

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA

“RE-*PARIR-SE*”: SUJEITO POLÍTICO, ENGAJAMENTO E
TRAJETÓRIAS MILITANTES NO MOVIMENTO DE
HUMANIZAÇÃO DO PARTO E DO NASCIMENTO NO BRASIL

Luciana Nunes Fonseca

Brasília, 2020

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA

“RE-*PARIR-SE*”: SUJEITO POLÍTICO, ENGAJAMENTO E
TRAJETÓRIAS MILITANTES NO MOVIMENTO DE
HUMANIZAÇÃO DO PARTO E DO NASCIMENTO NO BRASIL

Luciana Nunes Fonseca

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade de Brasília como parte dos requisitos para a obtenção do título de Doutora em Sociologia.

Orientadora: Prof.^a Dra. Christiane Girard Ferreira Nunes

Brasília, novembro de 2020

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA

TESE DE DOUTORADO

“RE-PARIR-SE”: SUJEITO POLÍTICO, ENGAJAMENTO E TRAJETÓRIAS
MILITANTES NO MOVIMENTO DE HUMANIZAÇÃO DO PARTO E DO
NASCIMENTO NO BRASIL

Luciana Nunes Fonseca

Orientadora: Dra. Christiane Girard Ferreira Nunes (UnB)

Banca:

Prof.^a Doutora Christiane Girard Ferreira Nunes (SOL/UnB)

Prof.^a Doutora Tânia Mara Campos de Almeida (SOL/UnB)

Prof.^o Doutor Pedro Henrique Isaac Silva (IFB)

Prof.^a Doutora Maria Aparecida Penso (UCB)

Prof.^a Doutora Christiane Machado Coêlho (SOL/UnB)

Brasília, novembro de 2020

Para minha avó materna, aquela que, em sendo parteira, me ensinou sobre puxos,
repuxos e partos (de gente e de palavras).

AGRADECIMENTOS

Às instituições que ofereceram condições materiais para a formulação desta tese de doutorado: à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES, pela concessão de bolsa ao longo dos quatro anos do doutoramento, e à Universidade de Brasília, por meio do Programa de Pós-Graduação em Sociologia do Instituto de Ciências Sociais, pelo suporte e apoio tão necessários ao desenvolvimento da pesquisa.

Agradeço às professoras e professores do Departamento de Sociologia da Universidade de Brasília, que tanto contribuíram com a minha formação e me mostraram possibilidades acadêmicas ao longo do percurso. Às sociólogas, antropólogas e sanitaristas com quem faço interlocução, especialmente àquelas que tanto me ampliaram em repertório reflexivo sobre humanização do parto, e tanto contribuíram para que eu pudesse formular minhas considerações e me posicionar no debate desse grande tema.

Agradeço à minha orientadora Prof^{fa}. Dr^a Christiane Girard Ferreira Nunes pelo profissionalismo, rigor teórico-metodológico e generosidade. Nessa mesma esteira, agradeço com muito carinho ao Prof. Dr. Francisco Chagas Evangelista Rabêlo, que me iniciou, ainda durante a graduação em Ciências Sociais, na Universidade Federal de Goiás, na trilha das reflexões e pesquisas sociológicas.

Agradeço às técnicas administrativas do PPGSol/UnB, Gabriella Carlos e Patrícia Rodrigues, que sempre foram muito solícitas em esclarecer dúvidas e na lida com processos burocráticos. À Biblioteca Central da UnB. Às bibliotecas da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais (FAFICH/UFMG), à Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC/MG) e da Universidade de São Paulo (USP). Ao Restaurante Universitário da UnB. E, obviamente, estendo meus agradecimentos a todos(as) os(as) servidores(as) lotados nessas localidades, cujo funcionamento seria impossível sem o trabalho de vocês.

Agradeço às interlocutoras desta pesquisa, atoras do Movimento de Humanização do Parto e do Nascimento no Brasil, que toparam participar desse grande trabalho. Elas me receberam, compartilharam, expuseram suas vidas, as perdas, e os afetos mobilizados no curso das suas trajetórias militantes. A cada

contato e entrevista fui me havendo com as minhas expectativas e propósitos e desenvolvendo imensa admiração e respeito por essas mulheres.

Agradeço às minhas queridas companheiras de trabalho no Ministério da Saúde, pelas bagagens na Administração Pública Federal e de vida, pelos aprendizados no campo da saúde sexual e reprodutiva das mulheres. E, claro, por partilharmos esperanças, ansiedades, angústias, muitos desafios e conquistas.

Aos(às) meus(minhas) amigos(as), que foram importantíssimos(as) nesse processo, pelas interações, e compartilhamentos de tensões, situações e demandas acadêmicas, como também das satisfações e alegrias. Agradeço especialmente à Maria Fernandes Gomide Dutra e Silva, pela amizade que enlaça décadas de histórias, ancoradas em confiança, cumplicidade e diálogos acadêmicos enriquecedores. À Ivana Helena, pela presença e escutas acolhedoras desde a minha adolescência. À minha grande amiga Morgane Reina, agradeço pelo apoio, paciência e parcerias acadêmicas durante todo o percurso do doutoramento. À querida amiga Amanda De Vico, parteira de mão cheia, enfermeira obstetra tão sabida dos tempos e compassos do parir. À Berenice Gomes, Núbia Melo, Cícero Menezes, Dulcinete e Marcelo Brice pelos incentivos.

Ao meu pai José Raimundo e minha mãe Maria Ivanilde, pela presença contínua e apostas feitas em mim, que foram tão fundamentais para que eu viesse a desenvolver esta tese de doutorado. À minha irmã Rejane e ao meu irmão Paulo Rafael pela amizade e companhia desde a tenra infância. Ao meu sobrinho Miguel, não tenho como descrever o amor e a felicidade de ser sua tia.

Aos meus avôs e avós. Agradeço carinhosamente às minhas avós. À minha avó materna, Faustina, parteira tradicional, quebradeira de côco babaçu na Baixada Maranhense, por ter me ensinado a força e a delicadeza dos partos. À minha avó materna, Luzia, mulher negra, sensível, forte, sobre quem as barreiras sócio-corporais e suas significações sociais incidiram com imensa força durante toda a sua vida.

Agradeço ao Neder, meu companheiro, pela ternura, candura, parceria cotidiana, inteligência, e nutrição emocional durante todo o processo de formulação da tese. Agradeço, profundamente, pelo apoio sincero, companhia durante as idas às bibliotecas da FAFICH/UFMG, PUC/MG e ao Hospital Sofia Feldman de Belo Horizonte. Obrigada por acolher e compartilhar do percurso que construí.

À minha analista, pela escuta continente, sensível e promoção da minha experiência analítica.

Às minhas fisioterapeutas e ex alunas Silvaneide e Poliana que cuidaram de mim com muito carinho e competência quando minha coluna deu sinal de desgaste. Agradeço também ao Lúcio, médico ortopedista, cuja intervenção precisa, minuciosa e sem excessos foi essencial à minha saúde física.

Agradeço aos(às) meus(minhas) alunos(as) pela experiência de ensino e aprendizado que me proporcionam.

As palavras invadem esse ermo como ervas.
Todas as coisas passam a ter desígnios. Não há o que lhes ande por documentos.
Enxergam borboletas apertando rios
Escutam o luar comendo árvores.
Trazem no centro da boca pequenas canaletas por onde lhes correm o lanho e o lodo
O chão dá encosto para as suas latas, seus trevos, seus apetrechos
Arrastam no crepúculo andrajos e moscas.
Criam peixes nos bolsos. Há cogumelos paridos em seus ressaíos.
E vozes de rios e rãs em suas bocas.
Águas manuseiam seus azuis. E viver roça no corpo deles.

- E as palavras, têm vida?
- Palavras para eles tem carne aflição pentelhos – e cor de êxtase

(Manoel de Barros)

Quando lerem seus papéis
Pesquisando, dispostos ao assombro
Procurem o Velho e o Novo, pois o nosso tempo
E o tempo de nossos filhos
É o tempo das lutas do Novo com o Velho

(Bertold Brecht)

RESUMO

Esta pesquisa tem como objetivo compreender o processo pelo qual ocorreu o engajamento militante no movimento de humanização do parto e do nascimento no Brasil, enfocando nas trajetórias de atoras que impactaram na formulação e execução de políticas públicas. O problema da pesquisa é retratado na seguinte questão: “Como se deram os processos e sentidos do engajamento militante no movimento pela humanização do parto e do nascimento no Brasil, sobretudo de mulheres que se tornaram formuladoras ou executoras de políticas públicas de atenção ao parto e nascimento a partir de 2011?”. O estudo busca contribuir com um retrato mais qualitativo da realidade, embora aportes quantitativos e estatísticos tenham sido necessários e utilizados na construção do pano de fundo da pesquisa. Há uma preocupação com a compreensão de significados, expressões coletivas e individuais, valores, motivos, aspirações, desejos e atitudes, correspondendo a um espaço mais aprofundado das relações humanas e dos fenômenos. Como procedimentos de coleta foram utilizados, principalmente, entrevistas em profundidade com atoras do movimento, totalizando seis entrevistas, que ocorreram a partir da abordagem da sociologia clínica. Os procedimentos de análise levaram em conta os dados objetivos e subjetivos em relação dialética. Um dos resultados da pesquisa aponta que foram as articulações entre os processos sociais e psíquicos que contribuíram para o engajamento militante. Na sequência, aponta-se que foram as configurações dos conflitos psicossociais que desafiaram e confrontaram as participantes desta pesquisa, em suas dinâmicas de promoção e regressão sociais proporcionadas pela militância. Além disso, ficou evidente que a militância proporcionou a construção identitária entre profissionais de saúde dissidentes e a ressignificação da experiência de insulamento vivenciada por várias delas. Por último, aponta-se que foi por meio do discurso do parto humanizado que as mulheres foram lutando por reconhecimento, autonomia e singularidade. Esse modo de fazer política está alinhado à proposição de recusa à uma identidade única e determinada (a mulher no singular).

Palavras-chave: movimentos sociais, engajamento, humanização do parto.

ABSTRACT

This research aims at understanding the process by which labour and birth humanization activism took place in Brazil, focusing on the life path of actors who had an impact on the formulation and implementation of public policies. The research problem is portrayed in the following question: “How did the processes and meaning of labour and birth humanization activism happen in Brazil, mainly of women who became either formulators or executors of labour and birth public policies from 2011 on? ” The study aims at contributing to a more qualitative portrait of reality, in spite of the usage of the necessary quantitative and statistical contributions used in the research background construction. It shows concern with the understanding of meanings, collective and individual expressions, values, motives, aspirations, desires and attitudes, which corresponds to a deeper space both in human relationships and the phenomena. In-depth interviews with the actors of the movement were used as collection procedures, six interviews in total, which occurred from the clinical sociological approach. The analysis procedures took into account the objective and subjective data in a dialectical relationship. One of the results of the research points out that it was the articulations between the social and the psychological processes which contributed to the civil engagement. Next, it is pointed out that it was the psychosocial conflicts configurations that challenged and confronted the participants of this research, in their social promotion and regression dynamics provided by the militancy. In addition, it was made clear that the militancy provided the construction of identity among dissident healthcare professionals and the resignification of the insulating experience lived by several of them. Finally, it is pointed out that it was through the humanized childbirth discourse that women fought for recognition, autonomy and uniqueness. This way of doing politics is aligned with the proposition of refusing a single and determined identity (to the woman in the singular).

Keywords: social movements, engagement, humanization of childbirth.

RÉSUMÉ

Cette recherche vise à comprendre le processus par lequel s'est produit l'engagement militant dans le mouvement d'humanisation de l'accouchement et de la naissance au Brésil, en se concentrant sur les trajectoires d'actrices qui ont influencé la formation et l'exécution de politiques publiques. Le problème de la recherche est décrit dans la question suivante : "Comment ont surgi les processus et les significations de l'engagement militant au sein du mouvement d'humanisation de l'accouchement et de la naissance au Brésil, en particulier des femmes qui sont devenues les formulatrices ou les exécutantes des politiques publiques en matière d'accouchement et de naissance à partir de 2011 ?". L'étude cherche à dresser un portrait plus qualitatif de la réalité, bien que des contributions quantitatives et statistiques aient été nécessaires et utilisées dans la construction du contexte de la recherche. Celle-ci se préoccupe de la compréhension des significations, des expressions collectives et individuelles, des valeurs, des motifs, des aspirations, des désirs et des attitudes, correspondant à un espace plus profond des relations humaines et des phénomènes. Des entretiens approfondis avec les actrices du mouvement, six au total, ont constitué la principale méthode de collecte et ont été réalisés selon l'approche de la sociologie clinique. Les procédés d'analyse ont pris en compte les données objectives et subjectives en relation dialectique. L'un des résultats de la recherche souligne que ce sont les articulations entre les processus sociaux et psychiques qui ont contribué à l'engagement militant. Il s'ensuit que ce sont les configurations des conflits psychosociaux qui ont interpellé et confronté les participantes de cette recherche, dans leurs dynamiques de promotion et régression sociale apportées par le militantisme. En outre, il est devenu évident que le militantisme a permis la construction identitaire parmi les professionnelles de santé dissidentes et la ressignification de l'expérience de l'isolement vécu par plusieurs d'entre elles. Enfin, c'est à travers le discours de l'accouchement humanisé que les femmes se sont battues pour la reconnaissance, l'autonomie et la singularité. Cette façon de faire de la politique s'aligne à la proposition d'un refus d'une identité unique et déterminée (de la femme au singulier).

Mots-clés : mouvements sociaux, engagement, humanisation de l'accouchement.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Modelos médicos segundo Robbie Davis-Floyd, 2001.....	52
Tabela 2 – Modelos médico e social dos cuidados com a gestação e o nascimento, segundo Edwin van Teijlingen, 2005.....	54
Tabela 3 – Domínios conceituais dos modelos médico e social, segundo Van Teijlingen, 2005.....	55
Tabela 4 – Incidência de boas práticas e intervenções durante o trabalho de parto e parto. Brasil, 2011.....	65
Tabela 5 – Resoluções selecionadas da Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher, 1986.....	132
Tabela 6 – Família Ocupacional de Enfermeiros(as); Brasil, 2011.....	245
Tabela 7 – Família Ocupacional de Enfermeiros(as), Brasil 2012.....	245

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Razão de Mortalidade Materna, estimações pelo MS, WHO, IHME. Brasil, 1990 a 2010.....	62
Gráfico 2 – Tipos de parto no Brasil (2000 a 2016)	67

LISTA DE IMAGENS

Imagem 1 – Casa Angela, Centro de Parto Humanizado	295
Imagem 2 – Casa Angela, Centro de Parto Humanizado.....	295
Imagem 3 – Hospital São Pio X, Ceres – GO, sem registro de data.....	296
Imagem 4 – Hospital São Pio X, Ceres – GO, 1983	296
Imagem 5 – Hospital Sofia Feldman, Belo Horizonte – MG	297
Imagem 6 – Hospital Sofia Feldman, Belo Horizonte – MG	297
Imagem 7 – Comemoração do quarto ano de existência da Casa de Parto Nove Luas, Lua Nova, Niterói-RJ.....	298
Imagem 8 – Comemoração do quarto ano de existência da Casa de Parto Nove Luas, Lua Nova, Niterói-RJ.....	298
Imagem 9 – Publicação da Casa de Parto Nove Luas, Lua Nova. Ano 2, Nº 8. dezembro de 1996.....	299
Imagem 10 – Grupo de Parto Alternativo, 2004.....	300
Imagem 11 – Oficina de Trocas de Saberes com Parteiras Tradicionais, realizada em outubro de 2013, em Brasília-AC	300

LISTA DE SIGLAS

ABENFO- Associação Brasileira de Enfermeiros Obstetras e Obstetizes
ABEn - Associação Brasileira de Enfermagem
ABONG- Associação Brasileira de Organizações não Governamentais
AID – Agency for International Development
AIS – Ações Integradas de Saúde
AISLF - Associação Internacional de Sociologia de Língua Francesa
AL - Alagoas
ANDO – Associação Nacional de Doulas
ApiceOn - Projeto de Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia
ARIP – Association de Recherche et d’Intervention Psychosociologiques
CRM – Conselho Regional e Medicina
ATSM – Área Técnica de Saúde da Mulher
BA - Bahia
BEMFAM – Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar no Brasil
CANG – Colônia Agrícola Nacional de Goiás
CE – Ceará
CEBs - Comunidades Eclesiais de Base
CF – Constituição Federal
CGIAE – Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas
CGSM – Coordenação-Geral de Saúde das Mulheres
CHPT - Centro de Humanização das Práticas Terapêuticas
CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNRS - Centre National de Recherche Scientifique
CNS – Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CPAIME – Centro de Pesquisas de Assistência Integrada à Mulher e à Criança
CPN’s – Centro de Parto Normal
CPNSS - Casa de Parto de São Sebastião
DAPES
DATASUS

DF – Distrito Federal
DIU – Dispositivo Intrauterino
EPM/Unifesp - Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo
FEBRASGO – Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia
FGV – Fundação Getúlio Vargas
FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz
FPIA – Family Planning International Assistance
GM – Gabinete do Ministro
GO – Goiás
HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana
HPV – Papiloma Vírus Humano
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IHME – Institute for Health Metrics and Evaluation
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
IPPF – Federação Internacional de Planejamento Familiar
IISC - Institute International de Sociologie Clinique
ISA - International Sociological Association
LCS - Laboratoire de Changement Social
MBE – Medicina Baseada em Evidências
MG – Minas Gerais
MHPNB – Movimentos de Humanização do Parto e do Nascimento no Brasil
MLD – Maternidade Leila Diniz
MPS – VSP - Movimento Popular de Saúde do Vale do São Patrício
MS – Ministério da Saúde
NUPAR – Núcleo de Parteira Urbana
NV – Nascidos Vivos
ODM – Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
ODS – Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS – Organização Mundial de Saúde
ONG – Organização Não Governamental
ONU – Organização das Nações Unidas
OPAS – Organização Pan-americana de Saúde
PPP- Pré-parto, parto e pós-parto
PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PE – Pernambuco

PHPN – Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento
PIVIC – Programa Institucional Voluntário de Iniciação Científica
PMI – Programa Materno-Infantil
PNAISM – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNDS – Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde
PNH – Política Nacional de Humanização
PNHAH - Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
PNSMI – Programa Nacional de Saúde Materno Infantil
PNTPT- Programa Nacional Trabalhando com Parteiras Tradicionais
PQM – Plano de Qualificação de Maternidades e Redes Perinatais
PUC Minas – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais
RC – Rede Cegonha
RDC - Resolução da Diretoria Colegiada
ReHuNa – Rede pela Humanização do Parto e Nascimento
RJ – Rio de Janeiro
RMM – Razão de Mortalidade Materna
RENAME – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SAS – Secretaria de Atenção à Saúde
SDH – Secretaria de Direitos Humanos
SIM – Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINASC – Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SP – São Paulo
SPM – Secretaria de Políticas para as Mulheres
SUS – Sistema Único de Saúde
SVS – Secretaria de Vigilância em Saúde
TABNET – Ferramenta de Pesquisa de Dados em Saúde
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TMR – Teoria da Mobilização de Recursos.
TPP – Teoria do Processo Político.
UESB – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
UFBA - Universidade Federal da Bahia
UFF – Universidade Federal Fluminense
UFG – Universidade Federal de Goiás
UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais
UFRN – Universidade Federal do Rio Grande do Norte

UMSS - Unidade Mista de Saúde de São Sebastião

UnB – Universidade de Brasília

UNFPA – United Nations Population Found

UNICAMP - Universidade Estadual de Campinas

UNICEF – Fundo nas Nações Unidas para a Infância

UTIN's – Unidades de Tratamento Intensivo Neonatal

WHO – World Health Organization

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	20
CAPÍTULO 1 - Sociologia e corpo, parto e modernidade.....	29
1.1 Sociologia e corpo: apontamentos e desafios epistemológicos.....	29
1.2 Parto e nascimento na Modernidade.....	38
1.3 Humanização do parto e do nascimento em perspectiva.....	47
1.4 “ <i>corte por cima ou corte por baixo</i> ”, e “ <i>de cócoras no país da cesárea</i> ”: parto e nascimento no Brasil.....	59
CAPÍTULO 2 – Metodologia.....	72
2.1 Desafios do conhecimento.....	72
2.2 Caminhos do pensamento e implicações da pesquisadora.....	79
2.3 Método e técnicas de pesquisa.....	82
2.4 Sujeitos participantes.....	85
2.5 Procedimentos de Pesquisa.....	88
2.5.1 Procedimentos de análise.....	90
CAPÍTULO 3 - Movimento pela Humanização do Parto e do Nascimento no Brasil, Engajamento Militante e Políticas de corpo	94
3.1 Movimentos Sociais e engajamento: alguns pressupostos	95
3.2 Expressões das lutas e movimento pela Humanização do Parto e do Nascimento no Brasil.....	116
3.3 Participação social, políticas públicas e programas de atenção à saúde sexual e saúde reprodutiva para mulheres no Brasil.....	128

CAPÍTULO 4 – Sociologia Clínica em Perspectiva: uma sociologia orientada para o sujeito	148
4.1 Preâmbulo da discussão.....	148
4.2 Origens e constituição da Sociologia Clínica.....	155
4.3 Sujeito face à sujeição e à subjetivação.....	160
4.4 Articulação entre o social e o pulsional.....	169
CAPÍTULO 5 – Histórias de Vida, Engajamento Militante e Subjetivação.....	176
5.1 Valentina Patrício.....	176
5.2 Laudelina Campos.....	202
5.3 Nísia Floresta.....	216
5.4 Laura Rheder.....	235
5.5 Mietta Santiago.....	250
Conclusões.....	264
Referências Bibliográficas.....	273
Anexos.....	295
Apêndice 1.....	301
Apêndice 2.....	302

INTRODUÇÃO

Os movimentos são um sinal. Não são apenas produtos da crise, os últimos efeitos de uma sociedade que morre.

São, ao contrário, a mensagem daquilo que está nascendo. Eles indicam uma transformação profunda na lógica e nos processos que guiam as sociedades complexas.

(Alberto Melucci, 2001)

Noutros termos: quanto estamos construindo no ventre do presente uma sociedade grávida de futuro?

(Mia Couto, 2014)

Ao longo do desenvolvimento desta pesquisa, e por várias vezes, fui interpelada sobre o que seria a humanização do parto. Os questionamentos eram feitos por diversas pessoas e em diversos contextos, tanto por parte daquelas que já haviam experienciado o parto, como por quem demonstrava ter pouca aproximação com os cenários do parto e do nascimento. Muito frequentemente, as conversas e debates se estendiam, me levando a pensar que, de uma forma ou de outra, o parir e o nascer estão muito presentes nas vidas das pessoas, mobilizam seus afetos e figuram como elementos muito originários.

Inicialmente, meus argumentos estavam ancorados na noção da “humanização” formulada em contexto recente do Movimento de Humanização do Parto e do Nascimento no Brasil, e atentos às políticas públicas de saúde sobre o tema, sobretudo à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004) e à Política Nacional de Humanização (2013). Ou seja, era uma noção compreendida nos matizes dos direitos de gestantes e parturientes a um cuidado obstétrico calcado na qualidade assistencial e no protagonismo feminino, em reação a um modelo médico-

centrado e hospitalocêntrico, que rotinizou intervenções obstétricas e neonatais. Mas logo percebi que era necessário ficar mais atenta à polissemia do termo.

No senso comum circulam diversas concepções a respeito do assunto, sendo que bem recentemente emergiu nas redes sociais um exemplo disso. Segundo um artigo de opinião publicado na internet, o significado de “parto humanizado” teria sido confundido em vídeo realizado por casal de famosos, que estão grávidos. As perguntas e afirmações feitas durante o vídeo foram: “um parto, para ser humanizado, tem que ser normal, é...?”, com as opções de "verdadeira" e "falsa" como resposta. "Não, calma aí. Parto humanizado é uma coisa e natural é outra"; "Porque como é que vai abrir a barriga para tirar?"; “Não é isso”; “Por que não?” "É impossível fazer cesárea humanizada"; “A humanização independe da via de parto. Todo parto deve ser humanizado. O natural (vaginal), a cesárea, o que precisa de intervenções... Todos".

Para a militância e, em muitos sentidos, também para formuladores(as) de políticas de saúde, a “humanização do parto” leva em conta o enfrentamento às relações assimétricas entre mulheres e profissionais de saúde que lhes acompanham durante o pré-natal e o parto, informação esclarecida, e a defesa da autonomia feminina. Além de vários outros elementos como: os fundamentos em direitos humanos, a saúde sexual e a saúde reprodutiva, a ideia do casal grávido e o conseqüente deslocamento da noção do cuidado como responsabilidade essencialmente feminina, a medicina baseada em evidências científicas, a realização de intervenções somente quando se fizerem necessárias, a equipe assistencial multidisciplinar - incluindo-se aí obstetrias, enfermeiros(as) obstetras, psicólogos(as), fisioterapeutas e doulas – a presença de acompanhante de escolha das mulheres no pré-parto, parto e pós-parto, e a possibilidade do parto ocorrer em diferentes ambientes, tais como em Casas de Parto ou Centros de Parto Normal, nos domicílios, em maternidades e hospitais “humanizados”.

Para Suzanne Serruya,

A humanização compreende, entre outros, dois aspectos fundamentais. O primeiro diz respeito à convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido. Isto requer atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde, organização da instituição de modo a criar um ambiente acolhedor e adotar condutas hospitalares que rompam com o

tradicional isolamento imposto à mulher. O segundo refere-se à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias que, embora tradicionalmente realizadas, não beneficiam a mulher nem o recém-nascido e que, com frequência, acarretam maiores riscos para ambos (SERRUYA, 2003, p. 33 e 34).

Em definição mais recente, Rosamaria Giatti Carneiro compreende parto humanizado como:

aquele com o mínimo de intervenções médicas e farmacológicas possível ou, então, o que respeita o tempo físico e psíquico da mulher para parir em ambiente respeitoso e acolhedor, e com seu consentimento informado para todo e qualquer procedimento realizado (CARNEIRO, 2015, p. 37).

Observou-se que a chamada cesariana humanizada é pouco mencionada na literatura acessada. Provavelmente, porque desde a década de 1980 vem ocorrendo o aumento significativo de cesáreas desnecessárias no Brasil, fazendo com que o olhar da militância se volte, de fato, para a redução desses procedimentos cirúrgicos. Atualmente, o país figura como uma das localidades com maior taxa de cesariana no mundo. Isso significa que, somando-se os dados da rede pública com os da rede privada, em torno de 55% dos nascimentos vêm ocorrendo por via cirúrgica. Quando esses dados são analisados de maneira desagregada, observa-se que há serviços privados de saúde com taxas de cesariana próximas a 90% (SINASC/CGIAE/SVS/MS, 2016).

Ressalva-se que a cesariana é um procedimento obstétrico recomendado na intervenção de complicações na gestação, sendo que a Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que ela seja necessária em até 15% dos casos. Nesses casos, a cesárea humanizada pode ser compreendida como um procedimento obstétrico que chegue o mais perto possível do parto humanizado. De modo que o tamanho da incisão seja próximo ao da dilatação vaginal (em torno de 10 centímetros), o recém-nascido seja retirado devagar, o corte do cordão umbilical não seja imediato, e seja realizado o contato pele a pele do bebê com a mãe logo após o nascimento.

Além do enfrentamento ao excesso de cesáreas, outras intervenções desnecessárias constituem o mote do movimento de humanização do parto e do

nascimento, como a punção venosa periférica¹, ocitocina sintética² e a amniotomia³. Soma-se a isso, as ações e atitudes que vem sendo consideradas como violência obstétrica, a exemplo da manobra de Kristeller⁴, que, a depender da intensidade, pode provocar hemorragias nas mulheres e até óbitos maternos. Compondo o mesmo cenário enfrentado pelo movimento, há a baixa oferta de alternativas terapêuticas com tecnologias leves, e que poderiam auxiliar no trabalho de parto, tais como: alimentação, ingestão de líquidos, movimentação, procedimentos não farmacológicos de alívio da dor (banho de imersão, massagem), e uso do partograma.

A Razão de Mortalidade Materna⁵ (RMM) no país também é considerada alta. Os números mais recentes apontam uma razão de 59,1 óbitos/100.000 Nascidos Vivos⁶ (MS, Boletim Epidemiológico nº 20, 2020). Dados da década de 1990, demonstram uma RMM de 140 óbitos/100.000 nascidos vivos (NV), passando para 75 óbitos por 100.000 NV em 2007. A mortalidade materna, no entanto, é um evento raro e evitável em quase 100% dos casos, já que as soluções das complicações obstétricas são bastante conhecidas e disseminadas (OPAS, 2018). Portanto, um óbito materno remonta a cuidados insuficientes ou negligenciados em atenção obstétrica.

Durante os processos de reflexão e escrita desta tese, foi justamente a percepção atenta às diversas interpretações do fenômeno da humanização do parto e do nascimento que contribuiu para me afastar dos binarismos ou uniformização da realidade. O primeiro contato que tive com o tema da humanização foi há alguns anos, quando trabalhava na Ministério da saúde (Coordenação-Geral de Saúde das Mulheres do Ministério da Saúde, no Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, da Secretaria de Atenção à Saúde). Foi nesse local de trabalho onde me deparei com diversas políticas de saúde, como a Política Nacional de Humanização

¹ Procedimento usado para obtenção de acesso venoso para infusão de soluções e medicamentos.

² Hormônio usado para acelerar o trabalho de parto.

³ Rompimento da bolsa para indução do parto.

⁴ Técnica obstétrica obsoleta, que permanece sendo realizada para forçar a saída do bebê.

⁵ Razão ou Coeficiente de Mortalidade Materna é o indicador utilizado para mensurar o nível de morte materna. Ele é calculado por meio da seguinte equação: nº de óbitos maternos (mulheres durante a gestação ou até 42 dias após o parto) / nº de nascidos vivos x 100.000 (Laurenti, 2000).

⁶ Considerando os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio da Organização das Nações Unidas (ODM / ONU), para atingir a meta de reduzir a mortalidade em três quartos entre 1990 e 2015, o país precisaria atingir 35 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos até o ano 2015.

(2004), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004), e com várias ações governamentais em atenção humanizada ao parto, e às mulheres em situação de violência sexual.

As posições sociais que ocupei, antes e durante a construção do projeto de pesquisa e do desenvolvimento da pesquisa propriamente dita, influenciaram na sua constituição. Sendo mulher, trabalhadora da saúde, pesquisadora, e, posteriormente atora em ações coletivas em favor dos direitos das mulheres na atenção obstétrica, me posicionando frequentemente e publicamente na internet e nas ruas. Neste momento, ainda não consigo precisar exatamente o quanto e como essas diferentes posições transversais influenciaram o meu trabalho. Mas é certo que essas posições me proporcionaram importantes inserções no campo da atenção obstétrica, exigindo constantes exercícios de distanciamento-aproximação e, conseqüentemente, da alteridade. Nessa trilha do “estranhamento” me percebi identificada e, ao mesmo tempo, como ser único, podendo me afirmar como sendo o outro.

Antes disso, no mestrado, também realizado no Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade de Brasília, estudei um movimento de bairro da cidade de Goiânia. Defendi a dissertação de mestrado em 2008, intitulada A (Re)Invenção da Ação Coletiva: Participação Urbana, Conflitualidade e Segregação Sócio-Espacial em Goiânia, cuja pergunta central foi: “Como os atores coletivos do bairro Dom Fernando I resignificaram as suas ações, e capacidades de resistência ao longo do tempo? E como permaneci interessada nos estudos dos movimentos sociais, a conjunção de fatores influenciou na idealização desta pesquisa, que ora apresento.

Na prática, as ricas experiências vivenciadas no campo da saúde contribuíram com o interesse por tratar academicamente o movimento de humanização do parto e do nascimento. Ele é definido por Diniz (2005) como “uma redefinição das relações humanas na assistência”, e tem como fundamento a centralidade de gestantes e parturientes na assistência à saúde. Esta pesquisa se ocupa, portanto, dos processos e sentidos do engajamento militante no movimento de humanização do parto e do nascimento no Brasil, sobretudo de mulheres que se tornaram formuladoras ou executoras de políticas públicas de atenção ao parto e nascimento a partir de 2011.

Desde o final da década de 1970, emergiram iniciativas locais em humanização do parto no país. Entretanto, foi durante a década de 1990 que se

intensificaram as disputas entre paradigmas assistenciais no Brasil. E, como *práxis* institucionalizada, o modelo tecnocrático começou a ser confrontado pelo humanizado (ou “humanístico”), passando a ser preconizado em normativas e políticas públicas a partir dos anos 2000. Mais recentemente, em 2011, a então Presidente da República Dilma Rousseff lançou a Rede Cegonha, que se consistiu numa rede de atenção humanizada à gestação, parto e puerpério.

Essa Rede objetivou a melhoria do acesso e da qualidade do atendimento ao parto e nascimento no Sistema Único de Saúde (SUS), tendo em vista quatro componentes: pré-natal, parto e nascimento, puerpério e atenção integral à saúde da criança, sistema logístico – transporte sanitário e regulação. Em seu contexto foram priorizadas ações como: o teste rápido de gravidez em Unidades Básicas de Saúde, ao menos seis consultas de pré-natal, a vinculação da gestante ao serviço de saúde onde ocorrerá o parto, a criação de Casas da Gestante, do Bebê e Puérpera para apoiar na assistência à gestantes de alto risco, Centros de Parto Normal, acompanhante de escolha da mulher, entre outros.

Entretanto, em um sentido, a Rede Cegonha gerou inúmeras controvérsias e conflitualidades, conforme abordarei no terceiro capítulo desta tese. E em outro sentido, foi constituída por um processo de grande mobilização e engajamento de sujeitos políticos, atoras sociais e gestores(as). Recentemente, em *live* realizada em 01 de julho de 2020, na página da Luz de Candeeiro, a coordenadora da Rede Cegonha, desde o seu lançamento em 2011 até 2018, afirmou que a Rede foi: “A grande oportunidade de ajuntar pessoas em torno de uma proposta de uma Presidenta mulher, a Presidenta Dilma, que colocou a questão da saúde das mulheres como uma prioridade” (Esther Vilela, 2020). A escolha por estudar o engajamento militante de mulheres que se tornaram formuladoras ou executoras de políticas públicas de atenção ao parto e nascimento a partir de 2011, advém dessa grande mobilização no contexto da gestão federal de políticas de saúde, que conferiu mais visibilidade ao tema da humanização.

Na academia, há inúmeros estudos sobre parto e nascimento com reflexões significativas sobre práticas sociais, relações de poder, representações e discursos que constroem e são construídos a partir dos “modelos de atenção” e cuidado obstétrico, além de estudos sobre a denominada violência obstétrica e elementos técnico-científicos. Mais recentemente, foram desenvolvidas pesquisas com foco nas

singularidades das experiências e nos desejos das parturientes por experiências de parto mais satisfatórias (Carneiro, 2013).

