poderiam exercer plenamente as duas funções, e se buscava atenuar as diferenças. Nesse segundo momento, sem abandonar a noção de que a mulher tem o direito de atuar

no espaço público, assim como o homem no doméstico, passa-se a olhar e valorizar as diferenças da condição feminina, partindo da suposição de que para a liberdade feminina ser alcançada as mulheres não devem esconder e reprimir suas atividades corporais, e que elas podem ser também meios de empoderamento frente a um conhecimento masculino estabelecido. Tal perspectiva se encontra bem expressa na frase de Adriene Rich “Existe hoje, pela primeira vez, a possibilidade de converter nossa fisicidade ao mesmo tempo em conhecimento e poder” (apud MARTIN:1992:31)

Partindo destas referências teóricas podemos observar como os atores envolvidos se relacionam com elas nos dias de hoje. Começando pela discussão dentro da academia me parece bem expressiva uma situação que pude observar em uma mesa sobre os estudos de gênero e sexualidade, realizada no mês de julho de 2012 na RBA (Reunião Brasileira de Antropologia). A mesa era composta por quatro pesquisadores mais jovens, três mulheres e um homem, mais identificados com esta nova perspectiva, e por uma mulher que iniciou sua carreira quando os pressupostos da primeira abordagem imperavam - esta foi a que mais se utilizou de um discurso voltado para a ação política em sua fala.

Uma das participantes mais jovens apresentou um trabalho sobre amor romântico na prostituição, o que motivou a intervenção de uma senhora que estava na plateia, mas pertencia ao mesmo grupo de estudos dos que formavam a mesa e que foi uma figura de destaque na consolidação deste campo no Brasil: *“É muito interessante o olhar de vocês para a sociabilidade e a não-negação do amor romântico. Mas uma noite apenas de sexo continua sendo legítima!”*

Sua colocação motivou palmas e risos e quando foi ser comentada pela mesa a postura foi de reificar a filiação pessoal à vertente que afirma a igualdade de comportamento sexual entre homens e mulheres, apesar de os objetos de estudo não estarem mais priorizando unicamente esta abordagem. Segundo o meu entendimento da situação ocorrida, podemos pensar que apesar de dentro da academia haver um direcionamento para a segunda abordagem é nítido o sentido de filiação e respeito à tradição anterior, buscando conciliá-las.

Já entre as mulheres que demandam um parto normal e as que participaram da marcha não parece haver esta forma de filiação a uma tradição feminista anterior, nem é encontrada a auto atribuição unânime de “feministas”, apesar de ser recorrente a vinculação do discurso de *empoderamento* das mulheres.

Um momento durante a marcha talvez tenha motivado comentários que unam as duas correntes: durante a concentração uma das participantes deixou sua bolsa aberta no chão por algum tempo e de repente exclamou *“Nossa, eu aqui deixando a bolsa aberta, com as camisinhas tudo aparecendo!”* ao que outra respondeu *“Mas o que tem demais as camisinhas? Olha esses cartazes* (mostrando principalmente um com fotos suas, retratando um parto na banheira em casa, com a presença de seus dois filhos pequenos, onde ela estava nua e amamentou logo após o nascimento),

isso aqui é tudo sobre sexualidade!”. Nesse discurso são acionadas ambas abordagens: há a ideia de uma sexualidade feminina diferente da masculina, expressando que esta também deve ter o direito a livre expressão, e assim exigir o poder de escolher a forma de parto seria libertar uma esfera da sexualidade feminina.

É sempre complicado olhar para a realidade utilizando apenas tipos ideais (WEBER:1982), com modelos fechados, na qual a mudança de um para o outro se daria completamente. Pensando o segundo modelo como possível após uma série de conquistas do primeiro não se trata de uma superação, mas sim de um momento em que acionar um discurso positivando a “natureza feminina” não implica mais uma necessária exclusão do mundo da cultura, onde as mulheres não mais escolhem entre um e outro - como foi feito pela própria Beauvoir, que nunca quis ter filhos - mas seguem acumulando funções e buscando meios de atuar na esfera pública sem terem de negar o que consideram como sua natureza, motivando a definição, que ora pode ser crítica e ora pode ser empoderadora, de que “as mulheres agora querem ter tudo”.

Apesar de a transição aqui abordada entre um movimento de valorização da cultura e outro de valorização da natureza ser um fenômeno mais recente, Cynthia Sarti (2004) em sua revisão da trajetória do movimento feminista no Brasil a partir dos anos 1970, mostra um movimento que já no seu início teria se dividido entre duas tendências principais: uma mais universalista e outra mais particularista, a primeira privilegiando o mundo privado, as relações interpessoais e a subjetividade, buscando refletir sobre a condição de ser mulher; a segunda privilegiaria a esfera pública, estimulando a participação política das mulheres “[...] principalmente nas questões relativas ao trabalho, ao direito, à saúde e redistribuição de poder entre os sexos.” (2004:41).

Esta segunda vertente, com o processo de redemocratização dos anos 1980, buscou influenciar a criação de políticas públicas, buscando atuar em canais institucionais do Estado. Nesta década os grupos da vertente universalista se reduziram e os de atuação especializada ganharam força, incorporando uma perspectiva técnica e profissional, em que muitos adquiriram a forma de organizações não-governamentais (ONGs).

“A institucionalização do movimento implicou, assim, o seu direcionamento para as questões que respondiam às prioridades das agências financiadoras. Foi o caso daquelas relacionadas à saúde da mulher, que causaram grande impacto na área médica, entre as quais emergiu o campo dos ‘direitos reprodutivos’, que questionou, de um ponto de vista feminista, a concepção e os usos sociais do corpo feminino, particularmente pela medicina dirigida à mulher (ginecologia e obstetria), em torno das tecnologias reprodutivas.” (SARTI:2004:42)

Podemos observar que estas duas vertentes do feminismo persistem até os dias de hoje, produzindo posicionamentos distintos na discussão de questões relacionadas à opressão da mulher em contextos outros que não o da concepção de indivíduo ocidental. Na questão da mulher no islamismo, grupos apoiados à noção universalista condenam categoricamente o que compreendem como opressão da mulher dentro daquela sociedade, enquanto os grupos que partem da noção particularista observam que os valores de o que é ser indivíduo, e a concepção de direitos deste, devem ser observados em cada contexto, denunciando a imposição de valores próprios da noção ocidental de indivíduo a grupos que não estabeleceriam suas relações sociais com base neste preceito. Divisão semelhante aparece em torno da questão da prostituição, criando a vertente abolicionista do feminismo, que apoiada em visões universalistas veria na prostituição apenas mais uma forma de opressão às mulheres, pregando assim a libertação destas.

Apesar do assunto humanização do parto e do nascimento ter aparecido mais no debate público nos últimos anos, esta trajetória apresentada por Sarti nos permite encontrar as origens que levaram ao surgimento deste. Destacando o fato de o primeiro Encontro Nacional de Gestação e Parto Natural Conscientes ter sido realizado no ano de 1979 podemos observar que esta problemática já se colocava desde o princípio do movimento feminista brasileiro. Da mesma forma a atuação da Rehuna - que desde meados da década de 1990 vem ganhando espaço dentro do Ministério de Saúde, atuando em conjunto para a elaboração de políticas públicas, como a Rede Cegonha, em atual implementação - nos permite verificar o quanto o movimento pela humanização se estende no tempo bem como a importância dada a este canal institucional:

“A Rehuna tá com tudo no Ministério da Saúde: teve uma reunião importante, o Ministro chegou e me cumprimentou com um beijo na bochecha, depois todos que vieram depois dele também deram beijinho! (risos)” (Fala da presidente da Rehuna, durante o Encontro de 2012)

Novamente, estas tendências não atuam enquanto tipos ideais, assim podemos pensar que dentro do movimento é possível encontrarmos elementos mais associados a noções universalistas, como a noção de engrandecimento pessoal e subjetivo que o parto proporcionaria a mulher, que está em grande medida ligado a noção de indivíduo e à cultura psicanalítica. Em outros argumentos é possível encontrar influência de uma visão particularista, como no que defende que não há uma melhor forma de parto, ou o melhor lugar para ele ocorrer, que esta seria uma decisão da mulher, que através das influências de sua história de vida escolherá como e onde prefere dar à luz.

4.3 “Feminista, quem?”

Sobre está transição de um modelo para o outro é ainda interessante nos debruçarmos sobre a relação que este grupo de mulheres mantém com grupos autodenominados feministas.

Muito esclarecedor sobre a relação entre o grupo estudado e os movimentos feministas foi uma fala apresentada durante a plenária da rede a qual são filiados profissionais a favor da humanização, em que Helena, atual presidente da rede, apresentou uma série de slides sobre as ações realizadas pela rede durante esse ano e os projetos futuros. Ao falar sobre a marcha ela pontuou que nenhuma organização feminista prestou apoio às manifestações, seja através do comparecimento às marchas ou pela publicação de cartas de apoio, *“Os movimentos feministas se identificam com algumas de nossas pautas, com outras não, eu não entendo por que.”*

No dia seguinte conversei com a autora desta fala, buscando aprofundar este ponto que na assembleia foi falado rapidamente. Então ela me disse que durante a fala havia esquecido de citar que uma única organização feminista apoiou sim a marcha através de carta de apoio, e que duas mulheres de outra organização participaram na marcha ocorrida em Brasília, mas não como representantes de seus grupos, que não conseguiram convencer à participar. Contou-me, porém que, apesar desses poucos casos, as demais organizações ignoraram seus e-mails, como normalmente ocorre em outras situações: *“Elas só querem falar de aborto, não percebem que as mulheres querem mais do que só abortar”*.

Daqui é importante lembrar que, apesar de Helena estar em uma posição que a torne muito bem informada sobre este meio, ainda é possível que outras organizações feministas tenham participado de alguma forma da marcha, em um nível menos oficial, e que da mesma forma como as duas mulheres que participaram da marcha em Brasília outras podem ter participado nas demais cidades, fora da rede de relações mais próximas de Helena. Vale também lembrar que o meu material não foi desenvolvido junto às associações feministas, logo minhas considerações aqui serão sobre como as ativistas veem a ausência das feministas em suas pautas e minha hipótese do por que isso ocorre. Não desconsiderando estes pontos ainda permanece que o apoio oferecido não é massivo nem unânime.