A novidade desta pesquisa se inscreve justamente na compreensão das militantes como sujeitos que encarnaram uma luta social, são atoras dotadas de habilidade política, mas que também têm suas singularidades, vulnerabilidades, desejos e expectativas. São atoras de uma história social da qual buscam ser coautoras, tal como o expresso por Castoriadis: “um sujeito situa-se como origem, obviamente parcial, de sua história passada e também como querer em relação a uma história futura querer ser seu coautor” (CASTORIADIS, 1986, p. 37 *apud*. GAULEJAC, 2014, p. 10). Elas são compreendidas como atoras que se tornaram sujeitos em contextos dinâmicos, e com diferentes registros de subjetivação e assujeitamento (Gaulejac, 2014).

Para Gaulejac (2004/2005), a

questão do sujeito se inscreve na encruzilhada de quatro universos teóricos, de quatro “ordens” que remetem a diferentes campos disciplinares, nos quais convém pensar as conexões, as diferenças, as oposições: a) O universo cognitivo da reflexividade, lá onde o indivíduo se constitui em sujeito de uma palavra permitindo-o pensar (*cogito ergo sum*), nomear e acessar um certo domínio na sua relação com o mundo; b) O universo da lei, das regras, das normas, lá onde o indivíduo é sujeito do direito confrontado com a ética do respeito dos códigos e dos valores; c) O universo do inconsciente, das pulsões, das fantasias e do imaginário, lá onde o indivíduo é “sujeito do desejo” e confrontado com o desejo do outro que contribui a produzir e/ou a sujeitá-lo; d) O universo da sociedade, da cultura, da economia, das instituições, das relações sociais, dos status e das posições sociais, lá onde o indivíduo é “sujeito social-histórico” confrontado com as determinações múltiplas ligadas ao contexto no qual ele emerge. É no ponto de intersecção desses diferentes registros que o “sujeito” se constrói (GAULEJAC, 2004/2005, p. 70).

Com isso, o autor apresenta a possibilidade da integração das dinâmicas próprias do sujeito nos sistemas explicativos da sociologia contemporânea. E se coloca algumas questões fundamentais: “Como é o sujeito enquanto ser desejante? Se o sujeito se manifesta no desejo, como é o desejo de ser sujeito?” (GAULEJAC, 2004/2005, p. 70). Para operacionalizá-las, ele aponta a abordagem clínica da sociologia, que objetiva a compreensão “dialética entre a história e a historicidade (...), entre os fatores sócio-psíquicos que fundam a sujeição e aqueles que servem de

suporte ao indivíduo para que ele advenha como sujeito” (GAULEJAC, 2004/2005, p. 73). E foi justamente a partir dessa abordagem que busquei compreender o engajamento militante.

Os cursos das trajetórias das atoras ganharam centralidade nesta pesquisa, remetendo às posições ocupadas por elas em momentos sucessivos da realidade social, os seus sentidos e suas relações com outros(as) atores(as). Compreendendo por trajetória tal como o expressado por Bourdieu:

Tentar compreender uma vida como uma série única e por si só, suficiente de acontecimentos sucessivos, sem outra ligação que a vinculação a um sujeito cuja única constância é a do nome próprio, é quase tão absurdo quanto tentar explicar um trajeto no metrô sem levar em conta a estrutura da rede (BOURDIEU, 1996, p. 81).

E como Levy e Houle, segundo os quais as particularidades de uma coletividade podem ser apreendidas na compreensão das articulações entre o tempo, o espaço, as relações entre a existência individual e a coletiva (Levy, 2001). Percebendo que “as histórias de vida nos contam a história da vida em sociedade” (HOULE, 2008, p. 320).

Tendo isso em perspectiva, esta tese está organizada em cinco capítulos. No primeiro capítulo, enfoco o tratamento dedicado pela sociologia à problemática do corpo na modernidade. A partir dessa discussão, contextualizo as mudanças no cuidado obstétrico e o processo de substituição da centralidade das parteiras práticas por médicos obstetras, destacando os sentidos e consequências desse processo na percepção sociocultural do parto e do nascimento.

No segundo capítulo, me debrucei sobre desafios da construção do conhecimento, a importância de se compreender as implicações de pesquisadores(as) como condição de “acesso à análise” de um fenômeno social complexo. Nesse sentido, e procurando seguir as recomendações da sociologia clínica, esbocei as minhas próprias implicações com o objeto desta pesquisa, demarcando certas influências sobre a construção do seu problema. Em sessões posteriores do mesmo capítulo, são descritas de maneira pormenorizada as escolhas metodológicas e delineadas as técnicas de pesquisa usadas na operacionalização deste trabalho, elucidando sobre as escolhas das participantes da pesquisa, aspectos éticos, procedimentos de pesquisa e de análise.

No terceiro capítulo, recorri às teorias dos movimentos sociais desde a década de 1970, para refletir e buscar compreender sócio-historicamente o movimento de humanização do parto e do nascimento no Brasil. Considerou-se aqui a sua constituição, formas e conflitualidades. Tendo em vista essa mesma década como referência inicial, foram também esboçadas as políticas públicas de saúde para as mulheres no país até os dias atuais, destacando os seus elementos, enfoques, contextos de formulação, e participação dos movimentos feministas e de mulheres.

O quarto capítulo foi dedicado à abordagem da sociologia clínica, e à demonstração da importância da experiência subjetiva na construção social e histórica. Ancorada no referencial teórico-metodológico de Gaulejac (2014), buscou-se “analisar as articulações entre a gênese social e a gênese psíquica de conflitos existenciais” (GAULEJAC, 2014, p. 7). Assim, é nesse capítulo onde foram evidenciadas as chaves analíticas e conceitos essenciais em que a pesquisa se aportou.

Por último, no quinto capítulo, estão dispostas as trajetórias militantes propriamente ditas das atoras do movimento de humanização do parto e do nascimento, num esforço de recuperar as peculiaridades, anseios e expectativas dessas atoras, e buscando, sobretudo, a articulação entre o social e o existencial. As trajetórias apresentadas buscaram dar conta, nesse sentido, dos modos de se fazer laços, dos sentidos e subjetividades da/na militância. Mas também da miríade de outros(as) atores(as) e espaços do campo da saúde, que as participantes da pesquisa convocaram em suas narrativas, possibilitando a inserção profunda na estrutura e processos da saúde pública brasileira.

Capítulo 1 – Sociologia e corpo, parto e modernidade

1.1 – Sociologia e corpo: apontamentos e desafios epistemológicos

O corpo (...): Não sabemos o que pode o corpo' (...) falamos de consciência e de seus decretos, da vontade e de seus efeitos, dos mil meios de mover o corpo, de dominar o corpo e as paixões, mas nós sequer sabemos de que é capaz um corpo. Como disse Nietzsche, espantamo-nos diante da consciência, mas 'o que surpreende é o corpo'

(G. Deleuze, 2003)

A epistemologia ocidental é hierárquica e valoriza certas modalidades de conhecimento, em detrimento de outras (Wilshire, 1997). Na modernidade, Descartes [1596 – 1650], conhecido por sua máxima “penso, logo existo”, descreve a mente humana como um espírito sem relação com o corpo, ou com a matéria. Para Wilshire (1997), os *dualismos hierárquicos* fundamentam a epistemologia ocidental e tornaram-se centrais na nossa tradição científica e filosófica.

No que tange à sociologia, a temática do corpo foi pouco abordada – enquanto problema sociológico - por seus autores clássicos, a saber: Marx, Durkheim e Weber. A sociologia preocupou-se com questões voltadas para a linguagem e a consciência, sem levar em conta que essas competências humanas são, em si mesmas, corporificadas. Para Chris Schilling, a sociologia clássica negligenciou o corpo como um componente da agência humana. Para ele: “São nossos corpos que nos permitem agir, intervir e alterar o fluxo da vida cotidiana. De fato, é impossível ter uma teoria adequada da agência humana sem levar em conta o corpo. Em um sentido muito importante, as pessoas que atuam são corpos atuantes” (SCHILLING, 1993, tradução livre, p. 5).

Isso não quer dizer que a sociologia clássica tenha negligenciado em absoluto a temática do corpo. Embora ele não apareça de forma sustentada como um tema de investigação, há, por parte de autores clássicos da sociologia, uma preocupação implícita com o assunto.

Karl Marx (1954 [1887]) preocupou-se com a percepção do corpo no contexto do desenvolvimento do capitalismo e das relações de produção na sociedade moderna. Os escritos de Max Weber (1985 [1904-05]; 1948 [1915]) apontaram interesses com a racionalização do corpo, e com “os ‘abrigo’ do instrumentalismo físico proporcionados pelo amor e erotismo da arte” (SCHILLING, 1993, tradução livre, p. 6). Émile Durkheim (1955 [1912]), compreendia o corpo a partir de sua funcionalidade, servindo para ligar indivíduos em totalidades morais. Além disso, Durkheim formulou os conceitos de fato social⁷ e *homo duplex*, que acabam por nos remeter ao entendimento do corpo como em situação de exterioridade e passividade no que concerne à experiência social. Para o autor, “nós somos feitos de duas partes”, uma delas “puramente individual e enraizada em nossos organismos, a outra social e nada mais que uma extensão da sociedade” (DURKHEIM, 1973, p. 162).

Marcel Mauss (1872-1950), tendo como base o seu conceito de homem total e fato social total⁸, inaugurou novas ideias acerca da temática do corpo, conceitualizando-o como objeto e meio técnico. Segundo ele, os indivíduos “servem-se dos seus corpos” por meio das técnicas corporais, assim definidas: “as maneiras pelas quais os homens, de sociedade a sociedade, de uma forma tradicional, sabem servir-se de seu corpo” (MAUSS, 2003, p. 407).

Para Mauss, os modos singulares que os indivíduos fazem usos dos seus corpos são vistas, concretamente, nos seus modos de agir e nas suas práticas. Para Mauss, as “*técnicas corporais*” são socialmente aprendidas, são “*exis*”, “*habitus*”. Buscando relacionar as esferas social, psicológica e biológica o autor argumenta que toda técnica corporal é tradicional, e problematiza, assim, a determinação biológica sobre o corpo, considerando-o como uma construção cultural singular das sociedades,

⁷ Maneiras de pensar, agir e sentir, externas aos indivíduos, e que se *impõem* sobre eles de maneira coercitiva (Durkheim, 2002. p. 11).

⁸ Fato Social Total remete à compreensão de que em quaisquer realizações humanas, podem ser encontradas as esferas social, psicológica e fisiológica. Uma abordagem dessas três esferas é possível porque elas constituem uma unidade, se encarnadas na experiência dos indivíduos membros das sociedades (Lévi-Strauss, 1974).

uma vez que indivíduos diferentes utilizam seus corpos de modos também diferentes (Mauss, 2003).

O corpo humano é, concomitantemente, ferramenta e matéria-prima dos sistemas simbólicos⁹, levando-o a concluir que não existe um modo natural no adulto. No entanto, o que há é uma construção social do corpo e do gesto, que se impõe de modo diferente a cada indivíduo, tendo em vista as suas possibilidades e condições de estar o mundo, já que “cada sociedade tem seus hábitos próprios” (MAUSS, 2003). Esse é um ponto crucial na argumentação de Mauss. Segundo ele, “esses hábitos variam não simplesmente com os indivíduos e suas imitações, variam sobretudo com as sociedades, as educações, as conveniências e as modas e os prestígios” (MAUSS, 2003, p. 404).

O autor descreve diversas técnicas corporais com muita riqueza de detalhe, levando em conta suas variações, baseando-se em relatos individuais e observação de diversas práticas, em variadas sociedades. Algumas delas são: nadar, dançar, caminhar, dormir, correr, saltar, escalar, comer, lavar, tossir, parir e outras. Destacamos especialmente o estudo realizado pelo autor acerca das “Técnicas do Nascimento e da Obstetrícia”.

As formas de obstetrícia são muito variáveis. No nascimento do menino Buda, sua mãe, Mãya, agarrou-se a um galho de árvore. Ela deu à luz em pé. Uma boa parte das mulheres da Índia ainda fazem assim [sic]. (...) Há técnicas do parto, seja por parte da mãe, seja por parte de seus auxiliares; do modo de pegar a criança, da ligadura e corte do cordão umbilical; cuidados com a mãe, com a criança (...) (MAUSS, 2003, p. 412).

Nesse sentido, pode-se afirmar que embora o discurso sociológico da modernidade coadune com a perspectiva da exterioridade do corpo, Mauss fez um percurso teórico que vai em sentido divergente a esse discurso. Para Lília Tavolaro e Sérgio Tavolaro,

esse mal-estar acerca do lugar do corpo na experiência social de maneira recorrente e traduzido em considerações fugidias e tangenciais, sempre esteve vinculado aos compromissos travados pela sociologia para se afirmar como disciplina científica distinta e

⁹Para Marcel Mauss, os seres humanos distinguem-se dos outros animais “pela transmissão de suas técnicas e muito provavelmente por sua transmissão oral” (Mauss, 2003, p. 407).

legítima, dotada de um objeto próprio (TAVOLARO & TAVOLARO, 2011).

Ainda segundo os autores,

Entendemos que, via de regra, o tratamento devitado pela sociologia da modernidade ao corpo tende a vislumbrá-lo seja como algo exterior à experiência social, seja como mero receptáculo simbólico, isto é um depósito de significados cujas origens lhes é necessariamente externa¹⁰ (TAVOLARO & TAVOLARO, 2011, p. 6 e 7).

Se, por um lado, o corpo seja considerado de maneira implícita na teoria social formulada no contexto da efervescência da sociabilidade moderna, por outro lado, isso não significa afirmar que ele estivesse completamente ausente do discurso sociológico da modernidade. E, tampouco, que esquemas teóricos e conceitos desenvolvidos por autores clássicos da sociologia não pudessem ser retomados e reformulados por autores contemporâneos.

A análise realizada por Norbert Elias acerca do “*processo civilizador*” na Europa, no bojo da emergência da modernidade, leva em conta um corpo passível de ser moldado pela sociedade, por meio da socialização. Concretamente, esse processo ampliou e aprofundou a sujeição das funções orgânicas (ELIAS, 1994). Para o autor,

os aspectos elementares e animais da vida humana, que quase sem exceção significam perigo para a vida comunitária e para o próprio indivíduo, são regulados de maneira mais equilibrada, mais inescapável e mais diferenciada que antes pelas regras sociais e também pela consciência. De acordo com as novas relações de poder, associam-se a sentimentos de vergonha, repugnância ou embaraço e, em certos casos, especialmente durante o grande impulso europeu de civilização, são banidos para os bastidores ou pelo menos removidos da vida social pública. A mudança de longa duração no comportamento das pessoas em relação aos moribundos segue a mesma direção. A morte é um dos grandes perigos biosociais na vida humana. Como outros aspectos animais, a morte, tanto como processo quanto como imagem mnemônica, é empurrada mais e mais para os bastidores da vida social durante o impulso civilizador. Para os próprios moribundos, isso significa que eles também são empurrados para os bastidores, são isolados (ELIAS, 2001, p. 18 e 19).

Michel Foucault e Erving Goffman, colocaram o corpo no centro das suas preocupações analíticas, trataram respectivamente sobre os sistemas disciplinares e a

¹⁰ “Referindo-se ao papel secundário que o corpo assume nas teorias sociológicas (clássica e contemporânea), Chris Schilling (1989) afirma que este sempre esteve na sociologia como uma presença ausente” (Tavolaro & Tavolaro, 2011).

“ordem de interação”. Ambos autores tiveram grande influência nas análises contemporâneas que consideram o corpo como um fenômeno socialmente construído, e reforçando o lugar externo ocupado por ele, no contexto da sociabilidade moderna (Schilling, 1993). Em “Vigiar e Punir” o corpo é percebido como o objeto de técnicas de controle e poder, tendo como consequência a sua “docilização-utilização” (Foucault, 2010). Na modernidade, o controle sobre o corpo passou a realizar-se de dentro pra fora, nos moldes do autocontrole, a partir da alma dos indivíduos.

A abordagem de Foucault sobre a sexualidade moderna ocorre nesse mesmo sentido, de modo que os discursos em torno do assunto passam a ter os sentimentos como foco, colocando o corpo em posição secundária. Com isso, a interdição dos desejos e dos instintos humanos, por meio de diversas técnicas de confissão, ganha notoriedade. Para Schilling (1989) *apud*. Tavolaro & Tavolaro (2011), essa abordagem “faz do corpo uma espécie de receptáculo passivo de discursos ativos”. Do ponto de vista epistemológico, Schilling (1993) explana que:

O corpo é nomeado como um espaço teórico, mas muitas vezes permanece relativamente negligenciado como um objeto real de análise. De fato, provavelmente seria mais preciso categorizar as visões construcionistas sociais mais extremas do corpo como sintomas, ao invés de análises, de nossa preocupação moderna com o corpo (SCHILLING, 1993, tradução livre, p. 8).

O sociólogo Anthony Giddens (1991) foi um dos autores que buscou conferir status teórico e analítico ao corpo. Segundo ele, para além da visibilidade dada à individualidade, a “vivência do Eu como um projeto reflexivo” é uma experiência típica da modernidade. Segundo Giddens, o corpo é central a esse projeto reflexivo, uma vez que é apropriado e moldado por indivíduos, por meio das escolhas e diante dos diversos “estilos de vida” possíveis na modernidade.

Tal como o *self* o corpo não pode mais ser tomado como uma entidade – fisiológica – fixa, pois tornou-se profundamente envolvido com a reflexividade da modernidade. O corpo costumava ser um aspecto da natureza, governado de uma maneira fundamental por processos apenas marginalmente sujeitos à intervenção humana. O corpo era um ‘dado’, o assento frequentemente inconveniente e inadequado do *self*. Com a crescente invasão do corpo pelos sistemas abstratos tudo isso se altera (GIDDENS, 1991. p. 217 e 218).

Para o autor, as escolhas individuais expressam bem essa nova figuração dos corpos na atualidade, em que são ativamente vivenciados no contexto das experiências sociais e subjetivas, ganhando centralidade na expressão das transformações pessoais e na construção de auto-identidades.

O corpo, como o self, torna-se um lugar de interação, apropriação e reapropriação, ligando processos reflexivamente organizados e conhecimento perito sistematicamente ordenado. O próprio corpo tornou-se emancipado – a condição para a sua reestruturação reflexiva (GIDDENS, 1991, p. 217 e 218).

Na esteira de Giddens, David Le Breton (2003) leva em conta que o corpo, em sua dimensão física e “natural”, torna-se acessório na construção de identidades. Para este autor, no contexto das sociedades contemporâneas,

o corpo constitui um *alter ego*, um duplo, um outro si mesmo, mas disponível a todas as modificações, prova radical e modulável da existência pessoal e exibição de uma identidade escolhida provisória ou duravelmente (LE BRETON, 2003, p. 28).

Para os autores, os aspectos físico e orgânico do corpo continuam como coadjuvantes na constituição da sociabilidade moderna. E o corpo, propriamente, como vetor na modelagem de auto-identidades (Tavolaro & Tavolaro, 2011).

Maurice Merleau-Ponty (1908-1961) é reconhecido como um dos grandes nomes da fenomenologia, e, tal como Marcel Mauss, preocupou-se em transpor a dicotomia inaugurada por Descartes entre pensamento e matéria, cultura e natureza. Para Merleau-Ponty, a polarização entre consciência e mundo criou, de um lado, o subjetivismo filosófico, e, de outro, o objetivismo científico. O primeiro, transformou a percepção de mundo numa representação dele próprio, enfocando na atitude distanciada dos objetos por parte do observador. O segundo, limitou o objeto às suas particularidades, considerando que, para compreendê-lo, bastariam a descrição e a observação das suas características, tal como o realizado pelas ciências naturais.

Em seus estudos sobre a percepção do humano, Merleau-Ponty concebe a ideia de que o corpo é a condição primeira do ser humano, é por meio do corpo que nos conscientizamos do nosso modo de estar no mundo. Nos remetendo à ideia de experiência vivida e à corporificação ou incorporação (como muitas vezes encontramos na literatura). Para o autor, há intersubjetividade na “condição

corpórea”, que se constitui entre as ações individuais e coletivas. Desse modo, ao buscar transpor a oposição entre natureza e cultura, o autor considera o corpo (carne) como um modo sensível de apreensão de significado. Ou seja, a apreensão e a compreensão do mundo estão calcadas no corpo biológico, em concomitância com a cultura de cada grupo e das peculiaridades das sociedades humanas.

Para Merleau-Ponty,

A carne não é matéria, não é espírito, não é substância. Seria preciso, para designá-la, o velho termo elemento, no sentido em que era empregado para falar-se da água, do ar, da terra e do fogo, isto é, no sentido de uma coisa geral, meio caminho entre o indivíduo espaço-temporal e a ideia, espécie de princípio encarnado que importa um estilo de ser em todos os lugares onde se encontra uma parcela sua (MERLEAU-PONTY, 1992, p. 184).

Para Merleau-Ponty, a corporificação é o mecanismo metodológico capaz de superar a dualidade natureza-cultura.

O mundo natural é o horizonte de todos os horizontes, o estilo de todos os estilos, que, para quem de todas as rupturas de minha vida pessoal e histórica, garante às minhas experiências uma unidade dada e não desejada, e cujo correlativo em mim é a existência dada, geral e pré-pessoal de minhas funções sensoriais, em que encontramos a definição do corpo (MERLEAU-PONTY, 1999. 439).

Em paralelo, autoras feministas contemporâneas focalizaram o corpo nos seus estudos sobre transformação e reprodução social, buscando alternativas à centralidade da mente nas abordagens sobre o conhecimento. Pode-se considerar, nesse sentido, que o corpo vem sendo um dos grandes temas na epistemologia feminista. Este que, no bojo do positivismo moderno, foi considerado “inimigo principal da objetividade” (JAGGAR & BORDO, 1997).

A epistemologia feminista vem se caracterizando pela apresentação do corpo como um lugar de *práxis* social, como construção do mundo social, como texto político-cultural, “na qual se inscrevem novas visões de uma *écriture féminine*, como sinal de união em vez de disjunção entre o mundo humano e o mundo ‘natural’” (JAGGAR & BORDO, 1997, p.11).

Simone de Beauvoir (1908-1986), feminista francesa e filósofa pensa a categoria de gênero a partir de uma perspectiva existencialista. Ela mobilizou

categorias chave das formulações de Merleau-Ponty, Heidegger, Sartre e desvela uma fenomenologia da experiência e da condição feminina. Em seus textos nota-se a articulação entre a sexualidade, corporeidade, e a própria desconstrução identitária do feminino. Ocorre que a fenomenologia “tradicional”, sobre a qual tratava os autores mencionados acima, levou em conta o “corpo vivido” referido a experiências totais, ou como identificado a estruturas genéricas e fundamentais, levando a uma perspectiva considerada como universal. É frente a isso que Beauvoir transpõe os modos “tradicional” de se abordar a questão e formula a sua perspectiva do corpo vivido, constituindo uma fenomenologia da experiência de mulheres segundo a especificidade de gênero.

Para ela, os significados sociais atribuídos à corporalidade das mulheres acabam por condicionar as suas experiências de estar no mundo, trata-se do “corpo vivido” no sentido de “corpo em situação”. Para Flávia Biroli:

O conceito de "corpo vivido" permitiria pensar a noção de identidade como correspondente a vivências concretas. Seu mérito seria, nessa abordagem, destacar a identidade como um conjunto de variáveis ou parcelas sobrepostas, mas distintas, da experiência. Em outras palavras, o conceito permitira dar conta da singularidade que constitui as identidades individuais ou subjetivas, sem ignorar que elas se definem apenas em interações sociais concretas e são por elas constituídas (BIROLI, 2013, p.88).

Essa compreensão possibilita levar em conta que as significações sociais atribuídas aos modos das mulheres se relacionarem com os seus corpos, e na sua constituição como pessoas, estrutura (e é estruturada) por uma sociedade desigual. Essas significações ressoariam em todas as mulheres, porque, mesmo com possibilidades de escolha diferentes, existiria uma base social comum e tácita a cada mulher.

A superação de barreiras sócio-corporais, que incidem sobre as mulheres ao longo de toda a vida, emerge como possibilidade de cidadania feminina, para ocupação de espaços públicos e instâncias de poder. No campo da saúde das mulheres, especialmente no tange ao tema desta pesquisa, essa superação tem relação com as lutas das mulheres pela autonomia sobre os corpos, tendo como importantes pautas o acesso ao planejamento reprodutivo (por vezes denominado como

planejamento familiar) e aos métodos contraceptivos, ao direito ao aborto, e ao parto “humanizado”.

Susan R. Bordo (1997) e Muriel Dimen (1997), em “O corpo e a reprodução da feminilidade: uma apropriação feminista de Foucault” e em “Poder, sexualidade e intimidade”, respectivamente, tratam o corpo como agente cultural, consideram que as suas configurações e significados cambiantes expressam mudanças sociais e históricas. Para as autoras, é no corpo onde são visivelmente registradas as políticas de gênero.

Em seu estudo sobre a reprodução da feminilidade, Bordo (1997) realiza investigação do papel do corpo como textualidade cultural e como objeto de controle social. Por meio da interpretação cultural da histeria, da anorexia nervosa e da agorafobia, e baseando-se na obra de Foucault, a autora demonstra a necessidade da reconstrução do discurso feminista acerca do corpo, de modo a pesar “os caminhos insidiosos e muitas vezes paradoxais do moderno controle social” (JAGGAR & BORDO, 1997. p. 11).

Dimen (1997) reflete sobre a construção social da sexualidade e da intimidade, sobre a experiência feminina do desejo, e as maneiras que as mulheres agem frente a sensualidade no contexto da sociedade patriarcal¹¹. Para tanto, a autora toma o corpo como unidade crítica ao modo cartesiano de pensar a realidade social, e problematiza a neutralidade e a independência das formas discursivas. Segundo ela,

A experiência feminina é amiúde uma experiência na qual a mente e o corpo, a mente e a matéria, são associados e, juntos, são explorados. Às vezes, somos convenientes com essa evisceração de nossa subjetividade, mesmo quando resistimos. O processo pelo qual a vida pessoal escapa ao nosso controle, quando a dominação a arranca de nós, está enredado na experiência das mulheres. A dominação torna possível a alienação (DIMEN, 1997, p. 45).

Saffioti, autora feminista brasileira, realiza abordagem sobre a opressão experimentada pelas mulheres no contexto do patriarcado, e considera o corpo como significativo em sua matriz analítica. Para a autora, o ser social, dotado de consciência, tem agência, é responsável por transformações da sociedade, e também é um ser situado no campo biológico. Assim,

¹¹ O patriarcado é compreendido por ela como um regime de pressão sócio-político-econômico-cultural.

O até aqui afirmado tem suma importância para se entender que, embora tenham existido inúmeras mediações, o gênero, socialmente construído, se assenta no sexo, situado no campo biológico, na esfera ontológica orgânica. Compreendida desta forma, a postura das chamadas feministas da diferença sexual, com frequência negativamente avaliadas, ganha novo significado (SAFFIOTI, 2008).

Diante disso, pensar sociologicamente os fenômenos do parto e do nascimento enquanto vivências humanas sociocultural e fisiologicamente significativas, exige a realização de buscas e construção de sentidos diante da pluralidade de sistemas de pensamento, mas que contém muitos dualismos centrais. Portanto, compreender esses fenômenos no contexto da modernidade é fundamental para verticalizar as reflexões em torno do engajamento e das trajetórias militantes das atoras do Movimento de Humanização do Parto e do Nascimento no Brasil (MHPNB).

1.2 – Parto e Nascimento na Modernidade

A modernidade está associada à ideia de que a sociedade é passível de transformação e intervenção humana, à produção industrial, à economia de mercado, ao Estado nacional, à burocratização e outras noções importantes. Ela emerge, mais precisamente, em meados do século XIX, na Europa, quando novas configurações sociais estão em franco desenvolvimento. Para Ianni,

Estava em curso o desenvolvimento da sociedade nacional, urbano-industrial, burguesa, de classes. Com a dissolução, lenta ou rápida, da comunidade feudal, emergia a sociedade civil. Essa ampla transformação concretiza-se em processos sociais de âmbito estrutural, tais como: industrialização, urbanização, divisão do trabalho social, secularização da cultura e do comportamento, individuação, pauperismo, lumpenização e outros (IANNI, 1989, p. 4).

São muitas as faces da modernidade enunciadas por filósofos(as), artista e cientistas, cada um deles buscando perceber o que havia de novo no Mundo Moderno. A tônica da época era o rompimento com o passado, com a autoridade religiosa e dos senhores feudais. Para Giddens, “Os modos de vida produzidos pela modernidade nos desvencilharam de *todos* os tipos tradicionais de ordem social, de maneira que não

tem precedentes” (1991, p. 14), resultando em profundas alterações na compreensão do tempo e do espaço, introduzindo mudanças em grande escala e com mais rapidez.

Ao analisar o surgimento da modernidade, Kumar (1997) a relaciona com o advento de um novo milenarismo, que possibilitou mudanças no sentido da percepção de um tempo dinâmico e baseado no desenvolvimento científico. Ele aponta as Revoluções Francesa e Industrial como os dois marcos estruturantes dessa época. A Revolução Francesa “anunciou o objetivo do período como a obtenção de liberdade sob a orientação da razão”, figurando como a base da consciência moderna (Kumar, 1997, p. 93). A Revolução Industrial “forneceu-lhe substância material” (Kumar, 1997, p. 93). Ainda segundo o autor:

História e progresso, verdade e liberdade, razão e revolução, ciência e industrialismo, tais são os termos principais das “narrativas grandiosas” da modernidade (...).

A modernidade não é apenas produto da revolução (...), mas é em si basicamente revolucionária, uma revolução permanente de idéias e instituições (KUMAR, 1997, p. 92).

Ao se debruçar sobre os estudos da Modernidade, Vanderberghe (1999) afirma que há cinco matrizes interpretativas das mudanças sociais ocorridas no período, indicadas pelas nomenclaturas: clássica (modernidade), anti-modernização, pós-moderna, neo-moderna, e modernidade tardia.

Inspirado pelas teorias de Ulrich Beck e Anthony Giddens, Vanderberghe (2014) refere-se à modernidade tardia como uma matriz sociológica, que identifica no mundo contemporâneo categorias do existencial e do social-histórico, do local e do global. Essa matriz é “um significante sintético de uma teoria sociológica do global atual, que objetiva integrar aspectos das teorias clássica, anti, pós e neo-modernização em um novo quadro analítico” (VANDERBERGHE, 2014, p. 274). A teoria da modernidade tardia, segundo esse autor, contribui com a análise dos processos de globalização e individualização, abordando dialeticamente os limites e potencialidades de cada uma das teorias que a precederam. Dessa forma, a compreensão da globalização, nas suas várias esferas – econômica, política e social, e suas consequências no mundo da vida, deve ser acrescentada aqui, ainda que de maneira apenas contextual.

A globalização, diz respeito aos processos sociais de “compressão tempo-espaço na organização do capitalismo” (HARVEY, 1992), com o surgimento de modalidades mais flexíveis de acumulação do capital. Harvey, no entanto, não endossa o argumento da emergência de uma sociedade pós-capitalista ou pós-industrial. É ao se debruçar sobre a experiência urbana que o autor faz formulações sobre a modernidade e a pós-modernidade.

A partir das considerações de Georg Simmel, acerca da passagem dos séculos XIX e XX, leva em conta os processos de abstração manifestos nos estilos de vida contemporâneos, a atitude de reserva, a disseminação da relação monetária e outras. Interessa-nos pensar aqui a ideia de que as noções de tempo e espaço foram separadas do contexto local, tal como o colocado por Giddens: “intensificação das relações sociais em escala mundial, que ligam localidades distantes de tal maneira que acontecimentos locais são modelados por eventos ocorrendo a muitas milhas de distância e vice-versa” (GIDDENS, 1991, p. 69).

Criou-se uma tessitura entre o global e o local, composta por elementos interdependentes, de modo que “ações locais produzem ou transformam estruturas globais nas quais elas estão encravadas e pelas quais elas são cada vez mais condicionadas” (VANDERBERGHE, 2014, p. 277). A interdependência entre as fronteiras locais e globais pode ser apontada aqui como característica fundamental do mundo globalizado.

Lançando o olhar sobre a contemporaneidade, sobretudo a partir da teoria da modernidade tardia, pode-se perceber que a medicina, e considerando os interesses da pesquisa, toma-se especialmente a obstetrícia, se constituiu na esteira da racionalização, fundando o desenvolvimento de novas práticas no tratamento de doenças e nos cuidados com a saúde. Dois elementos fundamentais compõem esse cenário. O primeiro é a profissionalização de agentes atuantes no processo saúde-doença, a partir dos “sistemas perito”, conceitualizados por Giddens como os “sistemas de excelência técnica ou competência profissional, que organizam grandes áreas dos ambientes material e social em que vivemos hoje” (GIDDENS, 1991, p. 35). O segundo diz respeito aos mecanismos estatais para a prevenção e tratamento de doenças, o que caracteriza a chamada saúde pública.

No que diz respeito às práticas e aos cuidados com a saúde de gestantes e parturientes, entre os séculos XV e XVIII na Europa, eram as “matronas”, “aparadeiras”, “parteiras curiosas”, que desempenhavam diversas funções importantes no cenário do parto e do nascimento. Elas acendiam o lume, aqueciam a água, preparavam as roupas, e muitas outras tarefas em suporte às parturientes (Carneiro, 2003). Para Jacques Gélis, médico francês pesquisador da obstétrica, “até o século XVIII o parto não se concebe sem a parteira, essa mulher de saberes práticos” (GÉLIS, 1988, *apud* CARNEIRO, 2003, p. 45). O parto era um evento exclusivamente feminino, assistido por mulheres mais experientes, cujos saberes “«vinda do fundo dos tempos, herdeira de pequenos segredos e do toque de mão daquela que a precedeu» confidente das suas companheiras, depositária da tradição” (GÉLIS, 1988, *apud* CARNEIRO, 2003, p. 46). As parteiras eram consideradas como autoridades comunitárias e com algo de sagrado.

Segundo Maria Carranza (1994), “Não há nenhuma dúvida de que o parto, antes de tornar-se monopólio da medicina, constituía em assunto de mulheres” (p.5). A presença masculina nesse cenário era indesejada pelas mulheres, e a exposição das partes íntimas femininas a eles era percebida como dificultadora dos processos fisiológicos típicos do trabalho de parto, além de ser considerada como imoral para os padrões da época (Mary Del Priore, 1993; Fabíola Rohden, 2001; Carneiro, 2003).

Entretanto, Carneiro (2003) descreve que desde o século XVI, na Europa Ocidental, esse modo de parir e nascer passa a ser modificado. A *matrona* foi colocada sob vigilância da Igreja e do Estado, que naquele contexto formavam uma aliança entre a autoridade religiosa, e o poder regulatório das ocupações e das profissões. Ela passou a ser “obrigada a justificar as suas intervenções, submetida a responder pelas suas palavras e seus atos” (GÉLIS, 1988, *apud* CARNEIRO, 2003, p. 63).

Nos anos finais da Idade Média, as parteiras foram obrigadas a integrar o sistema corporativo de ofícios, que passou a exigir delas o cumprimento de regras, sob a pena de sofrerem sanções da Igreja e do Estado. Isso contribuiu com a institucionalização de práticas, que até então ficavam restritas ao ambiente doméstico. Naquele momento, as parteiras não chegaram a ser completamente despojadas das suas práticas na assistência ao parto e ao nascimento, mas passaram a integrar a um sistema sanitário, que emergiu no bojo da modernidade.