Minha hipótese aqui é que a diferença de pautas mencionadas por Helena recaia nos dois modelos de feminismo abordados acima: enquanto as ativistas pelo parto normal estariam voltadas para o modelo mais atual, que permite e encoraja a associação com a natureza, as organizações feministas estariam no modelo tradicional, onde pautas relacionadas a construção da família e a maternidade são vistas como muito próximas do modelo que elas buscam combater, da associação da mulher com o espaço doméstico e a criação dos filhos, e assim a pauta do aborto torna-se fundamental justamente por combater essa associação.

De acordo com minhas observações, no entanto, a recíproca também parece ser válida: não identifiquei movimentos efetivos por parte de grande número das ativistas pelo parto normal em abarcar pautas como o aborto, apesar do reconhecimento de que ambas as pautas se basearem e utilizarem como argumentos à liberdade de escolha da mulher sobre sua vida e seu corpo. Durante a organização da Marcha pelo Parto em Casa chegou a ser discutida a incorporação da demanda pela legalização do aborto, porém no momento foi decidido pela não inclusão desta pauta, considerando que o período de discussão para a organização da marcha foi muito curto e corrido. Na minha percepção isso ocorre devido ao alto poder de desagregação que esta pauta traria, uma vez que os limites da liberdade de escolha não são compartilhados igualmente por todo o grupo. Nos fóruns pesquisados, a possível associação de pautas por vezes é chamada à tona, sendo rebatida com forte oposição, ou mesmo indignação.

O ponto que transparece por todo o discurso de Helena a respeito da relação estabelecida entre os dois grupos é que **as feministas são as outras**, não há uma percepção do movimento ali construído como sendo feminista, enquanto adjetivo, o que atribuo à associação de feminismo com o que fazem estas organizações feministas, que leva à percepção de que possuem demandas distintas.

Como Sarti (2004) aponta:

“Inicialmente, ser feminista tinha uma conotação pejorativa. Vivia-se sob fogo cruzado. Para a direita era um movimento imoral, portanto perigoso. Para a esquerda, reformismo burguês, e para muitos homens e mulheres, independentemente de sua ideologia, feminismo tinha uma conotação antifeminina.” (2004:40)

Considera-se desta maneira o quanto a rotulação de feministas vem historicamente sendo negativizada em diversos círculos, rejeitá-la pode ser considerada também uma estratégia de ação.

Por fim, como se pode perceber, apesar da negação do grupo estudado a este adjetivo, abordei ambos os grupos enquanto feministas, compreendendo aqui que os termos estão sujeitos a múltiplos significados, existindo uma distinção entre o que é feminismo enquanto categoria nativa para o grupo e feminismo enquanto categoria analítica na discussão teórica aqui realizada. Não trata de atribuir ao grupo um rótulo no qual ele não se reconheça pois ao considerar o mesmo termo enquanto categorias distintas implica-se que não há a necessidade de significação igual em cada contexto de utilização.

Uma discussão recorrente em fóruns temáticos na internet, grupos em redes sociais, e debates presenciais entre as ativistas permite observar como a noção da liberdade de escolha é lida de formas distintas. O assunto em questão era se uma mulher deveria ter o direito de escolher fazer

uma cesárea eletiva, caso ela considerasse que este seria o melhor parto para ela. Sendo esta uma discussão recorrente no meio, para a discussão presente neste capítulo irei apenas destacar que as manifestações contra mulheres que escolhem suas cesáreas se dão em ambientes mais restritos, onde cada um fala apenas por si. Nesses meios essas mães que escolhem ter uma cesárea por vezes são referidas como “*menos mãe*”, ou variações da expressão, como “*menas*” e “*menasmain*”, em referência ao argumento apresentado por estas mulheres de que elas não seriam menos mães por escolherem uma cesárea. Pode ser usada também em referência a diversas práticas de maternidade, como escolher não amamentar. Essa alcunha já foi mais usual, sendo atualmente encontrado um policiamento do seu uso, devido ao seu caráter “politicamente incorreto” e excludente.

Porém, apesar disto, foi criada recentemente uma página de caráter humorístico no Facebook intitulada Menasmain, que em março de 2013 havia sido *curtida*⁶² por mais de 1.500 pessoas. A página publica discursos reais e fictícios de *menasmains*, postando na primeira pessoa, tal como na frase escolhida para ilustrar a capa da página, que diz “*Qual é o problema de querer ir maquiada pra maternidade e não querer parecer um bicho na hora de dar a luz ao meu filho? Não sou menasmain por isso!*”⁶³.

Quando há a necessidade de passar qual a visão do movimento como um todo, nas falas públicas como foram as do Encontro, há uma convergência no sentido de defender o direito da escolha da mulher, seja qual for essa escolha, desde que ela seja baseada em informações reais sobre as duas modalidades, e desta forma o papel do ativismo seria de disponibilizar estas informações que possibilitariam uma escolha consciente.

Nos fóruns online, é comum que as mensagens postadas pelas participantes sigam acompanhadas por informações do seu perfil no site. Escolhidas pelas próprias, os elementos seguem abaixo de cada postagem efetuada por aquela participante. São imagens com motivos infantis, normalmente nas cores rosa ou azul claros, acompanhadas de frases que indiquem em que estágio da/para maternidade⁶⁴ aquela mulher se encontra: entre as que ainda estão tentando engravidar encontramos mensagens como “*A espera de um milagre!!!! - 1 semana e 5 dias até a*

⁶² Forma de interação, de caráter positivo, oferecida pela rede social. No caso de páginas a opção curtir permite que o usuário receba as atualizações desta página.

⁶³ Disponível em: <https://www.facebook.com/pages/MenasMain/278898808881941?ref=stream>, consultado em 16/03/2013.

⁶⁴ A distinção entre a gravidez vivida como *estágio da* e *estágio para* a maternidade é feita por Lo Bianco (1985) onde o primeiro seria característico do grupo de camadas médias e o segundo do grupo de camadas populares estudado pela autora, o primeiro grupo se caracterizaria por cuidados concretos com a constituição física e psicológica do feto, sendo que o segundo grupo consideraria que suas obrigações maternas só se instaurariam a partir do nascimento da criança. Paim (1998) realiza a crítica a este trabalho de Lo Bianco, indicando que entre o grupo de camadas populares que estudou tal distinção não se verificaria, apontando que esta tomaria como base o referencial da cultura psicanalítica, própria das camadas médias, o que a teria levado à interpretação de que para os grupos populares a gravidez não seria objeto de considerações. Paim busca mostrar que dentre as mulheres de camadas populares que estudou existe sim a vivência da gravidez enquanto um estágio da maternidade, porém que este é vivido dentro dos referenciais próprios deste grupo.

próxima ovulação”, já as gestantes indicam o tempo de gravidez como *“Alan, meu amorzinho. Estamos te esperando ansiosamente, anjinho! - Estou com 33 semanas e 3 dias de gestação”*, e, depois do nascimento da criança, *“Maior de todos os amores! - Nosso Príncipe está com 1 ano, 5 meses e 4 dias”*. Estes são aplicativos que atualizam sozinhos a passagem do tempo, as participantes podem adicionar quantos quiserem, correspondendo ao seu número de filhos. Podem também personalizar este espaço com fotos grávida, dos filhos ou da família reunida, e também acrescentar mensagens, que costumam ser declarações de amor aos filhos, letras de música, mensagens religiosas e filiações ao parto normal. Nesse sentido, os grupos em redes sociais como o Facebook não possuem tantos recursos como os fóruns, porém mesmo neles imagens de valorização da família são frequentes, já que um número considerável das participantes destes grupos utilizam enquanto foto principal de seus perfis virtuais fotos com o marido e o filhos.

Em *A representação do Eu na vida cotidiana* (2001), Goffman defende que as pessoas estão sempre a representar, em todas as situações sociais, e que aquele que representa espera que sua plateia capte, acolha e creia na impressão que passa com seu número. Ao se iniciar uma interação, os indivíduos buscam obter informações sobre o recém-chegado, de forma a saberem a melhor maneira de interagir para obterem a resposta desejada. O indivíduo buscará o controle sobre as impressões que causa, de forma a regular a maneira como os outros o veem e tratam.

Penso estas imagens, fotos e frases como um mecanismo encontrado por essas mulheres de apresentação do Eu. Este se coloca como uma forma de realizarem um controle sobre a impressão que farão delas e de afirmação de uma identidade relacionada à maternidade, esta podendo se dar em aspectos mais restritos, como os relacionados às etapas de vida (*“Mamães de setembro 2011 e apressadinhos”*) e de forma mais ampla, relacionada a posicionamentos, como veremos.

É importante notar que as mensagens de adesão a uma forma de parto só ocorrem com o parto normal. Vários perfis vêm acompanhados da frase *“A favor da humanização do parto e ao respeito à fisiologia do parto e à mulher”*, e também realçam aspectos relacionados ao movimento da humanização do parto, como a amamentação: *“Para Júlia Valentina crescer forte... - Estou amamentando há 1 ano, 4 meses, 4 semanas e 1 dia”*.

Os fóruns, não sendo em espaço restrito as ativistas, podem atuar como espaços de construção e afirmação da identidade. Além dos posicionamentos nas conversas e discussões presentes no fórum, essas imagens e mensagens têm função fundamental de atribuir pertencimento a um grupo, e nessas disputas o que fica claro é que ambos os grupos precisam um do outro para definir sua identidade. Enquanto as adeptas do parto normal expõem mensagens e publicam textos de militância, as adeptas da cesárea as acusam de se importarem mais com o parto do que com o próprio filho, afirmando que elas fazem o parto mais por elas próprias do que por eles, construindo para si uma noção de maternidade que não passa pelo momento do parto:

“Para mim, tornar-se mãe não foi só no momento em que acolhi minha filha em meu útero e muito menos quando pari, mas sim quando acolhi uma simples ideia dela em minha mente e em meu coração e a partir daí eu apertei um start de um amor sem fim e sem fronteiras, algo pelo qual lutei e lutarei até o fim”.