Na classificação do trabalho medieval, as parteiras foram consideradas corporativamente como realizadoras de artes mecânicas (ofícios), em contraponto às artes liberais (intelectuais). O ofício de parteira, com suas singularidades do saber e do saber-fazer, vai de encontro com a “construção de uma sociedade letrada” e seus modelos organizativos baseados na racionalidade, destacando-se os processos conflituais no âmbito das artes médicas e das práticas de cuidar e curar.

Tanto a inserção na atividade de parteira como as práticas daquelas já atuantes, passaram a ser controladas por dispositivos dos ofícios corporativos, que criaram uma série de regras e constrangimentos oriundos de uma lógica de distribuição de competências e controle dos espaços profissionais. Desse modo, as candidatas à parteira ficaram obrigadas a passar por exame com um Físico local, e, quando aprovadas, recebiam uma certidão. Mediante esse documento, realizavam um juramento na Câmara da cidade, e apenas após esses rituais elas eram autorizadas e legitimadas no exercício do seu ofício. Criava-se, a partir disso, aquilo que Dubar e Tripier (1998 *apud*. Perrusi, 2013), ao se referirem às Corporações de Ofício, chamaram de “idioma corporativista”, calcado em três aspectos: garantia de emprego, espírito comunitário, e estatuto jurídico-social (*id*, p.48).

O juramento, no entanto, era omissivo quanto ao saber-fazer das parteiras, segundo Carneiro,

O exame corresponderia essencialmente a um acto de tutela, de soberania, de que o pagamento (50 réis) de emolumentos era um sinal, pois, na lógica corporativa, o saber era de natureza experiencial, aprendido em situação de companheirismo, praticando-se junto de parteiras mais velhas, de cuja prática se fazia prova (CARNEIRO, 2003, p. 49).

Às parteiras competia:

- Controlar a prática sacramental das parturientes no que se referia ao estado de confissão, requisito prévio à pureza de alma (preparação para a eventual morte e garantia contra o mal, quando se via a doença como uma emanção do pecado);
- Controlar o tempo de gravidez, o que a incumbia de responsabilidades antiaborto, exigindo o conhecimento do processo de maturidade da gestação;
- Fazer o parto;

- Mandar chamar médico ou cirurgião nas situações em que o parto lhe suscitar dúvidas (CARNEIRO, 2003, p. 49).

Sobre este último tópico, lembramos a afirmação de Freidson (2005) segundo o qual “a formação universitária deu aos médicos e cirurgiões um poder político maior para persuadir o Estado a colocar sob seu controle tais concorrentes, como boticários, comerciantes e barbeiros, sem falar na permissão que lhes foi dada de perseguir os médicos irregulares” (p. 71).

Nesse contexto, as parteiras passaram a ser supervisionadas pelas escolas de medicina, na figura de médicos e cirurgiões do sexo masculino (Carneiro, 2003). Entretanto, esse processo de vigilância e regulação exógena pôde ser confrontada devido a natureza das atividades das parteiras, que diferentemente de outros ofícios, era caracterizada pela realização de visitas domiciliares às gestantes. Isso fragilizava a vigilância dos tutores médicos, além do mais, a própria resistência das mulheres em terem seus partos assistidos por homens contribuiu para que a parturição fosse tardiamente anexada à rede de profissionalização médica (Roush, 1979).

No Brasil, as parteiras ficaram conhecidas como “mães de umbigo”, “comadres”, “aparadeiras”, “parteiras leigas”, elas eram “mulatas ou brancas e portuguesas e pertenciam aos setores populares” (BRENES, 1991, p. 135). Mais recentemente, as mulheres que assistem parto baseando-se em saberes e práticas passados de geração em geração são reconhecidas como parteiras tradicionais¹².

A assistência oferecida por elas não ocorria apenas durante o trabalho de parto - e permanece não ocorrendo, dada a atualidade das parteiras tradicionais no país¹³ - mas sim durante todo o período gestacional e no pós-parto, demonstrando a atuação ampliada das parteiras, contemplando assuntos relacionados à reprodução e à sexualidade das mulheres, além de ofertarem cuidados básicos com o corpo e doenças venéreas, e auxiliarem em procedimentos abortivos (Brenes, 1991).

¹² Para o Ministério da Saúde, parteira tradicional é aquela que presta assistência ao parto domiciliar, baseando-se em saberes e práticas tradicionais e é reconhecida pela comunidade como tal. Atualmente, elas atuam em territórios de saúde considerados como “vazios assistenciais”, ou seja, em localidades onde profissionais de saúde estão ausentes (BRASIL, 2010).

¹³ Ver Parteiras, Buchudas e Arrepios: Uma etnografia do atendimento obstétrico não oficial em Melgaço, Pará (Fleischer, 2011).

Para Maria Lúcia Mott, as parteiras práticas, atuantes no contexto brasileiro do século XIX, poderiam ser classificadas como ocasionais e por ofício. As ocasionais eram aquelas que, diante das necessidades de outras mulheres, acompanhavam partos esporadicamente, mas não necessariamente assumiam uma identidade de parteira. As parteiras por ofício, tinham muita experiência com a parturição e eram capazes de solucionar problemas no parto e no nascimento. Os médicos eram chamados em situações de risco de morte para a parturiente, **nos casos e localidades onde havia médicos disponíveis** (Mott, 2005, grifo da autora).

Mott leva em conta que, tal como ocorreu na Europa, houve no Brasil um processo de regulamentação das práticas das parteiras, tendo como parâmetro os princípios e valores da medicina. As “mães de umbigo”, passam a ser vigiadas e submetidas a um processo de desvalorização, não apenas por profissionais de medicina, mas também por outros profissionais do campo, como as parteiras diplomadas (Mott, 2005). Para Carneiro, “a condenação das parteiras ao ostracismo interessava não somente aos médicos, mas também aos que tinham dedicado ao processo de modernização das cidades e ao clérigo mais tradicional” (2011, p. 29).

A partir de 1830, no contexto da política higienista da época, inicia-se o processo de regulamentação das práticas de parteiras e o surgimento da obstetrícia no Brasil. Desse modo, em 1832 são criadas as faculdades de Medicina do Rio de Janeiro e da Bahia, com a finalidade de substituir as escolas médicas criadas pela família real. Nessas faculdades foram criados os cursos de Medicina, Farmácia e o Curso de Partos, sendo que os dois primeiros eram restritos aos homens e o último às mulheres.

A matrícula do Curso de Partos custava 20 mil réis e tinha duração de dois anos. Seu público alvo eram mulheres acima de 16 anos, de “boa educação e bons costumes”, com habilidades em leitura e escrita em português. O curso era ministrado por um médico cirurgião (Mott, 1999).

Em 1834 foi diplomada, pela faculdade de medicina do Rio de Janeiro, a primeira parteira no país, cujo nome completo era Marie Josephine Matilde Durocher. Madame Durocher, como ficou conhecida, era francesa e por cerca de 60 anos atuou como parteira profissional, tendo assistido em torno de 5 mil partos ao longo desse período. Em 1871 ela se tornou a primeira mulher a compor a Imperial Academia de Medicina brasileira. O ofício de parteira diplomada constituía a prática médica do século XIX e era exercido por uma parcela considerável das poucas mulheres

profissionalizadas da época, que, por meio desse trabalho, obtinham prestígio econômico e social (Mott, 1994).

Segundo Jacques Gélis (*apud* Mott, 1999), naquele século, a formação de parteiras na França, no norte da Itália, na Alemanha e na Suíça contribuiu com a redução da mortalidade materna. Entretanto, no sul da Itália, na Rússia e na Espanha, a redução dos óbitos por causas obstétricas foi incipiente. O autor observa que os cursos de formação de parteiras nestas três últimas localidades eram eventuais e desarticulados das políticas de saúde. Traçando um paralelo entre o segundo grupo europeu e o caso brasileiro, o Brasil também parece não ter articulado a formação de parteiras com as necessidades da população, os cursos ocorriam aleatoriamente, na esteira de uma tendência europeia. Esse contexto, combinado com a baixa frequência das alunas nos cursos, foi sendo criado um cenário com diversos contratempus na atuação das parteiras e na permanência dos cursos de formação (Mott, 1999).

No final do período imperial brasileiro, o Decreto nº 9.554/1886 determinou que apenas profissionais diplomadas poderiam prestar assistência ao parto normal e ofertar os primeiros cuidados aos recém-nascidos. Mas, quando a República foi instaurada, em 1889, foi criado o Conselho de Saúde Pública e o Serviço Sanitário por meio do Decreto nº 169/1890, que passou a considerar crime a atuação de pessoas não diplomadas no exercício de atividades médicas. Desse modo, a atividade de parteiras leigas tornou-se proibida (Mott, 2001).

Já 1896, o campo de atuação das parteiras diplomadas também ficou mais restrito. A partir de então, somente aquelas diplomadas pela Faculdade de Medicina da República dos Estados Unidos do Brasil, e que tivessem registro no Serviço Sanitário, poderiam atuar (Mott, 2001).

Quanto ao local de ocorrência dos partos, pode-se afirmar que até o final do século XIX eles eram quase que exclusivamente domiciliares. Mas, a partir da segunda metade desse século iniciou-se um processo de institucionalização dos partos. A própria Durocher passou a dirigir, em 1865, a Casa de Saúde de Ajuda, uma espécie de casa de parto da época. A inserção de médicos foi paulatinamente realizada em instituições desse tipo, até que, a partir 1876, elas passaram a ser dirigidas apenas por médicos.

Ainda assim, os partos domiciliares continuaram ocorrendo, muito embora duramente criticados pelos médicos. Isso contribuiu para que, em 1908, fosse aprovada a Lei de proibição do parto domiciliar em São Paulo, por meio da Lei nº 1.134 daquele ano (Mott, 2005). Não havia, no entanto, uma posição hegemônica quanto à participação de médicos na assistência obstétrica.

A exemplo dos clínicos gerais, haviam categorias médicas que consideravam inadequado o contato direto com a genitália feminina. Para eles, “a participação do cirurgião no parto era vista como algo degradante, e o ofício de parteiro, considerado desonroso e vil, porque lidava com secreções e odores femininos” (MOTT, 1999, *apud*. OSAWA *et al.*, 2006, p. 701). Com isso, e não sem conflitos, passou-se a incentivar a formação de médicas obstetras.

Diversos desdobramentos podem ser apontados a esse respeito, mas o que se pretendeu demonstrar é que a disseminação da obstetrícia no mundo moderno ocidental, em concomitância com a institucionalização (hospitalização) do parto e do nascimento, produziu um parto típico da contemporaneidade: centrado na intervenção médica, na direção de uma racionalidade tecnológica e baseado no modelo assistencial tecnocrático, conforme será mais bem detalhado na próxima sessão deste capítulo.

Percebe-se, nesse sentido, que a medicalização e a centralidade do médico na assistência ao parto e ao nascimento alteraram o próprio contexto sociocultural do parto, que, conforme o demonstrado, era protagonizado por mulheres. Se, por um lado, intervenções oportunamente realizadas possam ter contribuído com a redução de óbitos maternos e infantis, por outro lado, superestimou a racionalidade tecnológica e atribuiu a ela dois valores fundamentais: o da segurança contra intercorrências e o da qualidade assistencial.

Desse modo, a relação médico/parturiente acaba sendo caracterizada por uma relação desigual de poder, forjada no “controle social”, baseada na autoridade médica de sanar problemas e na ideia de que esse profissional possa “blindar” os corpos femininos contra os riscos do parto. Esta autoridade, com força para definir atitudes e práticas, reside na pessoa do médico e na tecnologia que ele faz uso, sendo exercida sobre os corpos individualizados, podendo ser conceitualizada como “controle social médico” (CONRAD, 1992).

Nos anos de 1970 a literatura sociológica, especificamente os estudos da sociologia médica, tratou do conceito de medicalização. Esses estudos caracterizaram-se pela realização de análises críticas dos sistemas sociais e das macroestruturas de poder, apontando, conforme Conrad (1992) “Um processo pelo qual problemas não médicos são definidos e tratados como problemas médicos, geralmente em termos de doenças ou distúrbios” (op.cit, p. 209, tradução livre).

Parsons teria inaugurado, em 1951, os estudos que tomam a medicina como mecanismo de controle social. Enquanto que Pitts, Freidson e Zola, somente em 1968, 1970 e 1972, respectivamente, realizam os primeiros estudos em torno da medicalização nos Estados Unidos. Segundo Zola, a medicalização é um “processo pelo qual cada vez mais a vida cotidiana está sob domínio, influência e supervisão médicas” (apud. CONRAD, 1992, p. 210, tradição livre). Tomando como base um estudo realizado em 1975, Conrad denomina a medicalização como aquilo capaz “definir comportamento como um problema ou doença médica e obrigar ou licenciar a profissão médica para fornecer algum tipo de tratamento para ela” (Conrad, 1992, p. 210, tradição livre).

1.3 – Humanização do Parto e do nascimento em perspectiva

O termo humanização do parto é polissêmico. Isso significa dizer que, ao longo do século XX, foram atribuídos diversos sentidos ao termo e todos têm relação direta com os modos de assistência ao parto e ao nascimento, sempre impregnados de cultura, moralidade, afetividade e determinações sociais.

Os próprios fenômenos de gestação e parto são claramente fisiológicos, ocorrem dentro e a partir do corpo feminino, e, concomitantemente, estão assentados nas relações humanas e nos vínculos culturalmente estabelecidos, em um certo tempo e em uma determinada localidade. De modo que, para além do binômio mulher e bebê, também estão implicados diversos atores sociais nesses fenômenos. Para Carranza (1994),

Não se conhece nenhuma sociedade onde a prática obstétrica não esteja mediada por concepções sobre o corpo, a saúde, a vida humana e a feminilidade, entre outros. Na medida em que todo tipo de parto encontra-se intimamente influenciado pela cultura em que ocorre,

torna-se evidente a inexistência de uma forma de parto natural. Entretanto, poder-se-ia falar em formas mais fisiológicas do que outras para trazer um bebê ao mundo (CARRANZA, 1994, p. 5).

Desse modo, o termo humanização foi empregado no início do século XX por consolidados profissionais de obstetrícia, tal como o norte-americano Joseph DeLee, com o sentido de retirar a dor do parto, por meio da narcose, e de auxiliar a retirada do bebê com fórceps (Diniz, 2005). Essa concepção foi difundida nacionalmente por Fernando de Magalhães, considerado como criador da Escola da Obstétrica Brasileira, e por seu aluno Jorge Rezende, já na segunda metade desse século.

O modelo assistencial anterior, era tutelado pela Igreja Católica, e considerava que a dor sofrida no parto tinha propósito divino, tida como punição pelo pecado original. Isso levava à proibição de que quaisquer mecanismos para alívio das dores do parto fossem ofertados às mulheres (Diniz, 1997).

O fato de a obstetrícia médica reivindicar um papel de retirada da dor do parto, muitas vezes interpretada como sofrimento, contribuiu para que a concepção em torno da condição feminina de gestar e parir fosse sendo alterada. “Agora a mulher é descrita não mais como *culpada* que deve expiar, mas como *vítima* da sua natureza, sendo papel do obstetra antecipar e combater os muitos perigos do ‘*desfiladeiro transpelvino*’” (DINIZ, 2005). No referido século, foram usados diversos instrumentos cirúrgico-obstétricos, como: fórceps, craniótomos, basiótribos, embriótomos, sínfisiótomos, que atualmente são vistos como “meras curiosidades arqueológicas e de que nos vexamos ao lembrá-las” (CUNHA, 1989 *apud*. Diniz, 2005, p. 628).

O parto era compreendido como um fenômeno “fisiologicamente patogênico” e relacionado a riscos (Rothman, 1993). Desse modo, ao longo de várias décadas do século XX, o que a obstetrícia médica ofertava como parto humanizado era o “apagamento da experiência”, por meio da sedação total (Diniz, 2005).

Envolvia uma injeção de morfina no início do trabalho de parto e, em seguida, uma dose de um amnésico chamado escopolamina, assim a mulher sentia a dor, mas não tinha qualquer lembrança consciente do que havia acontecido. Geralmente o parto era induzido com ocitócitos, o colo dilatado com instrumentos e o bebê retirado com fórceps altos. Como a escopolamina era também um alucinógeno, podendo provocar intensa agitação, as mulheres deveriam passar o trabalho de parto amarradas na cama, pois se debatiam intensamente e às vezes

terminavam o parto cheias de hematomas. Para evitar que fossem vistas nesta situação vexatória, os leitos eram cobertos, como uma barraca (WERTZ, 1993 *apud*. Diniz, 2005, p. 628).

Esse modo de assistir partos foi deixado de lado na medida em que a morbidade e a mortalidade maternas foram alcançando altíssimos patamares. Mas como foram inseridas anestésias consideradas mais seguras, passou a ser colocada em prática um tipo de assistência em que as mulheres eram postas em linha, “em várias estações de trabalho (**pré-parto, parto, pós-parto, grifo da autora**), como em uma linha de montagem” (MARTIN, 1987 *apud*. Diniz, 2005, p. 628).

Desse modo, na segunda metade do século XX, nos países industrializados, o parto típico experimentado pelas mulheres era o hospitalar, onde elas ficavam imobilizadas, em posição supina (deitada com o rosto virado pra cima), distante do seu ambiente familiar e das suas pessoas conhecidas, sem os seus pertences, como roupas, óculos, brincos, anéis, e à mercê de uma “cascata de procedimentos” (Mold & Stein, 1986 *apud*. Diniz, 2005, p. 629).

Entretanto, a partir da década de 1950 já começavam emergir, em diversas partes do ocidente, várias iniciativas pela mudança dos modos de parir e nascer. Uma delas foi o movimento europeu pelo “Parto sem Dor”, cujos idealizadores e lideranças foram os médicos Grantly Dick Read, da Inglaterra, e o francês Fernand Lamaze (Tornquist, 2004).

Outra iniciativa foi a mobilização pelo “Parto sem Violência”, encabeçada pelo médico francês Frederick Leboyer¹⁴. Essa mobilização ressoa no Brasil na década de 1974, por meio do trabalho do obstetra pernambucano Cláudio Basbaum. O seu objetivo era o de reduzir a prática de procedimentos considerados agressivos às mulheres e aos bebês ao nascer, como as palmadas em recém-nascidos e a redução das luzes nas salas de parto, além de buscar promover o contato pele a pele entre mãe e bebê logo após o nascimento (Diniz, 2005).

Nesse período, Michel Odent, cirurgião e obstetra francês, além de também ter sido influenciado por Leboyer, é considerado como um cientista rigoroso, que por muitas décadas observou e estudou a fisiologia do parto. De 1962 a 1985, Odent foi chefe na maternidade do Hospital de Pithiviers, na França, onde desenvolveu interesse

¹⁴ Um dos principais livros de Leboyer que se tornou referência para movimentos alternativos de nascimento foi *Nascer Sorrindo*, publicado em português em 1989. O preferido dos leitores de Michel Odent foram *Cientificação do amor*, publicado em 1999.

pelas condições ambientais que contribuíam com o trabalho de parto e o processo de nascimento (como informa seu currículo oficial).

Ficou conhecido por introduzir, na década de 1960, o uso da banheira no trabalho de parto, em ambiente semelhante ao quarto doméstico, além das salas “familiares”, que funcionavam como espaços acolhedores das pessoas mais próximas das parturientes. Ele também foi o responsável pela criação do "Centro de Investigação em Saúde Primal", em Londres, onde concebeu o *Primal Health Research Databank*, um banco de dados¹⁵ com acesso aberto ao público. O seu intuito era o de compilar estudos científicos (randomizados e controlados) e epidemiológicos, que contribuíssem para pensar as correlações entre as vivências durante o “período primal” (gestação, parto, primeiro ano de vida), o desenvolvimento infantil, e a saúde física e mental de adultos. Nesse sentido, ficou bastante conhecido pela sua frase “para mudar a vida é preciso primeiro mudar a forma de nascer” (Instituto Michel Odent, 2019).

Além disso, Odent foi dirigente da Conferência Internacional sobre Nascimento e Saúde Primária, que se constituiu num marco para esse campo da pesquisa médica. Publicou 14 livros e mais de 50 artigos científicos, alguns deles com temáticas pioneiras como: a amamentação na primeira hora após o nascimento, o uso de piscinas durante o trabalho de parto, e a “Teoria de controle da dor”.

Para ele, a função de quem assiste partos é proteger o ambiente para que as parturientes possam liberar hormônios importantes durante o parto, especialmente a ocitocina e as endorfinas. Segundo sua concepção, um ambiente respeitoso para o parto é:

Luz: deve ser baixa e não clara, a luz estimula a atividade do neocórtex. Deve-se evitar a **linguagem verbal**, pois ela é forte estimulante do neocórtex. A mulher deve se sentir **segura** para que possa liberar o “coquetel de hormônios do amor”. **Evitar** situações que impliquem **liberação de adrenalina**, como frio ou situações que possam provocar medo. **Privacidade** – não se sentir observada é fundamental para a liberação hormonal (Instituto Michel Odent, 2019)¹⁶.

¹⁵Link do *Primal Health Research Databank*: primalhealthresearch.org.

¹⁶ Instituto Michel Odent, acessado em: <https://institutomichelodentorgbr.wordpress.com/biografia/>.

Nos Estados Unidos (EUA), de 1950 a 1970, também emergem ações coletivas em torno do tema, sobretudo como expressão contracultural, e no contexto do movimento hippie. Um exemplo disso é o da comunidade conhecida como *The Farm*, nos EUA (Gaskin, 2003). Segundo Diniz (2005), daí advém o termo “parto natural”, tão propagado nos dias atuais. Grosso modo, o feminismo estadunidense teria contribuído para a crítica em torno da assistência hospitalar ao parto, fundamentando diversas outras mobilizações, tal como o de usuárias pela “Reforma do Parto”. As militantes pela mudança da assistência ao parto contribuíram com a alteração da compreensão desse evento tão significativo na vida das mulheres. Constituíram um paradigma segundo o qual o parto passou a ser concebido como um dos aspectos dos direitos reprodutivos e um dos direitos sexuais, internacionalmente reconhecidos como Direitos Humanos (Diniz, 2005).

Esta abordagem *baseada nos direitos* busca compor uma agenda que combine os direitos sociais em geral e direitos reprodutivos e sexuais em especial. Está relacionada à reivindicação do movimento de mulheres por desfazer as supostas incompatibilidades entre essas gerações de direitos, reivindicando sua integralidade. Considera que o direito de decidir sobre sua vida e saúde (um direito individual, à liberdade) não pode se realizar sem que existam os direitos sociais (serviços, equidade) que viabilizem essas escolhas (DORA, 1998 *apud*. DINIZ, 2005, p. 634).

No campo das Ciências Sociais, o termo humanização foi inicialmente usado a partir da década de 1970, por Jan Howard e Anselm Strauss (Diniz, 2005). Ainda nessa década, a denominada Antropologia do Parto tratou a assistência às parturientes como constructo social, colocando em evidência as diversidades culturais constitutivas do cenário do parto. Howard e Strauss pesquisaram ainda as intersecções entre o parto e a sexualidade, relações de gênero e corpo feminino, o contrassenso entre evidências científicas e as práticas assistenciais, concebendo uma área de pesquisa muito fecunda, vinculada, em geral, à militância feminista e às lutas pelas mudanças de práticas na assistência ao parto (Davis-Floyd & Sargeant, 1997).

A antropóloga Robbie Davis-Floyd é pesquisadora do Departamento de Antropologia da Faculdade de Austin, Texas, e se tornou referência na academia e nos movimentos de humanização do parto e do nascimento devido aos seus estudos sobre modelos assistenciais e paradigmas médicos. Um dos seus mais importantes trabalhos é o *Birth as an American Rite of Passage (1992)*, no qual recorre à noção de 'rito de

passagem', do antropólogo Arnold Van Gennep, para argumentar que o parto medicalizado é um fenômeno ritualístico a serviço da reafirmação de valores dominantes da sociedade industrial sobre os corpos femininos. Ela formulou três modelos assistenciais fundamentais, com seus correspondentes princípios básicos e tipos de pensamento, conforme detalhado abaixo:

Tabela 1 – Modelos médicos segundo Robbie Davis-Floyd, 2001

Modelos médicos	Características	Princípio básico	Tipo de pensamento
Tecnocrático	<ul style="list-style-type: none"> • Separação corpo e mente • Corpo como máquina • Paciente como objeto • Alienação entre médico e paciente • Diagnóstico e tratamento de fora para dentro • Organização hierárquica e atendimento padronizado • Autoridade e responsabilidade inerentes ao médico • Supervalorização da ciência e da tecnologia • Intervenção agressiva, com ênfase em resultados a curto prazo • Morte como derrota • Sistema direcionado ao lucro • Intolerância a outros sistemas 	Separação	Unimodal, cerebral esquerdo, linear
Humanista	<ul style="list-style-type: none"> • Conexão corpo-mente (como unidade) • Corpo como organismo • Paciente como sujeito relacional • Conexão e afetividade entre profissional e paciente • Diagnóstico e tratamento de dentro para fora e de fora para dentro • Equilíbrio entre necessidades da instituição e do indivíduo • Informação, tomada de decisões e responsabilidade compartilhadas entre médico e paciente • Ciência e tecnologia contrabalançada com humanismo • Foco na prevenção de doenças • Morte como resultado aceitável • Cuidado orientado pela compaixão, compassivo • Mentalidade aberta para outras modalidades 	Equilíbrio e conexão	Bimodal
Holístico	<ul style="list-style-type: none"> • Corpo, mente e espírito como unidade • Corpo como sistema energético ligado a outros sistemas • Cura “holística” (a pessoa por inteira na sua vida por inteiro) • Médico e paciente como unidade essencial • Diagnóstico e tratamento de dentro para fora • Estrutura organizacional em rede, individualização do cuidado • Autoridade e responsabilidade inerentes a cada indivíduo • Ciência e tecnologia a serviço do indivíduo 	Conexão e integração	Multimodal, cerebral-direito, fluido

	<ul style="list-style-type: none"> • Foco para criação e manutenção da saúde e bem-estar a longo prazo • Morte como etapa de um processo • Foco na cura • Admissão de várias modalidades de cura 		
--	--	--	--

Fonte: DAVIS-FLOYD, Robbie. The technocratic, humanistic and holistic paradigms of childbirth. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, vol 75, supplement no 1, pp. S5-S23, november 2001; DAVIS-FLOYD, Robbie. Prefácio. In: JONES, Ricardo. *Memórias do Homem de Vidro: Reminiscências de um Obstetra Humanista*. Porto Alegre: 2ª edição, Ideias a Granel, 2008.

Davis-Floyd evidenciou o modelo tecnocrático, baseado em conhecimento médico autoritativo, cujas características fundamentais são a “neutralidade” científica e a valorização da tecnologia, em detrimento das relações humanas. Trata-se de um modelo que fomenta o parto burocratizado e controlado, típico do contexto da modernidade tardia.

Edwin Van Teijlingen, sociólogo, professor de saúde reprodutiva na Universidade de Bournemouth, no Reino Unido, realizou análise dos modelos médico e social presentes nos estudos sobre gestação e nascimento, e a sistematizou em seu artigo intitulado “*A Critical Analysis of the Medical Model as used in the Study of Pregnancy and Childbirth*”, de 2005.

Para ele, nas abordagens da saúde e da doença, a Sociologia e a Antropologia Médica recorrem ao conceito de modelo médico. Nas últimas quatro décadas esse conceito foi aplicado em estudos sobre parto, obstetrícia e maternidade (Oakley, 1979, 1980, 1984; Nash e Nash, 1979; Rooks, 1983; Comaroff, 1977) e infertilidade (Becker & Nachtigall, 1992). Também teve aplicação em estudos com outras temáticas, como a obesidade (Chang e Christakis, 2002), educação em saúde (Kelly et al. 1997), deficiência (Oldman, 2002) e saúde mental (Gerard, 1999).

Segundo Van Teijlingen, a noção de modelo médico não é usada única e exclusivamente na academia, tampouco aplicada somente em nível analítico, ou como instrumento sociológico. Também é usada por profissionais de saúde *strito senso*, e trabalhadores em nível prático, como “modelo de prática de trabalho”, contribuindo para um uso acrítico do modelo médico, tanto por parte desses profissionais como por cientistas sociais.

No entanto, o autor considera que o modelo médico é especialmente aplicável ao parto e ao nascimento, já que:

De acordo com Rosengren (1962: 371): 'Gravidez parece ser controversa, tanto em termos do seu significado social, bem como as suas implicações médicas.' Ou, nas palavras de Comaroff, (1977: 116), 'Gravidez na sociedade ocidental, de fato, atravessa a fronteira entre doença e saúde: o status 'grávida' não é clara a este respeito e as mulheres percebem que os outros não têm certeza sobre tratá-las como saudáveis ou doentes.' A maioria das especialidades médicas que lidam com o aspecto físico do corpo humano não dá lugar à mesma controvérsia fundamental, pois o personagem doença 'pura' de seu campo é mais evidente, portanto, mais geralmente reconhecido. Isso, por sua vez, legitima a intervenção médica e controle. Como Davis-Floyd (1987: 491) afirma: 'Obstetrícia, ao contrário de outras especialidades médicas, na maioria dos casos, não lida com patologia: a maioria das mulheres grávidas não está doente.' A noção de que a gravidez e o parto não são doenças, também influencia a percepção de acompanhamento do risco inerente. A preocupação das pessoas sobre o risco de parto reflete a ligação entre a paternidade e a identidade social, bem como decorrente de consciência da possibilidade de morte ou lesão para a mãe ou o bebê (VAN TEIJLINGEN, 2005, p. 2 tradução livre).

Enfocando nisso, Van Teijlingen caracteriza os modelos médico e social da seguinte forma:

Tabela 2 – Modelos médico e social dos cuidados com a gestação e o nascimento, segundo Edwin van Teijlingen, 2005

Medical model	Social/ “midwifery model”
<ul style="list-style-type: none"> • Doctor centred • Objective • Male • Body-mind dualism • Pregnancy: only normal in retrospect • Risk selection is not possible • Statistical/biological approach • Biomedical focus • Medical knowledge is exclusionary • Intervention • Public 	<ul style="list-style-type: none"> • Woman/patient centred • Subjective • Female • Holistic • Birth: normal physiological process • Risk selection is possible • Individual/psycho-social approach • Psycho-social focus • Knowledge is not exclusionary • Observation • Private

- Outcome: aims at live, healthy mother and baby
- Outcome: aims at live, healthy mother, baby and satisfaction of individual needs of mother/couple.

Fonte: TEIJLINGEN, Edwin van. A Critical Analysis of the Medical Model as used in the Study of Pregnancy and Childbirth. Sociological Research Online, Volume 10, Issue 2. Disponível em: "www.socresonline.org.uk/10/2/teijlingen.html" Acesso em: agosto de 2019.

Já que a definição do risco do parto tem implicações adicionais para a organização dos serviços de saúde (seja ele o hospital, a maternidade ou o centro de parto normal), para a definição do local de parto, e para a escolha do tipo de parto, o autor toma os critérios de risco como chaves para a caracterização dos modelos médico e social. Van Teijlingen caracteriza e analisa esses modelos em três domínios/níveis, que, segundo ele, estão expressos em qualquer tipo de parto: o primeiro é o prático, o segundo nível é o ideológico, e o terceiro é o analítico, conforme tabela abaixo:

Tabela 3 – Domínios conceituais dos modelos médico e social, segundo Van Teijlingen, 2005

EMPHASIS ON	LEVEL OF APPROACH		
	Analysis of practice	Analysis of Ideology	Sociological Analysis
Risk Risk reduction Woman = Passive illness Statistical	Obstetric Practice	Bio-medical Ideology	Medical Model
Nomality Social Support Women= Active health Individual	Midwifery Practice	Women centred Ideology	Social Model

Fonte: TEIJLINGEN, Edwin Van. A Critical Analysis of the Medical Model as used in the Study of Pregnancy and Childbirth. Sociological Research Online, Volume 10, Issue 2. Disponível em: "www.socresonline.org.uk/10/2/teijlingen.html" Acesso em: agosto de 2019.

Quanto ao primeiro nível, o foco está na prática profissional, sobretudo nas diferenças entre o trabalho médico, o trabalho de parteiras e o de enfermeiras obstetras (midwives). Segundo o autor, as diferenças entre as práticas profissionais são percebidas nos rituais da assistência obstétrica, muito embora, concretamente, o

que pode ser visto seja uma combinação dos dois modos de funcionamento. Segundo Van Teijlingen, essa distinção entre as práticas é realizada puramente em caráter analítico, já que o cotidiano do trabalho está sujeito a negociações.

No Brasil, há estudos que reconhecem a tensão entre a concepção ancorada no parto humanizado e o tecnicismo da saúde, inclusive com desdobramentos na constituição identitária dos(as) profissionais envolvidos(as) na assistência ao parto e ao nascimento, além dos conflitos identitários daqueles(as) que compõem a equipe multidisciplinar de saúde, como técnicos(as), enfermeiros(as), obstetras, médicos(as) e doulas (Nunes & Gomide, 2016).

Nesse sentido, Organização Mundial de Saúde (OMS) vem reconhecendo os resultados de diversas pesquisas que indicaram o potencial das enfermeiras obstetras e obstetizas para melhoria da qualidade assistencial às parturientes. No Brasil, os serviços de saúde que contam com a presença dessas profissionais na assistência ao parto e ao nascimento têm sido reconhecidos como serviços menos intervencionistas e, conseqüentemente, por apresentarem bons resultados em seus indicadores de saúde (Gomide, 2015).

O Segundo nível, o ideológico, contribuiria com a percepção da defesa ou propagação de certas práticas e o descrédito de outras. 'Ideologia' é compreendida aqui conforme a sociologia do conhecimento, segundo a qual as ideias são socialmente determinadas e reflete interesses socialmente localizados, sem considerar uma ideologia em particular como verdadeira ou falsa (Berger e Luckman 1966 *apud*. Van Teijlingen, 2005). Nesse contexto, a ideologia nos remete a experiências, valores abordagens, e práticas obstétricas.

A ideologia biomédica enfatiza o grau de risco da gestação, com a finalidade de justificar as intervenções médicas (Van Teijlingen, 2005). De acordo com essa ideologia, a gravidez é vista como uma neoplasia, uma “autoinfecção transmissível” (Hern, 1975). A ideologia centrada na mulher salienta a fisiologia do parto, e considera como um processo biossocial, feminino e sexual (Wagner, 1986, *apud*. Van Teijlingen, 2005). Nessa abordagem as práticas assistenciais denominadas atualmente como sendo de “tecnologias leves”, e tão evidenciadas por atores(as) do movimento de humanização do parto e do nascimento, são valorizadas. São elas: a construção de vínculo entre mãe e recém-nascido, escuta das demandas das mulheres, decisões

tomadas caso a caso e dialogadas entre gestante e profissionais de saúde, consentimento informado quanto a procedimentos.

Essa ideologia enfatiza a baixa probabilidade de algo dar errado durante o trabalho de parto, concepção muito próxima daquilo que vem sendo recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) nos últimos anos. Nesse sentido, desde 1985 a comunidade internacional de especialistas em saúde reprodutiva tem considerado que a probabilidade de que ocorram complicações no parto é entre 10% a 15% do total de gestações (OMS, 2015). Para Van Teijlingen (2005), muito para além do “mito da idade de ouro” dos cuidados durante o trabalho de parto, em que uma mulher tem um bebê saudável e feliz, com pouca intervenção e sob os cuidados de uma parteira comunitária (Porter, 1999 *apud*. Van Teijlingen), quando as mulheres se posicionam em favor de um parto menos medicalizado possível, e transpõe obstáculos em torno disso, elas não estão apenas expressando uma preferência emocional. Elas estão, em diversas localidades e circunstâncias, se posicionando politicamente frente às pressões de prestadores de serviço da saúde.

O terceiro nível, o analítico, indica duas visões divergentes quanto ao parto e a saúde reprodutiva. Nesse nível, os modelos médico e social de parto se aproximam do conceito weberiano de “tipo ideal”, é abstrato e concebido como ferramenta para compreensão das semelhanças e diferenças entre as instituições de saúde (Cosser, 1977 *apud* Van Teijlingen, 2005). O conceito de “tipo ideal” fundamenta-se na ideia de que “fenômenos sociais, em virtude da sua natureza múltipla e fluída, podem ser analisados somente nos termos das formas isoladas (destacadas) das suas características, que, na realidade, nunca podem ser observados na sua pureza” (MITCHELL, 1979, p. 99 e 100, tradução livre). Os modelos médico e social são, portanto, abstrações, baseadas em regularidades empiricamente observadas. Em nível analítico esses modelos são epistemologicamente ligados ao interpretativismo (Van Teijlingen, 2005).

Nas Ciências da Saúde, a oposição ao modelo tecnocrático ocupou posição marginal até o final da década de 1970. Foi Roberto Caldeyro-Barcia, pesquisador de ponta em fisiologia obstétrica, que iniciou as críticas a esse modelo, quando publicou seu livro intitulado *Bases fisiológicas y psicológicas para el manejo humanizado del parto normal* (1979). Caldeyro-Barcia caracteriza o modelo de assistência vigente à época como inadequado, e buscou ressignificar a compreensão da fisiologia e dos

aspectos emocionais envolvidos no parto. Segundo Diniz (2005), as concepções do autor foram recebidas com hostilidade. “O texto questiona a representação da mulher como vítima de sua natureza, e do corpo feminino como ‘normalmente patológico’, evidenciando o viés de gênero da interpretação médico-obstétrica” (DINIZ, 2005, p. 630).

No campo da saúde pública, a criação do Comitê Europeu sobre intervenções e para a redução da morbimortalidade perinatal e materna, em 1979, marcou as críticas ao modelo tecnocrático. O Comitê indicava que o aumento de custos, sem a correspondente melhora dos indicadores de saúde materna e infantil, somadas à ausência de consenso quanto à recomendação das práticas intervencionistas, configuravam-se com um problema de saúde pública. O Comitê era constituído por epidemiologistas, sociólogos(os), parteiras e usuárias do sistema de saúde. Daí, emergiram diversos outros grupos de trabalho em torno da sistematização de estudos de eficácia e segurança na assistência obstétrica (Diniz, 2005). Incluindo uma rede internacional de cientistas que desenvolveram a metodologia de revisão sistemática, o que fomentou o movimento pela medicina baseada em evidências (MBE) (Cochrane, 1989; WHO, 1996; Wagner, 1997)

Tendo isso em vista, para Diniz a humanização pode ser compreendida como:

- a. Humanização como legitimidade científica da medicina ou da assistência baseadas na evidência (MBE);
- b. Humanização como legitimidade política de reivindicação e defesa dos direitos das mulheres (e crianças, e famílias);
- c. Humanização referida ao resultado da tecnologia adequada na saúde da população;
- d. Humanização como legitimidade profissional e corporativa de um redimensionamento dos papéis e dos poderes na cena do parto;
- e. Humanização referida à legitimidade financeira dos modelos de assistência, da racionalidade no uso dos recursos;
- f. Humanização referida à legitimidade da participação da parturiente nas decisões sobre sua saúde;
- g. Humanização como direito ao alívio da dor (DINIZ, 2005, p. 633)

Contemporaneamente, o parto e o nascimento humanizados podem ser compreendidos como aqueles com o mínimo possível de intervenções, em que há atenção à fisiologia do parto, respeitando o tempo de cada mulher, em ambiente respeitoso e com privacidade, com condições para que o pré-parto, parto e pós-parto ocorram no mesmo ambiente, sem que a parturiente seja transportada pela unidade de

saúde a cada uma dessas fases do trabalho de parto, e com consentimento informado para realização de procedimentos.

Nesse sentido, pode-se concluir que, se por um lado, a obstetrícia no contexto da modernidade tardia é caracterizada pelo controle social médico e pelo monitoramento, por outro lado, autores(as) do campo vêm demonstrando o desenvolvimento de novas perspectivas e práticas que desafiam essas características da obstetrícia hegemônica e tecnocrática. Perspectivas essas advindas de profissionais de saúde dissidentes, dos movimentos de mulheres e movimentos feministas que, desde a década de 1970, vêm pautando a desmedicalização e a humanização do parto e do nascimento.

1.4 Parto e Nascimento no Brasil: “*corte por cima ou corte por baixo*”, “*de cócoras no país da cesárea*”

“O ‘corte por cima’ ou o ‘corte por baixo’: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo” e “De cócoras no país da cesárea: como é difícil ter um parto normal no Brasil” correspondem a títulos de artigos, assinados, respectivamente, por Diniz & Chacham e Barbara. O primeiro foi publicado na revista *Questões de Saúde Reprodutiva*, em 2006, e o segundo foi publicado em revista de grande circulação nacional, em maio de 2019. Ambos os títulos nos dão pistas do contexto geral no qual vem ocorrendo os partos e os nascimentos no país.

Segundo dados do Ministério da Saúde, o percentual de partos hospitalares¹⁷ varia de região para região, mas em média corresponde a 90% do total, e a depender da localidade, chega a quase 100% dos partos (SINASC/DATASUS/MS, 2016). Concomitantemente, a taxa de fecundidade vem mantendo uma tendência de queda, correspondendo a 1,9 filho/mulher (CENSO DEMOGRÁFICO, 2010). Em termos comparativos, na década de 1960 essa taxa era de 6,28, alcançando 2,38 no início dos anos 2000. A redução mais significativa ocorreu em área rural, cuja taxa diminuiu de 3,4 filhos para 2,6 filhos, de 2000 a 2010. Em áreas urbanas, a queda da fecundidade correspondeu a 2,18 para 1,7, no mesmo período.

¹⁷ Partos hospitalares ou institucionalizados, à medida em que se inclui nessa categoria os partos ocorridos em Centros de Partos Normais/CPN ou Casas de Parto.

A maior taxa de fecundidade é a da região Norte e a única acima da reposição populacional (2,1 filhos/mulher). Outra característica do cenário reprodutivo brasileiro, é a redução do número de filhos de mulheres jovens, principalmente daquelas de 15 a 24 anos e urbanas. Se observados os quesitos de raça e cor, as mulheres jovens pretas e pardas têm, em média, mais filhos do que as mulheres brancas da mesma idade, correspondendo às taxas de 2,1 e 1,6, respectivamente. Do total de gestações ocorridas de 2001 a 2006, pouco mais da metade, ou 54%, foram planejados. Desses, 28% eram desejados para um outro momento da vida da mulher, e 18% não eram desejados (PNDS, 2006).

Isso nos leva a inferir que 46% das gestantes daquele período não acessaram ações de planejamento reprodutivo. Estudo divulgado em 2017 pelo Guttmacher Institute, intitulado “*Adding it in: Investing in contraception and maternal and Newborn*”¹⁸, nos países em desenvolvimento, 214 milhões de mulheres querem evitar a gravidez, mas, devido a diversas razões, não conseguem acessar o planejamento reprodutivo. Atualmente, no Brasil, há uma estimativa de que a demanda não atendida por contraceptivos é de 6% a 7,7% das mulheres que desejaram prevenir uma gravidez indesejada, afetando em torno de 3,5 a 4,2 milhões de mulheres em idade reprodutiva (UNFPA, 2017).

Segundo a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS, 2006), O acesso à assistência pré-natal foi consideravelmente ampliado de 2001 a 2006, a porcentagem de mulheres que não realizaram pelo menos uma consulta ao longo da gestação diminuiu de 14% para 1%. Essa publicação destaca ainda que 77% das mulheres realizaram pelo menos seis consultas de pré-natal, como o Ministério da Saúde vem recomendando desde 2000. Além disso, quanto maior a escolaridade da gestante, maior a proporção das consultas. De modo geral, as mulheres pretas e pardas acessam menos consultas de pré-natal, comparativamente às brancas.

¹⁸ Acessado em: <https://brazil.unfpa.org/pt-br/news/214-milh%C3%B5es-de-mulheres-n%C3%A3o-t%C3%A3o-aceso-m%C3%A9todos-contraceptivos-no-mundo> e <https://www.guttmacher.org/fact-sheet/adding-it-up-contraception-mnh-2017>, https://www.rhsupplies.org/uploads/tx_rhscpublications/Adding_it_up._Investing_in_Contraception_and_Maternal_and_Newborn_Health__2017_-_Supplementary_Tables.pdf.

A RMM¹⁹ é um indicador fundamental para a contextualização do cenário reprodutivo do país. Embora apresente algumas limitações, é reconhecido como um indicador das condições de saúde reprodutiva das mulheres, mas também contribui para interpretações acerca das condições gerais de vida e saúde das populações. A RMM²⁰ é calculada a partir de dados oriundos de sistemas de registro contínuo, de modo que a subnotificação de mortes maternas influencia muito negativamente no resultado do cálculo. Em regiões onde há vazios assistenciais, a subnotificação do óbito materno é ainda mais evidente. Além disso, as causas de morte materna registradas nas Declarações de Óbito podem ser imprecisas²¹, em que pese todo o trabalho em torno da vigilância do óbito materno, e dos comitês de acompanhamento do óbito materno, infantil e fetal, realizado no Brasil na última década. Por fim, a escolha pelo uso das estimativas de nascidos vivos, formuladas a partir de métodos demográficos, está submetida às imprecisões das técnicas usadas (Tabnet/DATASUS/MS).

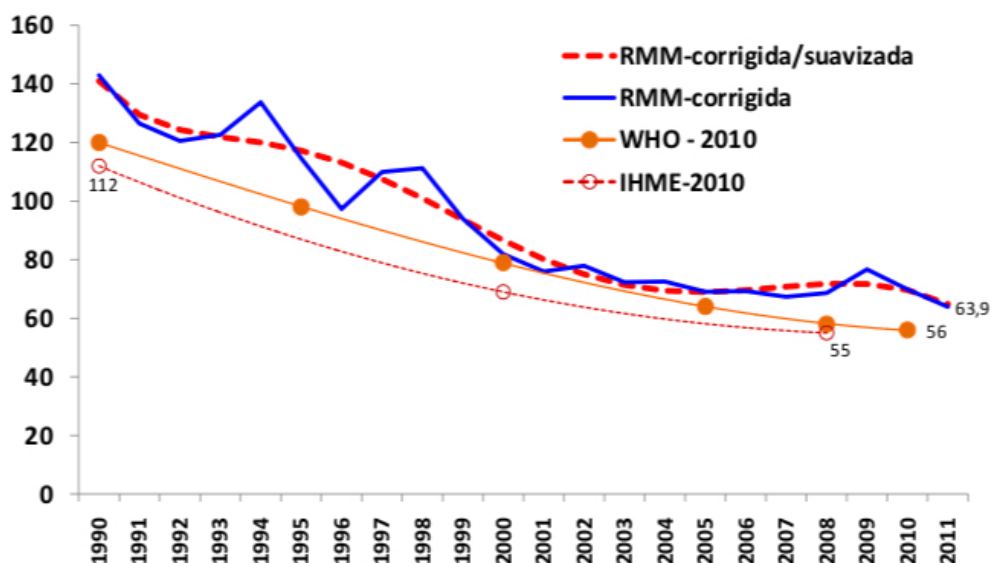
Para compensar essas perdas, são adotados fatores de correção baseados em diversas metodologias de cálculo, remetendo às variações da RMM estimadas por diferentes fontes: RMM corrigida, RMM corrigida/suavizada, WHO, IHME, conforme gráfico 1:

¹⁹ A RMM estima o risco de morte de mulheres ocorrida durante a gravidez, o aborto, o parto ou até 42 dias após o parto, atribuída a causas relacionadas ou agravadas pela gravidez, pelo aborto, pelo parto ou pelo puerpério ou por medidas tomadas em relação a elas (BRASIL, 2012).

²⁰ Segundo a 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID -10), a morte materna é aquela que “uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independente da duração ou da localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais” (Tabnet/DATASUS/MS).

²¹ Subregistro: quando o óbito materno é registrado com **outra causa**, que não a materna propriamente dita.

Gráfico 1 - Razão de Mortalidade Materna, estimações pelo MS, WHO, IHME. Brasil, 1990 a 2010.



Fonte:

CGIAE/SVS/MS. Saúde Brasil 2009 – 2010.

WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank. Trends in maternal mortality: 1990 to 2008.

Hogan MC, Foreman KJ, Naghavi M, et al. Maternal mortality for 181 countries, 1980—2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5. Lancet 2010; 375: 1609-1623.

Lozano R, Wang H, Foreman KJ, Rajaratnam JK, Naghavi M, Marcus JR, Dwyer-Lindgren L, Lofgren KT, Phillips D, Atkinson C, Lopez AD, Murray CJL. Progress towards Millennium Development Goals 4 and 5 on maternal and child mortality: an updated systematic analysis. The Lancet. 2011; 378:1139-1165. Link: <https://slideplayer.com.br/slide/338886/>.

Oficialmente, no Brasil, a mais recente RMM é igual a 59,1 óbitos/100.000 Nascidos Vivos (MS, Boletim Epidemiológico nº 20, 2020). Dados anteriores, de 1990, indicam uma RMM de 140 óbitos/100.000 nascidos vivos (NV), passando para 75 óbitos por 100.000 NV, em 2007²². A representatividade desses dados pode ser percebida quando observamos que a meta pactuada junto à Organização das Nações Unidas (ONU), por meio do 5º Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM), era a redução de 4/3 da RMM de 1990 até 2015. De modo que o seu limite aceitável no país deveria ser o de 20 óbitos por 100.000 NV, até aquele ano.

Em termos populacionais, as iniquidades, desigualdades sociais e regionais,

²² Pesquisas sobre a mortalidade materna no Brasil foram realizadas no Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna, do Ministério da Saúde do Brasil. Ver link: <http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/materna/>.

entre outras fatores como o racismo, são determinantes em saúde e contribuem para que a mortalidade materna de mulheres negras e pardas seja quase duas vezes maior do que a de mulheres brancas (BRASIL, 2016).

Em atualização aos ODM, desde setembro de 2015, foram internacionalmente adotados os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS/ONU), que compromete o Brasil a somar esforços para a redução da RMM global para menos de 70 mortes por 100.000NV, até 2030. Isso significa que, para alcançar a meta dos ODS, a RMM no Brasil deverá ser de 30 mortes por 100.000 NV, até o referido ano.

Metodologicamente, os estudos epidemiológicos classificam os óbitos maternos em dois grandes grupos: os por causas diretas e indiretas. No Brasil, as principais causas diretas, ou seja, que resultaram de complicações ocorridas durante a gravidez, o parto ou o puerpério, são: hipertensão (28,6%), hemorragia (18,6%), infecção puerperal (8,7%) e aborto (5%) (CGIAE/SVS/MS – SIM e SINASC, 2016). As principais causas indiretas, ou seja, aquelas que decorreram de doenças preexistentes, se desenvolveram ou foram agravadas durante a gestação, são: doenças do aparelho circulatório (26,6%), doenças do aparelho respiratório (18,5%), doenças infecciosas e parasitárias (7,6%) e AIDS (3,4%) (CGIAE/SVS/MS – SIM e SINASC, 2019). Do total de óbitos ocorridos no país, aproximadamente 92% deles poderiam ser evitados, caso tivessem sido ofertados o cuidado e a assistência qualificados às mulheres (UNFPA, 2014)²³.

Os dados epidemiológicos disponibilizados em bases oficiais de informações, como aqueles que tratam da RMM, da Taxa de Mortalidade Infantil, via de parto, consultas de pré-natal e vários outros, contribuem com a descrição do cenário reprodutivo no Brasil, com o planejamento e a gestão em saúde reprodutiva. No entanto, eles são insuficientes para a compreensão da qualidade da assistência obstétrica ofertada às mulheres.

Buscando cobrir esse hiato, a pesquisa Nascido no Brasil (2014) figura como o primeiro inquérito nacional que incluiu em seu mote a qualidade da assistência prestada às gestantes e parturientes no Brasil. Isso permite a visualização de dados

²³ Para mais detalhamentos, ver o Relatório sobre Mortalidade Materna no contexto do processo de implementação da decisão do Comitê CEDAW contra o Estado brasileiro no caso Alyne da Silva Pimentel, em: http://www.unfpa.org.br/Arquivos/Relatorio_caso_alyne_pimentel.pdf.

confiáveis sobre esse tema, comparativamente aos macrodados registrados nos sistemas oficiais de informações sobre saúde materna e infantil. Na pesquisa, foram considerados grandes temas como: resultados sobre a assistência pré-natal, decisão sobre a via de parto, intervenções obstétricas, presença de acompanhante, *near miss*²⁴, mortalidade materna e neonatal, e, por fim, estrutura e ambiência de maternidades.

A pesquisa foi coordenada por Maria do Carmo Leal e Silvana Granado, pesquisadoras da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), e encomendada pelo Ministério da Saúde, por meio de edital do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Foram consideradas 266 maternidades com 500 ou mais partos/ano, foram entrevistadas 23.940 mulheres de todas as regiões do país, de modo que o escopo do estudo contemplou os serviços de saúde onde ocorreram 83% dos partos no Brasil, de fevereiro de 2011 a outubro de 2012.

Segundo a *Nascer no Brasil (2014)*, a cobertura da assistência pré-natal no país é alta (98,7%), sendo que 75,8% dessas mulheres iniciaram o pré-natal antes da 16ª semana de gestação, e 73,1% acessaram a seis ou mais consultas. Elas foram realizadas principalmente em unidades básicas de saúde (89,6%), pelo mesmo profissional (88,4%), em sua maioria médicos (75,6%), e 96% receberam o cartão de pré-natal. A pesquisa apontou ainda, a baixa articulação entre as ações de atenção ao pré-natal com as de parto, contribuindo com a peregrinação de gestantes durante o trabalho de parto. Demonstrando fragilidades das relações institucionais das unidades de saúde onde são realizadas as consultas de pré-natal com as maternidades e hospitais onde deveria ocorrer os partos. Nesse sentido, somente 58,7% das mulheres entrevistadas receberam informações sobre a sua maternidade de referência, e 16,2% tiveram a necessidade de procurar mais de um serviço para obterem assistência ao parto.

Esse panorama do cenário reprodutivo no país evidencia o que vem sendo designado por Diniz (2009) como “paradoxo perinatal brasileiro”, segundo o qual em que pese a medicalização e a hospitalização do parto e do nascimento, mantém-se altas as taxas de morbidades e mortalidade materna e infantil, em geral relacionadas à baixa qualidade da assistência prestada, ao uso indiscriminado de tecnologias, ou à

²⁴ Caracteriza situações em que mulheres com complicações graves durante a gestação e parto sobrevive por pouco. Considerado como desfecho materno grave, um evento de “quase perda” ou quase morte.

falta de acesso às tecnologias apropriadas quando é necessário intervir.

Segundo a Nacer no Brasil (2014), um conjunto de intervenções obstétricas são realizadas durante o trabalho de parto e parto de risco habitual, ou seja, aqueles que necessitam de pouca ou nenhuma intervenção para ocorrer. E as boas práticas ao parto e ao nascimento (OMS, 2016)²⁵ foram usadas em menos de 50% das mulheres, sendo mais usuais nas regiões sudeste e sul do país, conforme tabela 4:

Tabela 4 – Incidência de boas práticas e intervenções durante o trabalho de parto e parto. Brasil, 2011

	(%)
<u>Para mulheres que entraram em trabalho de parto</u>	
Boas práticas durante o trabalho de parto	
• Alimentação	25,2%
• Movimentação	44,3%
• Procedimentos não farmacológicos de alívio da dor	26,7%
• Uso do partograma	41,4%
Intervenções durante o trabalho de parto	
• Cateter venoso periférico	74,9%
• Ocitocina	36,4%
• Analgesia epidural	33,9%
• Amniotomia*	39,1%
<u>Para mulheres com parto vaginal</u>	
Intervenções durante o parto	
• Litotomia	91,7%
• Manobra de Kristeler	36,1%
• Episiotomia	53,5%
Para todas as mulheres	
• Cesariana	51,9%
• Parto Natural**	5%

* Também foram excluídas as mulheres com ruptura espontânea de membranas anterior à hospitalização;

**Parto vaginal sem qualquer intervenção durante o trabalho de parto e parto.

Fonte: *apud*. LEAL, PEREIRA, DOMINGUES, FILHA, DIAS, NAKAMURA-PEREIRA, BASTOS, GAMA (2014).

²⁵ Para mais referências, ver: OMS – Organização Mundial da Saúde. Assistência ao Parto Normal: um guia prático. Genebra: OMS, 1996. 54 p

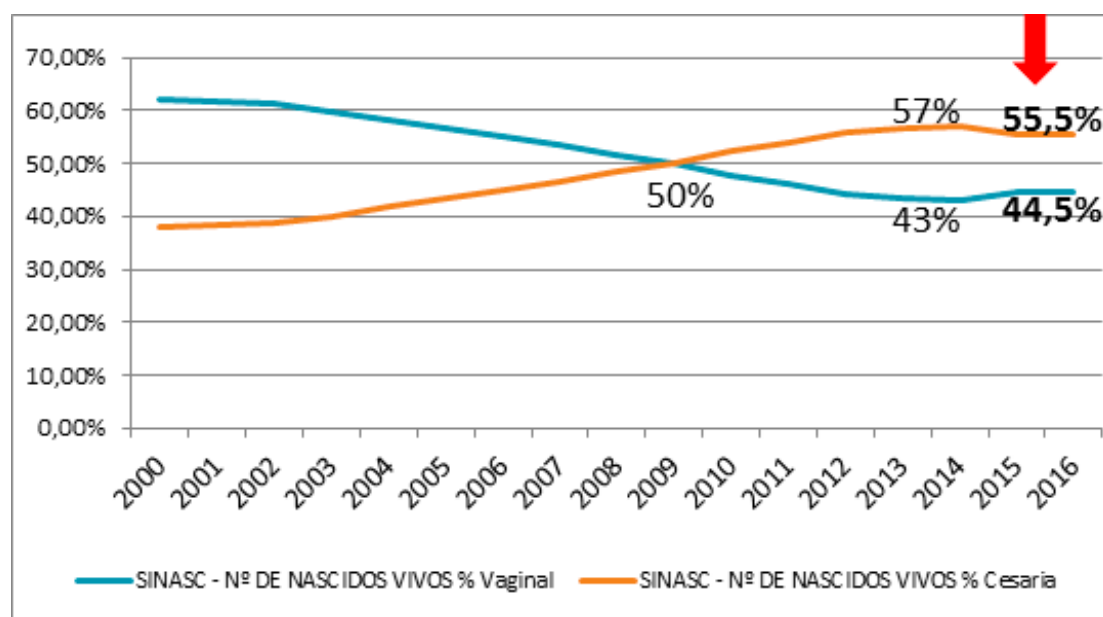
Mais da metade das mulheres que tiveram suas gestações classificadas como de risco habitual, nomenclatura conhecida em décadas anteriores como “baixo risco”, não acessaram alternativas terapêuticas de tecnologias leves em auxílio ao trabalho de parto e parto, como: alimentação, movimentação, procedimentos não farmacológicos de alívio da dor (banho de imersão, massagem) e uso do partograma.

Em contrapartida, quase 75% delas recebeu punção venosa periférica, procedimento usado para obtenção de acesso venoso para infusão de soluções e medicamentos. A ocitocina sintética (usada para acelerar o trabalho de parto) e a amniotomia (rompimento da bolsa para indução do parto) foram usadas em 40% dos casos. A manobra de Kristeller (usada para forçar a saída do bebê), que pode provocar hemorragias nas mulheres e danos às crianças, proibida em diversos países, e, atualmente, considerada como uma forma de violência obstétrica, foi realizada em 37% das entrevistadas.

A episiotomia (incisão no períneo, área muscular entre a vagina e o ânus), realizada com a justificativa de ampliação do canal de parto, é considerado pela OMS como uma das “práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado” (1996) e quase nunca recomendada na contemporaneidade, foi realizada em 56% das entrevistadas. A realização dessa incisão como procedimento de rotina, amplia a incidência de infecções, aumenta o tempo de cicatrização da vagina no pós-parto, e, quando mal realizada, pode provocar danos à musculatura da pélvis, e prejudicar a vida sexual e reprodutiva das mulheres, trazendo sérios danos emocionais e físicos. A litotomia (posição ginecológica deitada), que dificulta o parto vaginal, foi utilizada em 92% das mulheres.

Sobre a via de parto, os achados da Nacer no Brasil são próximos aos dados nacionais registrados no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). Segundo esse sistema (ver gráfico 2 abaixo), em 2016, 55% dos nascimentos ocorreram por meio de cesáreas e 45% pela via vaginal (SINASC– CGIAE/SVS/MS, 2016). Sendo que o parto vaginal é mais frequente nas usuárias do sistema público de saúde, negras e pardas, com menor escolaridade e múltiparas. Segundo a Nacer no Brasil (2014), 48% dos nascimentos no país ocorreram pela via vaginal, sendo que 5% deles ocorreu sem nenhuma intervenção e 51,9% foram por meio de cirurgias cesarianas.

Gráfico 2- Tipos de parto no Brasil (2000 a 2016)



Fonte: Sinasc – CGIAE/SVS/MS, 2016.

- **No SUS, o percentual de cesarianas é de 40%**
- **No setor privado, chega a 84%**

Segundo o gráfico 2, nos últimos 16 anos, tem havido considerável aumento da taxa de cesáreas no Brasil, que figura como um dos países do mundo com maior taxa de cesariana (55%, somando-se as taxas da rede pública e privada de saúde). A maioria dessas cirurgias são agendadas (eletivas), sem indicação de fatores de risco que justifiquem esse procedimento, e ocorrem antes das mulheres entrarem em trabalho de parto, contribuindo com o aumento das taxas de prematuridade dos bebês. Nesse contexto, os estados brasileiros com maiores taxas de cesárea são: Goiás (67%), Espírito Santo (67%), Rondônia (66%), Paraná (63%) e Rio Grande do Sul (63%) (Sinasc-GIAE/SVS/MS, 2016). Dos nascimentos ocorridos na rede pública de saúde, 40% são cirúrgicos. No setor privado de saúde, esse índice é próximo a 90%, podendo ocorrer variações por região.

O país segue uma tendência mundial de aumento dos nascimentos pela via cirúrgica, classificada pela OMS como “sem precedentes” e “uma preocupação global que pede debate”.

A Lancet, uma das mais conhecidas revistas científicas da área médica do mundo, publicou em 2018 o artigo intitulado *Global epidemiology of use of and disparities in cesarean sections*, cujo objetivo era o de descrever a frequência e as tendências das taxas de

cesárea em diversos países, além dos determinantes e das desigualdades que as contextualizam. A partir dos dados de 169 países onde ocorrem 98,4% dos nascimentos no mundo, foi estimado que, em 2015, 29,7 milhões ocorreram por meio de cirurgias cesarianas. Esse total representa quase o dobro do número de nascimentos por cesárea ocorridos em 2000 (16,0 milhões) (Boerma, Ronsmans *et al*; 2018).

Entre as regiões do globo estudadas no referido artigo, o uso mais frequente desse método se deu, respectivamente: na América Latina e Caribe (44,3%), América do Norte (32%), Oriente Médio e o Norte da África (26,6%), o Leste Asiático e o Pacífico (28,8%), Europa Oriental e da Ásia Central (27,3%), Europa Ocidental (26,9%), Sul da Ásia (18,1%), África Oriental e Austral (6,2), África Ocidental e Central (4,1%) (Boerma, Ronsmans, Melesse *et al*; 2018). Nesses termos, em quase todo o globo, apenas com exceção de uma parte do continente africano, são ultrapassados os limites de 10% a 15% recomendados pela OMS para a realização de cesarianas.

A cesariana, quando clinicamente recomendada, é uma técnica cirúrgica como potencial para salvar vidas de mulheres e bebês, mas a literatura médica demonstra que taxas elevadas de cesárea estão muito mais associadas com morbidades do que com benefícios.

Em ampla revisão sistemática e metanálise sobre mortalidade materna e complicações associadas à cesariana em países de baixa e média renda, Sobhy, Arroyo-Manzano, Murugesu, *et al* (2019), pesquisaram bancos eletrônicos de artigos acadêmicos publicados de 1990 a 2017. O principal desfecho encontrado foi a prevalência de mortalidade materna em gestantes que foram cesareadas.

No Brasil, o quantitativo de cesarianas realizadas é maior do que o desejado pelas mulheres. Dados da pesquisa Nascer no Brasil indicam que, tanto na rede pública como na privada, esse quantitativo é quase três vezes maior do que a preferência inicial das mulheres, feita em meses mais iniciais da gestação. Na rede privada, somente 14,6% das primíparas, que preferiam o parto vaginal no início da gestação, de fato, tiveram esse tipo de parto como desfecho gestacional. No setor público esse dado correspondeu a 57,1%. Entre as múltiparas assistidas na rede privada de saúde, 58,8% tinha preferência inicial pela cesariana. Até o final da gestação mais mulheres juntaram-se a esse grupo, totalizando uma proporção de 84,5% de cirurgias cesarianas. Em contrapartida, a maioria das múltiparas assistidas na rede pública de saúde indicaram preferência inicial pelo parto vaginal

(70%), e, até o final da gestação pôde-se observar a proporção de cesariana igual a 40% (Nascer no Brasil, 2014).

As mulheres que tiveram partos vaginais apontaram como vantagens a recuperação mais rápida e fácil, e experiências anteriores positivas com esse tipo de parto. Já aquelas que preferiam cirurgia cesariana apontaram principalmente o medo do parto vaginal, sobretudo entre as primíparas. Outras razões também foram apontadas como: boas experiências anteriores com a cesárea. Entretanto,

essa proporção (**de 1/3 das múltiparas atendidas na rede privada – grifo da autora**) é significativamente menor no setor público, sugerindo que nesse setor a cesariana nem sempre está associada a uma experiência positiva, provavelmente por sua indicação estar mais relacionada à ocorrência de complicações durante a gestação e o trabalho de parto. A recuperação mais lenta do parto cesáreo e o menor apoio para a realização das tarefas domésticas seria outra explicação possível para a menor satisfação com esse tipo de parto em mulheres de classes econômicas menos favorecidas (NASCER NO BRASIL, 2014).

As mulheres entrevistadas também apontam as experiências negativas de partos vaginais anteriores como determinante para as suas escolhas pela cesárea. A pesquisa aponta ainda que menos de 5% das mulheres tiveram acesso a alternativas terapêuticas de tecnologias leves, e benéficas ao trabalho de parto (Nascer no Brasil, 2014).

Isso demonstra a importância de se promover mudanças no modelo da assistência obstétrica brasileira, fundamentalmente na atenção ao parto e ao nascimento, com o conseqüente enfrentamento à violência obstétrica nesse cenário.

Retratada por diversos termos, a violência obstétrica é tema que ganhou muita evidência desde a segunda década do século XXI. É uma nomenclatura relativamente nova e que vem sendo cada vez mais usada por movimentos feministas e movimentos de mulheres, vem sendo tratada academicamente, e usada no cenário jurídico por agentes do Direito. Além disso, a violência obstétrica, enquanto fenômeno no campo da assistência, foi reconhecida como questão de saúde pública pela OMS. Segundo essa Organização, há

relatos sobre desrespeito e abusos durante o parto em instituições de saúde incluem violência física, humilhação profunda e abusos verbais, procedimentos médicos coercivos ou não consentidos (incluindo a

esterilização), falta de confidencialidade, não obtenção de consentimento esclarecido antes da realização de procedimentos, recusa em administrar analgésicos, graves violações da privacidade, recusa de internação nas instituições de saúde, cuidado negligente durante o parto levando a complicações evitáveis e situações ameaçadoras da vida, e detenção de mulheres e seus recém-nascidos nas instituições após o parto, por incapacidade de pagamento. Entre outras, as adolescentes, mulheres solteiras, mulheres de baixo nível sócio-econômico, de minorias étnicas, migrantes e as que vivem com HIV são particularmente propensas a experimentar abusos, desrespeito e maus-tratos (OMS, 2014).

No Brasil, o tema vem sendo abordado desde a década de 1980. Um dos primeiros trabalhos foi o “Espelho de Vênus” (1981), realizado pelo Grupo Ceres, e tratou-se de uma etnografia das experiências femininas com o parto. Segundo a pesquisa,

Não é apenas na relação sexual que a violência aparece marcando a trajetória existencial da mulher. Também na relação médico e paciente, ainda uma vez o desconhecimento de sua fisiologia é acionado para explicar os sentimentos de desamparo e desalento com que a mulher assiste seu corpo ser manipulado quando recorre à medicina nos momentos mais significativos da sua vida: a contracepção, o parto, o aborto (ALVES, PITANGUY, BARSTED *et al.*, 1981).

Em 1992, a Prefeitura de São Paulo coordenou a pesquisa-ação intitulada “Violência – Um Olhar sobre a Cidade”. As participantes da pesquisa relataram posturas agressivas e intimidadoras de profissionais, que frequentemente humilhavam as pacientes, e não respeitavam sua dor. Os resultados da pesquisa evidenciam uma assistência ao parto e ao nascimento violenta, muito embora o termo violência obstétrica não existisse à época.

A pesquisa intitulada “Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado”, realizada pela Fundação Perseu Abramo, desde 2010 já chamava a atenção para abusos, desrespeito e negligência sofrida por gestantes e puérperas em instituições públicas e privadas do Brasil. A pesquisa teve acesso a mulheres de 176 municípios, de 25 estados do país e apresentou achados perturbadores:

uma em cada quatro (25%) relatou ter sofrido, na hora do parto, ao menos uma entre 10 modalidades de violência sugeridas – com destaque para exame de toque doloroso (10%), negativa para alívio da dor (10%), não explicação para procedimentos adotados (9%), gritos

de profissionais ao ser atendida (9%), negativa de atendimento (8%) e xingamentos ou humilhações (7%).

(...) uma em cada quatro (23%) ouviu de algum profissional algo como:

- “não chora que ano que vem você está aqui de novo” (15%);
- “na hora de fazer não chorou, não chamou a mamãe” (14%);
- “se gritar eu paro e não vou te atender” (6%);
- “se ficar gritando vai fazer mal pro neném, ele vai nascer surdo” (5%).”

(FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2010)

Portanto, a violência obstétrica pode ser definida como aquela que ocorre durante a gestação, o parto, o nascimento, no pós-parto, e no abortamento. Ocorre devido a negligência, discriminação, condutas profissionais excessivas ou desnecessárias, não baseadas em evidências científicas e prejudiciais à saúde das mulheres. Em geral, essas condutas submetem as mulheres a protocolos rígidos que em nada contribuem com as etapas do ciclo reprodutivo. Ao contrário, desrespeitam os corpos femininos e atropelam os ritmos de parto assumidos por cada mulher. A violência obstétrica pode ser física, psicológica, verbal e simbólica, e em todos esses casos, figura como uma afronta aos direitos humanos e reprodutivos das mulheres.