Esta forma de construção da identidade está de acordo com o proposto por Barth em *Os grupos étnicos e suas fronteiras* (2000), onde é mostrado que os grupos se definem como tal na e pela oposição aos demais, enfatizando diacríticos de sua identidade que os diferencie dos outros. Pensando de forma semelhante Denys Chuce afirma que:

“A identidade é uma construção que se elabora em uma relação que opõe um grupo aos outros grupos como os quais está em contato. [...]. Deve-se considerar que a identidade se constrói e reconstrói constantemente no interior das trocas sociais” (CHUCE2002:182-183).

Aqui temos, portanto, uma disputa pela construção do conceito de maternidade: umas afirmam que ser mãe “é dar à luz aos próprios filhos”, outras enfatizam outros aspectos que não passam pela forma de parto. A alcunha de “menos mãe” às que defendem esta segunda concepção de maternidade evidencia esse processo de construção de identidade pela oposição.

Em um tópico de um grupo online as ativistas debatiam a respeito da informação obtida por uma delas em um fórum feminista de que em países como Portugal o sistema público de saúde não permitiria a escolha por cesáreas. Começa-se então a debater se o direito a escolher uma cesárea é realmente uma demanda legítima. Nesta discussão fica bem marcada a diferença entre o que elas defendem e o que é denominado como demandas do movimento feminista:

“Eu acho que as mulheres desse grupo feministas estão um pouco equivocadas... Pedir uma cesárea não é sinônimo de direito de escolha, não. A gente pode chegar no hospital e pedir uma ponte de safena? Pode pedir uma extração do apêndice? Pode pedir uma cirurgia qualquer de médio/grande porte??? E tem outra coisa: ainda que a mulher ‘se ache’ no direito de pedir uma cesárea (sem necessidade), por ser uma intervenção cirúrgica e que AUMENTA o risco de vida da mulher e do bebê, qualquer médico teria o DIREITO de recusar. E aí? Quem tem mais direitos? A mulher, o bebê ou o médico? Se for olhar pelo lado da saúde, uma cesárea a pedido (sem necessidade) nunca seria a ‘escolha de direitos’ mais justa.”

Em outra discussão sobre o mesmo tema, ocorrida em um fórum destinado apenas a troca entre mulheres, algumas ativistas se manifestaram contra a escolha pela cesárea, utilizando este argumento de que o direito da mulher sobre o próprio corpo não poderia ser pleno, uma vez que os direitos do bebê também estariam em jogo, e neste contexto uma mulher que defendia o direito de escolha pela cesárea fez a seguinte colocação:

*“Esses dias li um absurdo, um comentário onde a pessoa falava que se o argumento de ter direito ao PC (parto cesáreo) for que a mulher tem direito sobre o próprio corpo esse argumento serve para defender o aborto também. É mole? O PC NÃO FAZ MAL AO BEBÊ! ABORTO É ASSASSINATO! EIS A DIFERENÇA!”*⁶⁵

A discussão prosseguiu sem manifestações em defesa ao direito de escolha com relação ao aborto, de forma que não é possível saber se as que frequentaram aquele fórum concordavam com a afirmação, ou se discordavam, mas reconheceram que aquele não era o espaço adequado para receber esse tipo de opinião.

Mesmo que esta não seja a postura das ativistas de maior atuação, a pauta da legalização do aborto é um ponto de discordância potencial, que não poderia ser emplacada sem abalar a força e extensão do grupo como um todo. Assim fica sendo percebida com uma pauta que não é a delas (talvez de forma muito semelhante à posição tomada pelas associações feministas).

Outro episódio de discordância a respeito do mesmo tema teve efeitos mais profundos. Havia no Facebook diversos grupos destinados à discussão e ativismo sobre parto normal, existindo um principal e maior, que em janeiro de 2013 contava com quase dois mil membros. O acesso a este grupo era fechado, ou seja, só podiam visualizar e participar das discussões pessoas que pedissem e tivessem sua inclusão autorizada por uma moderadora do grupo. Entre os membros estava o grupo identificado como o de “usuárias” dos serviços de saúde, ou seja: grávidas, mulheres que já tiveram filho, que queriam ter mais filhos, que tiveram cesáreas e agora buscavam um parto normal, que estavam querendo ter o primeiro filho etc. E o grupo formado por profissionais da saúde que atuam na assistência ao parto: doulas, enfermeiras, obstetras, etc. Era um grupo de alcance nacional, porém os membros estavam concentrados na região sudeste.

Neste grupo havia um volume impressionante de informação circulando, em que ao se buscar uma postagem de poucos dias atrás por vezes se custava a encontrar, pois ela já havia sido soterrada por novas postagens, sendo que o número de comentários em uma boa parte das postagens também era alto. Um tipo de postagem padrão e que gerava grande número de respostas era quando

⁶⁵Retirado de <http://www.e-familynet.com>.

uma grávida relatava alguma experiência sobre sua gestação, ou alguma informação recebida, e perguntava do que se tratava e o que deveria ser feito.

Acompanhei neste grupo grávidas relatando sua entrada em trabalho de parto, contarei aqui um caso apenas para que seja possível visualizar a dinâmica do grupo. Esta mulher faz uma postagem dizendo achar estar sentindo contrações, porém com muitas dúvidas a respeito de que o que ela estava sentindo ser realmente trabalho de parto. Ela não sabia se deveria ir ao hospital já naquele momento, pois uma das recomendações principais para as que querem um parto normal é a de não dar entrada no hospital com muita antecedência, sob o risco de ser encaminhada para uma cesárea caso se defina que o trabalho de parto estivesse muito prolongado, noção de tempo esta que, segundo elas, os médicos limitam a poucas horas. Porém o marido desta mulher estava muito ansioso e queria levá-la rápido para o hospital, apesar de ela inclusive ter parado de ter sinais de trabalho de parto. Nesta postagem ela contava os sintomas e outras os avaliavam, buscando acalmá-la e apresentando argumentos que ela poderia usar para convencer o marido a esperar. O desfecho deste caso foi que ela sumiu das postagens por uns dias e retornou com um relato de parto que foi considerado pelas demais como muito triste, onde contava ter ido ao hospital, onde foi submetida a uma cesárea e a diversos procedimentos que categorizou como violência obstétrica.

Os relatos de parto são um procedimento neste grupo, mas também em diversos outros grupos, sites e blogs. Ali as mulheres que compartilham sua gravidez e ao desfecho escrevem um relato de como foi o seu parto, estes ficam armazenados em uma pasta de documentos, de forma a não se perderem no limbo das postagens.

A participação de obstetras nessas discussões as enriquecia bastante, uma vez que estes podiam trazer informações sólidas sobre as dúvidas apresentadas, não sendo raro que quando a questão necessitasse de um ponto de vista médico eles fossem chamados a responder.

As postagens de teor mais ativistas ocorriam quando algum fato externo chamava à tona a questão, normalmente ocorrendo em oposição a práticas de incentivo a cesárea, como no episódio de 12/12/2012, quando todas as maternidades da cidade do Rio de Janeiro anunciaram lotação de vagas devido a cesáreas agendadas por conta da data considerada mística (uma das principais maternidades particulares do Rio de Janeiro aumentou seu numero padrão de no máximo 30 cesáreas marcadas por dia, para 50).

Poucos dias depois, outra data “cabalística” gerou novamente discussão por conta de um vídeo publicitário realizado pela Coca-Cola a respeito do dia 21/12/2012, para o qual teorias baseadas em leituras de antigas escrituras maias previam o fim do mundo⁶⁶. A intenção manifestada pela empresa neste vídeo era mostrar como enquanto alguns alardeavam o fim do mundo a vida continuava a nascer, assim filmaram na mesma maternidade citada acima, uma das campeãs em

⁶⁶ Disponível em: <http://www.youtube.com/watch?v=BCSmphzcNKg>.

índices de cesárea, um vídeo com o intuito de ser bonito e emotivo sobre a chegada da vida no mundo, acompanhando uma série de nascimentos. O ponto duramente criticado por ativistas foi que todos os partos mostrados foram cesáreas, sem sinais de trabalho de parto, ou seja, agendadas previamente, e que isto contribuiria para uma visão banalizada da cesárea, onde o protagonismo teria sido roubado da mulher pela equipe médica.

O que quero enfatizar com a descrição destes episódios é a forma como o grupo se organizava e seu importante papel para um movimento que utiliza muito das redes sociais como meio de troca e agregação. Considerando ser este um movimento com espaços limitados de trocas presenciais, uma vez que apesar de existirem grupos de gestantes ativos, eles não dão conta de todo o volume de interessadas, e devesse levar em conta suas diversas localizações geográficas destas e mesmo a conciliação de agenda dos participantes. Assim os grupos e fóruns online se constituem como espaços importantes para essa maior articulação e mesmo agilidade de ação, como se pode ver na mobilização das marchas.

A polêmica provocada pela questão do aborto nesse grupo específico ocorreu literalmente do dia para a noite: um tópico publicado no grupo seguiu para o tema do aborto, a discussão começou a noite e seguiu madrugada adentro, o primeiro momento em que percebi que havia algo acontecendo foi logo pela manhã, ao me deparar com a seguinte postagem feita na página pessoal de uma obstetra bem envolvida com o ativismo e uma das que participava mais ativamente do grupo:

“Abandonei o grupo [nome do grupo] por não concordar com a CENSURA, a deleção de tópicos e a proibição velada de se abordar o tema ‘aborto’ nas discussões. Quando as pessoas irão entender que TUDO (parto, aborto, saúde reprodutiva) se encaixa na linha de defesa dos DIREITOS REPRODUTIVOS?” (trecho da postagem principal)

“E digo mais, comigo saem várias cabeças pensantes do movimento.” (1º comentário da mesma postagem)

Ao ir ao grupo buscar algo da postagem referida também não encontrei nada, ao que foi dito que o tópico havia sido criado na noite anterior, a questão do aborto teria entrado na discussão, e ao amanhecer o tópico não estaria mais disponível. Outro tópico foi criado no mesmo dia para discutir a questão da censura em caso de divergências de opinião e também a saída de pessoas do grupo, tal como fez a obstetra citada. Esse tópico, a despeito do grande número de participações que teve, também foi excluído. Sendo feito um terceiro, pela moderadora do grupo que teria participado da primeira discussão, não sendo a moderadora principal do grupo, foi criticado na ocasião o excesso de poderes e responsabilidades então dados a uma pessoa de apenas 18 anos. Nesta terceira

postagem ela passa a “versão oficial” dos acontecimentos, de que o primeiro tópico teria sido excluído pela mulher que o iniciou (esse é um dos recursos da rede social), pois esta não teria gostado do rumo tomado, e não pela moderação. Apesar não ter sido esclarecido quem realmente teria apagado o tópico, esta jovem moderadora acabou tendo esta sua função cassada devido ao episódio, pois teria se posicionado contra que aquela discussão fosse realizada ali.