Para Simone Diniz (2009) as práticas de saúde incorporam uma perspectiva de gênero que reforçam as **(e são reforçadas por – grifo da autora)** relações opressoras que levam aos abusos verbais e físicos, num modelo punitivo e desumano. Como reação a esse modelo, emerge no Brasil e em diversas localidades do mundo, o movimento pela humanização do parto e do nascimento, encabeçado por profissionais de saúde *strito senso*, antropólogas, sociólogas, por mulheres que passaram por experiências de parto, ONGs, e outras categorias sociais.

Desse modo, o objetivo do próximo capítulo é explicitar a metodologia adotada para a realização da pesquisa. E, na sequência, no terceiro capítulo, será desenvolvida uma reflexão sócio-histórica do fenômeno da humanização do parto e do nascimento no Brasil, observando a sua constituição, formas, conflitualidades e políticas públicas de saúde relacionadas a ele.

Capítulo 2 – Metodologia

Quando se escreve se importa saber em que real se entra, e se há técnica adequada para abrir caminho a outros.

(Maria Gabriela Lhansol, 1985)

2.1 Desafios do conhecimento

A sociologia se ocupa do estudo de grupos e sociedades humanas. É, segundo Giddens “uma tarefa fascinante e constrangedora, na medida em que o tema de nosso estudo é o nosso próprio comportamento enquanto seres sociais” (GIDDENS, 2012, p.19). Isso suscita questões em torno do dilema da autoconsciência, com o qual a sociologia lida desde a sua formação como disciplina acadêmica e científica.

No prefácio à primeira edição de O Capital, Marx escreveu que:

Todo julgamento da crítica científica será bem-vindo. Quanto aos preconceitos da assim chamada opinião pública, à qual nunca fiz concessões, tomo por divisa o lema do grande florentino: *Segue il tuo corso e lascia dir le genti!*²⁶ (MARX, 2013, p. 81).

Já no prefácio à segunda edição da mesma obra, no entanto, Marx escreveu sobre a recepção negativa que a edição anterior havia tido na academia europeia. E, ao invés de lamentar a incompreensão de representantes da academia da época, o autor situa sócio-historicamente o pensamento de seus críticos (Rabêlo, 2015). Sem dúvidas, isso é bastante significativo. Porque, por um lado, evidencia as condições conjunturais e teóricas que estabeleceram entre si uma tessitura indissociável em sua obra. E, por outro lado, nos remete ao pano de fundo importante da própria condição

²⁶ “Siga o teu caminho, e deixe as pessoas falarem”, em adaptação da frase original em que Virgílio diz a Dante: Siga-me e deixe que as pessoas falem (“Vien retro a me, e lascia dir le gentil”), em Purgatório, de A Divina Comédia, de Dante Alighieri.

de classe média²⁷ do autor e o seu caráter político, que acabaram por determinar a difusão do seu *corpus* literário (Neto, 2019). Assim sendo, ele argumenta:

O desenvolvimento histórico peculiar da sociedade alemã excluía a possibilidade de qualquer desenvolvimento original da economia burguesa, mas não a sua (crítica). À medida que tal crítica representa, além disso, uma classe, ela só pode representar a classe cuja missão histórica é a derrubada do modo de produção capitalista e a abolição final das classes – o proletariado (MARX, 2005, p. 18).

Nesse sentido, pode-se afirmar que quando se trata da busca pela explicação do mundo social, a autoconsciência pode tomar um caráter conflituoso e, por vezes, cindido.

Em Weber, o dilema se apresenta de outra forma. A autoconsciência além de cindida, é suspensa, ou dada como impossível (Rabêlo, 2015). A experiência é fragmentada, retendo-se dela apenas uma ideia, ou seus tipos ideais. Isso, no entanto, não quer dizer que a representação do real a partir de Weber seja asséptica, e, tampouco, apartada das experiências existenciais de indivíduos e grupos. A partir da leitura de seus textos, a dimensão do humano vai emergindo aos olhos de leitores(as), a exemplo do que ocorre em “Sobre Algumas Categorias da Sociologia Compreensiva” e “A Psicologia Social das Religiões Mundiais”, publicados originalmente em 1907 e 1946, respectivamente. Além disso, há nessas obras uma inquietação própria à formulação dos conceitos de sociologia e de ação, assim como da tipologia da ação. O autor abre e fecha aspas, abre e fecha parênteses, além das inúmeras divisões e subdivisões no texto, possivelmente sugerindo que seus escritos ainda estavam em processo de formulação (Rabêlo, 2015).

Em “A Política como Vocação” e “A Ciência como Vocação”, fica evidente a separação entre os âmbitos dos valores e o da ação, tanto na tese em torno da Ética da Convicção e da Ética da Responsabilidade, como na tese da intelectualização crescente do conhecimento, e seu conseqüente desencantamento do mundo. Entretanto, Weber não absolutizou essas teses em nenhuma das duas obras.

Em “A Política como Vocação”, Weber destaca a possibilidade da dimensão subjetiva humana emergir. Segundo o autor:

²⁷ Marx classificou as classes intermediárias como “pequena burguesia”.

Na medida em que isso é possível, uma ética dos fins últimos e uma ética da responsabilidade não são contrastes absolutos, mas antes suplementos, que só em uníssono constituem um homem genuíno – um homem pode ter a ‘vocação para a política’²⁸ (WEBER, 1996, p. 151).

Em “A Ciência como Vocação” ele salienta que: “A ciência hoje é uma “vocação” organizada em disciplinas especiais a serviço do auto-esclarecimento e conhecimento de fatos inter-relacionados” (p. 180). Além disso, baseando-se em Weber, a vocação não está subordinada ao dom da graça de videntes e profetas, ela é condição irremediável do nosso contexto histórico, enquanto continuarmos leais e atentos(as) a si mesmos(as), e “(...) se formos competentes em nossa empresa podemos forçar o indivíduo, ou pelo menos podemos ajudá-lo, a prestar a si mesmo contas do significado último de sua própria conduta” (p. 179).

Isso não nos parece simplório. Pode-se afirmar que essa é uma situação limite para quem vive a ciência como vocação, não restando outra alternativa além dos valores em conflito. Nesse sentido, a ideia de vocação recompõe “a unidade sempre conflituosa e efêmera do ser humano, concomitantemente constituído por razão e paixão, racionalidade e irracionalidade, em que a dimensão irracional é apreendida pela situação histórica (**condição, grifo da autora**) em que se vive” (RABÊLO, 2015, p. 6).

Tomando isso como exemplo, pode-se inferir que a reflexividade impressa por diversos pensadores(as) da modernidade está no domínio do racional e do objetivo. E ainda que façam referência a aspectos incomensuráveis, ou aquilo que escapa aos rigores do método científico, ao fim e ao cabo, realizam apenas aproximações da questão, mas não dão tratamento àquilo que vem sendo expressa atualmente de modo bastante vigoroso: a subjetividade.

É Karl Mannheim que, ao introduzir a proposta de incorporação da perspectiva relacional nas práticas de pesquisa, apresenta possibilidades de se lidar com os dilemas que desafiam o(a) pesquisador(a) social. Não é nosso intuito adentrar ao campo da Sociologia do Conhecimento, no qual insere-se a discussão acerca da tese relacional ou relacionista de Mannheim. O que cabe detalhar aqui são os contornos

²⁸ “Deste ponto de vista a ética da responsabilidade e a ética da convicção não são termos absolutamente opostos, mas sim elementos complementares que devem concorrer para formar o homem autêntico, o homem que pode ter «vocação política».” (1973, p. 137)

desse debate iniciado pelo autor em *Ideologia e Utopia* (1968). Mannheim sugere que a emergência de sua tese está vinculada à formulação do conceito de ideologia, e, nesse sentido, ele formula as concepções de ideologia particular e ideologia total (Rabêlo, 2015).

A ideologia particular visa desqualificar “uma parte dos enunciados do opositor” (MANNHEIM, 1972, p. 82). Fica delineada aqui uma espécie de psicologia de interesses, em que o conhecimento do outro é invalidado.

Cada indivíduo participa apenas em determinados fragmentos deste sistema de pensamento, cuja totalidade não é de forma alguma a simples soma destas experiências individuais fragmentárias. Sendo uma totalidade, o sistema de pensamento é integrado sistematicamente, e não é um mero ajuntamento causal de experiências fragmentárias dos membros isolados de um grupo. Segue-se, assim, que somente se pode considerar o indivíduo como portador de uma ideologia, na medida em que lidamos com aquela concepção de ideologia que, por definição, se prende mais aos conteúdos isolados do que à estrutura global de pensamento, encobrendo modos falsos de pensamento e expondo mentiras (MANNHEIM, 1972, p. 84 e 85).

A ideologia total extrapola o nível do pensamento do outro, e avança no sentido da visão total de mundo (*Weltanschauung*), ou seja, para a base social na qual o outro está inserido. Assim, “não estamos nos referindo a casos isolados de conteúdo de pensamento, mas a modos de experiência e interpretação amplamente diferentes e a sistemas de pensamento fundamentalmente divergentes” (MANNHEIM, 1972, p. 83). Construindo assim a possibilidade de se questionar as maneiras de pensar de um grupo social. O esforço intelectual de Mannheim no desenvolvimento da passagem da concepção particular de ideologia para a concepção total, é transformado em habilidade metodológica de pesquisa, cuja aplicação possibilita a construção de formulações que levem em conta a existência de grupos, e a realização de análises não valorativas sobre os modos de pensar dos grupos sociais.

Uma abordagem sociológica pressupõe um olhar problematizador do real, uma postura de estranhamento-aproximação-estranhamento do familiar, e abertura para se relacionar com a diferença, de modo que se possa perceber o outro em pé de igualdade epistêmica. Isso é fundamental para se pensar a sociedade e os indivíduos em um contexto mais amplo. A Sociologia Clínica avança ainda mais nesse

pressuposto, na medida em que, para além da problemática da autoconsciência, trata da implicação de autores(as) com os seus objetos de pesquisa.

Desse modo, pode-se afirmar que tanto as definições de objetos, como as escolhas teórico-metodológicas, e o próprio desenvolvimento da pesquisa, correspondem a interesses implícitos de pesquisadores(as). Esses interesses nos mobilizam internamente, e produzem efeitos. Exigindo um esforço de objetivação científica, sem que isso corresponda à tentativas de apagá-los. Ao contrário disso, corresponde a admitir os interesses implícitos e colocá-los concretamente em pauta, tal como o afirmado por Georges Devereux (2012). Segundo ele, os embaraços causados devido às nossas implicações com o objeto de pesquisa costumam ser negligenciados ou escondidos, “buscamos maquiá-las sob a forma de metodologias ou teorias pseudo-objetivas” (DEVEREUX, 2012, p. 16).

Em todos os ofícios, há ganhos em reconhecer interesses (desejos) conscientes ou até mesmo inconscientes em torno do próprio trabalho. No ofício de sociólogo(a), muito para além de possibilitar a *vigilância epistemológica*, alcançada mediante o tratamento das pré-noções e da desconfiança da interpretação do sujeito em torno da própria vida (Bourdieu; Chamboredon; Passeron, 2004), é fundamental, a compreensão das nossas relações com o campo de pesquisa de interesse, de modo a favorecer interpretações mais controláveis da realidade.

Em sua obra *Da Angústia ao Método nas Ciências do Comportamento*, publicada originalmente em 1967, Devereux reflete sobre a oposição entre subjetividade e objetividade nas ciências humanas e nas ciências exatas. Nessa obra, o autor nos conta de um arquivo particular mantido por ele desde o início de sua carreira como etnólogo. Nesse arquivo (possivelmente no que é reconhecido atualmente como cadernos de campo), Devereux manteve suas experiências e impressões anotadas. Ao se apropriar desse material e analisar suas escolhas conceituais e teóricas-metodológicas, foi ficando evidente que elas seguiam um percurso inconsciente, que também era direcionado por mecanismos de defesa, evitações e inibições.

Nesse sentido, o autor lança mão do conceito psicanalítico de

*contratransferência*²⁹, até mais do que o da transferência³⁰, de modo que esse primeiro conceito vai se constituir como um achado, ou um dado fundamental, das ciências do comportamento. Isso porque a informação gerada pela transferência pode ser encontrada por meio de outros mecanismos, mas o mesmo não ocorre quando se trata da contratransferência, cuja análise se constitui como cientificamente mais produtiva no que se refere aos achados sobre o humano.

O que Devereux percebe, baseando-se em mais de trinta anos de trabalho nos campos da antropologia, psiquiatria e psicanálise, é que uma disposição exageradamente objetificante por parte de pesquisadores(as) funcionaria como mecanismos de defesa a elementos ansiogênicos e angustiantes. A causa dessa angústia estaria num mal-estar gerado pelas dissemelhanças culturais. Como, para o autor, os sintomas são culturalmente codificados a partir de possibilidades pulsionais, as tomadas de decisão de pesquisadores(as) seguiriam na mesma esteira. Nesse sentido, o autor nos impõe desafios epistemológicos e éticos, ao dispor que uma investigação realmente séria pressupõe considerar a angústia fundamental do(a) pesquisador(a) como um fio condutor do trabalho de pesquisa.

Com isso, evidenciamos a problemática dos processos transferenciais e contratransferenciais, tão fundamentais à abordagem clínica. Nessa abordagem, a implicação soma-se em grau de importância a esses processos, e se constitui como condição *sine qua non* na construção de sentido, além de um desafio na produção do conhecimento. Para Jacqueline Barus-Michel (2012) a implicação é inerente ao processo de construção do conhecimento e tem fundamental importância na

²⁹ Contratransferência é o “conjunto de reações inconscientes do analista à pessoa do analisando, e, mais particularmente, à transferência deste” (Laplanche e Pontalis, 2001, p. 102)

³⁰ Transferência pode ser compreendida como um fenômeno de repetição de atualização da história dos nossos amores por meio de novos encontros. No contexto da pesquisa, à medida em que os(as) sujeitos de pesquisa vão construindo suas narrativas, a partir das associações livres, e sem se preocupar com a construção de sentido, elas vão localizando a pesquisadora como destinatária do discurso e como um lugar de “investimento” afetivo e estabelecimento de vínculo. De modo que é por meio deste vínculo que a construção de sentido das narrativas é possível. A transferência é o elemento, quase similar à imagem de uma dobradiça, que vai possibilitar a articulação de unidades separadas. A transferência permite a conexão de sujeitos de pesquisa aos(às) pesquisadores(ras), mas também desses sujeitos com a sua própria trajetória, produzindo desdobramentos (Freud, Sigmund, 1915/1969).

compreensão de vivências coletivas e individuais, permitindo a aproximação de elementos subentendidos. Compreender a implicação é, portanto, condição de “acesso à análise” de um fenômeno social e da compreensão da sua complexidade.

A implicação clínica permite um reconhecimento em profundidade e em complexidade da experiência: trata-se de deixá-la ressoar, prová-la suficientemente para então ouvir o explícito, o subentendido e o subjacente e não perdê-los, contaminados que estaremos pela força do discurso ou das emoções (BARUS-MICHEL, 2012, p. 221).

Segundo a autora, é a escuta ativa da implicação que possibilita a construção de significação e de sentido. “O sentido só emerge se um outro o acolhe, se se dispõe a isso” (BARUS-MICHEL, 2004, p. 126). Desse modo,

é preciso entender a implicação como capacidade de se dispor ao sentido, de acolhê-lo e, em primeiro lugar, admiti-lo ali onde ele nos atravessa (...) isso não quer dizer imergir nele, mas reconhecê-lo, o que supõe, ao mesmo tempo, uma distância (BARUS-MICHEL, 2004, p. 126).

Com isso, a distância é colocada como um contrapeso da implicação. “A implicação não é uma espécie de fusão emocional com o objeto ou ao menos, não poderia persistir como tal e seria dessa forma inutilizável” (BARUS-MICHEL, 2004, p. 126).

Um outro desafio ao conhecimento, é a própria abrangência dos estudos sociológicos, já que seu alcance pode “ir da análise de encontros causais entre indivíduos que se cruzam na rua até a investigação de processos globais” (GIDDENS, 2012, p. 19). É dessa complexidade que emergem a pluralidade de paradigmas e perspectivas teórico-metodológicas na sociologia, uma vez que “precisamos de teorias para nos ajudar a conferir sentido dos muitos fatos que observamos (GIDDENS, 2012, p. 23). Ademais, como o objeto sociológico é construído a partir do olhar sobre as instituições, os grupos ou os indivíduos, também depende daquilo que Wright Mills nomeou de *imaginação sociológica* (Giddens, 2012).

Esta pesquisa localiza-se transversalmente em diferentes campos do conhecimento. Em seu eixo norteador, localizamos os campos da Sociologia Clínica e da saúde, particularmente o da saúde reprodutiva, que, como fenômeno social perpassa a vida de mulheres e homens, e o seu sentido é construído a partir de

diversas culturas e contextos. Em geral, o fenômeno “saúde” é compreendido como um completo estado de bem-estar físico, mental e social, ou a partir da observação da dor, e da doença, ou até mesmo no contexto do mercado de produtos, serviços e tecnologias. Nas Ciências Sociais, essa compreensão é mediada pela cultura, pelo universo simbólico da vivência humana, uma vez que:

Os determinismos sociais não informam jamais o corpo de maneira imediata, através de uma ação que se exerceria diretamente sobre a ordem biológica, sem a dimensão do cultural que os reinterpreta e transforma em regras, em obrigações, em proibições, em repulsa ou desejos, em gostos e aversões (BOLTANKI, 1979, 119).

Outros temas de interesse nesta pesquisa, são o dos movimentos sociais e das ações coletivas, e o das profissões. Desse modo, a problemática de pesquisa formulada em torno da “humanização” do parto e do nascimento poderia nos remeter a inúmeras abordagens teórico-metodológicas. E, nesse sentido, optamos por lançar mão do método de abordagem e análise da sociologia clínica, que, segundo Gaulejac (2005), procura apreender a história como momentos de rupturas e de continuidades, vistos como respostas de indivíduos e grupos frente a situações paradoxais.

2.2 Caminhos do Pensamento e Implicações da Pesquisadora

Afim de seguir as recomendações da Sociologia Clínica, é importante circunscrever o processo de construção desta pesquisa, em paralelo com o esboço das minhas próprias implicações. Esse processo se deu de maneira dinâmica, multifacetada, e trouxe à tona tanto as experiências acadêmicas anteriores ao doutorado como aquelas fruto da minha inserção profissional, e trajetória familiar. Os estudos em torno dos movimentos sociais e das ações coletivas constituíram-se como interesse de pesquisa desde a graduação em Ciências Sociais, na Universidade Federal de Goiás (UFG). Desse período de descobertas e aprendizagem, resultaram um relatório de Projeto de Pesquisa de Iniciação Científica Voluntária (PIVIC) e meu trabalho de conclusão de curso. No Mestrado, já no Programa de Pós-graduação em Sociologia da Universidade de Brasília (UnB), minha dissertação também envolveu a temática dos movimentos sociais e das ações coletivas. O objetivo central desse

trabalho foi o de analisar as condições de nascimento e os desdobramentos de um movimento de bairro da cidade de Goiânia-GO, localizada no Centro-Oeste brasileiro. Para o desenvolvimento da pesquisa tomou-se como referência o sistema de relações sociais no qual o movimento social se situou, os percursos de atores coletivos, as construções de identidades coletivas (FONSECA, 2008, p.7).

Logo após a finalização do mestrado, comecei a trabalhar na Coordenação-Geral de Saúde das Mulheres do Ministério da Saúde (CGSM/DAPES/SAS/MS). Ao longo de sete anos, estive envolvida na gestão de políticas públicas de saúde das mulheres, especialmente com aquelas relacionadas à saúde sexual e a saúde reprodutiva. Houve uma pausa de um ano e meio no trabalho desenvolvido com essa temática, que correspondeu ao período em que estive dedicada à Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR), trabalhando com o Terceiro Programa Nacional de Direitos Humanos (2009).

Na CGSM, trabalhei intensamente com a implementação da política pública que tinha como objetivo a mudança de modelo da atenção obstétrica no Brasil, e ficou reconhecida como Rede Cegonha (RC)³¹. Essa estratégia foi lançada em 2011 pelo governo federal e tinha grandes pretensões, como: reduzir a mortalidade materna e infantil, promover saúde sexual e saúde reprodutiva das mulheres, jovens e adolescentes, além de buscar tornar a assistência ao parto mais respeitosa para as mulheres.

Durante o período em que estive na CGSM, coordenei o Programa Nacional Trabalhando com Parteiras Tradicionais (PNTPT, 2000), o que possibilitou o conhecimento e a aproximação de saberes e práticas de parteiras, ou simplesmente mulheres que assistem parto em aldeias e comunidades localizadas em vazios assistências, da Amazônia Legal, do Nordeste, e do Norte de Minas Gerais. Um dos efeitos dessa experiência profissional foi a apropriação da minha trajetória familiar, sobretudo dos vínculos com a minha avó materna.

Meus pais são nordestinos, e, respectivamente, filho de comerciante com uma dona de casa, e filha de agricultor com uma parteira tradicional e quebradeira de côco

³¹ Qualificar as ações e serviços de Atenção Obstétrica ofertados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), com o sentido de promover a humanização do parto e do nascimento, o planejamento reprodutivo, a captação precoce de gestantes, o pré-natal, no parto e no puerpério (28 dias após o parto) de qualidade.

babaçu. Como migrantes maranhenses, meus pais foram residir na capital de São Paulo quando ainda eram bem jovens. Ambos, com bastante esforço, concluíram formação superior, e isso marcou profundamente a nossa trajetória familiar, pois tendo origem pobre, a valorização da educação formal se constituiu como um marcador pessoal e familiar.

Meu trabalho com saúde sexual e saúde reprodutiva no Ministério da Saúde, para além de todas as possibilidades e consequências profissionais objetivas, me possibilitou o reconhecimento da trajetória da minha avó materna. Ela viveu no campo, foi trabalhadora rural, quebradeira de côco e parteira tradicional. Foi uma mulher com pouquíssima educação formal, e seu trabalho sempre foi ancorado num saber-fazer herdado de gerações anteriores à sua. Ela aprendeu a cuidar de mulheres grávidas, ajudava-as a parir, e ofertava-lhes os primeiros cuidados com os seus bebês. Foi uma mulher forte, destemida, e uma liderança comunitária. O fio que me tece, e me localiza, no tema-trama do parto e nascimento, além de transgeracional, é profundamente ligado ao ato de partejar e aos saberes femininos relacionados a esse ato.

Essa minha aproximação tão originária com esse tema-trama contribuiu profundamente para a própria construção do conhecimento, facilitando a compreensão em profundidade e complexidade do fenômeno e das atoras envolvidas na pesquisa, tal como o colocado Barus-Michel (2012), e já citado em tópico anterior.

Para tanto, foi realizado um trabalho significativo de compreensão e construção de novos sentidos da minha implicação. A compreensão daquilo que estava oculto nos meus interesses de pesquisa só se iniciou quando deixei o trabalho na administração pública federal e pude abrir espaço para a escuta do que me afeta nessa temática. Isso representou, concomitantemente, um período de distanciamento de um modo de pensar e agir como gestora, e de aproximação da minha problemática de pesquisa, de um modo crítico, autocrítico e, porque não dizer também, apaixonado.

Com isso, é necessário evidenciar que, nesse processo de distanciamento e aproximação, a minha própria experiência profissional anterior foi sendo ressignificada e contribuindo para a escuta ativa e diferenciada das atoras do movimento de humanização do parto e do nascimento.

2.3 Método e técnicas de pesquisa

Considerando o exposto no tópico anterior, a busca pela compreensão das trajetórias militantes no contexto da humanização do parto e do nascimento no Brasil acabou saltando aos meus olhos. Sobretudo a possibilidade de desenvolver uma pesquisa sobre trajetórias sociais de grande relevância sócio-histórica. Ao perceber que o movimento pela humanização do parto e do nascimento ainda não havia sido explorado a partir de uma abordagem clínica, passei a trabalhar na construção de uma pergunta norteadora, que fosse, num só tempo, específica, explícita e contribuísse com a operacionalização da pesquisa.

Assim, elaborou-se a pergunta que circunscreveu o objeto da pesquisa, levando-se em conta o cenário da assistência obstétrica hegemônica praticada no Brasil, e diante do qual as lutas pela humanização do parto se apresentam como discursos e práticas. A pergunta que figurou como problema desta pesquisa foi: como se deram os processos e sentidos do engajamento militante no movimento pela humanização do parto e do nascimento no Brasil, sobretudo de mulheres que se tornaram formuladoras ou executoras de políticas públicas de atenção ao parto e nascimento a partir de 2011?

Com o sentido de buscar responder a essa questão central, emergiram quatro perguntas secundárias que também compuseram a problemática da pesquisa:

1. Quais são as características sócio-históricas do fenômeno da humanização do parto e do nascimento no Brasil?
2. Como as militantes do movimento de humanização do parto e do nascimento no Brasil (MHPNB) compreendem a humanização do parto e do nascimento?
3. Quais as principais conquistas, desafios ou impedimentos viveram ou vivenciaram cada uma das participantes da pesquisa, especialmente por serem militantes?
4. Quais são os principais efeitos do MHPNB?

Com esses quatro questionamentos secundários, pretendeu-se aprofundar em importantes elementos das dinâmicas de engajamento militante das atoras do

movimento de humanização. Com a primeira questão, foi reconstruído o cenário sócio-histórico das lutas pela humanização do parto e do nascimento no Brasil, desde a década de 1970 até os dias atuais. Ao partir desse pressuposto, esperava-se, de antemão, compreender como as lutas do passado se articulam com as atuais, que permanecem em curso.

Com a segunda questão, foi possível entrar em contato com as compreensões das militantes acerca do termo “humanização” do parto, já que as suas trajetórias e atuações são transversalmente perpassadas por essas compreensões. Isso se fez essencial nesta pesquisa, já que, no cenário da assistência obstétrica, o termo “humanizar” é polissêmico (Diniz, 2005). Desse modo, uma hipótese bastante factível era a de que as atoras do movimento ancorassem suas narrativas em diferentes noções desse termo. Era provável, ainda, que as diferentes inserções profissionais das militantes (medicina, enfermagem obstétrica e ciências sociais) pudessem ter contribuído com a suas percepções dos diferentes sentidos da humanização.

A terceira questão é bastante significativa. Ela buscou descortinar a atuação política das militantes, considerando as suas inspirações, utopias, adversários(as) nos campos de lutas, desejos, sonhos, medos e perspectivas futuras. A compreensão dos achados dessa questão, em composição com os resultados das questões anteriores, trouxe para a pesquisa a perspectiva multidimensional e complexa, segundo a qual o sujeito é visto como um ser humano vivendo em sociedade, sendo produto dela, ao passo que deseja, reflete, e age sobre o mundo social.

Por fim, a partir da quarta questão foram explorados os efeitos políticos do movimento de humanização, especialmente nas políticas públicas. Essa questão emergiu muito mais com o sentido de perceber as mudanças políticas e institucionais recentes proporcionadas pelo engajamento. Nesse caso, a hipótese era a de que havia causalidade entre o movimento de humanização do parto e as políticas públicas mais recentes sobre o tema. Para tanto, não foram elaborados quaisquer modelos explicativos ou tipologias analíticas, apenas questões mais globais sobre o “como” se deram certas mudanças políticas.

Após localizarmos os interesses, e apresentadas as questões orientadoras da pesquisa, ressalta-se que esta tese pretende contribuir com um retrato mais qualitativo da realidade, embora aportes quantitativos e estatísticos tenham sido necessários e

utilizados, sobretudo na construção do pano de fundo da pesquisa. Desse modo, e em grande medida, há uma preocupação com aspectos da realidade que não tem vocação para a quantificação, ou seja, estão centrados na construção de sentidos, compreensão de significados, expressões coletivas e individuais, valores, motivos, aspirações, desejos e atitudes, correspondendo a um espaço mais aprofundado das relações humanas e dos fenômenos.

Tendo como fundamento a descrição, a explicação, a compreensão das relações entre o global e o local em determinado fenômeno, pesquisas com o formato proposto aqui acabam tendo como resultado narrativas complexas, às vezes formuladas em interação com diversos campos do conhecimento. Além disso, a pesquisa envolveu aspectos teóricos, conceituais e os achados produzidos por meio da pesquisa de campo.

Trazendo essas referências para abordagem da Sociologia Clínica, optou-se por utilizar a técnica metodológica das narrativas de vida e narrativas de livre associação. Embora tenha sido usado o suporte de um roteiro de pesquisa, cujo papel era o de conferir bordas, sem, no entanto, limitar as narrativas. Segundo Gaulejac & Lévy (2000), Lévy (2001), Denzin & Lincoln (2005) essa técnica concebe relatos, histórias de vida e histórias profissionais como subsídios de pesquisas. Com isso, se reconhece que a história de uma coletividade, com sua organização e conflitos, é constituída pela vivência de sujeitos, no curso de suas trajetórias.

E trajetória remete às posições ocupadas pelo indivíduo em estados sucessivos da realidade social, de modo que é apenas na estrutura de um campo, relacionalmente tomado, que se define o sentido das posições sucessivas, conforme o formulado por Pierre Bourdieu (1996).

As especificidades de uma coletividade, de uma sociedade, podem ser apreendidas nos meandros que articulam, no tempo e no espaço, as relações entre a existência individual e a coletiva (Levy, 2001). Assim, “as histórias de vida nos contam a história da vida em sociedade” (HOULE, 2008), figurando, por um lado, como uma estratégia fundamental de pesquisa do universo singular, e, por outro lado, dos processos coletivos.

Narrativas desse tipo são consideradas por Pineu e Legrand como um modo de fazer pesquisa e construção de sentido a partir de fatos temporais: “Ela apresenta uma

abordagem compreensiva, capaz de apreender a significação da experiência vivida”³² (PINEU e LEGRAND, 1993).

Levy (2001) destaca o caráter subjetivo da história, da narrativa, da história da pesquisa e do encontro que a origina. Para ele não há oposição entre fato objetivamente ocorrido e os seus modos de interpretação, tanto no momento em que acontecem como depois. De modo que subjetividade e história não podem ser vistas separadamente, a narrativa faz parte da história, ela é consequência do sentido que o sujeito confere aos acontecimentos.

No Brasil, as narrativas de vida vêm sendo bastante utilizadas por autoras como Lílian Schraiber (1993, 1995, 2008) e Rosana Onoko Campos (2008). Na psicologia social ganham evidência os trabalhos de Ecléa Bosi (2001, 2003), Teresa Carreiro (2001, 2002, 2003) e Onocko Campos e Juarez Furtado (2008).

Bosi, baseia-se em Walter Benjamim e Maurice Halbwachs e busca articulação entre memória individual, memória coletiva e história pública. Teresa Carreiro (2001, 2002, 2003), além de incorporar a perspectiva da etnossociologia a partir da contribuição de Daniel Bertaux (1997), embasa seus estudos na perspectiva psicossociológica e leva em conta a articulação entre as dimensões sociais e psíquicas, a partir do “*romance familiar*” e da trajetória social. Onocko Campos e Juarez Furtado, adotam a perspectiva da hermenêutica de Paul Ricoeur ao considerar a narrativa como elemento de mediação entre acontecimento e estrutura, entre indivíduo e sociedade, entre memória e ação política.

A abordagem da sociologia clínica, além de levar em conta a importância da experiência subjetiva na construção social e histórica, também contribui para a compreensão dos processos intersubjetivos na produção das narrativas e das questões do sujeito na construção do coletivo. A vida de sujeitos não é exterior à sociedade.

2.4 Sujeitos participantes

Para alcançar o objetivo central da pesquisa, e compreender os processos e sentidos do engajamento militante no movimento pela humanização do parto e do

³² Tradução livre.

nascimento no Brasil, sobretudo de pessoas que se tornaram formuladoras ou executoras de políticas públicas, foi essencial a inclusão de algumas dessas mulheres como sujeitos de pesquisa. Inicialmente, havia a dúvida se o fato de ter trabalhado na administração pública federal facilitaria ou não a aproximação com várias dessas mulheres, que militaram em diversos estados do sudeste, centro-oeste e nordeste brasileiro. Mas, posteriormente, esse contato anterior acabou se mostrando positivo para a pesquisa.

Comecei listando os nomes de quatro mulheres que me pareceram bastante significativas, devido sua expressão no contexto do movimento. E depois de conversar sobre o assunto com outras pesquisadoras e ponderar com outras duas militantes, listei mais seis nomes, totalizando dez. Todas essas mulheres se destacavam com relação à composição da estrutura de mobilização (organização e repertório de ação) do movimento, já haviam operado no âmbito das interações com o poder político institucionalizado, e, por fim, trabalharam na formulação ou implementação de políticas públicas. É claro que há mais, muito mais, militantes com essas características no Brasil. Mas era necessário escolher, já que o interesse aqui eram poucos casos e muita densidade. Aliás, espera-se justamente que essa abordagem descritiva e rica em detalhes possa contribuir com o adensamento de informações quantitativas fruto de outras pesquisas e frentes de investigação.

É necessário, além do mais, fazer uma ressalva quanto ao fato do público alvo da pesquisa ser totalmente composto por mulheres. Foram identificados homens militantes pela humanização do parto. Mas, ao fim e ao cabo, quando fechei o escopo da pesquisa em: militantes que se tornaram formuladoras ou executoras de políticas públicas, restaram fundamentalmente as mulheres.

Desse modo, enviei mensagens para as dez militantes listadas, explicando sobre a pesquisa e perguntando se havia o interesse em participar do estudo. Dois contatos foram realizados por e-mail e os demais pelo telefone celular. Todas elas foram bastante receptivas e se manifestaram positivamente quanto à participação. Entretanto, duas delas estavam no exterior, e outras duas tinham agendas disponíveis nos momentos em que as passagens aéreas estavam com valores inviáveis, me impossibilitando de ir ao encontro delas. Naquele momento, havia o interesse de que as entrevistas em profundidade fossem realizadas pessoalmente, e também fosse possível me aproximar presencialmente das realidades de vida das participantes.

Embora houvesse interesse de todas em participar, a criação de espaço em suas agendas sempre muito cheias foi realmente um processo. Com isso, cinco militantes participaram da pesquisa e tiveram suas narrativas explicitadas no quinto capítulo desta tese. Entre as participantes, encontram-se uma cientista social, duas enfermeiras obstetras, e três médicas. Duas entrevistas foram realizadas nos locais de trabalho das militantes, em três etapas cada uma, sempre resguardando o espaço de privacidade. As demais, foram realizadas em ambiente doméstico, favorecendo a aproximação e uma espécie de parturição de palavras. Todas as entrevistas foram longas, mas aquelas realizadas nas casas das participantes foram ainda mais extensas. Desse modo, essas últimas foram compostas por pausas para “esticar as pernas”, tomar chás, café, água, “comer alguma coisinha”, almoçar, e até mesmo jantar. Remetendo, simbolicamente, aos partos domiciliares nos quais as próprias defensoras da humanização recomendam a alimentação e ingestão de líquidos durante o trabalho de parto, que pode ser longo e demorar por várias horas.

A primeira a ser entrevistada foi Laura, uma jovem militante, enfermeira obstetra, residente em Brasília, a quem conheço desde 2012, e tenho uma relação de bastante proximidade. O curioso é que muitos fatos novos e construção de sentido emergiram dessa entrevista.

A segunda entrevista foi realizada com Judith, uma médica bastante articulada, militante histórica do movimento de humanização, oriunda de São Paulo, e que muito contribuiu para a compreensão sócio-histórica do movimento de humanização do parto, sua composição e estrutura de organização. Isso foi de fundamental importância para a pesquisa. Mas a sua entrevista não favorecia a abordagem clínica, de modo que não foi formulada uma narrativa específica para ela.

A terceira entrevistada foi realizada com Laudelina, uma cientista social e sanitária, residente em Recife, cuja vida profissional é quase totalmente permeada pelas temáticas da saúde reprodutiva e do parto. Sua entrevista foi reveladora e profunda do ponto de vista das suas origens e do despertar pelo interesse por essas temáticas. Laudelina também é uma antiga conhecida minha, e acredito que a relação de confiança estabelecida entre nós favoreceu os mergulhos que ela fez em seus próprios conteúdos e experiências. De minha parte, foi desafiador manter o fôlego e sustentar junto com ela a profundidade dos mergulhos que ela se dispôs a fazer, e, de fato, os fez.

A quarta entrevista foi realizada com Nísia, uma enfermeira obstetra de Salvador, militante histórica do movimento e uma pessoa bastante intensa, que ao longo de sua vida pessoal e profissional buscou pela “verdade do parto”. Conversamos sobre a sua trajetória, principais acontecimentos, e, sobretudo, as suas percepções sobre eles.

A quinta entrevistada foi cedida por Mietta, uma jovem médica ginecologista e obstetra de Brasília, que se tornou uma importante referência no movimento de humanização do parto e do nascimento, e a única entre as entrevistadas que tem carga horária de trabalho significativa tanto do setor público como no privado, e com implementação de políticas públicas de atenção obstétrica.

E, por fim, a sexta entrevistada foi Valentina, outra militante histórica do movimento de humanização do parto, médica ginecologista e obstetra, de uma intensidade sensível e forte, ao mesmo tempo. As palavras de Valentina nos oportunizaram análises de grande importância sócio-histórica do movimento de humanização do parto, além de possibilitar a análise sócioclínica tão central nesta tese.

2.5 Procedimentos de pesquisa

No que se refere aos procedimentos de pesquisa, primeiramente foi realizada uma revisão bibliográfica, em literatura nacional e internacional, envolvendo as seguintes palavras chave: modernidade, corpo, parto e sociologia. Posteriormente, foi revisitada e ampliada a literatura sobre movimentos sociais, até que se pudesse chegar no movimento social de interesse específico desta pesquisa. Outro passo importante, foi a realização de um esquadramento do movimento de humanização do parto e do nascimento no Brasil. Isso foi realizado tomando como base artigos, dissertações e teses. Além disso, foi realizada pesquisa nas bases do SaudeLegis, com o objetivo de acessar as diversas normativas governamentais em vigor e revogadas (devido a sua importância histórica), políticas de saúde, documentos do Conselho Nacional de Saúde (CNS), protocolos de intenções firmados entre Ministério da Saúde (MS), Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretários municipais de Saúde (CONASEMS), Relatórios Anuais de Gestão,

apresentações públicas dos balanços de implementações das ações em saúde reprodutiva e Cartas de Moção pela humanização do parto e do nascimento.

Na sequência, e para realização do campo da pesquisa, foi formulado um roteiro de entrevista, que contemplou a questão central da pesquisa, e as questões secundárias. O roteiro também possibilitou a exploração de informações pessoais específicas, como data de nascimento, naturalidade, raça e cor. O roteiro foi bastante flexível e teve a função de apoio, e com potencial de ganhar sentido em ato, que, segundo Schraiber, “deve-se percorrê-lo subordinariamente à dinâmica que o próprio entrevistado dá à narrativa e respeitando a sequência das questões que o relato produz” (SCHRAIBER, 1995). Com isso, fica explícito que busquei a fluidez da oralidade e da conversa, e, para tanto, foram evitadas as intervenções típicas das entrevistas que se ancoram em questionários estruturados ou semi-estruturados. O roteiro básico encontra-se no apêndice 2, e contemplou os seguintes tópicos:

- Quem é a militante _____? (Falar da sua trajetória pessoal, familiar, e seu engajamento com o MHPNB);
 - ✓ Explorar aqui algum grande “acontecimento” (*événement*).
 - ✓ Explorar aqui a percepção da posição social que o movimento lhes possibilita.
- Por favor, poderia falar um pouco sobre o MHPNB? Como se iniciou e como foi se constituindo?
- Na sua opinião, qual a principal “agenda” /aspectos fundamentais do MHPNB?
- Ainda sobre o MHPNB, quais foram os principais impedimentos encontrados e as dificuldades enfrentadas pelo movimento?
- E ao longo da sua trajetória militante? Quais foram os principais impedimentos encontrados e as dificuldades enfrentadas?
 - ✓ Explorar aqui o como as militantes vivenciaram e articularam contradições.
- Por favor, poderia me contar como foi/é a sua vivência junto à administração pública (formulação e execução de políticas públicas)?
- Quais os principais desdobramentos do MHPNB? Você acha que eles ofereceram ganhos para as mulheres brasileiras?

- Como você percebe a mobilização (participação) em torno do MHPNB?
- Na sua visão, quais são os desafios que o MHPNB tem pela frente? Qual o futuro dos profissionais “humanizados”?

Destaco que foi utilizado um caderno de campo, onde foram registradas informações relevantes, e as minhas primeiras impressões logo após cada encontro realizado com as entrevistadas. Todas as entrevistas foram gravadas, mas desde o início foi pactuado entre mim e as participantes do estudo, que elas poderiam solicitar a interrupção da gravação quando sentissem necessidade. E assim foi feito. Além disso, foi utilizada uma versão formal do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e um contrato verbal em que se esclareceu o objeto e os objetivos da pesquisa. É necessário destacar, ainda, que outras permissões informais foram sendo realizadas ao longo do contato com cada uma das entrevistadas, quando as minhas intenções éticas continuaram sendo verbalizadas.

Conforme se espera no contexto dos debates éticos de pesquisas, cabe explicitar que me debrucei sobre o uso dos nomes das participantes. E com o sentido de contribuir com o anonimato, foram utilizados pseudônimos para todas elas. Duas atoras escolheram os seus pseudônimos e os demais foram escolhidos por mim. Todos os sobrenomes foram escolhidos por mim e fazem referência a feministas, militantes pelos direitos das mulheres brasileiras.

No entanto, enquanto escrevia e revisava as narrativas me perguntava se outras militantes, ou até mesmo estudiosos(as) da temática desta tese, identificariam os nomes reais das entrevistadas, dadas as singularidades e as particularidades de cada uma delas. Assim, com o intuito de reduzir danos, em última revisão, foram alterados e, até mesmo, subsumidos trechos que pudessem expor ou constranger as atoras do movimento, que tão generosamente, contribuíram com este trabalho. Com isso, espero preservar pessoas e circunstâncias conflituosas e nada simplórias vividas por elas.

2.5.1 Procedimentos de análise

O uso do gravador durante as entrevistas possibilitou a ampliação do poder de registro, proporcionando a escuta mais detalhada de elementos fundamentais e que compõem as entrevistas, como as pausas e entonação das falas. Isso contribuiu

bastante com a compreensão das narrativas. As transcrições, etapa posterior, foi uma fase longa e muito importante. Elas foram realizadas integralmente por mim, e mantendo a literalidade das falas.

A decisão de não terceirizar o trabalho de transcrever se deu como medida de usar o próprio momento das transcrições para ouvir novamente as participantes da pesquisa, organizar o conjunto de informações coletadas no trabalho de campo, e, sobretudo, ampliar a captação das conexões de sentido produzidas em cada uma das entrevistas. Digo ampliar, porque esse trabalho de escuta ampliada e qualificada se iniciou desde que entrei em campo. Com isso, evidencia-se que, de certa maneira, as análises dos achados da pesquisa se iniciaram desde antes mesmo da realização das transcrições e ganharam profundidade devido aos procedimentos de análise que se seguiram, e no momento da formulação dos textos das narrativas.

Seguindo o defendido por Bertaux (1997), as repetidas leituras do material transcrito me possibilitaram uma leitura mais compreensiva que se tornou a base para estimular recursos interpretativos de maneira mais criativa. O recurso de “impregnar-se de cada relato” (Shraiber, 1997), foi realmente fundamental para as análises.

Em pesquisas com abordagem socioclínica, é crucial que os procedimentos de análise levem em conta os dados objetivos e subjetivos em relação dialética. A articulação entre o objetivo e o subjetivo é, precisamente, o que nos possibilita a interpretação da passagem da trajetória individual à história social. Num mesmo movimento, foi possível observar sujeitos – as atoras do movimento de humanização do parto e do nascimento - e sociedade em interação. Mas também, e simultaneamente, os fatos e as emoções que decorrem deles ou os antecedem. Segundo Rhéaume,

A narrativa é então tomada como modo intersubjetivo de produção de conhecimento onde os aspectos subjetivos e objetivos estão entrando em uma nova relação dialética, complexa. Os aspectos subjetivos e objetivos são assim profundamente questionados, se interpenetrando, se confrontando em uma história verídica, ainda inacabada entre protagonistas de uma prática social, história que é também prática de vida (RHÉAUME, 2010, p. 64).

No contexto da Sociologia Clínica, as narrativas de vida estão para além da descoberta do sentido de uma história. De fato, referem-se à construção de sentido

num espaço intersubjetivo. Para Giust-Desprairies (2000), o processo de subjetivação que se dá no ato de narrar é caracterizado pela concomitância entre construção narrativa e o seu encaminhamento ao outro. Para a autora, o sentido se dá num entre-meio, num contexto ‘entre-deois’, figurando uma espécie de subjetividade em ato.

Nas narrativas, coexistem elementos da história, tal como é narrada, e a história como decurso de episódios e situações. Elenca-se, nesse sentido, distinções entre o tempo cronológico e o tempo do imaginário (psíquico) (Gaulejac, 2000). Ao narrar, o sujeito vai ao encontro da sua própria história, seu passado, presente, futuro, podendo, como efeito, ressignificá-lo. Assim, “contar sua história é meio de jogar com o tempo da vida, de reconstruir o passado, de suportar o presente e de tornar belo o futuro” (GAULEJAC, 2000; p. 136).

Para as análises das entrevistas considerei que as práticas sociais e a construção de significações imaginárias coexistem de maneira inter-relacionada e ancoram as ações dos sujeitos. Num sentido, as significações imaginárias configuram-se como dimensão criativa, o fundamento para o delineamento de novos projetos, caminhos e ações inovadoras. E, em outro sentido, como fonte de repetição, e reprodução de padrões instituídos.

Desse modo, durante as análises foi realizada a reconstrução de uma estrutura diacrônica das narrativas de cada entrevistada, proporcionando a apreensão da sua ordem temporal, e a compreensão das associações causais. Formulou-se, nesse sentido, categorias analíticas denominadas como sócio-históricas / biográficas / afetivas. Na primeira, foram destacadas as estruturas sociais objetivas, as instituições, ambientes, redes de sociabilidades e processos macrossociais. Na segunda, enfocou-se em acontecimentos relacionados à trajetória dos sujeitos, e em instituições, como: nascimento, casamento, escolas, universidades, trabalhos, inserção em movimentos sociais, dissidências, cisões, deserção. Na terceira, apreendeu-se os sentimentos que mobilizaram internamente as participantes, como: medo, insegurança, angústia, reconhecimento, felicidade, fracasso e outros.

O cruzamento dessas categorias possibilitou uma leitura mais qualificada acerca dos sentidos atribuídos a certos afetos, frente às estruturas sociais confrontadas pelas atoras participantes da pesquisa. Com isso, foi construído um modelo explicativo segundo o qual o movimento de humanização do parto é mediado pelo

imaginário e pelas ações dos sujeitos, levando, como desdobramento, ao fomento de políticas públicas.

Capítulo 3 – Movimento pela Humanização do Parto e do Nascimento no Brasil, Engajamento Militante e Políticas de corpo

Trata-se, portanto, de compreender esta multiplicidade de elementos, sincrônicos e diacrônicos, e de explicar, pois, como eles se combinam na concreta unidade do ator coletivo.

(Alberto Melucci, 2001)

Neste capítulo, apresento uma trilha teórica que possibilita a compreensão do processo sócio-histórico das lutas pela humanização do parto e do nascimento no Brasil, desde a década de 1970 até os dias atuais. Trata-se de um delineamento significativo, realizado sob a ótica das abordagens dos movimentos sociais e das ações coletivas, e que demonstra as dinâmicas e as (des)continuidades ocorridas nessas lutas sociais.

Parti do pressuposto de que compreender as diversas lutas pela humanização do parto e do nascimento, que emergiram nesse período histórico, seria uma oportunidade de se construir um fio condutor presente-passado que conduzisse ao entendimento de como se articularam as ações coletivas e anseios por mudanças no cenário da saúde reprodutiva no Brasil.

O desafio apresentado quando da elaboração deste capítulo foi exatamente o de reconhecer que ao longo dos processos das lutas sociais sobre as quais me debrucei, ocorreram diversas mudanças socioculturais e nos sistemas políticos, que se articularam na construção do tecido social e no próprio campo dos conflitos políticos. Foi frente a isso que o movimento de humanização do parto e do nascimento produziu maneiras de agir, orientações, relações, motivações, identidades e desdobramentos das ações coletivas. Esses elementos caracterizam o movimento social, e lhe confere sentido.

Com isso, busco compreender como se deu a participação da sociedade civil na construção de novas lógicas, sentidos e práticas na assistência ao parto e ao

nascimento no Brasil. Para tanto, e em primeiro lugar, foram esquadrihados diversos paradigmas e abordagens teóricas dos movimentos sociais. Em segundo lugar, foram mapeadas iniciativas individuais, ações coletivas e movimentos sociais pela humanização do parto e do nascimento, desde a década de 1970 até os dias atuais. E, por último, sinalizamos as principais políticas públicas e programas governamentais em torno dessa temática. Com isso, foram identificados campos de conflitos em nível de sistema, evidenciando o caráter histórico e temporal das lutas sociais acerca do assunto. De modo que foi possível perceber o quanto esse período foi vigoroso em termos das lutas contra-hegemônicas ao paradigma tecnocrático da assistência às gestantes e recém-nascidos.

3.1 Movimentos Sociais e engajamento: Alguns pressupostos

A temática dos movimentos sociais é ampla, complexa, e permeia diversas áreas do conhecimento. Nas Ciências Sociais, ela vem sendo recorrentemente abordada como objeto de pesquisa, sendo possível identificar escolhas teórico-metodológicas que indicam sinais de esgotamento de algumas abordagens, em concomitância com a emergência de novos enfoques teóricos e conceitos-chave (Fonseca, 2008). De modo geral, a temática dos movimentos sociais é englobada nos estudos sociopolíticos e, usualmente, são compreendidos a partir da problemática da ação coletiva (Gohn, 2002). Ou ainda, a partir da teoria da ação social tal como fizeram Smelser (1962), Tilly (1978) e Touraine (1973, 1978) (Gohn, 2002).

Para Ilse Scherer-Warren (1987),

na sociologia acadêmica, o termo ‘movimento social’ surgiu com Lorens Von Stein, por volta de 1840, quando este defende a necessidade de uma ciência da sociedade que se dedicasse ao estudo dos movimentos sociais, tais como o movimento proletário francês e o do comunismo e socialismos emergentes (p. 12).

Mais recentemente, no século XX, a temática passa a ser compreendida no campo da “teoria do conflito e da mudança social”. Tendo isso em perspectiva, observa-se que foram elaborados diferentes conceitos de movimentos sociais na produção sociológica, mas, nas formulações contemporâneas, é possível identificar

um certo consenso acerca das suas características (e.g., Alonso, 2009; Gohn, 2008; Snow, 2004). Uma primeira característica é a da mobilização coletiva, compreendida de diversas formas pelas teorias dos movimentos sociais, como: comportamento coletivo, ação coletiva, redes de movimentos sociais, ação conjunta e outras. A segunda característica é a da reivindicação ou proposição de mudanças da realidade social, a partir de algum grau de organização coletiva. Em terceiro lugar, as ações coletivas precisam ter continuidade temporal para serem consideradas como movimento social (Nunes, 2013).

Essas características, de um modo ou de outro, estão presentes nas teorias dos movimentos sociais, formuladas a partir da década de 1970 até os dias atuais, e são fundamentadas por diferentes princípios (Nunes, 2013). Alguns deles têm mais relação com a estrutura ou com o macrosocial, outros com a psicologia do comportamento social, outros com a racionalidade estratégica, e outros com as dimensões simbólicas, culturais ou identitárias. Nesse sentido, para Angela Alonso (2009), existem três grandes grupos de teorias dos movimentos sociais, que vieram à tona desde 1970: a teoria da mobilização dos recursos (McCarthy & Zald, 1977), a teoria do processo político (Tilly, 1975) e a teoria dos novos movimentos sociais (Touraine, 1978; Habermas, 1981; Melluci, 2001).

A título de contextualização, as abordagens que antecederam ao período adscrito desses três grandes grupos vem sendo classificadas como abordagens clássicas dos movimentos sociais. Muito embora elas tenham diferentes ênfases e relevos, pode-se afirmar que constituem dois eixos analíticos fundamentais: a teoria da ação social, com seus interesses pela compreensão dos comportamentos coletivos, analisados por meio do enfoque sociopsicológico; e as abordagens ancoradas na teoria marxista, nas quais o conceito de movimentos sociais esteve muito baseado nas lutas de classes, e no próprio conceito de classe.

Segundo Maria da Glória Gohn (2002), de 1920 a 1960, a abordagem enfocada na ação social e nos comportamentos coletivos foi muito frutífera na sociologia. Para a autora, cinco grandes correntes compõem a abordagem clássica, sendo que em três delas os movimentos sociais são conceitualizados, enquanto que nas outras duas, as ações coletivas não são mencionadas em termos de “movimentos sociais”. São elas:

- 1- A Escola de Chicago e alguns interacionistas simbólicos do início deste século. Como um dos produtos desta corrente temos a primeira teoria sobre os movimentos sociais, no trabalho de Herbert Blumer (1949).
- 2- A segunda corrente desenvolveu-se ao longo dos anos 40 e 50, com as teorias sobre a sociedade de massas de Erich Fromm (1941), Hoffer (1951) – também militante de movimento social – e K. Kornhauser (1959). Este último exerceu forte influência sobre algumas produções posteriores; ele caracterizava os movimentos como formas irracionais de comportamento e os considerava antimodernos.
- 3- A terceira corrente predominou nos anos 50 com um forte acento em variáveis políticas e está presente nos trabalhos de S. Lipset (1950) e Heberle (1951). Ela articulava as classes e as relações sociais de produção na busca do entendimento tanto dos movimentos revolucionários como da mobilização partidária, do comportamento diante do voto e do poder político dos diferentes grupos e classes sociais. Ela gerou a segunda grande teoria específica sobre movimentos sociais, expressa nos trabalhos de Heberle.
- 4- A quarta corrente foi uma combinação das teorias da Escola de Chicago com a teoria da ação social de Parsons e se fez presente nos trabalhos de Goffman (1959), Turner e Killian (1957), Smelser (1962) e David Arbalet (1966). Eles analisaram desde formas elementares de comportamento coletivo até a construção das ações coletivas em larga escala, retomando o *approach* psicossocial e deixando de lado os vínculos entre as estruturas e a política, tão caros à corrente anterior. A terceira grande teoria sobre os movimentos sociais na abordagem dos clássicos decorre desta corrente, nos trabalhos de Smelser.
- 5- A quinta e última corrente da abordagem clássica, denominada organizacional-institucional, está representada pelos trabalhos de Gusfield (1955) e Selznick (1952). Teve grande influência nas teorias que substituíram o paradigma clássico, mas não gerou, em sua época, nenhuma teoria específica sobre os movimentos sociais. Nos anos 90 foi retomada por alguns pesquisadores dos movimentos sociais, entre eles o próprio Gusfield (GOHN, 2002, p. 25 e 26).

O principal foco desses estudos foi a abordagem sociopsicológica. E, para Alonso (2009), “de uma maneira ou de outra, a explicação tinha pilares psicossociais, amparando-se em emoções coletivas, e tom sombrio, ressoando o contexto de avanço dos regimes totalitários” (p.50). Tendo como legado da Escola de Chicago, as explicações das ações coletivas e dos comportamentos das massas eram realizadas por meio das análises das condutas e atuações dos indivíduos. Entretanto, a abordagem psicossocial não se restringia ao olhar das microrrelações sociais. Ao contrário disso,

o indivíduo era percebido no âmbito das macroestruturas, de modo que o debate girava em torno dos conflitos ocasionados por desajustes ou inaptações dos indivíduos frente às estruturas. Os movimentos sociais que emergiam naqueles contextos eram considerados como disruptores da ordem social.

Essas análises eram permeadas pela perspectiva durkheimiana de anomia social, e tinham como referência, fundamentalmente, a obra de Smelser (1962). Esse autor, que trabalhou de acordo com um enquadramento funcionalista do social, e tendo em vista os estudos estrutural-funcionalista, é, segundo Gohn, “citado em várias enciclopédias e tratados de sociologia e de política como um dos principais teóricos sobre movimentos sociais dos anos 60” (GOHN, 2002, p. 329).

Ainda com relação a esse período analítico dos movimentos sociais, mas agora se tratando dos estudos ancorados na teoria marxista, as abordagens críticas lidavam com um conceito dos movimentos sociais circunscrito na problemática da revolução e da reforma (Hobsbawn, 1970). Nesse sentido, além dos movimentos serem percebidos dentro de uma chave da mudança e da transformação social, eram vistos como revolucionários e reformistas. Ademais, a crítica estava baseada em análises acreditadamente objetivas do social e na centralidade da classe trabalhadora.

Grande parte da interpretação dos movimentos sociais ancorada na teoria marxista, teve como objeto o movimento operário, os partidos políticos e os sindicatos. Para Gohn (2002), as organizações funcionavam como apoio aos movimentos, e, em alguma medida, o seu sucesso relacionava-se à transformação de uma reivindicação em uma política ou organização institucionalizada.

Como as categorias da organização da classe e o processo de formação da consciência social eram centrais no modelo de projeto de sociedade que se desenhava e aspirava-se como ideal, não havia muita preocupação quanto à diferenciação entre movimento social ou político, ou quanto a movimentos ou organizações (GOHN, 2002, p. 331).

Nesse sentido, podemos nos remeter a Gramsci (1971, 1972, 1979) e Lukács (2003), que para compreenderem as lutas sociais e as reivindicações por mudanças das condições materiais de existência e de certas ordens ideológicas dominantes, tomaram como base os fundamentos conceituais da perspectiva teórica do jovem Marx (1818-1883), tal como “consciência de classe”, “alienação”, e a “ideologia”.

Outros autores, que também trabalharam com o tema, optaram por lançar mão do referencial marxista em que predominaram os conceitos de “forças produtivas”, relações de produção, superestrutura, infraestrutura, mais-valia, e vários outros conceitos capazes de fazer a apreensão lógica do desenvolvimento do capital.

Mudanças políticas e novos fenômenos que emergiram nas décadas de 1960 levaram ao surgimento de estudos com novas preocupações teóricas, concebidas na Teoria da Mobilização de Recursos (TMR). Ela ia contra as análises voltadas ao comportamento coletivo dos grupos sociais, e a ênfase dada pelo paradigma tradicional aos ressentimentos e sentimentos dos grupos coletivos acaba sendo refutada. Desse modo,

O papel das crenças compartilhadas e o da identidade pessoal, tratados pelo paradigma clássico, foram rejeitados porque eram analisados sob o prisma do comportamento irracional das massas (visto como sinônimo de alta dose de patologia social) (GOHN, 2002, p. 49).

Na chave analítica da TMR, os movimentos sociais são concebidos a partir de uma lógica econômica e de fatores como a “organização, os interesses, os recursos (**humanos, financeiros, e de infraestrutura, grifo da autora**), as oportunidades e as estratégias” (GOHN, 2002, p. 331). Segundo Angela Alonso (2009),

A TMR aplicou a sociologia das organizações ao seu objeto, definindo os movimentos sociais por analogia com uma firma. A racionalização plena da atividade política fica clara no argumento da burocratização dos movimentos sociais, que, gradualmente, criariam normas, hierarquia interna e dividiriam o trabalho, especializando os membros, com os líderes como gerentes, administrando recursos e coordenando as ações (McCarthy e Zald, 1977). Quanto mais longevos, mais burocratizados os movimentos se tornariam (ALONSO, 2009, p. 52).

Mancur Olson (1999), partindo da teoria da ação racional, é um autor com grande contribuição para as mudanças no paradigma clássico dos movimentos sociais e de referência para a TMR. Depois dele, Oberschall (1973), McCarthy e Zald (1973), Gusfield (1970) e Tilly (1978), com suas diferentes abordagens, também figuram nesse cenário como fundamentais para o desenvolvimento da TMR (*apud*. Gohn, 2002). Para Olson, a questão da ação coletiva era a de compreender como mobilizar um grupo em torno de interesses por certos bens coletivos. Em *A Lógica da Ação Coletiva*, o autor estuda os grupos de interesse e não propriamente os

movimentos sociais, levando em conta que grupos mais numerosos, ou com mais membros, encontram mais facilidade em organizar os interesses coletivos do que os grupos menores, e destaca o papel dos líderes que organizam os interesses.

Quanto às críticas feitas à TMR, Gohn (2002) explicita:

Provavelmente a principal crítica à MR não foi formulada a ela em si, mas à teoria que lhe deu origem e sustentação: a das escolhas racionais. Isto porque esta última baseia-se no modelo das ciências naturais, tratando os indivíduos como seres abstratos, universalizando a experiência de um tipo particular de ser humano: a raça branca, as camadas médias da população, em países do capitalismo desenvolvido do ocidente. Com isto, introduziu o que se convencionou chamar de um *bias* político, um viés. Os grupos sociais subordinados, suas lutas, seus princípios, cultura, valores, normas, objetivos, projetos, etc., são simplesmente ignorados, como se não existissem (GOHN, 2002, p. 55).

Já a Teoria do Processo Político (TPP) foi formulada nos Estados Unidos, tal como a TMR, mas analisa diversos movimentos sociais europeus. Entretanto, o enquadramento macro-histórico dos fenômenos passa a ser importante na TPP, que tem autores de referência como Charles Tilly e Sidney Tarrow.

Tilly (1975), teve como objeto de estudo o movimento revolucionário na França, do século XVIII, e movimentos reformistas na Inglaterra, do século XIX. Ele buscou compreender os movimentos sociais a partir de autores clássicos da sociologia, como Marx, Durkheim e Weber. Tilly é considerado como o grande nome no contexto desse paradigma. O autor formulou uma sociologia política histórica, e partindo de uma metodologia comparativa de casos, buscou compreender como eram organizados os macroprocessos políticos no Ocidente. Para Alonso (2009), um “elo entre esse projeto e o debate marxista está em seu clássico *From mobilization to revolution* (1978)” (p. 54).

Tilly critica a tradição sociológica por ter segregado o estudo das disputas entre elites da análise dos movimentos populares. Argumenta alternativamente que ambos são perfeitamente racionais e dotados da mesma lógica, pertencendo a uma única classe de fenômenos. A distinção entre eles é de grau de organização e de uso da violência, não de natureza. A prevalência de uma dessas formas depende de dois gêneros de parâmetros: um, político; outro, histórico-cultural (ALONSO, 2009, p. 54).

Sidney Tarrow, pouco conhecido no Brasil até a década de 1990, e com vasta produção no campo dos movimentos sociais, trabalhou e estudou nos Estados Unidos e na Europa, participou de debates sobre movimentos sociais no *Centre d'Etudes* em Paris, em 1969. E na década de 1970, trabalhou como professor e pesquisador em universidades italianas, quando enfocou nos estudos acerca dos movimentos de redemocratização da Itália. Na década de 1980, ele lecionou na Universidade de Stanford, na Califórnia, quando publicou sua obra *Democracy and Disorder*. Já nos anos de 1990, permaneceu nos Estados Unidos, mas passou a trabalhar na Universidade de Cornell. Em 1994, publicou a obra que o consagrou como autor de referência no campo: *Power in Movement*.

Tarrow se questionou sobre o engajamento e o que motivava os indivíduos a se mobilizarem em torno de uma causa, e sobre a formulação de mensagens ideológicas dos movimentos por parte das lideranças. “Por que algumas mensagens atraem e outras não. Na busca de respostas, Tarrow analisou o sistema de crenças e símbolos que inspiram os manifestantes” (GOHN, 2002, p. 93). O autor, no entanto, faz críticas à identidade coletiva de grupos. Segundo Gohn,

Tarrow não vê a possibilidade de recriação da cultura política herdada ou adquirida em experiências passadas nas próprias ações cotidianas que ele procura pôr em destaque. A teoria da escolha racional está também presente em seu trabalho com grande destaque” (GOHN, 2002, p. 96).

Contudo, Tarrow formula o conceito de ciclos de protesto, que conforme Gohn:

A importância do estudo dos ciclos de protesto é dada pela contribuição que traz para a análise do processo político de inovação do próprio sistema político. Um ciclo é definido como a fase de conflitos e disputas intensificadas nos sistemas sociais, incluindo: rápida difusão da ação coletiva dos setores mais mobilizados para os menos mobilizados, passo estimulante de inovações nas formas de disputa, novos *frames* de ações coletivas (ou retransformados), combinação de formas de participação organizada e não-organizadas, e sequências de interações intensificadas entre os desafiadores (militantes dos movimentos) e as autoridades, que resultam em reformas, repressão, e algumas vezes em revoluções (Tarrow, 1994: 153) (GOHN, 2002, p. 96).

Para o autor, os ciclos de protestos correspondem a inovações políticas. Tendo isso em vista, e com o intuito de compreender melhor essas inovações, baseou-se em Tilly (1978), McAdam (1982), Kitschelt (1986), e formulou o conceito de oportunidades políticas, transformando-o em eixo central da TPP. Angela Alonso (2013), fazendo referência à *Power in movement: Social movements and contentious politics*, de Tarrow (1998), argumenta que:

quando há mudanças nas EOPs (**estrutura de oportunidades políticas, grifo da autora**), isto é, nas dimensões formais e informais do ambiente político, se abrem ou se criam novos canais para expressão de reivindicações para grupos sociais de fora da *polity*. Isso pode ocorrer pelo aumento da permeabilidade das instituições políticas e administrativas às reivindicações da sociedade civil, provocadas por crises na coalizão política no poder; por mudanças na interação política entre o Estado e a sociedade, especialmente a redução da repressão a protestos; e pela presença de aliados potenciais (Kriesi, 1995) (ALONSO, 2013, p. 55).

Os conflitos sociais emergentes ainda na década de 1960, na Europa, relacionados às questões de gênero, geracionais, reconhecimento de identidades étnicas, direitos sociais e políticos, pela paz, pela preservação ambiental, de contracultura e outros, originaram novas abordagens, como a neomarxista³³ e a culturalista-acionalista. Ambas partiram do esgotamento do marxismo, da priorização da categoria de classes, de esquemas analíticos ancorados na lógica racional, na estratégia dos atores, e da concepção dos movimentos como fenômenos estrategicamente calculados.

No sentido da crítica à ortodoxia marxista, as novas abordagens mantêm o enquadramento macro-histórico e a relação explicativa entre mudança social e

³³ O neomarxismo, em termos teóricos, localiza-se no contexto da tradição marxista. Nesse sentido, retomamos Freitas (1994), que demonstra uma distinção entre marxismo e tradição marxista. Segundo o autor, “O primeiro termo refere-se a sistemas teóricos fechados que relêem a obra de Marx em busca de aprimoramentos conceituais e analíticos; o segundo a um conjunto de pesquisas empíricas que, sem preocupações de caráter exegético, empregam e desenvolvem conceitos originalmente formulados por Marx. No primeiro caso, nos vemos diante de esquemas formais que ignoram a dimensão subjetiva da atividade humana e reificam as categorias centrais do pensamento de Marx. No Segundo, em contraste, se resgata não só essa dimensão subjetiva como também a ‘vida’ das categorias marxistas, na medida em que se introduz noções como experiência e cultura. Assim, se o marxismo anula o chamado ‘sujeito’, a tradição marxista o recupera. Ao incorporar as noções acima, ela (re)abre a possibilidade de se examinar o papel de motivações subjetivas na conformação de arranjos estruturais objetivos” (p. 217).

conflitualidades. Nesse aspecto, não se diferenciam dos autores da TPP, a novidade está na produção de análises enfocadas nos aspectos culturais dos movimentos sociais. Para Gohn:

Assumindo o risco de cometer equívocos ao buscarmos agrupar teorias de determinados paradigmas, podemos distinguir dois grandes deles na Europa depois 1960, agrupados em duas grandes linhas de abordagens, a saber: a neomarxista e a culturalista-acionalista, que se consagrou como a dos Novos Movimentos Sociais (GOHN, 2002, p. 119).

A abordagem neomarxista tem Lukács (1960), Gramsci, Manuel Castells (1972, 1983) e Borja (1975), como seus principais teóricos. A abordagem culturalista-acionalista é representada principalmente por Alain Touraine³⁴, Jürgen Habermas, Axel Honneth e Alberto Melucci.

A perspectiva neomarxista dos movimentos sociais parte de questões estruturais como ponto de partida na compreensão das conflitualidades. Enfoca a cultura política e as inovações democráticas, que se desdobraram dos movimentos sociais. Lukács (1960) demonstra essa ideia a partir da teoria da alienação, ao passo que Gramsci o faz por meio da teoria da hegemonia. Alienação, nesse caso, é compreendida

em termos de dominação dos sujeitos por forças alheias que impedem o pleno desenvolvimento de suas capacidades humanas e a emancipação como a liberdade das garras destas forças alheias, sejam elas ‘forças da natureza’ ou advindas da organização da sociedade (ASSIES; BURGWAL; SALMAN 1990, p. 24).

E quanto à hegemonia, considera-se aqui como o domínio exercido por uma classe social dominante sobre outra classe social e até mesmos sobre várias classes, em uma determinada época. A hegemonia é constituída por duas funções: a de domínio e a de direção intelectual e moral (Mochcovitch, 1992, p. 20-21 *apud*. Dantas, 2015, p. 17).

Gohn considera que Gramsci é um autor fundamental para as análises dos movimentos populares urbanos ocorridos na América Latina, nos anos 1970 e 1980 (Gohn, 2002).

³⁴ Ver Gadea & Scherer-Warren (2005).

Entre os clássicos do marxismo, ele é o autor que fez ponte possível para a compreensão da realidade: a articulação entre as análises estruturais e as conjunturais. Ele resgatou a política e as conjunturas específicas, abrindo caminhos para se fugir das análises mecanicistas e deterministas da história (GOHN, 2002, p. 188).