Essas que consideraram a postura da moderação grave o bastante para abandonarem o grupo lançaram um movimento ida para outro que já existia, mas era pouco usado, passando este de poucos membros a cerca de mil no final de janeiro de 2013. Poucos dias depois desses eventos o grupo onde a polêmica ocorreu sofreu os impactos desta ruptura. Em um primeiro momento foi tornado secreto, ou seja, não poderia ser encontrado em uma busca na rede social, e novos membros só poderiam entrar através da indicação de membros antigos. Uma nova discussão ocorreu novamente dessa vez devido à supostas exclusões de membros do grupo pela moderação, é preciso dizer que durante aqueles dias a rede social estava apresentando uma série de problemas de funcionamento.

Somadas todas estas questões, a criadora do grupo escreveu um longo pronunciamento, onde anunciava que o grupo seria excluído em breve, migrando para outro de mesmo nome.

“Aconteceu uma discussão, que eu não presenciei, seguido de um suposto tópico apagado por tolhimento a liberdade de expressão. [...] Ofensas gratuitas a mim, a moderação e ainda pior AO GRUPO COMO UM TODO. Um grupo que sempre foi de pessoas que ajudam e são ajudadas.

Diversos membros deixaram o grupo antes mesmo da minha volta e sem ter sequer falado comigo, alegando que haviam sido aqui ‘censurados,’ entre outras palavras.

Ameaçaram levar embora ‘todo o movimento’ do grupo. Diversas mulheres, principalmente as mais ativas no grupo e as que estão a termo, me procuraram desesperadas precisando de suporte, de ajuda, sem entender o rumo que o grupo havia tomado. [...] Os últimos tópicos criados desvirtuavam a todo momento o propósito do grupo e também descumpriam as regras de boa convivência. Traziam atenção para algo desnecessário, enquanto outras pessoas precisavam de ajuda em outro tópico.”

Como se pode ver havia ao menos duas vertentes distintas a respeito de qual seria o propósito do grupo: a de que fala a criadora do grupo, onde este seria um espaço para ajudar mulheres a ter seus filhos, com uma forma de atuação mais caso a caso; e outra que insere a questão do direito de escolha no parto dentro de uma maior dos direitos reprodutivos, estando mais

identificada com o movimento feminista, como vemos na sequência da postagem da obstetra, já citada acima:

“O tema do aborto desperta até mais polêmica e mobiliza os preconceitos das pessoas do que a discussão sobre parto humanizado e local de parto. Mas eu não poderia, como mulher, mãe, pesquisadora, ativista e feminista, preocupada com o estudo das questões de gênero e a mortalidade materna, deixar de abordar esse assunto tão importante.”

No momento da escrita deste texto o primeiro grupo ainda não havia sido excluído, mas não havia atividade nele a não ser de pessoas pedindo para serem adicionadas no novo grupo. Os dois grupos em que o primeiro se dividiu estavam em funcionamento, operando nos mesmos moldes do primeiro.

A evitação da questão do aborto dentro do movimento feminista não é uma novidade, Sarti (2004) ao revisitar a trajetória do movimento brasileiro aborda a peculiar forma como este se desenvolveu enquanto movimento interclasses, atuando em conjunto com as organizações femininas de trabalho pastoral inspiradas na Teologia da Libertação, o que levou a que, em nome da preservação desta aliança, se evitasse desacordos sabidos, como justamente a questão do aborto, da sexualidade e do planejamento familiar.

Judith Butler, em *Problemas de Gênero* (2003) realiza uma crítica a tendência do movimento feminista em buscar uma unidade para a categoria de “mulheres”, bem como universalizar o patriarcado e a dominação masculina, como vimos com Ortner (1979), o que oprimiria outras construções de gênero que não se enquadrassem nesta categoria hegemônica de “mulheres”. Segundo Butler:

“A crítica feminista também deve compreender como a categoria das ‘mulheres’, o sujeito do feminismo, é produzida e reprimida pelas mesmas estruturas de poder por intermédio das quais busca-se a emancipação.” (2003:19)

Se pensamos o gênero enquanto uma construção social resulta que ele não será o mesmo em todos os contextos, não podendo assim a categoria mulheres sintetizar uma identidade em comum, pensar desta forma seria atrelar o gênero à biologia, considerando-o como destino inevitável. Uma vez reconhecendo não haver essa identidade unitária, se abriria um espaço para a multivocalidade, onde as distintas formas de ser mulher poderiam encontrar expressão.

Argumentasse que a unidade seria necessária para a ação política, e assim a necessidade de

efetuar alianças para se apresentar enquanto grupo homogêneo. A autora questiona realmente se essa unidade seria necessária, afirmando que “Certas formas aceitas de fragmentação podem facilitar a ação, e isso exatamente porque a ‘unidade’ da categoria mulheres não é nem pressuposta nem desejada” (2003:36). Sem necessitar desta unidade o movimento poderia se organizar em coalizões, que poderiam atuar conjuntas em caso de bandeiras semelhantes em um momento, sem se mobilizar conjuntamente em caso de outra demanda.

As divergências provocadas pela questão do aborto dentro do movimento pela humanização e o não apoio de demais organizações feministas em questões ligadas ao parto e a difícil aceitação de posicionamentos divergentes no interior dos grupos demonstram que estes operam através de uma política de alianças, onde as pautas deverão convergir integralmente para que se possa construir ações conjuntas. Dentro de uma política de coalizões, esta circulação entre os grupos seria um meio de luta mais eficiente, uma vez que a discordância não significaria necessariamente ruptura, podendo ser vista como um não alinhamento momentâneo, que não seria impeditivo de atuações conjuntas no futuro.

Considerações finais

No decorrer deste trabalho que foi ficando claro para mim o que eu efetivamente estava fazendo. Inicialmente considerei dois caminhos, o de realizar uma pesquisa sobre parto e humanização a partir do ponto de vista das mulheres ou realizá-la enfocando os médicos. Porém, ao desenvolver este trabalho, a escolha por apenas um destes caminhos não parecia me levar à questão que estava me propondo. Ao pensar, por um lado, sobre direito de escolha da mulher e na trajetória que as que queriam seu parto normal deveriam percorrer, e pelo outro, a respeito do modelo obstétrico que temos e nas críticas dos que queriam transformá-lo, tanto o grupo das mulheres quanto os dos médicos pareciam fundamentais para a minha compreensão.

Percebi, então, que estava trabalhando com um terceiro grupo, que até então não tinha suposto. Encontrado na intersecção entre ambos estava o grupo de ativistas. E, então, se tornou claro que eu estava estudando as ativistas e o movimento pela humanização. Acompanhando a atuação de ativistas no Estado do Rio de Janeiro pude observar como este está conectado com o movimento a nível nacional e dentro de um cenário internacional.

Entendendo que da mesma forma que a História, tal como ficará conhecida, é a História dos vencedores, vejo que as noções de verdade e ciência também são de tal forma construídas pelo embate entre os grupos que buscam o poder de denominar e dizer o que as coisas *realmente são*.

Assim, neste trabalho, segui o caminho de percorrer o processo histórico pelo qual o atual modelo se constituiu, passando então pelo surgimento do movimento de crítica a esse modelo e chegando por fim ao que o movimento defende atualmente, e como isso pode tencionar e ampliar determinadas noções de feminismo.

5.1 Mudando o mundo

O grupo estudado manifesta que esta luta vai além de ser somente sobre as práticas de assistência ao parto, uma vez que vislumbra a partir desta um projeto de sociedade. É considerável a vertente deste ativismo que reivindica não só as mudanças na assistência, mas também afirma que elas seriam o suporte para a mudança da sociedade. Nessa perspectiva ecoa a frase de Michel Odent, um dos precursores do movimento de revisão do parto, que afirma “*Não é possível mudar o mundo sem mudar a forma de nascer*”, frase que frequentemente estampa camisetas e banners do movimento. Através de alguns momentos do campo buscarei mostrar a seguir como essas noções de mudança, construção e aprimoramento da sociedade aparece neste grupo, oriundas da crítica de diversos elementos que são associados à nossa sociedade atual, das quais o próprio uso do termo “revolução”, feito pelas ativistas, é muito expressivo.

Durante o 21º Encontro Nacional de Gestação e Parto Natural Conscientes, essa noção

esteve bem presente, a começar pelo tema desta edição: *“Nascimento na luz da simplicidade: impactos sobre o futuro do ser humano”*. Houve uma mesa específica com o título de *“Trajetória de sucesso: a concepção consciente gera uma boa gravidez, que gera um bom parto, que gera um ser humano equilibrado”*, que abordou o tema diretamente. Durante outras mesas e falas esta noção foi recorrente, tanto no Encontro como no resto da pesquisa.

Uma das participantes desta mesa, Isabelle, a ministrante do workshop de Hipno Birth, conta em sua trajetória que passou a se dedicar aos cursos para pais quando, com seus então vinte e poucos anos, leu uma autora que afirmava *“Se mudarmos a forma de nascer hoje, em cinquenta anos nós fechamos todos os presídios”*. Uma psicóloga presente na ocasião traçou um paralelo entre essa noção e a legalização do aborto nos EUA onde, segundo ela, vinte anos após a legalização os índices de criminalidade teriam diminuído, sem justificativa aparente senão o fato de ser esta uma geração que havia sido verdadeiramente acolhida e desejada por seus pais.

No trabalho de preparação de casais para concepção e maternidade, realizado por Isabelle, é pedido um tempo de 18 meses de preparação, que a princípio os casais acham ser muito, mas que ela argumenta que esta é uma preparação para o trabalho mais importante de suas vidas e que as pessoas estudam ainda mais para trabalhos comparativamente mais ordinários. Atua de forma a ajudar os casais a se livrarem dos seus hábitos destrutivos, como fumar ou consumir bebidas alcóolicas, bem como comer em excesso. Essas medidas se baseiam em uma noção de corpo equilibrado, em que deve-se satisfazer as necessidades deste corpo, respeitando-o e sem usar esses elementos como forma de mascarar problemas emocionais, que devem ser propriamente escrutinados, bem como a relação com os próprios pais, de forma que seja possível ao casal se abrir ao amor incondicional para receber seus filhos, quebrando o pressuposto ciclo de violência.

Bruna, a outra participante da referida mesa do “Encontro”, trouxe a hipótese de que o distanciamento do ser humano do momento presente e das relações humanas que observamos nos dias de hoje viria do nascimento e da infância, sendo o berçário considerado um espaço onde a criança já começaria a estabelecer vínculos com objetos, vendo-os como mediadores do afeto e atenção.

No debate seguido a esta mesa um depoimento comoveu todos os presentes. Ele foi feito por Eduardo, um dos poucos homens que não era médico e mesmo assim compareceu todos os dias. Quando lhe perguntei a respeito, ele me disse que estava ali em apoio a sua companheira que recentemente havia se tornado doula, destacando a importância do casal se envolver no universo um do outro. Pai separado, que possui a guarda das crianças, neste depoimento fez um relato do nascimento de seus dois filhos. Contou rapidamente o nascimento do primeiro filho, através de uma cesárea que definiu como humanizada, indo diretamente para o colo da mãe e o dele: um parto lindo.

Já no caso da filha, não: ele não pode estar presente na sala de parto, apesar de ter discutido para tentar entrar; da sala de espera ele viu como o hospital, que era de referência, tratava mal os bebês, tendo ressaltado a cena em que uma enfermeira passa carregando um bebê em baixo de cada braço e de sua angústia quando vê um deles quase tendo sua cabecinha batida na maçaneta de uma porta, ao que aparentemente a enfermeira nem deu conta. Somente duas horas depois do parto ele pôde ver sua filha, e descreve que, enquanto o primeiro filho tinha um olhar calmo e feliz, a filha tinha uma *raiva no olhar*, que ele atribui principalmente à forma como os procedimentos foram realizados ali no hospital, e que até hoje esta raiva ainda estaria lá, sendo ela uma criança com baixa autoestima, e que ele segue tentando cercá-la de amor e carinho para tirar essa raiva do olhar dela.

Médicos ligados ao movimento também difundem ideias a respeito de que as formas de assistência ao parto que temos hoje estariam produzindo uma geração problemática, porém os argumentos destes estariam menos ligados a instâncias da psicologia do indivíduo e mais ancorados na biologia, como aponta do texto da obstetra Ana Cristina, compartilhado pelo Facebook:

"Ao que parece, a ciência está apontando para o grande e maior problema das cesarianas: o fato de não haver colonização imediata do bebê pelas bactérias do canal de parto. A ausência dessas bactérias no momento do parto trazem repercussões para o resto da vida, desde obesidade, doenças autoimunes, entre outras. A outra linha de pesquisa é para o parto como o evento que liga o sistema hormonal do bebê, no eixo hipotalâmico. Estamos, no Brasil, recebendo **uma nação de bebês que virarão adultos com doenças crônicas**. O sistema privado já pode começar a contabilizar os lucros."
(grifos meus)

Ambos os argumentos são incorporados pelas ativistas, tanto que o próprio parto normal se insere dentro dos preceitos da *maternidade ativa*, que questiona elementos amplamente utilizados no cuidado dos filhos. A amamentação é muito enfatizada, principalmente que a alimentação do bebê seja exclusivamente de leite materno até os seis meses de idade, critica fortemente o uso de leite de fórmula e a introdução de sólidos na alimentação antes dos seis meses. Através da valorização da natureza esses grupos dialogam com correntes ecológicas, se colocando contra a inclusão na alimentação dos filhos de produtos industrializados, como papinhas de potinho, e buscando alternativas às fraldas descartáveis, propondo a utilização de fraldas de pano ou mesmo a não utilização de qualquer tipo de fralda⁶⁷ (nota). A presença dos pais no cuidado e criação dos

⁶⁷ A técnica da não utilização de fraldas é a de levar o bebê ao troninho e segurá-lo, diversas vezes ao dia. Argumenta-se que assim ele se acostuma a só fazer suas necessidades nesses momentos, passando inclusive a demonstrar quando está com vontade.

filhos também é muito valorizada, sendo a figura da babá, principalmente no caso de mães que não trabalham ou estão de licença maternidade, muito mal vista e ironizada.

No grupo de naturistas estudado por Rojo (2005), também estão presentes ambas as noções de valorização da natureza: a “saudosista” e idílica, e a que a liga ao processo civilizatório:

“Assim, conceitos como o de totalidade e o de integração homem/natureza aparecem aqui para sustentar um argumento mais ‘ecológico’ do que ‘saudosista’ em relação a natureza, inserindo o naturismo como um passo adiante no processo civilizatório” (ROJO:2005:71)

Como podemos ver tal perspectiva que une uma valorização e uma proposta de retorno a uma natureza primordial coexiste e dá suporte a noções de progresso civilizatório. Não são raros os argumentos que demonstram preocupação com os rumos que a sociedade atual toma. Por exemplo, a imagem de um recém-nascido sendo segurado pelo pé, de ponta cabeça, por um médico, publicada no Facebook por uma ativista, provoca a indagação: *“Se a pessoa é tratada assim logo no início da sua vida como podemos esperar que ela vá viver em harmonia com as pessoas e o meio?”* e *“Que tipo de sociedade estamos criando?”*.

5.2 Minha relação com o ativismo

Penso ser importante nas considerações finais deste trabalho abordar como esta pesquisa me afetou, através do meu envolvimento com os preceitos defendidos pelas ativistas. É comum que eu seja perguntada por pessoas próximas qual seria a minha escolha, quando chegar a hora, se irei querer ter um parto normal ou uma cesárea. Costumo responder que eu gostaria de ter um normal, mas que considero que existem “n” desafios para consegui-lo, desde reais indicações médicas que poderiam não me tornar uma boa candidata a ele, mas principalmente uma questão que abordei na introdução deste trabalho: os altos custos do procedimento e a dificuldade de obtê-lo fora da assistência privada.

Penso que muito disto se deve à minha inserção de classe: fazendo parte de uma classe média que nos últimos anos usa o sistema de saúde suplementar, e se acostumou a pensar que o fato de ter convênio médico garantiria escapar das filas do SUS e obter um atendimento médico, que mesmo não sendo da melhor qualidade não a deixaria desamparada. Deparar-me com esta impossibilidade me evidenciou o quanto um parto humanizado é uma possibilidade apenas para um grupo social muito mais restrito do que eu supunha inicialmente.

Este também é um ponto que limita uma atitude minha mais “ativista”. Não creio ser justo

ao encontrar uma conhecida grávida falar a ela sobre uma forma que considero melhor de parir, sendo que ela não terá condições financeiras para obtê-la, ou mesmo a disposição para percorrer os caminhos alternativos para buscá-lo dentro da saúde pública ou suplementar. Mas quando alguém próximo me pergunta sobre humanização ou mesmo como consegui-la sem desembolsar grandes quantias indico tanto maternidades públicas como grupos de apoio a gestantes que poderão orientá-la e espaços online onde as ativistas organizaram listas de profissionais humanizados.

Penso que o trabalho de Simião (2006), no Timor Leste, pode me ajudar a explicar a minha relação com o ativismo. O autor aborda como com o processo de independência e democratização do Timor Leste diversas ideias próprias de ideologias globalizadas passam a conviver e dialogar com valores locais. Dentre estas ideias enfoca as ações para a promoção da igualdade de gênero, das quais parte considerável se direcionava para o combate da violência doméstica, unindo campanhas de conscientização e sensibilização à criação de mecanismos jurídicos para lidar com os casos.

Nos primeiros anos de aplicação destas ações houve aumentos crescentes de denúncias. As organizações de mulheres apontam que este aumento não representa um aumento da agressividade dos maridos, mas sim que as mulheres agora encontravam uma via para tornar sua dor pública. Não desconsiderando este argumento o autor busca desenvolver que apenas uma maior aceitação das denúncias, e os novos mecanismos para efetuar-las, não bastavam para explicar seu aumento:

“É preciso antes haver um caso de "violência doméstica" a ser denunciado, isto é, é preciso que um gesto de agressão seja percebido como atitude intolerável por parte de alguém, percebido como violação e como violência.” (SIMIÃO, 2006).

Entendo que o ativismo ao buscar despertar as pessoas para determinada causa pode atuar de forma semelhante, criando desconforto e sofrimento, uma vez que oferece soluções para um problema até então inexistente, ao ser chamado à tona ele passa a ser sentido como tal.

Este não é um dilema exclusivo da pesquisadora, as próprias ativistas reconhecem esta faceta do ativismo e sabem que é necessária certa delicadeza ao abordarem determinados assuntos com as mulheres, grávidas ou que já tiveram seus filhos, tal como trouxe a fala de uma ativista durante um debate a respeito de novas estratégias “*As mulheres ficam ofendidas quando você diz que o parto delas, que elas consideraram lindo, não foi legal, que teve violência obstétrica.*”. Apesar deste reconhecimento, nem sempre as ativistas agem tão sutilmente, estas são apelidadas pelas mulheres que se sentem ofendidas pela sua postura ativista com o termo “*xiiitas do parto*”, em referência ao radicalismo destas.

Já durante a escrita desta dissertação, certo dia, fui à uma festa de aniversário, e dentre os convidados estavam colegas de minha turma de mestrado e um jovem casal que estava então

esperando seu primeiro filho. Fui apresentada a ela, e lhe disseram que eu estava realizando uma pesquisa sobre parto, lhe dei os parabéns e perguntei a respeito do tempo de gestação, ela respondeu que estava de 6 meses e o grupo seguiu conversando sobre outros assuntos. Ela não veio falar nada a respeito de parto ou gestação comigo. Uma colega então lhe perguntou se ela já sabia que tipo de parto queria, ela respondeu vagamente que não sabia, que ainda tinha tempo e ia esperar pra ver como as coisas se encaminhariam.