Castells, na Espanha, também contribuiu com os debates em torno das questões urbanas, evidenciando os movimentos sociais como mecanismos de luta frente ao Estado e por melhorias urbanas. Em seu livro intitulado *A Crise Urbana, Movimentos Sociais e Via Democrática para o Socialismo em Sociedades Avançadas* (1980), o autor enfoca na relação entre movimento cidadão e a problemática econômica e política do capitalismo avançado. A crise urbana, então, é atribuída à incapacidade do sistema capitalista em sustentar as necessidades de produção, distribuição e gestão dos meios de consumo coletivos indispensáveis à sobrevivência cotidiana.

O desenvolvimento do capitalismo monopolista, com o aumento das exigências pela acumulação de capital e do consumo, agravaria a contradição estrutural, levando a uma crise urbana. Os baixos salários seriam incompatíveis com as necessidades de consumo. Isso provocaria a organização de excluídos impossibilitados de acessar bens necessários à vida nas cidades, ocasionando a explosão de movimentos reivindicatórios urbanos com capacidade de transformar a sociedade, à depender da força e potência organizativa desses movimentos na criação de novas possibilidades históricas.

Já na década de 1980, Castells vai deslocando-se teoricamente da matriz estrutural-marxista e passa a ser bastante influenciado por Alain Touraine. Assim,

Os movimentos urbanos passaram a ser definidos como práticas coletivas conscientes, originárias de problemas urbanos, capazes de produzir mudanças qualitativas no sistema urbano, na cultura local, e nas instituições políticas, em contradição com os interesses sociais dominantes institucionalizados (GOHN, 2002, p. 192).

Ao longo dessa década, Castells vai ratificando esse deslocamento. E, para ele,

Os movimentos sociais não são agentes de transformação social. Eles possuem limites políticos e técnicos. Estão sujeitos ao jogo do clientelismo político, em troca de demandas imediatas. Estão mais sob o fluxo da lógica política. São tolerados pelas instituições. Eles possuem também limites profundos em termos de sua capacidade de

transformação urbana (CASTELLS, palestra proferida na Secretaria Geral de Planejamento, São Paulo, Brasil, 1985; *apud.* Gohn, 2002, p. 193).

Mas, ainda assim, Castells afirma que:

os movimentos são fundamentais para uma gestão democrática da cidade, porque são os verdadeiros diagnosticadores das necessidades coletivas. As reformas não ocorrem sem pressões. Sem movimentos, não há condições para uma reforma urbana democrática, porque não há como detectar as reais necessidades. Esta reforma requer instrumentos políticos e técnicos. Portanto, os movimentos seriam agentes formuladores das mudanças a serem implementadas pelo Estado, por meio de instrumentos institucionalizadores (CASTELLS, palestra proferida na Secretaria Geral de Planejamento, São Paulo, Brasil, 1985; *apud.* Gohn, 2002, p. 193).

Desse modo, Castells retrata a interrelação entre Estado e movimentos sociais. Se, por um lado, as mudanças não seriam possíveis sem constrangimentos e pressão sobre o Estado, por outro lado, os instrumentos técnico-institucionais possibilitariam a sobrevivência dos movimentos. Nesse sentido, o Estado passa a ser percebido pelo autor como um ente encarregado da coesão social, com capacidade reguladora das relações políticas de classe.

Borja (1975), um outro autor Espanhol importante nesse cenário, trabalhou com um enfoque histórico-estrutural e também se dedicou ao tema das contradições urbanas e dos movimentos sociais urbanos. O autor compreende os movimentos sociais da seguinte forma:

movimentos reivindicatórios urbanos como as ações coletivas da população enquanto usuária da cidade, quer dizer, de habitações e serviços, ações destinadas a evitar a degradação de suas condições de vida, a obter a adequação destas às novas necessidades ou a perseguir um maior nível de equipamento. Estas ações dão lugar a efeitos urbanos (modificação da relação equipamento-população) e políticos (modificação da relação da população com o poder no sistema urbano) específicos, que podem chegar a modificar a lógica do desenvolvimento urbano (BORJA, 1975, p.12).

Desse modo, a análise dos movimentos sociais realizada por Borja está no âmbito das contradições urbanas. Contradições essas visibilizadas na contraposição entre as necessidades criadas devido ao processo de acumulação e para o

desenvolvimento da produção, como para a reprodução da força de trabalho. O Estado, segundo o autor, aprofundaria essas contradições.

Na abordagem culturalista-acionalista, ou dos novos movimentos sociais, o coletivo é compreendido como complexo e difuso, e o sujeito³⁵ em busca por potenciais emancipatórios no contexto da modernidade. As análises políticas têm sua abrangência ampliada, passando a ser compreendidas em uma dimensão da vida social, que afeta todas as práticas sociais, alcançando as relações macrosociais e culturais. Os atores sociais ganham expressão e passam a ser analisados tendo em vista as identidades e as ações coletivas criadas no curso dos processos sócio-políticos. Desse modo, o ônus determinante das estruturas diminui, abrindo espaço para as análises das ações dos atores nos movimentos sociais. Estes, por sua vez, voltam-se para a retratação da opressão e do sofrimento social, e para a reparação de injustiças ambientais, étnicas, de gênero e outras.

O sociólogo Alain Touraine, dedicou grande parte da sua carreira aos estudos dos movimentos sociais. Ainda na década de 1970, Touraine define movimento social como “a ação conflitante de agentes de classes sociais lutando pelo controle do sistema de ação histórica” (TOURAINÉ, 1977, p. 336). Para ele, o sistema de ação histórica é compreendido como um campo social e cultural, que confere direção ao desenvolvimento da sociedade. De modo que os movimentos sociais são expressões de “confronto de interesses opostos para controlar forças de desenvolvimento e do campo de experiência histórica de uma sociedade” (TOURAINÉ, 1977, p. 344).

Em sua obra *O Retorno do Ator* (1983), Touraine diferencia dois tipos de sociedade, que teriam relação com duas categorias de movimentos sociais, as sociedades industrial e pós-industrial. Na sociedade industrial, onde vigorariam os planos da produção, baseados na técnica, e o da reprodução, relacionado com a cultura. Nesse cenário, os conflitos produtivos seriam mais evidentes e os trabalhadores industriais protagonizariam as mobilizações. Desse modo, o movimento social típico na sociedade industrial seria o movimento operário.

A partir da década de 1960, teria emergido, segundo Touraine, um novo tipo de sociedade caracterizada como “sociedade pós-industrial”, na qual o trabalho e a

³⁵ “a ideia do sujeito como o ideal do ator, do indivíduo que se quer ator” (TOURAINÉ, 2006, p. 125).

indústria não teriam mais a centralidade de décadas anteriores. Ganham destaque outros elementos da vida social como o setor de serviços, o declínio do operariado fabril, e novas demandas culturais. Com isso, a dominação típica desses tempos seria a cultural, operada de modo proeminente por uma tecnocracia e por meio do controle da informação. Cultura e técnica se interrelacionariam, e a porosidade dos limites entre o mundo público e o privado teriam contribuído para que os conflitos do campo econômico passassem para o campo da vida privada, adquirindo dimensões simbólicas. Para Touraine, “o conflito não está mais associado a um setor considerado fundamental da atividade social, à infraestrutura da sociedade, ao trabalho em particular; ele está em toda a parte” (Touraine, 1989b, p.13).

Os novos atores sociais seriam definidos por suas formas de vida e não somente pelo trabalho. Para além das classes sociais, os novos atores passariam a corresponder a grupos à margem de certos padrões socioculturais, em oposição a modos de vida estabelecidos e excludentes. Os “novos movimentos sociais”, como os movimentos feminista, ambientalista e os de contracultura, não teriam somente o Estado como opositor, mas figurariam como agentes pulverizados de pressão social, objetivando o convencimento da sociedade civil em torno de novas orientações valorativas e mudanças socioculturais.

Jürgen Habermas, de maneira próxima a Touraine, relaciona os novos modos de mobilização social com o capitalismo tardio. Os chamados novos movimentos sociais corresponderiam às lutas frente à colonização do mundo da vida, à racionalização e padronização das relações sociais, e em defesa da expansão de estruturas comunicativas, da equidade, qualidade de vida, participação social e direitos humanos (Habermas, 1981). De modo que o foco dos conflitos sociais passa a ser as lutas simbólicas, a questão do não acesso de parte significativa da sociedade aos bens e serviços produzidos no contexto do capitalismo, e não exatamente ao conteúdo desse sistema.

Habermas, referindo-se aos novos movimentos sociais, afirma que “os novos conflitos não são deflagrados por problemas de distribuição, mas se preocupam com a gramática das formas de vida” (HABERMAS, 1981, p.33). Segundo o autor, esses movimentos são classificados em duas categorias: defensivos e ofensivos. Os defensivos têm como fundamento a defesa de direitos e o respeito a atributos culturais, éticos e morais. Os ofensivos, por sua vez, buscam conquistar espaço e

ganhos no quadro político-social, a exemplo dos movimentos feministas e pelos direitos civis. Muito embora Habermas considere que grande parte dos movimentos sociais tenha atuação no campo da “reação a situações problema específicas” (HABERMAS, 1981, p.35), ele também leva em conta a existência de uma arena pública em condições de “determinar a forma da cultura política”. Desse modo, os movimentos ofensivos teriam a capacidade de transformar a “gramática das formas de vida” (HABERMAS, 1987, p. 113).

Destaca-se que a abordagem dos novos movimentos sociais feita por Habermas está em harmonia com a sua Teoria do Discurso, evidenciada na década de 1980. A diferenciação teórica entre sistema e mundo da vida, tão amplamente discutida, é um elemento fundamental nesse enquadramento. Essa diferenciação busca perceber duas esferas sociais responsáveis pela reprodução material e pela reprodução simbólica da sociedade, em torno das quais se manifestariam dois tipos de racionalidade: a instrumental, que atua no âmbito do sistema (burocracia e economia); e a comunicativa, que atua no âmbito do mundo da vida.

Nesse sentido, o sistema calcula os meios para se atingir os objetivos necessários ao desenvolvimento e a eficácia dos anseios. De modo que por meio da racionalidade instrumental, o sistema atua estrategicamente e sem os constrangimentos das normas comunicativamente produzidas. O mundo da vida, no entanto, caracteriza-se por sua habilidade de reprodução simbólica do social, por meio de normas elaboradas comunicativamente. Considerando essa chave teórica, Habermas demonstra que os novos movimentos sociais teriam como fundamento pressionar o sistema para intervir sobre a lógica de colonização do mundo da vida. Para Angela Alonso,

Os genuinamente “novos” movimentos sociais seriam os insurgentes contra a colonização do mundo da vida, contra os papéis institucionalizados de consumidor da sociedade de mercado, de cliente dos serviços públicos do *Welfare State*, e mesmo de cidadão, fazendo a crítica das instituições políticas. Seriam propositores de novas formas de cooperação e de comunidade. Os exemplos: o movimento de jovens, o alternativo, o ambientalista e o pacifista. Em 1985, Habermas realocou o feminismo dentre os novos movimentos sociais, já que também demandaria a transformação das formas de vida (ALONSO, 2009, p. 63).

Partindo do pensamento habermasiano, Axel Honneth indica algumas

restrições da concepção discursiva do paradigma da intersubjetividade e suas consequências para a teoria crítica da sociedade. Um elemento central da perspectiva de Honneth está apoiado na proposição de que a experiência interativo-comunicativa está para além da interação linguística. E esta interação, por sua vez, não pode ser tomada em um estado ideal e apartado dos contextos nos quais ocorrem (HONNETH, 1991, p. 298-300).

O autor contesta a dualidade das esferas racionais como “complexos institucionais”, tal como o proposto por Habermas em sua teoria do agir comunicativo. De modo que as esferas sociais, as ações sociais criadas e compartilhadas, não podem, segundo Honneth, ser concebidas como algo secundário³⁶, já que elas são os fundamentos da racionalidade sistêmica e da racionalidade comunicativa. Isso nos possibilita sustentar a proposição de que as relações institucionalmente cristalizadas transpassam toda a sociedade, e a emergência das mudanças históricas se dá por meio das relações comunicativas de grupos sócio-culturalmente integrados³⁷.

Então, para Honneth, as relações sociais são apreendidas por meio da noção de reconhecimento, uma vez que ela expressa um cuidado mais evidente com a interação comunicativa, com as experiências sociais, e com as vivências dos sujeitos. Assim,

O processo emancipatório no qual Habermas ancora socialmente a perspectiva normativa de sua Teoria Crítica não está de forma alguma refletido tal como um processo nas experiências morais dos sujeitos envolvidos. Pois eles vivenciam uma violação do que podemos chamar suas expectativas morais, isto é, seu ‘ponto de vista moral’, não como uma restrição das regras de linguagem intuitivamente dominantes, mas como uma violação de pretensões de identidade adquiridas na socialização. Um processo de racionalização comunicativa do mundo

³⁶ Honneth, no entanto, preocupa-se com aspectos sistêmicos das relações sociais. A exemplo do encontrado de suas obras: *Work and Instrumental Action: On the Normative Basis of Critical Theory* (1995). Em relação a abordagem do reconhecimento acerca das “realidades econômicas” ou “materiais”, ver: SMITH, Nicholas H. *Work and the Struggle for Recognition* (2009). Quanto à teoria do reconhecimento como “revisão da concepção crítica do trabalho”, ver: MOLL, Karl N. *The enduring significance of Axel Honneth’s critical conception of work* (2009).

³⁷ Essa abordagem crítica de Honneth em torno de Habermas foi realizada por: Cf. SILVA, Hélio Alexandre; RAVAGNANI, Herbert Barucci. *Estruturas e fundamentos sociais: a leitura honnethiana de Habermas*. *Trans/form/ação*, Marília, v. 36, n. 2, p.155-178, Maio/Agosto, 2013.

da vida pode desdobrar-se historicamente, mas não está refletido nas experiências dos sujeitos humanos como um estado moral de coisas (HONNETH, 2008, p. 328).

Segundo Honneth, os sujeitos precisam se “reconhecer” antes de se tornarem “falantes”, isso pressupõe relações conflituosas e concretamente vivenciadas entre os sujeitos. O autor lida com a interação comunicativa pressupondo o uso de uma nova concepção do social que, segundo ele, tem habilidade para interpretar oportunamente os elementos que haviam sido fragmentados por Habermas na abordagem da relação entre sistema e mundo da vida. Além disso, Honneth confere centralidade tanto para as relações morais pré-linguísticas como para os contextos ético-sociais, não negligenciando a capacidade organizativa e emancipatória dos movimentos sociais e ações coletivas por reconhecimento e dignidade. A noção de eticidade e os tipos de liberdade comunicativa da teoria da modernidade funcionam como fundamentos normativos na análise de lutas sociais.

Quando Honneth refuta a dualidade entre sistema e mundo da vida, ele acaba por considerar aquilo que para alguns se configuraria como anomia social, como fenômenos próprios das ações e estruturas sociais, consideradas como elementos que compõem o eixo que engendra as próprias ações. Desse modo, o autor busca “elucidar categorialmente a realidade social” (HONNETH, 1999, p.324), colocando o conflito social, os sentimentos de injustiça e desrespeito como centrais na sua abordagem. Ele amplia as dimensões da perspectiva habermasiana, deixando de considerar o paradigma da comunicação somente a partir da “teoria da linguagem”, passando a considerá-lo a partir da “teoria do reconhecimento”, e, assim, o argumento deixa de ser circunscrito pelo consenso, deslocando-se para a abordagem dos conflitos sociais (CUSSET, 1999, p.123ss).

Ao conferir centralidade às lutas por reconhecimento, e observando sua qualidade de imputar coesão às demandas dos movimentos sociais, Honnet também fundamenta sua argumentação em torno da busca por emancipação por meio das lutas por reconhecimento moral e ético. Nesse sentido, uma apreciação crítica da perspectiva de Honneth tem a incumbência de se questionar acerca da existência de movimentos sociais com habilidades e interesses de realizar reivindicações que vão

para além das lutas por reconhecimento³⁸.

O italiano, sociólogo e psicólogo clínico Alberto Melucci assume um pressuposto análogo ao de Touraine e Habermas acerca da sociedade contemporânea, caracterizada como pós-industrial, complexa e com evidente porosidade entre as esferas pública e privada (Alonso, 2009, p. 63). Segundo Melucci, nas sociedades contemporâneas, os conflitos social e político não têm um espaço de ação específica e demarcado. Eles transpõem o sistema econômico industrial e os sistemas formais de representação política, apresentando-se das mais variadas formas na vida cotidiana. Além do mais, os movimentos sociais, se apresentam em redes complexas de relações, com níveis e significados variados da ação coletiva. Para ele,

As sociedades complexas não possuem mais bases econômicas, mas uma integração crescente das estruturais culturais, políticas e econômicas (...). Os espaços sociais dos movimentos se constituem como arena distinta do sistema e não coincide mais com as formas tradicionais da organização social da solidariedade e de representação política (MELUCCI, 2001, p, 22).

Nesse sentido, Angela Alonso nos informa que:

Na sociedade industrial, o mecanismo de acumulação e de controle social residiria na exploração da força de trabalho. Já na sociedade “avançada” ou “de massas” – ou “sociedade da informação” (Melucci, 1996) –, se configuraria um novo padrão de dominação, baseado na produção e controle de informação e na intervenção nas relações sociais, e exercido por meio da ciência e da tecnocracia (ALONSO, 2009, p. 63).

A porosidade entre os contextos público e privado teria mudado, por exemplo, as relações interpessoais, as sexuais de identidade, alterando as concepções sobre consumo, relações com a natureza, o nascimento, a morte, as doenças, e criando novas formas de conflito. Segundo Alonso (2009), na sociedade contemporânea, o conflito teria duas principais manifestações. Uma delas é o corpo, que se tornou objeto da ciência, portanto medicalizado; e objeto da moda e do consumo, portanto padronizado. Em razão disso, pôde-se observar a expressão de diversos movimentos

³⁸ Para mais detalhamentos acerca do debate em torno da redistribuição como elemento crítico imprescindível, ver: FRASER, Nancy; HONNETH, Axel. *Redistribution or recognition? A political- philosophical exchange*. New York; London: Verso, 2003.

sociais que redefiniram o corpo como parte da natureza e espaço para expressão de desejos, e para construção de relações entre as pessoas. Exemplos disso são algumas alas do movimento feminista e de mulheres, e o próprio movimento pela humanização do parto e do nascimento.

A outra expressão do conflito na sociedade contemporânea é a da “utopia regressiva com forte componente religioso” (MELUCCI, 1980). Ela figura como religiosidade, com um sentido de “mito global de renascimento”, obstinada a integração, avessa à racionalidade e às diversidades na sociedade complexa. Exemplos desse tipo de conflito são as várias formas de “integralismo”, sejam eles comunitário, político-religioso ou místico-ascético. Desse modo,

Os novos movimentos sociais seriam, então, formas particularistas de resistência, reativas aos rumos do desenvolvimento socioeconômico e em busca da reapropriação de tempo, espaço e relações cotidianas. Contestações “pós-materialistas”, com motivações de ordem simbólica e voltadas para a construção ou o reconhecimento de identidades coletivas (ALONSO, 2009, p. 63).

Do ponto de vista metodológico, Alberto Melucci concentra-se sobre a análise macro e microssociológica. Remetendo-se ao enfoque psicossocial, o autor combinou o estudo da subjetividade com a investigação das condições político-ideológicas em um dado contexto histórico. Para Melucci, os fenômenos contemporâneos são multifacetados. O autor decompõe a ação coletiva multifacetada com o intuito de analisar a própria complexidade dessa ação, bem como a solidariedade³⁹ conflitual dos atores, que têm habilidade para redefinir um campo político. Assim, mesmo que Habermas e Touraine tenham se dedicado aos novos movimentos sociais como depositários de identidades sociais, foi Melucci quem formulou, propriamente, uma teoria acerca da identidade coletiva.

Melucci formulou uma teoria psicossocial da ação coletiva. Por um lado, ele criticou as explicações psicológicas das ações coletivas, fundamentalmente aquelas que concordavam com o aspecto da irracionalidade das massas. Por outro lado, também criticou as explicações de cunho essencialmente macro, nas quais os comportamentos dos atores pareciam estar imediatamente determinados diante de

³⁹ Solidariedade no sentido da capacidade dos autores coletivos em se reconhecerem mutuamente e serem reconhecidos como integrantes da uma unidade social.

uma dada realidade social. É como se na primeira situação houvesse “ação sem atores”, e na segunda, “atores sem ação”, evocando a uma certa inconciliação entre comportamentos individuais e os fenômenos coletivos. Uma pergunta fundamental para Melucci é: Quais relações e processos corroboram para que indivíduos se mobilizem coletivamente em torno de uma ação política, se constituindo como atores coletivos?

Nesse sentido, para o autor, as ações coletivas se constroem conforme os atores negociam, analisam situações, formam solidariedade, e tomam decisões. De modo que a identidade coletiva também não está dada, mas é construída por meio de negociações, disputas por recursos frente aos limites impostos, os constrangimentos gerados sobre as motivações pessoais, e conflitos entre atores sociais (Melucci, 2001). Essa exposição construcionista e processual de Melucci pode ser exemplificada da seguinte forma: “A identidade coletiva é uma definição interativa e compartilhada produzida por numerosos indivíduos e relativa às orientações da ação e ao campo de oportunidades e constrangimentos no qual a ação acontece” (MELUCCI, 1988, p. 342).

Assumindo a existência de constrangimentos objetivos na ação coletiva, Melucci se aproxima do debate realizado pela TPP, mas com algumas especificidades, já que os constrangimentos são intermediados pelos próprios atores, com suas compreensões sobre possibilidades e limites da ação.

Indivíduos agindo coletivamente ‘constroem’ suas ações por meio de investimentos ‘organizados’; isto é, eles definem em termos cognitivos o campo de possibilidades e limites que percebem, enquanto, ao mesmo tempo, ativam suas relações de modo a dar sentido ao seu ‘estar junto’ e aos fins que perseguem (MELUCCI, 1988, p. 332).

Diferentemente de Touraine e Habermas, mas próximo a Tilly, Melucci considera que os movimentos sociais são um tipo de ação coletiva que apresenta um conflito frente ao campo de oportunidades e constrangimentos de um sistema, levando à ruptura dos limites de compatibilidade desse sistema, tem estratégias e liderança. Além disso, Melucci integra a compreensão da TMR e da TPP que compreende as relações e organizações como facilitadoras do engajamento. Mas, para tanto, não recorre ao conceito de “estruturas de mobilização”, ele lança mão da noção de *agency*, ou seja, das “redes de relacionamento” (Melucci, 1988), que contribuiriam para a

interação e construção de motivações da ação coletiva (Alonso, 2009).

Mas, para Alonso, diferentemente da TPP, grande parte da atividade dos movimentos sociais estaria relacionada à construção de uma identidade coletiva própria, como um fim em si mesmo, por isso os Novos Movimentos Sociais são percebidos como expressivos. Para Alonso,

Sendo negociada, a identidade coletiva não se consubstancia, ela é um processo, sujeita continuamente à redefinição, conforme as negociações entre os agentes. Ela envolve uma operação racional, mas a decisão do engajamento não se limita a um cálculo custo/benefício, é também produto de um “reconhecimento emocional” (ALONSO, 2009).

A perspectiva de Melucci trata a ação coletiva a partir de três dimensões: a identidade coletiva, construída a partir dos contornos dados por um “*framework cognitivo*” acerca do campo da ação, seus meios e fins; a *prática* de relações entre sujeitos engajados, como as negociações, decisões e influências; e o investimento *emocional* que favorece o reconhecimento dos atores como parte de um “nós”. Nos estudos das ações coletivas, é Melucci quem retoma a abordagem das emoções. Entretanto, ele o faz com o sentido de explicar o engajamento e não como faziam representantes da abordagem clássica, que percebiam as emoções como desmobilizadora dos movimentos. Há um esforço do autor de formular uma teoria cultural para a criação e organização dos movimentos sociais, que busca compreender a transformação de pessoas que passam de não engajadas a militantes, por meio de uma dinâmica baseada na emoção e na razão, concomitantemente (Alonso, 2009).

As teorias de Touraine, Habermas, Honneth e Melucci possuem particularidades, mas têm em comum a abordagem das especificidades dos movimentos da segunda metade do século XX. Para eles,

Os novos movimentos sociais seriam, então, antes grupos ou minorias que grandes coletivos. Suas demandas seriam simbólicas, girando em torno do reconhecimento de identidades ou de estilos de vida. Recorreriam à ação direta, pacífica, baseada numa organização fluída, não hierárquica, descentralizada, desburocratizada. Não se dirigiriam prioritariamente ao Estado, mas à sociedade civil, almejando mudanças culturais no longo prazo. Esses analistas, portanto, entendem que a ênfase cultural é uma característica distintiva das novas mobilizações, razão pela qual usaram o advérbio “novo” para distingui-los dos “velhos”. A sobrevalorização da cultura na análise dever-se-ia, então, a um imperativo do objeto, não a uma escolha do analista (ALONSO,

2009, p. 67).

Na América Latina, as teorias dos novos movimentos sociais foram muito aplicadas nas interpretações dos casos ocorridos na região, nas décadas de 1980 e 1990 (Haber, 1996; Davis, 1999; Shefner, 2004, *apud.* Alonso, 2009). Elas influenciaram diversos trabalhos enfocados na construção de identidades coletivas⁴⁰. Já no século XXI, ocorreram mudanças de escala e alcance do ativismo, que, além de local, também passa a ter impacto global, transpondo fronteiras, tentando organizações multilaterais e opiniões públicas, para além dos contextos nacionais. O Estado Nacional passa a não figurar mais como o principal opositor, arrefecendo as teorias dos movimentos sociais que vinham lidando com fenômenos de escala nacional.

Aponta-se, além disso, a profissionalização do ativismo. Segundo Rootes (2003), em inúmeros países ocidentais, os movimentos sociais se rotinizaram, transformaram-se em partidos, ou passaram a prestar serviços estatais, levando ao enfraquecimento da dimensão da inovação política, em pauta desde a década de 1970 (Alonso, 2009). Além disso, a interpretação dos novos movimentos sociais ligados às perspectivas “pós-materiais” se desgastou. Para Tarrow *apud.* Alonso (2009): “Nelas, a cultura, sobretudo a questão da identidade, ganhou saliência, mas amalgamada a outras pautas, dando aos movimentos uma feição *multi-issue* (Tarrow, 2005)” (ALONSO, 2009, p. 74).

Essas mudanças na realidade social levaram a reestruturações das teorias dos movimentos sociais, fundamentalmente no que se refere à habilidade de captar o cunho simbólico desses fenômenos, e a extensão globalmente ampliada do ativismo. Melucci (1996), por exemplo, passou a se preocupar com a sociedade da informação, buscando ampliar a teoria, localizando-a diante de uma sociedade global e para além do Estado nacional. Um outro exemplo dessa remodelagem são os escritos de Castells (1996), que a partir do seu conceito de “sociedade de rede” considera que a globalização e as identidades coletivas adquiriram centralidade nas mobilizações, que passaram a ser realizadas por meio de novas tecnologias e redes de comunicação (Alonso, 2009).

⁴⁰ Ver: Cardoso (1987) e Kowarick (1987).

Diante do debate realizado nesta sessão, trataremos, a partir de agora, das expressões, espaços das relações e ações políticas do Movimento de Humanização do Parto e do Nascimento no Brasil (MHPNB). Isso exigirá que, uma vez ou outra, lancemos mão de abordagens existentes dos movimentos sociais, buscando traçar uma proposta mais global de análise. Ainda que exista uma vasta diversidade teórica e metodológica entre as várias abordagens, partimos da constatação de que cada uma delas tem contribuições importantes. E, na medida que fazemos isso, ousamos pensar que estamos produzindo uma crítica que não é externa ao problema em questão, mas imanente a ela. De modo que a análise emergja da compreensão das tensões, conflitos e paradoxos da experiência social.

Com isso, nos remetemos ao MHPNB como uma forma de organização social eminentemente brasileira, sugerindo com isso uma compreensão ampliada das reivindicações, de tal modo que a “reação a problemas específicos” e a possibilidade de transformação “das formas de vida” possam ser vistas numa combinação entre: ação política, demandas simbólicas e por reconhecimento moral, que, por vezes, aparecem combinadas com uma posição anticapitalista.

3.2 Expressões das lutas e movimento pela Humanização do Parto e do Nascimento no Brasil

Desde o século XX até os dias atuais, vem ocorrendo diversas mobilizações por mudanças na assistência ao parto e ao nascimento no Brasil. E, muito embora as críticas direcionadas aos modos de assistir partos e nascimentos tenham começado a ganhar visibilidade a partir de 1970, é na década seguinte, em 1980, que ocorre uma efervescência de iniciativas em torno da humanização do parto no país. As iniciativas pioneiras foram locais, e se davam em universidades e serviços de saúde. A partir dessas, outras expressões da luta pela humanização foram se organizando em espaços de relações, universidades, por meio de ações políticas e eram de diversos tipos, tais como: coletivos de profissionais de saúde dissidentes; de gestoras engajadas; de feministas; em instituições públicas e privadas de saúde.

Uma dessas expressões pioneiras é a trajetória do professor da Universidade Federal do Ceará, médico ginecologista e obstetra Galba de Araújo, que ganhou

projeção nacional e internacional por utilizar recursos humanos locais na assistência às gestantes. Instigado por saberes e práticas de parteiras tradicionais, ele incentivava as trocas de saberes com parteiras, na busca pela melhoria da assistência ao parto domiciliar. Para tanto, ele confere visibilidade ao parto domiciliar assistido por parteiras tradicionais, buscando integrá-lo a uma maternidade local de referência, a Maternidade Escola Assis Chateaubriand.

A proposta era a de fomentar a remoção de parturientes, em caso de intercorrências durante o parto e pós-parto. Seu trabalho estava centrado na tentativa de conciliar tecnologia com os costumes e tradições regionais na assistência pré-natal, parto e pós-parto. Em 1987, Galba de Araújo publicou o livro *Parteiras Tradicionais na Atenção Obstétrica no Nordeste* (Diniz, 2005; BRASIL, 2012; Rattner, Beltrão, Diniz, Jones, Lopes, Santos; 2012).

No Paraná, Moysés Paciornick e seu filho Cláudio Paciornick, médicos ginecologistas e obstetras, basearam-se em experiências de parto indígena da etnia Kaingangue e defenderam a adoção de técnicas simples, e que respeitassem a fisiologia do parto, um exemplo disso foi a adoção da posição de parto na vertical ou de cócoras em suas práticas assistenciais. Em São Paulo, Hugo Sabatino, médico obstetra e professor da Universidade Estadual de Campinas-SP, falecido recentemente, em novembro de 2019, é reconhecido como um dos fundadores do Grupo de Parto Alternativo do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher dessa Universidade e da Rede de Humanização do Parto e Nascimento (ReHuNa).

Segundo ele, a atenção humanizada ao nascimento é fundamentada em três pilares: conhecimento e respeito à fisiologia da gestação, do nascimento, do puerpério e da amamentação, atenção multiprofissional e multidisciplinar ao casal grávido, e respeito aos costumes regionais e individuais desses casais. Sabatino é autor de *Parto Humanizado: Formas Alternativas*, de 1992 e *Atenção ao Nascimento Humanizado – Baseado em Evidências Científicas* de 2014.

Entre os anos de 1983 e 1998, Angela Gehrke da Silva, obstetrix, diplomada na Alemanha, tornou-se uma das pioneiras do parto humanizado no Brasil. Ela trabalhou na periferia de São Paulo, e, mais especificamente, ofertou suporte e atendimento às mulheres de Monte Azul e Peinha, durante a gravidez, no parto e no puerpério. No ambulatório médico terapêutico dessa região, ela assistiu o parto de

centenas de crianças, até que em 1997 foi inaugurada a casa de da Monte Azul. Angela Gehrke se tornou uma referência para mulheres, profissionais de saúde, hospitais e maternidades, universidades e gestores(as) da saúde pública, interessados(as) pela assistência humanizada parto e ao nascimento.

A casa de parto foi fechada pela primeira vez em 1998. Mas, por iniciativa da Associação Comunitária Monte Azul, em 2009, foi inaugurada uma nova casa de parto, denominada por Casa Angela. Esse nome foi escolhido em homenagem à obstetrix. Para Rattner e coautoras, Angela Gehrke “demonstrou a viabilidade, em nosso país, do modelo de atenção em que uma parteira/obstetrix atende gestações e partos em uma casa de partos, com baixa taxa de intervenções, excelentes resultados e alto grau de satisfação das mulheres” (RATTNER, BELTRÃO, DINIZ, JONES, LOPES, SANTOS; 2012). Atualmente, a Casa Angela⁴¹ é um serviço de saúde misto, que atende pelo SUS e na modalidade serviço privado, além de ser mantida por doações e por trabalhos voluntários.

Da articulação de militantes engajados(as) nessa causa, emergiram outros serviços de assistência a partos e nascimentos humanizados, como o Centro de Práticas Terapêuticas e a Casa de Parto do Hospital São Pio X, em Ceres (GO); o Hospital Sofia Feldman e seu Centro de Parto Normal e sua Casa de Sofias, em Belo Horizonte (MG); Casa de Parto Nove Luas, Lua Nova, em Niterói (RJ); Maternidade Leila Diniz, no Rio de Janeiro (RJ); a própria Casa de Parto Monte Azul, em São Paulo (SP), mencionada à pouco; Grupo de Parto Alternativo, em Campinas (SP). E grupos que evidenciavam e disseminavam debates em torno das relações de gênero, autonomia das mulheres e superação do controle dos corpos femininos e enfrentamento às violências contra as mulheres e ao machismo, como é o caso do Grupo Curumim Gestação e Parto, de Recife (PE) e do Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, em São Paulo (SP).

O grupo Curumim, além disso, trabalha com pautas ainda invisibilidades como a do parto assistido por parteiras tradicionais. Um outro grupo que se destaca pela realização de trabalhos em valorização de parteiras e das doulas o C.A.I.S. do Parto, de Olinda (PE). Além disso, registra-se a existência do Aurora – Instituto de Yoga e terapias, conhecido por ser um grupo de preparação para parto, encabeçado pela

⁴¹ Ver imagens 1 e 2.

Fadynha, Fundadora da ANDO – Associação Nacional de Doulas, e reconhecida por ser uma grande articuladora da temática da humanização do parto no Brasil. E, por fim, o Núcleo de Parteira Urbana (NUPAR), composto por professores(as) universitários e cientistas, na busca de uma abordagem baseada em evidências científicas para os cuidados durante o parto e o nascimento.

O Hospital São Pio X, de Ceres (GO), com seu Centro de Práticas Terapêuticas e sua Casa de Parto, acabou se tornando referência do Ministério da Saúde para treinamentos de profissionais em boas práticas na atenção à gestação, ao parto e ao nascimento. O Hospital São Pio X é uma entidade filantrópica, que nasceu do Hospital da Colônia fundado em 1946, com o objetivo de atender as famílias de colonos chegados em Goiás, devido ao Programa de Colonização Agrária (CANG), na região do médio norte goiano⁴².