Meu primeiro pensamento a essa resposta foi “bom, se aos seis meses você ainda não sabe provavelmente vai ser cesárea”, pois como busquei abordar ao longo deste trabalho ter um parto normal é efetivamente uma busca. Imaginei que o médico dela havia proposto esperarem para ver como iria o andar das coisas, e que só então saberiam qual forma de parto seria. Ou seja, imediatamente a taxei como uma vítima de um médico cesarista.

Elaborando melhor a situação levantei outra possibilidade, na qual, pelo meu tema de pesquisa, ela teria me identificado enquanto uma *xiita do parto* e preferiu omitir que iria ter uma cesárea, para evitar seguir o resto da festa recebendo informações panfletarias pró-parto normal. Devido a este aspecto *xiita* que o ativismo pode tomar algumas mulheres acabam se distanciando deste meio, como Julia, que me contou que após o seu parto domiciliar se tornou sensível à causa do movimento, mas que tinha dificuldades em assumir uma postura mais militante justamente por esse aspecto.

Porém, a escolha por uma postura que compreende o ativismo enquanto produtor de desconforto ou, em outras palavras, a escolha por não ser uma *xiita do parto*, não foi isenta de arrependimentos. Houve um episódio específico que foi um tanto perturbador.

Em meados de 2012 recebi a notícia de que o meu primo mais velho seria pai. Somos ao todo treze netos, e este seria o primeiro bisneto de minha avó, assim, essa foi uma grande novidade na família. Apesar de uma infância próxima, há alguns anos eu e esse primo perdemos o contato, somente conheci sua companheira quando esta já estava grávida de poucos meses, e na ocasião, apesar da curiosidade em saber como estava indo a gestação senti que não havia intimidade para conversarmos a respeito. Sabendo que ela tinha tido uma filha ao fim da adolescência e que a juventude da mãe é largamente utilizada como “indicação de cesárea” considerei que era grande a possibilidade de ser o caso e que portanto, para ela uma busca pelo parto normal teria ainda mais um obstáculo, pois como vimos no capítulo 3 muitos médicos argumentam que “uma vez cesárea, sempre cesárea”. Somando este ao fator financeiro concluí que não seria produtivo ou benéfico falar a ela a respeito de uma possibilidade irreal.

Já no início de 2013 soube através de minha mãe que a cesárea estava agendada e que o bebê nasceria no dia 28 de fevereiro. Porém os que argumentam que a cesárea é um procedimento previsível, esquecem-se que marcar a data para determinado dia só garante que o bebê não nasça

depois disso, nada impedindo a entrada no trabalho de parto antes, apenas porque uma data foi escolhida. O bebê acabou vindo antes, no dia 15, mesmo dia do aniversário de meu tio, que estão se tornou avô.

A coincidência considerada bonita com o passar dos dias foi se transformando em angústia: o bebê não foi para casa conforme o esperado, foram 11 dias na UTI neonatal, e mais alguns no CTI. As informações que as pessoas me passaram foram vagas, e à distância não pude me inteirar de todos os acontecimentos. O que me foi contado é apesar do nascimento ter ocorrido, via cesárea, no dia 15, ela já estava com a bolsa “rota” há alguns dias, ou seja, estava lentamente perdendo líquido amniótico, sem ter se dado conta, devido a isso o bebê teria nascido com uma infecção (decorrência esta que não me pareceu clara) e teria tido também desconforto respiratório, sintoma recorrente em bebês nascidos por cesáreas.

Ainda hoje não sei qual foi o real problema ocorrido, nem se um parto normal seria capaz de evitá-lo, porém no decorrer daquelas 11 dias pensei que sim, e me questionei de que valeria realizar trabalhos como este sem ser capaz de modificar nossa realidade próxima.

No entanto, olhando para a questão com um pouco mais de distanciamento posso voltar a percepção de que a melhor forma de atuar por uma causa através de um trabalho acadêmico é construí-lo de forma neutra, para que ele possa ser valorizado em si e não enquanto mero reprodutor do discurso do grupo estudado. Essa foi uma preocupação ao longo de todo este trabalho: não aceitar prontamente o discurso nativo, mas sim problematizá-lo. Penso que desta forma foi possível levar e trabalhar questões que o discurso do grupo não apontaria.

De forma consonante a Foucault (1982) penso que o papel do intelectual militante difere (ou deveria) do papel do militante propriamente dito de determinado movimento:

“Q.C.: Qual é o papel do intelectual na prática militante?”

M.F.: O intelectual não tem mais que desempenhar o papel daquele que dá conselhos. Cabe àqueles que se batem e se debatem encontrar, eles mesmos, o projeto, as táticas os alvos de que necessitam. O que o intelectual pode fazer é fornecer os instrumentos de análise, e é este hoje, essencialmente, o papel do historiador. Trata-se, com efeito, de localizar onde estão os pontos frágeis, onde estão os pontos fortes, a que estão ligados os poderes – segundo uma organização que já tem cento e cinquenta anos – onde eles se implantaram. Em outros termos, fazer um sumário topográfico e geológico da batalha. Eis aí o papel do intelectual. Mas de maneira alguma dizer: eis o que vocês devem fazer!” (FOUCAULT:1982:151)

5.3 A não homogeneidade dos discursos

O ativismo pode ser apontado como meio facilitador para as mulheres que buscam seu parto normal, uma vez que o contato com o material que os grupos ativistas circulam teria a função informativa e de os grupos para gestantes também atuarem de forma a orientar os melhores caminhos a percorrer neste busca. “Se informe e procure um grupo de gestantes próximo a você”, este seria o primeiro conselho dado pelas ativistas àquelas que aparecem declarando desejar um parto normal. Por vezes a ordem destas ações é invertida, “Vá a um grupo de gestante, e se informe” aconselhando-se a ir primeiro a um grupo onde se obterá informações. Nessa segunda versão a ênfase na importância dos grupos ativistas é maior, apesar de que ambas apontam que o caminho prioritário para se ter êxito nessa busca passa e depende do diálogo com as redes de ativismo, através do qual se daria o empoderamento da mulher.

Porém, não são todas as mulheres que estão nesta busca que veem este como um caminho prioritário, questionando os métodos utilizados por esses grupos. Tal como Thalita - colega antropóloga já familiarizada com o movimento, tendo inclusive me passado o contato de uma amiga doula - que então grávida de seu primeiro filho me contou como estava sendo a sua busca. Expressando a dificuldade de conciliar o projeto do parto humanizado com os demais projetos familiares devido aos aspectos financeiros, disse que já havia visitado uma maternidade pública, mas que ainda não havia decidido aonde seria o parto. Perguntei-lhe então se ela tinha ido a algum destes grupos de gestantes, ou se estava frequentando algum. Gesticulando amplamente, ela me responde:

“Eu fui algumas vezes, mas nossa que coisa chata! Aquele monte de relato de parto, toda vez é um monte de mulher fazendo relato de parto! Eu não tenho mais paciência pra ouvir isso, como fala essa mulherada!”

Para Thalita, a repetição de informações e discursos dentro do meio o tornava exaustivo, de forma que ela não os via como engrandecedores, buscando procurar informações disponibilizadas pelo meio e mesmo seguir alguns conselhos de ativistas, mas sem atribuir grande peso a estes encontros, não os sentindo necessários em seu caso específico.

A noção abordada no tópico “Mudando o mundo” também passa por ressignificações por cada mulher que está nesse busca. Em entrevista Julia me contou:

“Dentro das coisas todas que a Natalia falava, e tal assim, ela trabalha com um discurso assim que a criança que nasce de forma assim natural é uma criança muito

mais saudável, assim de que não recebe aquelas drogas todas e tal parará o próprio contato da mãe com o filho, você já deve ter ouvido isso tudo. E aí isso assim que eu não tinha muita, não tinha muita fé nessa história do benefício da criança. [...] até pela formação nas Ciências Sociais, eu fico achando que o indivíduo é muito mais produto do social do que da natureza [...] eu não sei se é tão determinante a forma como a pessoa nasce. [mais para o final da entrevista começamos a falar sobre Odent, Julia disse que não concorda muito com ele, principalmente em seu posicionamento contra a vacinação infantil] O negócio da revolução do parto, que pode acabar com a violência, que as pessoas têm de mudar a forma de nascer, ah não sei!

Disse-me que considera seu filho uma criança tranquila e saudável, porém não sabe se credita isso à forma como foi seu parto, em casa, sem uso de medicamentos. Como podemos ver no trecho da entrevista, Julia credita mais influência ao meio social onde a criança está inserida, do que em uma noção ligada à Biologia, na qual o momento do parto seria determinante.

Retomando o conceito de Velho(2003) de campo de possibilidades, apresentado na introdução, podemos pensar em como o discurso do movimento é incorporado e atualizado de formas distintas pelas mulheres, de acordo e em diálogo com os seus projetos individuais a respeito de parto, maternidade e família. Deve-se sempre ser lembrado que apesar de haver um discurso majoritário do grupo, dentro do qual não há grandes discordâncias, ainda assim os indivíduos irão transitar por ele, acionando ou retendo determinados elementos contextualmente, de acordo com as situações e os interesses em jogo.

Como o mesmo autor nos traz, ao refletir sobre as diferenças entre a pesquisa antropológica tradicional e a realizada na própria sociedade do pesquisador é que esta abre para uma maior possibilidade de debates, o que ofereceria vantagens ao abrir mais possibilidades de revisão e enriquecimento destas pesquisas:

“Assim, ao estudar o que está próximo, a sua própria sociedade, o antropólogo expõe-se, com maior intensidade, a um confronto com outros especialistas, com leigos e até, em certos casos, com representantes dos universos de que foram investigadores, que podem discordar das interpretações do investigador.” (VELHO:1987:131)

Apostando nesta multiplicidade de vozes presentes no meio e na própria sociedade, não tenho pretensões totalizadoras para este trabalho, mas sim que ele possa ser visto como mais uma das vozes neste debate.

Anexo 1

Carta aberta à população⁶⁸

Proposta

Nós, médicos humanistas, enfermeiras-obstetras e obstetizes, todos os profissionais, entidades civis, movimentos sociais e usuárias envolvidos com a Humanização da Assistência ao Parto e Nascimento no Brasil, vimos através desta presente Carta manifestar o nosso repúdio à arbitrária decisão do Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro (CREMERJ) de encaminhar denúncia contra o médico e professor da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) Jorge Kuhn, por ter se pronunciado favoravelmente em relação ao parto domiciliar em recente reportagem divulgada pelo Programa Fantástico, da TV Globo.

Acreditamos estar vivenciando um momento em que nós todos, que atendemos partos e/ou que defendemos o atendimento ao parto dentro de um paradigma centrado na pessoa, na defesa dos direitos humanos da parturiente e com embasamento científico, estamos provocando a reação violenta dos setores mais conservadores da Medicina. Pior, uma parcela da corporação médica está mostrando sua face mais autoritária e violenta, ao atacar um dos direitos mais fundamentais do cidadão: o direito de livre expressão. Esse cerceamento da liberdade remete aos sombrios tempos da ditadura militar e não pode ser admitido na atual sociedade democrática. Médicos (como no recente caso no Espírito Santo) podem ir aos jornais bradar abertamente sua escolha pela cesariana, cirurgia da qual nos envergonhamos de ser os campeões mundiais e que comprovadamente produz malefícios para o binômio mãe bebê em curto, médio e longo prazo. No entanto, não há nenhuma palavra de censura contra médicos que ESCOLHEM colocar suas pacientes em risco deliberado através de uma grande cirurgia desprovida de justificativas clínicas. Bastou, porém, que um médico de reconhecida qualidade profissional se manifestasse sobre um procedimento que a Medicina Baseada em Evidências COMPROVA ser seguro para que o lado mais sombrio da corporação médica se evidenciasse.

Não é possível admitir o arbítrio e calar-se diante de tamanha ofensa ao direito individual. Não é admissível que uma corporação persiga profissionais por se manifestarem abertamente sobre um procedimento que é realizado no mundo inteiro e com resultados excelentes. A sociedade civil precisa reagir contra os interesses obscuros que motivam tais iniciativas. Calar a boca das mulheres, impedindo que elas escolham o lugar onde terão seus filhos é uma atitude inaceitável e fere os princípios básicos de autonomia.

⁶⁸ Disponível em: <http://www.manifestolivre.com.br/ml/exibir.aspx?manifesto=pariremcasa2012>, consultado em 16/03/2013.

Neste momento em que o Brasil ultrapassa inaceitáveis 50% de cesarianas, sendo mais de 80% no setor privado, em que a violência institucional leva à agressão de mais de 25% das mulheres durante o parto, em vez de se posicionar veementemente contrários a essas taxas absurdas, conselhos e sociedades continuam fingindo que as ignoram, ou pior, as acobertam e defendem esse modelo violento e autoritário que resulta no chamado "Paradoxo Perinatal Brasileiro". O uso abusivo da tecnologia é acompanhado por taxas gritantemente elevadas de mortalidade materna e perinatal, isso em um País onde 98% dos partos são hospitalares!

Escolher o local de parto é um DIREITO humano reprodutivo e sexual, defendido pelas grandes democracias do planeta. Agredir os médicos que se posicionam a favor da liberdade de escolha é violar os mais sagrados preceitos do estado de direito e da democracia. Em vez de atacar e agredir, os conselhos de medicina deveriam estar ao lado dos profissionais que defendem essa liberdade, vez que é função da boa Medicina o estímulo a uma "saúde social", onde a democracia e a liberdade sejam os únicos padrões aceitáveis de bem estar.

Não podemos nos omitir e nos tornar cúmplices dessa situação. É hora de rever conceitos, de reagir contra o cerceamento e a perseguição que vêm sofrendo os profissionais humanistas. Se o CREMERJ insiste em manter essa postura autoritária e persecutória, esperamos que pelo menos o Conselho Regional de Medicina de São Paulo (CREMESP) possa responder com dignidade, resgatando sua função maior, que é o compromisso com a saúde da população.

Não aceitaremos que o nosso colega Jorge Kuhn seja constrangido, ameaçado ou punido. Ao mesmo tempo em que redigimos esta Carta aberta, aproveitamos para encaminhar ao CREMERJ, ao CREMESP e ao Conselho Federal de Medicina (CFM) nossa Petição Pública em prol de um debate cientificamente fundamentado sobre o local do parto. Esse manifesto, assinado por milhares de pessoas, dentre os quais médicos e professores de renome nacional e internacional, deve ser levado ao conhecimento dos senhores Conselheiros e da sociedade. Todos têm o direito de conhecer quais evidências apoiariam as escolhas do parto domiciliar ou as afirmações de que esse é arriscado - se é que as há. (<http://www.peticaopublica.com.br/PeticaoVer.aspx?pi=petparto>)

O motivo

CONVOCAMOS todas as usuárias, entidades, a sociedade civil e os profissionais envolvidos com a Causa da Humanização da Assistência ao Parto, que envolve não somente a liberdade de ESCOLHA e o respeito ao PROTAGONISMO FEMININO, mas o próprio princípio da liberdade de expressão para participar da Grande Marcha do Parto em Casa, que terá lugar em várias cidades do país nos dias 16 e 17 de junho de 2012, em protesto contra o CREMERJ e em favor do direito de escolha do local de parto.

Referências Bibliográficas

- ABU-LUGHOD, Lila. Shifting politics in Bedouin love poetry. In ABU-LUGHOD, Lila e LUTZ, Catherine (ed.). *Language and the politics of emotion*. Cambridge: Cambridge University Press, 1990. (em tradução de Claudia Rezende)
- ABU-LUGHOD, Lila & LUTZ, Catherine. Introdução: emoção e política da vida cotidiana. IN: LUTZ, Catherine & ABU-LUGHOD, Lila (ed.) *Language and politics of emotion*. Cambridge: Cambridge University Press. 1990. (em tradução de Maria Claudia Coelho)
- ARCHETTI, Eduardo. Masculinidades. Buenos Aires: Editora Antropofagia, 2003.
- ARFUCH, Leonor. O Espaço Biográfico. Rio de Janeiro, Ed UERJ, 2010.
- BARTH, Fredrik. Os grupos étnicos e suas fronteiras. In: O guru e o iniciador. Rio de Janeiro: Contra-capta, 2000.
- BENATTI, Luciana; MIN, Marcelo. Parto com Amor. São Paulo: Panda Books, 2011.
- BRENES, Anayansi Correa. História da parturição no Brasil, século XIX. Cadernos de Saúde Pública, v. VII, n. 2, p. 135-149, abril/junho. 1999.
- BIBLIA, Gênesis. Português. Bíblia sagrada. Tradução: Centro Bíblico Católico. 34. ed rev. São Paulo: Ave Maria, 1982. Cap. 3, vers. 16.
- BOURDIEU, Pierre. *A dissolução do religioso e O campo intelectual: um mundo à parte* In: Coisas Ditas. São Paulo, Brasiliense, 1990.
- _____. A dominação masculina. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2011.
- BUTLER, Judith. Problemas de gênero. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.
- CASTRO, Celso. O trote no Colégio Naval: uma visão antropológica. In: Antíteses, vol. 2, n. 4, jul.-dez. de 2009, pp. 569-595.
- CARNEIRO, Rosamaria Giatti. Cenas de parto e políticas do corpo: uma etnografia de experiências femininas de parto humanizado. Tese defendida para a obtenção do título de doutor em Ciências Sociais IFCH – Universidade Estadual de Campinas, 2011.
- CHAZAN, Lilian Krakowski. “Meio quilo de gente”: um estudo antropológico sobre ultra-som obstétrico. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007.
- CRAPANZANO, Vincent. *Waiting: the Whites of South Africa*. New York: Random House, 1985.
- CUCHE, Denys. *Cultura e identidade*. In: A noção de cultura em ciências sociais. Bauru: Edusc, 2002.
- DA MATTA, Roberto. *O ofício do Etnólogo, ou como ter “Anthropological Blues”* in NUNES, Edison de O. A aventura sociológica, Rio de Janeiro: Zahar, 1978.
- DAVIS-FLOYD, Robbie. *Birth as an American rite of passage*. Berkeley: University California Press, 2003.

_____. Prefacio. In: JONES, Ricardo. Memórias do homem de vidro, reminiscências de um obstetra humanista. Porto alegre: Ideias a Granel, 2012.

DUMONT, Louis. O individualismo: uma perspectiva antropológica da ideologia moderna. Rio de Janeiro: Rocco. 2000

ENGELS, Friedrich. A Origem da Família da Propriedade Privada e do Estado. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000.

ESCAMILLA, Bianca Vargas. *Violencia obstétrica como resultado del proceso de medicalización y deshumanización de la formación y la práctica médica*. Actas del Tercer Congreso Latinoamericano de Antropología ALA 2012. Santiago de Chile, 5 al 10 de noviembre.

FIGUEIREDO, N.S.V. Et al. Fatores culturais determinantes da escolha da via de parto por gestantes. HU Revista, Juiz de Fora, v. 36, n. 4, p. 296-306, out./dez. 2010

FOOTE-WHYTE, William. “Anexo A”. In: Sociedade de Esquina. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

FOUCAULT, Michel. “Aula de 14 de janeiro de 1976”. In: Em defesa da Sociedade. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

_____. História da Sexualidade I: A Vontade de Saber. Rio de Janeiro: Graal, 1993.

_____. Eu, Pierre Riviere, que degolei minha mãe, minha irmã e meu irmão ... um caso de parricídio do século XIX, apresentado por Michel Foucault. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1991.

_____. Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1982.

GEERTZ, Clifford. “*Anti anti-relativismo*”. In: Nova luz sobre a antropologia. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

GOFFMAN, Erving. A representação do Eu na vida cotidiana. Rio de Janeiro: Ed. Vozes, 2001.

HAUAGGE, Georgen Sousa. Procedimento obstétrico no parto e mortalidade nas regiões do Brasil no ano de 2005. Monografia de conclusão de curso em Medicina. Universidade Federal de Santa Catarina, 2005.

HOTIMSKY, Sonia Nussenzweig; ALVARENGA, Augusta Thereza de. *A definição do acompanhante no parto: uma questão ideológica?*. In: Revista de Estudos Feministas. Vol.10 no.2. Florianópolis: 2002.

JONES, Ricardo. Memórias do homem de vidro: reminiscências de um obstetra humanista. Porto Alegre: Idéias a Granel: 2012.

LAPLANTINE, François. Aprender Antropologia. São Paulo: Ed. Brasiliense, 1996.

LAQUER, Thomas. Inventando o sexo. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001.

LATOUR, Bruno; WOOLGAR, Steve. Vida de Laboratório: A produção dos fatos científicos. Rio de Janeiro, Relume Dumará, 1997.

LÉVI-STRAUSS, Claude. *O feiticeiro e sua magia*. In: Antropologia Estrutural. São Paulo: Cosac Naify, 2008.

LIMA, Roberto Kant. Sensibilidades jurídicas, saber e poder: bases culturais de alguns aspectos do direito brasileiro em uma perspectiva comparada. *Anuário Antropológico/2009-2*, 2010: 25-51.

LO BIANCO, A. C. A psicologização do feto. In: FIGUEIRA, S. (Org.) *Cultura da psicanálise*. São Paulo: Brasiliense, 1985.

LOPES, A.A. Medicina Baseada em Evidências: a arte de aplicar o conhecimento científico na prática clínica. In: *Revista da Associação Médica Brasileira*, 2000; 46(3).

LUTZ, Catherine. *Engendered emotions: gender, power, and rethoric of emotional control in American discourse*. IN: LUTZ, Catherine & ABU-LUGHOD, Lila (ed.) *Language e politics of emotion*. Cambridge: Cambridge University Press. 1990.

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

MARTIN, Emily. *The egg and the sperm: how science has constructed a romance based on stereotypical male-female roles*. In: LAMPHERE, L.; RAGONE, H :& ZAVELLA, P. (orgs.) *Situated lives*. Nem York: Routledge, 1997.

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

MAUSS, Marcel. A expressão obrigatória dos sentimentos. In: Figueira, S. (org.) . *Psicanálise e ciências sociais*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1980. p.53-63.

_____. *As técnicas do corpo*. In: *Sociologia e Antropologia*. São Paulo: Cosac Naify, 2003.

MENDONÇA, Sara S. *Crescimento, corporalidade e identidades de gênero entre velejadores da classe 420*. Monografia de conclusão de curso de graduação em Ciências Sociais. Universidade Federal Fluminense, 2010.

MENEZES, Rachel Aisengart. *Em busca da boa morte: antropologia dos cuidados paliativos*. Rio de Janeiro: Gramond: FIOCRUZ, 2004.

NOLTE, Mariana. *Projetos individuais e projetos familiares: continuidade e ruptura na transmissão familiar da vela entre adolescentes*. Apresentação oral na Semana Acadêmica. Niterói: UFF, 2012.

ORTNER, Sherry. *Está a mulher para o homem assim como a natureza para a cultura?*. In: *A Mulher, a cultura e a sociedade*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.

_____. *So, is female to male as nature is to culture?*. In: *Making gender: the politics and erotics of culture*. Boston: Beacon Press, 1996.

PAIM, Heloisa Helena Salvatti. *Marcas no corpo: gravidez e maternidade em grupos populares*. In: DUARTE, L.F.D. & LEAL, O.F (Orgs) *Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

- PEIRANO, Marisa. *Alteridade em contexto: o caso do Brasil*. In: A teoria vivida. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2006.
- REZENDE, C. B. . Ansiedade e medo na experiência da gravidez. In: VIII Reunião de Antropologia do Mercosul, 2009, Buenos Aires. RAM 2009.
- RODRIGUES, Gilda de Castro. O dilema da maternidade. São Paulo: Annablume, 2008.
- ROJO, Luiz Fernando. “Vivendo 'nu' paraíso”: comunidade, corpo e amizade na Colina do Sol. Tese defendida para a obtenção do título de Doutor. Rio de Janeiro: UERJ, 2005.
- _____. Os diversos tons do branco: relações de amizade entre estudantes de medicina. Rio de Janeiro: Litteris Ed., 2001.
- SAHLINS, Marshall. “O que é iluminismo antropológico?”. In: Cultura na prática. Rio de Janeiro: Editora da UFRJ, 2004.
- _____. “Experiência Individual e Ordem Cultural”. In: Cultura na Prática. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2004.
- SAID, Edward. Orientalismo: o Oriente como invenção do Ocidente. São Paulo: Companhia das Letras, 2003.
- SALEM, Tania. O casal grávido: disposições e dilemas da parceria igualitária. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2007.
- SARTI, Cynthia. O feminismo brasileiro desde os anos 1970. Estudos Feministas, ano 12, nº2, mai/ago 2004.
- SIMIÃO, Daniel Schroeter. Representando corpo e violência: a invenção da "violência doméstica" em Timor-Leste. *Rev. bras. Ci. Soc.* [online]. 2006, vol.21, n.61, pp. 133-145.
- TORNQUIST, Carmem Susana. *Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil*. In: Cadernos de Saúde Pública, vol. 19 suppl2. Rio de Janeiro, 2003.
- TURNER, Victor. Dramas, campos e metáforas: ação simbólica na sociedade humana. Niterói, EdUFF, 2008.
- VELHO, Gilberto. Projeto e metamorfose. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2003.
- _____. *Observando o familiar*. In: Individualismo e cultura. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1987.
- VIEIRA, Elisabeth Meloni. A medicalização do corpo feminino. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.
- VINCENT-BUFFAULT, Anne. A troca de lágrimas e suas regras (31-57). In: História das lágrimas. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.
- WEBER, Max. *A “objetividade” do conhecimento nas ciências sociais*. In: Max Weber: sociologia. (Gabriel Cohn org.). São Paulo: Ática, 1982.

ZAMBRANO, Elizabeth. *A experiência etnográfica no campo médico e médico-jurídico*. In: SCHUCH, Patrice Et all (orgs.). *Experiências, dilemas e desafios do fazer etnográfico contemporâneo*. Porto Alegre: Ed da UFRGS, 2010.

Referências virtuais

A mãe que quero ser - <http://amaequequeroser.wordpress.com>

Amigas do Parto - <http://www.amigasdoparto.com.br>

Bem gerar: <http://www.bemgerar.com>

Casa Moara: <http://casamoara.com.br>

Cochrane Library: <http://www.cochrane.org>

Cientista que virou mãe – Ser mãe com (cons)ciência: <http://www.cientistaqueviroumae.com.br>

Cúpula dos povos: <http://cupuladospovos.org.br>

Dadá - Dadadá e blábláblá de mãe para mãe : <http://www.dadada.com.br>

Diário de uma mãe: <http://diariodeumanovamae.blogspot.com>

Dicionário digital de termos médicos:

http://www.pdamed.com.br/diciomed/pdamed_0001_06822.php

E-familynet : <http://www.e-familynet.com>

Manifesto Livre – Carta aberta à população:

<http://www.manifestolivre.com.br/ml/exibir.aspx?manifesto=pariremcasa2012>

Marcia Peltier: <http://www.marciapeltier.com.br>

Minha mãe que disse: <http://minhamaequedisse.com>

NFP Brasil – Espaço de discussão sobre planejamento familiar natural:

<http://nfp-brasil.forum-livre.com>

Orelhas de vidro: <http://www.orelhasdevidro.blogspot.com.br>

Página da Marcha do Parto em Casa no Facebook:

<https://www.facebook.com/MarchaDoPartoEmCasa?fref=ts>

Página do evento Marcha pela Humanização do Parto no Facebook:

<https://www.facebook.com/events/107615226050991/>

Página Menasmain, no Facebook:

<https://www.facebook.com/pages/MenasMain/278898808881941?ref=stream>,

Portal Verde: <http://www.portalverde.com.br>

Parir é nascer – Blog amigo da O.N.G Amigas do Parto: <http://parir.blogspot.com.br/>

Portal da Saúde – Ministério da Saúde : <http://portalsaude.saude.gov.br>

Rede Nacional Primeira Infância: <http://primeirainfancia.org.br>

Referências da imprensa

Folha de São Paulo - “Médicos humanizam cesarianas para torná-las menos traumáticas” publicada em 24/01/2008: <http://www1.folha.uol.com.br/folha/equilibrio/noticias/ult263u366627.shtml>

_____. “Manifestação na av. Paulista pede acesso de doulas a salas de parto”, publicada em 03/02/2013: <http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/1225276-manifestacao-na-av-paulista-pede-acesso-de-doulas-a-salas-de-parto.shtml>

O Globo - “Marcha pela Humanização do parto reúne mulheres na Praia de Ipanema” publicada em 05/08/2012: <http://g1.globo.com/rio-de-janeiro/noticia/2012/08/marcha-pela-humanizacao-do-parto-reune-publico-na-praia-de-ipanema.html>.

Revista Época - ““Eu fiz o parto do meu filho, não o médico”, publicada em 24/01/2011: <http://revistaepoca.globo.com/Revista/Epoca/0,,EMI204610-15230,00.html>

Uol Esporte – “Preço de parto de filho de Neymar não é fora da realidade, dizem médicos”, publicada em 25/09/2012: <http://esporte.uol.com.br/futebol/ultimas-noticias/2012/09/25/preco-de-parto-de-filho-de-neymar-nao-e-fora-da-realidade-dizem-medicos.htm>

Referências filmográficas

FREEDOM FOR BIRTH, Toni Harman, 2012, 60'.

Referências videográficas

COCA-COLA | Feliz dia do começo do mundo!, 1'15". Disponível em:

<http://www.youtube.com/watch?v=BCSmpHzcNKg>, consultado em 28/03/2013.

MARCHA Brasil Parto. 2012, 19'18". Disponível em: <http://www.youtube.com/watch?v=Kt-bTOnRSwE>, consultado em 28/03/2013.

SALA de Notícias | O Futuro do Nascer, Canal Futura, 2013, 14'24". Disponível em:

<http://www.youtube.com/watch?v=dTS7KYVU8hw&feature=share> consultado em 28/03/2013.

TWENTY years of The Cochrane Collaboration: Looking back on the search for evidence, 2013.

11'35". Disponível em: <http://www.youtube.com/watch?v=0Ji-wsSfQH0&feature=youtu.be%20e>, consultado em 28/03/2013.