Uma outra iniciativa institucional foi a do Hospital Sofia Feldman⁴³, inaugurado em 1982, no bairro do Tupi, região periférica de Belo Horizonte - MG. Até 1986 o hospital funcionou por meio de trabalho voluntário e doações da comunidade, quando, por meio do movimento social, ele foi incluído nas Ações Integrais de Saúde (AIS), programa governamental precursor do SUS. Atualmente, é uma instituição filantrópica, com todos os leitos destinados ao SUS. Desde a sua formação, a comunidade local ancora e confere razão de existir ao hospital. Segundo informações do site oficial do serviço de saúde,

A comunidade, sempre parceira do Hospital, continuou apoiando suas atividades. Em um momento de crise institucional que trouxe risco de encerramento das atividades, esta parceria foi formalizada através da criação da Associação Comunitária de Amigos e Usuários do Hospital Sofia Feldman (ACAU/HSF). Mais recentemente, em maio de 2006, foi criado o Conselho de Saúde de acordo com a Lei Federal 8.142 de 23 de dezembro de 1990. O Conselho tem como finalidade fiscalizar e acompanhar o desenvolvimento das ações e serviços de saúde no Hospital (HOSPITAL SOFIA FELDMAN, 2019).

Ainda na década de 1990, e de maneira integrada às demandas da comunidade local, foi estruturado nesse hospital um serviço de assistência humanizada ao parto e ao nascimento. Tanto na maternidade como no centro de parto normal intra-hospitalar, há incentivo ao aleitamento materno, ao parto vaginal, à participação da

⁴² Ver imagens 3 e 4

⁴³ Ver imagens 5 e 6.

família durante o trabalho de parto, parto e pós-parto, vivência ativa do trabalho de parto. O Centro de Parto Normal leva o nome de David Capistrano da Costa Filho⁴⁴, e foi criado em 2001, com recursos do Ministério da Saúde. Foi a primeira Casa de Parto de Minas Gerais e tem capacidade de atender até 150 partos por mês. Recentemente, o hospital passou a fomentar a assistência pública ao parto domiciliar, figurando como uma iniciativa pioneira no país.

Além disso, o hospital conta como doulas comunitárias voluntárias, que oferecem suporte emocional às mulheres durante o trabalho de parto e parto. Uma outra iniciativa da comunidade, em conjunto com o hospital, é o funcionamento da Casa de Sofias, um espaço anexo ao serviço de saúde, que oferta acolhimento, suporte e orientações às puérperas que já tiveram alta hospitalar, mas estão com seus bebês internados nas Unidades de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN's). A Casa de Sofias funciona, portanto, como uma casa comunitária de apoio às puérperas, com quartos, cozinha, banheiros, serviços de salão de beleza e cuidados pessoais ofertados por voluntárias. O resultado prático disso é que são criadas condições para que as puérperas não residentes em Belo Horizonte se mantenham presentes e cuidando dos seus bebês, sem, no entanto, permanecerem internadas por causas não médicas, ou seja, como acompanhantes dos seus filhos.

Os objetivos desse serviço de saúde são:

- Resgatar a imagem do parto como uma forma prazerosa, segura e saudável de dar à luz;
- Criar e manter uma rede de proteção social ao recém-nascido e seu melhor desenvolvimento psicossocial;
- Estreitar laços entre mães, filho(a) e família;
- Preservar o aleitamento materno e diminuir o tempo de internação;
- Controle social na gestão hospitalar, por meio de lideranças comunitárias, gestores(as) dos serviços públicos de saúde, conselhos de saúde, voluntários(as) e trabalhadores(as);
- Consolidar as filosofias e práticas que norteiam a humanização da assistência presentes nas ações da Instituição desde a sua fundação.

(AGÊNCIA BRASILEIRA DE COOPERAÇÃO/ABC; 2019).

⁴⁴ Foi membro da executiva estadual do Partido Comunista Brasileiro. Ainda na primeira metade da década de 1970, ele estudou medicina na UNICAMP e formou-se médico sanitário com Sérgio Arouca. Este, por sua vez, é considerado um dos fundadores do Movimento Sanitário Brasileiro.

O Sofia Feldman realizou, ainda, parcerias com instituições internacionais, a exemplo da *Japan International Cooperation Agency* (JICA), que contribuem com o intercâmbio de conhecimentos e experiências entre profissionais da atenção obstétrica e neonatal do Brasil e do Japão. Nos anos de 2008 e 2009, através *Japanese Brazil Partnership Programme* (JBPP), o hospital recebeu visitas técnicas, de profissionais de saúde materna e infantil, de Madagascar e África. Além disso, com o curso de Atenção Humanizada à Mulher e ao Recém-Nascido na modalidade *Third Country Training Course*, pretendeu-se ofertar cursos que pudessem incentivar a incorporação de estratégias de humanização da assistência (Agência Brasileira de Cooperação; 2019).

A Casa de Partos Nove Luas, Lua Nova ⁴⁵, localizada em Niterói (RJ), é inaugurada em 1992, fruto da atuação de quatro profissionais de saúde dissidentes e cansados com a ausência de condições mínimas para a realização do seu trabalho nas instituições de saúde onde atuavam.

A Casa do Parto, à princípio, foi pensada para o município de Niterói, que, na época, não bancou. E, foi aí, que alguns “loucos” já cansados de colocar cadeiras em hospital para acolher gestantes e sensibilizar equipes médicas, resolveram que não podiam mais. Nós deveríamos oferecer conforto, ambiente propício, segurança, respeito. Não propúnhamos nada que não existisse mundo afora. Queríamos provar que não era necessário ser frio, intervencionista, para ser respeitado como obstetra. Muitos excelentes parceiros fizeram do nosso sonho realidade (CASA DE PARTO NOVE LUAS, LUA NOVA; 2012).

Desse modo, esses profissionais abriram a Casa de Partos Nove Luas, Lua Nova, um serviço de saúde privado, que, até 2012, já havia acolhido e atendido em torno de 700 famílias grávidas, e sem ter uma proposta comercial com finalidade de grandes lucros.

A Casa do Parto não foi aberta para ser um grande negócio. Sabíamos que estávamos escrevendo um pedacinho de uma história. Sabíamos também que haveria desgaste. E combinamos que o sonho duraria enquanto fosse bom para todos (CASA DE PARTO NOVE LUAS, LUA NOVA; 2012).

⁴⁵ Ver imagens 7, 8, 9.

O Grupo de Parto Alternativo⁴⁶ da Universidade Estadual de Campinas – Unicamp (SP), é um grupo de preparo de parto para gestantes que realizam pré-natal na Maternidade Universitária. O Grupo foi criado em 1981 por professores do Departamento de Tocoginecologia e Profissionais de Saúde da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP. Ele é composto por obstetra, anestesista, enfermeira, psicólogas, doulas e educadoras perinatal, todos voluntários. E tem como objetivos desenvolver e aprimorar ou adaptar práticas na atenção à gestante, buscando individualizar o atendimento, conferindo importância e respeito às características socioculturais, valorizando a participação de acompanhante durante o trabalho de parto. Os princípios do Grupo são:

- Conhecer e respeitar os processos psíquicos e fisiológicos da gestação, parto, puerpério e aleitamento;
- Respeitar costumes locais e socioculturais do casal;
- Participação de equipe multidisciplinar formada por médicos, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas e outros.

(PARTO ALTERNATIVO; 2019).

Em 1994, por iniciativa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, sobretudo de profissionais oriundas do movimento feminista e da Rede de Humanização do Parto e do Nascimento (ReHuNa) que, à época, trabalhavam nessa Secretaria, iniciou-se um processo para viabilizar um modelo humanizado de atenção ao parto e ao nascimento nessa cidade. A alternativa encontrada foi a de consolidar um convênio com o Governo Federal para realização de reforma ambiente físico da antiga maternidade do Hospital Raphael de Paula Sousa, localizado na Barra da Tijuca. Após a reforma, a maternidade ganhou novo nome: a Maternidade Leila Diniz (MLD) (Mouta, Progianti; 2009).

A grande inspiração para o tipo de cuidado ofertado nesse serviço de saúde foi a maternidade francesa de Pithiviers, idealizada pelo médico Michel Odent. O projeto arquitetônico da MLD foi criado para fomentar um ambiente acolhedor, o mais próximo possível ao de uma casa, com chuveiros dentro do pré-parto, banheira para hidroterapia e para parto na água, e equipamentos para o parto vertical. A presença de acompanhante de escolha das mulheres foi permitida desde a sua inauguração, o processo fisiológico do trabalho de parto deveria ser respeitado, garantindo o mínimo

⁴⁶ Ver Imagem 10.

possível de intervenções, além do acolhimento menos invasivo aos recém-nascidos. Além do mais, o processo de trabalho na maternidade deveria partir do reconhecimento da autonomia das mulheres, perceber que a centralidade do cenário do parto é das mulheres, colocando profissionais de saúde em posição de facilitadores coadjuvantes (Mouta; 2009, Lima; 1997).

Na prática, a reforma do espaço físico e a mudança do nome da maternidade não garantiu imediata implantação do modelo humanizado proposto para o serviço de saúde. Para Ricardo Mouta e Jane Progianti (2009), foram as enfermeiras obstetras, reconhecidas institucionalmente pela Secretaria Municipal de Saúde, que encabeçaram diversas estratégias de luta simbólica, com o sentido de implantar um modelo humanizado de assistência ao parto e nascimento na MLD (Mouta, Progianti; 2009).

Em 1981, nasceu o Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde. Ele é uma Organização Não Governamental (ONG), que até os dias atuais vem desenvolvendo um trabalho focado na atenção primária à saúde das mulheres, a partir de uma perspectiva feminista, humanizada e avessa ao controle dos corpos. O Coletivo se estruturou a partir de um consultório privado, e, nos seus 38 anos de funcionamento, desenvolveu projetos com financiamentos de organizações nacionais e internacionais, além de convênios com governos. Inicialmente, os trabalhos do Coletivo eram realizados em sindicatos, associações de bairro, e em diversos municípios do estado de São Paulo, como: Grajaú, Carapicuíba, Santa Isabel e Guarulhos. Atualmente, o Coletivo feminista de Sexualidade e Saúde funciona em São Paulo e Florianópolis, realizando consultas com médicas, obstetras, doulas, nutricionistas, psicólogos(as), acupunturista e atendimento jurídico. Também ocorrem rodas de conversa, minicursos e debates. O serviço ofertado é privado, com abertura para realização das chamadas consultas sociais.

O Grupo Curumim - Gestação e Parto foi constituído em 1989, em Recife (PE). O Grupo tem como missão fortalecer a cidadania de mulheres, adolescentes e jovens, por meio da promoção dos direitos humanos, direitos sexuais e direitos reprodutivos, com uma abordagem centrada em questões étnicas, raciais e igualdade de gênero, justiça social, democracia e saúde integral (Abong; 2019).

Sua abordagem é bem ampla e seus principais programas na atualidade incluem: Programa Cunhatã⁴⁷, Qualidade e Humanização da Atenção Integral à Saúde da Mulher, Programa Parteira, Programa Comunicação, Programa Desenvolvimento Institucional. Especialmente no que tange ao Programa Parteira:

propõe e incide nas definições de políticas públicas de saúde para a inclusão do parto domiciliar assistidos por parteiras tradicionais no conjunto da atenção integral à saúde da mulher no Brasil. O projeto já trabalhou com mais de 3 mil parteiras tradicionais, indígenas, quilombolas, benzedeiras, rezadoras e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em todas as regiões do país. Entre 2000 e 2010, desenvolveu a metodologia e proposta de abordagem com as questões do parto domiciliar assistidos por parteiras tradicionais e essa metodologia é adotada pelo Ministério da Saúde do Brasil (GRUPO CURUMIM; 2019).

Além disso, ao longo dos seus trinta anos de funcionamento, o Grupo Curumim desenvolveu diversos projetos financiados por meio de convênios com governos, organismos nacionais e internacionais, tais como Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e outras.

Por fim, é importante mencionar a ONG Cais do Parto, que foi fundada em 1991, na cidade de Olinda (PE). A ONG informa em site oficial que seu trabalho é fundamentado em direitos humanos, e tem como eixo os direitos reprodutivos e o desenvolvimento sustentável. A ONG vem trabalhando principalmente com parteiras, formação de doulas, partos domiciliares, e rodas de conversa, além de funcionar por meio de doações financeiras e “vaquinhas” virtuais.

Com isso, tendo a concordar com Ilse Scherer-Warren (1996) segundo a qual na década de 1980, os movimentos sociais brasileiros viveram um período historicamente significativo de constituição de novas identidades coletivas. Eles foram sendo forjados em torno de múltiplos significados, como: necessidades e demandas comuns, defesa comunitária, ou de base “cultural” (étnica, ambiental, direitos humanos, gênero).

As iniciativas locais pela humanização do parto e do nascimento, importantes condutas sociais (ou coletivas) da sociedade brasileira, e que até então tinham alcance mais limitado em termos de ação política, ganham projeção nacional a partir de 1993,

⁴⁷ Cunhatã significa adolescente em Tupi Guarani.

com a criação Rede de Humanização do Parto e do Nascimento (ReHuNa). No caso do Brasil, e segundo Scherer-Warren (1996), é particularmente importante considerar as redes de movimentos sociais (*network organizations*) para se compreender as relações que se estabelecem entre as organizações populares e outros movimentos políticos e culturais.

As articulações entre atores políticos e organizações, e a posterior constituição de redes de movimentos, configurou um movimento pela humanização do parto e do nascimento em sentido dado por Alain Touraine (1989). Retomando a abordagem do autor, realizada em sessão anterior, um movimento social é “um conflito social que opõe formas sociais contrárias de utilização dos recursos e dos valores culturais, sejam estes da ordem do conhecimento, da economia, ou da ética” (TOURAINÉ, 1989, p. 182). Assim, tem relação com ações coletivas que estão pra além de interesses particulares e objetivam “intervir na formação de políticas gerais de organização ou de transformação da vida social” (*id.*).

De acordo com essa chave analítica, a perspectiva de Melucci também é bastante pertinente. Além da sua definição de movimento social, “como uma ação coletiva: a) baseada em solidariedade, b) desenvolvendo um conflito, c) rompendo os limites do sistema em que ocorre a ação” (MELUCCI, 1989, p. 57), ao se referir aos movimentos sociais mais recentes, o autor opta por falar em termos de redes de movimentos ou áreas de movimentos, acerca das quais considera não apenas “as organizações ‘formais’, mas também a rede de relações ‘informais’ que conectam núcleos de indivíduos e grupos a uma área de participantes mais ampla (*id.*, p. 60).

Para Ilse Scherer-Warren (1996), no Brasil pode-se identificar três categorias de agentes políticos que buscaram articulações com organizações populares e apoiar as articulações entre as próprias organizações, com o sentido de ampliar a abrangência dos movimentos. A primeira categoria era aquela composta por agentes provenientes do movimento sindical. A segunda categoria era constituída por oriundos de partidos políticos, sobretudo das denominadas esquerdas. E a terceira, era formada por aquele(as) que realizavam o trabalho de mediação junto a movimentos populares, por meio das ONG’s. No contexto do MHPNB, percebe-se a existência de sujeitos políticos que se aproximam tanto da segunda como da terceira categoria. Nas narrativas que compõem o quinto capítulo dessa tese, aliás, há três casos específicos que bem retratam essa realidade.

A ReHuNa, nesse sentido, tornou-se uma mediadora de movimentos, iniciativas locais, em torno de um projeto mais abrangente. Tornquist (2004), contruiu com esse debate, à medida em que nos dá um panorama da diversidade das lutas pela humanização do parto e do nascimento no Brasil:

Na verdade, no que tange à assistência ao parto, o Brasil apresenta características comuns a países dependentes: de um lado, *profissionais de centros urbanos* que se valem das mais novas tecnologias obstétricas, em clínicas privadas; de outro lado, mais ao extremo, *especialistas de áreas rurais e ribeirinhas, como as parteiras* que desempenham seu ofício recorrendo a métodos tradicionais; em uma posição intermediária, *os profissionais que encaram os riscos de atender um parto a domicílio*, articulando elementos de vários sistemas de atenção ao parto. Há ainda as *enfermeiras obstétricas e alguns médicos* que, apesar das resistências de seus colegas, dispõem-se a trabalhar nas incipientes Casas de Parto, autorizadas pelo Ministério da Saúde, em uma espécie de caminho do meio entre medicina familiar e medicina hospitalar. Esses diferentes estilos de atenção ao parto se fazem presentes também no âmbito da Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento: dela fazem parte desde os *obstetras* que, nos grandes centros do país, atuando em hospitais, produzem *pesquisas baseadas em evidências*, as *feministas e sanitaristas* que têm atuado nas capacitações de parteiras tradicionais, passando pelas próprias parteiras e mulheres leigas (TORNQUIST, 2004, p. 8).

É na tendência dessas iniciativas de buscarem construir uma outra concepção para a assistência obstétrica, que se encontra a possibilidade de adesão de atores tão diversos e plurais, e da formação de uma rede de movimentos, compreendida aqui como sendo a ReHuNa.

Desse modo, sobre o MHPN, conclui-se que suas várias tendências têm em comum o reconhecimento das “circunstâncias de violência e constrangimento em que se dá a assistência à saúde reprodutiva e especificamente as condições pouco humanas a que são submetidas mulheres e crianças no momento do nascimento” (CARTA DE CAMPINAS – ATO DE FUNDAÇÃO DA ReHuNa, 1993).

Para intervir nessa realidade, era necessário, segundo Daphne Rattner (2014), mudar do modelo de atenção obstétrica essencialmente tecnocrático no país. E para tanto, seria necessário humanizar esse modelo, nos termos apresentados por Diniz (2005) e já citados na página 58 desta tese.

Os principais enfoques da ReHuNa são: as mudanças na realização do cuidado obstétrico; a difusão de informação; formulação de novas políticas públicas; frentes

em defesa do exercício profissional de trabalhadores(as) engajados na humanização do parto e do nascimento; e apoio às iniciativas de ensino e formação em atenção humanizada.

Tem muita gente do cuidado (**trabalhadores(as) na assistência obstétrica, grifo da autora**) na ReHuNa. A proposta inicial foi a de mostrar que a assistência humanizada é possível, mostrar fazendo. A segunda linha de atuação é a difusão de informação, e ela se dá basicamente por meio de eventos e listas de discussão virtuais. Assim, a cada cinco anos é realizada uma Conferência Internacional, mas ocorrem seminários, oficinas, e por meio das listas de discussão (**listas de e-mail, grifo da autora**). Inclusive além da lista da ReHuNa, atualmente existem as listas da Ciranda de Mulheres do Distrito Federal, o Coletivo Humaniza SUS e a Liga de Humanização do Parto e do Nascimento da UnB. A terceira linha de atuação é a de influenciar a formulação de políticas públicas. A quarta linha de atuação é a defesa do exercício profissional humanizado. E a quinta linha de atuação e apoio às iniciativas de ensino e formação em atenção humanizada (notas de campo, outubro de 2019).

A atuação da ReHuNa se concretizou por meio da formulação e divulgação de artigos, livros, normas técnicas, cartilhas e vídeos. O boletim Notas sobre o Nascimento e Parto, divulgado em 1995, e a tradução, feita em 2000, das Recomendações da OMS de 1996, são dois grandes exemplos dessa atuação. O material traduzido foi incluído no Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN/2000) e enviado aos membros da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) e da Associação Brasileira de Enfermeiros Obstetras e Obstetizas (ABENFO) (RATTNER, BELTRÃO, DINIZ, JONES, LOPES, *et al*; 2014, p. 117-118).

Além disso, a REHUNA influenciou na implementação de políticas públicas de atenção obstétrica, e até mesmo na implantação de serviços de saúde, como no caso da construção da Maternidade Leila Diniz. Essa Rede também contribuiu com a criação do prêmio Galba de Araújo, ofertado pelo Ministério da Saúde às maternidades que realizassem boas práticas na atenção obstétrica, e foi responsável por formular a proposta de criação de Casas de Parto pelo SUS (DINIZ, 2004, p. 632). Todas essas ações da REHUNA representam um processo de reconhecimento do movimento social por parte do Estado brasileiro. Em 2000, fundamentalmente depois de contribuir com a construção do Programa de Humanização do Parto e Nascimento,

do Ministério da Saúde, a REHUNA passa a assessorar na elaboração de portarias, manuais técnicos e campanhas de humanização do parto.

Nesse contexto, o princípio da articulação é definido justamente a partir de uma identidade que se constrói no âmbito dos valores em torno da gestação, do parto e do nascimento, e de uma concepção de mundo relacionadas a esses eventos.

3.3 Participação social, políticas públicas e programas de atenção à saúde sexual e saúde reprodutiva para mulheres no Brasil

A partir de 1970, as iniciativas do Ministério da Saúde relacionadas à saúde das mulheres foram o Programa Materno-Infantil (PMI), lançado em 1974, o Programa Nacional de Saúde Materno Infantil (PNSMI), de 1978, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), de 1983, e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), de 2004 (Costa, 2009). No âmbito da sociedade civil, destacam-se diversos movimentos feministas e de mulheres, ONG's, a Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar no Brasil (BEMFAM) e o Centro de Pesquisas de Assistência Integrada à Mulher e à Criança (CPAIMEC). Ao longo desta sessão, serão abordadas tanto essas iniciativas quanto os sentidos das suas atuações em torno da temática saúde das mulheres.

Ana Costa (2009) e Maria José Osis (1998) evidenciam que as iniciativas ministeriais dos anos de 1970, a exemplo do Programa Materno-Infantil (PMI) e o Programa Nacional de Saúde Materno Infantil (PNSMI), criados entre os anos de 1974 e 1978, tinham o controle da natalidade como elemento central e consideravam as mulheres em seu caráter eminentemente biológico e voltado para a reprodução. Nesses Programas, as mulheres eram concebidas num papel social de mães, donas-de-casa e apartadas do setor produtivo. O conteúdo dessas iniciativas ministeriais, marcavam uma posição do Estado brasileiro que propiciou a ação de instituições com aporte “controlista” e que atuavam de maneira desigual no território nacional. Dentre elas, destaca-se a Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar no Brasil (BEMFAM) e o Centro de Pesquisas de Assistência Integrada à Mulher e à Criança (CPAIMEC) (Fonseca & Sobrinho, 1993).

A BEMFAM, foi criada em 1965 como entidade privada sem fins lucrativos, e

com sede no Rio de Janeiro. Figurou como a primeira instituição do país a realizar uma espécie de planejamento familiar pouco ampliado, já que suas ações estavam voltadas para o atendimento ginecológico em clínicas e a distribuição de anticoncepcionais para a população menos favorecida. Foi filiada à Federação Internacional de Planejamento Familiar (IPPF), e, em 1971, foi considerada como de utilidade pública ao país. As ações da BEMFAM foram ampliadas para centenas de municípios, o que foi realizado por meio do Programa de Distribuição Comunitária de Anticoncepcionais, bastante adotado na região nordeste. Para Costa (2009), a distribuição de métodos contraceptivos sem o acompanhamento clínico acabou se constituindo em situação de risco para a saúde das mulheres alcançadas pela BEMFAM (Pêgo & Richa, 1987, *apud*. Costa, 2009).

O CPAIMC era custeado por agências internacionais, como a *Agency for International Development* (AID), por meio da *Family Planning International Assistance* (FPIA), pela *Pathfinder Foundation* e outras. Esse Centro de Pesquisas atuou no financiamento de treinamentos de professores(as) de medicina e enfermagem, e doava equipamentos e subsídios para atividades de médicos(as) que trabalhavam com esterilização cirúrgica. Também fazia parte do seu rol de ações a distribuição de contraceptivos para outras instituições similares. Suas ações contribuíram para a consolidação do uso de contraceptivos e do intervencionismo no âmbito da medicina (Costa, 2009).

Nesse contexto, havia ainda a presença da igreja católica, que durante as décadas de 1960 e 1970, substanciava a sua posição moral que vinculava a prática sexual exclusivamente à reprodução. Muito embora esse posicionamento tenha sido minimamente flexibilizado já no final da década de 1970, quando a igreja católica começou a reconhecer a possibilidade de se evitar a gravidez, mas desde que isso fosse feito unicamente por meio da abstinência sexual periódica.

O Movimento da Reforma Sanitária, e vários outros movimentos sociais, lideranças, e partidos políticos do campo progressista, problematizaram e combateram as ideias pró-controle demográfico, nas quais o PMI, o PNSMI, a BEMFAM e o CPAIMC se ancoravam. O contra-argumento dessas forças sociais baseava-se na necessidade de ocupação territorial do país e na defesa da autonomia individual e soberania nacional. Particularmente as feministas pautaram um debate incisivo pela autonomia feminina nas escolhas relacionadas à reprodução. Elas realizaram críticas

substanciais ao controle demográfico, e, por outro lado, contestavam a defesa da ocupação do território nacional, que ultrajava a autonomia das mulheres (Costa, 1992).

As brasileiras já vinham em processo de rupturas e ressignificação do papel social que lhes era imposto, e passaram a se incorporar ao mercado de trabalho, e a ampliar as suas aspirações de cidadania. O planejamento familiar (ora ou outra denominado como planejamento reprodutivo) e o uso de métodos contraceptivos entram em perspectiva de luta por parte das mulheres brasileiras, e ganham cada vez mais evidência o exercício da sexualidade e a vivência do desejo sexual sem a sua imediata associação com a maternidade.

O cenário ficou cada vez mais complexo, entremeando demandas reais com ideologias: os setores esquerdistas insistiam na soberania nacional ao passo que, na classe média, crescia a demanda pela oportunidade da livre escolha dos métodos contraceptivos, surgindo valores de liberdade pessoal na decisão acerca do número de filhos com emancipação da mulher (COSTA, 2009, p. 1076).

O Estado brasileiro respondeu a essas demandas, e lançou, em 1983 o PAISM. E cabe salientar, no entanto, que foi uma parcela do Movimento da Reforma Sanitária e os movimentos feministas que subsidiaram técnica e politicamente o PAISM. O Programa apresentou uma abordagem inovadora na qual prevaleceu a perspectiva da complexidade da saúde das mulheres, o que orientou a integralidade dessa política pública, evidenciando a autonomia reprodutiva das mulheres. Nesse sentido, as diretrizes do PAISM preconizavam a capacitação de profissionais de saúde para atendimento das necessidades ampliadas em saúde das mulheres, considero-as para além de sua capacidade reprodutiva. A atenção à saúde deveria ser integral, com foco clínico-ginecológico, e preparada para acompanhar o pré-natal, o parto e o período pós-parto, mas também deveria focar nas condições de vida de adolescentes e mulheres idosas. Além do tratamento de infecções sexualmente transmissíveis, dos cânceres de útero e de mama, e da assistência para a concepção e a contracepção. Isso representou ampliação das iniciativas anteriores que consideravam a atenção à saúde das mulheres somente em seu período gestacional (Osis, 1998). Nesses termos,

o PAISM contempla as diversas etapas, ciclos de vida e situações de saúde das mulheres, incluindo, naturalmente, os assuntos da reprodução. No que diz respeito ao planejamento familiar, afirma a

livre escolha e preconiza que os indivíduos não se submetam a riscos para a saúde em decorrência da procriação e da anticoncepção. (COSTA, 2009, p. 1076).

Além disso,

O PAISM esclarece que o planejamento familiar deve incluir ações para a anticoncepção e também atenção aos casos de infertilidade. Com o propósito de garantir autonomia na escolha dos métodos e do controle da fertilidade, são valorizadas as práticas de educação em saúde e sexualidade, entendidas como instrumentos para disseminar as informações e possibilitar capacidade crítica às mulheres para a eleição de métodos. O programa recomenda ainda que se ofereça o conjunto de tecnologias disponíveis para a anticoncepção e que a atenção ao planejamento familiar seja realizada no contexto da atenção à saúde; portanto, sob as diretrizes do princípio da integralidade da saúde (COSTA, 2009, p. 1077).

Nessa esteira, por meio da Portaria 3.360/1986, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) definiu o PAISM como referência para a atenção às mulheres e elenca estratégias para implementação da política, espelhando a articulação institucional entre o INAMPS e Ministério da Saúde por meio das Ações Integradas de Saúde (AIS) (Costa, 2009).

No contexto de transição democrática dos anos de 1980, intensificaram-se as atuações das entidades sindicais, dos movimentos sociais em geral, e dos movimentos feministas e de mulheres. A atuação dos movimentos feministas, somando-se à presença de lideranças e setores de mulheres em partidos políticos, levou à criação do Conselho Nacional de Defesa dos Direitos das Mulheres e alguns conselhos estaduais da mesma ordem, em 1985. A participação social feminista em instâncias relacionadas à saúde pode ser percebida pelo aumento da representação de mulheres na Câmara Federal, no poder legislativo de estados e municípios, e pela atuação de feministas sanitaristas em fóruns constituídos por movimentos de mulheres e movimento sanitário (Costa, Bahia e Conte, 2007).

Dada essa conjuntura e o contexto de debates em torno da Reforma Sanitária e dos direitos das mulheres, foi na histórica 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), ocorrida em 1986, com cerca de 5.000 participantes e a presença massiva de mulheres, onde foram reconhecidas uma série de especificidades da saúde das mulheres, e houve a aprovação, entre as resoluções da 8ª CNS, da convocação

imediate da Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher. Tendo em vista as premissas da 8ª CNS, a Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher foi realizada ainda em 1986 e organizada pelo Conselho Nacional de Direitos da Mulher, com suporte de movimentos feministas e de mulheres, do Ministério da Saúde e Ministério da Previdência.

O horizonte de mudanças na atenção à saúde das mulheres vislumbrado pelos debates na Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher de 1986 pode ser visto na tabela 5.

Tabela 5. Resoluções selecionadas da Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher, 1986

Temas	Resoluções Selecionadas
Assistência integral à saúde da mulher na perspectiva de consolidação do Sistema Único de Saúde	<p>Res. 4. A criação do sistema único de saúde coloca um grande desafio para a sociedade em geral e para os técnicos do setor em particular. Com respeito à mulher, enquanto cidadã e usuária dos serviços de saúde, coloca igualmente o desafio de como inserir as questões específicas de sua identidade e sua saúde no sistema único de saúde e de como efetivar o controle social da população feminina sobre o processo da reforma sanitária, a fim de assegurar seus direitos.</p> <p>Res. 11. Reforçar o PAISM.</p> <p>Res. 13. A política de Assistência Integral à Saúde da Mulher deverá assumir, progressivamente, a plena implantação do planejamento familiar, em todos os seus aspectos, de forma que as entidades privadas controlistas sejam desativadas.</p> <p>Res. 14. Capacitação do setor público na produção de medicamentos e tecnologia em saúde, estimulando a pesquisa de acordo com as necessidades do PAISM.</p>
Direitos reprodutivos	<p>Res.4. O atendimento à anticoncepção obedecerá aos seguintes critérios: respeito à liberdade de escolha; acesso a todos os métodos existentes, com orientação quanto a cada um deles; critérios de avaliação clínica e acompanhamento pelos serviços de saúde, antes, durante e depois do seu uso.</p> <p>Res. 8. As ações de concepção e contracepção não serão atividades isoladas, devendo ser assumidas e geridas pelo Estado, através de seus órgãos de saúde, com a participação do movimento de mulheres, sem a ingerência de interesses privados nacionais ou multinacionais.</p>
Aborto	Legalizar o aborto, já que o mesmo nas condições em que atualmente ocorre no Brasil constitui um problema de saúde pública e saúde mental; e propiciar assistência e condições para que a mulher que decida fazê-lo o faça de forma consciente, sendo-lhe garantida

assistência médica e psicológica. O aborto não deve ser considerado como um método contraceptivo, sendo por isso fundamental que seja dado à sociedade o conhecimento dos métodos contraceptivos existentes, visando que o aborto seja uma prática cada vez mais reduzida.

* As resoluções selecionadas referem-se a temas aprovados integralmente.

Fonte: Relatório final da Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher, 10 a 13 de outubro de 1986, *apud*. Costa, 2009.

Posteriormente, no contexto da formulação da Constituição Federal de 1988 (CF./88), foram analisadas em torno de 120 propostas e emendas substitutivas encaminhadas pelos movimentos feministas ao Congresso Nacional. O resultado disso foi o registro do planejamento familiar no âmbito dos direitos “Da família, da Criança, do Adolescente e do Idoso”, e, de acordo com o artigo 226 parágrafo 7º da CF./88: “[...] o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito e vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais e privadas” (BRASIL, 1988). Em 1996, o planejamento familiar foi regulamentado em Lei Federal nº 9.263. Quanto ao aborto, um dos temas da Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher de 1986,

não foi incluído nem restritivamente e nem de forma facilitadora (**no texto Constitucional, grifo da autora**) [...]. Embora tenha havido pressões e emendas para ampliar as possibilidades do abortamento estas não tiveram acolhida. Mas tampouco a redação de uma das versões do Relatório da Comissão da Ordem Social que o vetava radicalmente teve condições de aprovação (RODRIGUEZ, 2003, p.122).

Nesse mesmo contexto, foi instituído o SUS no âmbito da CF/88, sancionando o direito à saúde como universal e dever do Estado, representando uma grande conquista do movimento sanitário. Os movimentos feministas também puderam comemorar a conquista de mudanças na concepção do papel social das mulheres, ainda que na esfera formal do conceito de saúde e de saúde das mulheres. Faltava, ainda, implementar essas conquistas na prática. E é justamente com a regulamentação da Lei Orgânica da Saúde, leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e de nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, em que a aplicação dessas conquistas vai ficando mais palpável.

Nesse quadro, a militância feminista passa a atuar em ONG's que futuramente tornam-se parceiras do Ministério da Saúde na formulação de materiais educativos, de normas técnicas na assistência e cuidado à saúde das mulheres. Em 1995, o MS nomeou Margareth Arilha⁴⁸ como conselheira do Conselho Nacional de Saúde. Ela ocupou uma das vagas destinadas à sociedade científica e isso, segundo Costa (2009), foi fundamental na ampliação do espaço político para comunicação das demandas femininas.

No contexto internacional, os temas da “saúde da mulher” e do planejamento familiar foram recorrentes nas conferências mundiais sobre população, em Bucarest, 1974; no México, 1984; e em Cairo, 1994. A posição formal do Brasil nessas conferências baseava-se na égide da liberdade das pessoas e casais com relação à tomada de decisão quanto ao número de filhos(as), desvinculando as práticas contraceptivas da lógica do controle demográfico. E, especialmente, na Conferência sobre População e Desenvolvimento de 1994, em Cairo, houve significativa participação da sociedade civil brasileira, sobretudo dos movimentos feministas (Costa, 2009). Nesse contexto, as noções de fecundidade e planejamento familiar acabaram sendo absorvidas pelo conceito de saúde reprodutiva. Como consequência, a concepção de saúde integral perdeu parte de sua centralidade no debate. Nessa Conferência, a saúde reprodutiva foi definida da seguinte forma:

A Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, realizada no Cairo em 1994, define saúde reprodutiva como um estado de completo bem-estar físico, mental e social em todas as matérias concernentes ao sistema reprodutivo, suas funções e processos, e não a simples ausência de doença ou enfermidade (Capítulo VII, parágrafos 7.2) (COSTA, 2009, p. 1074).

Para Lasonde (1997), essa definição de saúde reprodutiva tem relação com as políticas demográficas compulsoriamente preconizadas pelos países desenvolvidos aos subdesenvolvidos. Ana Costa (2000, 2009) nos alerta para o fato de que a aplicação desse conceito no campo da saúde é passível de crítica, já que ele remete à fragmentação da saúde reprodutiva ao desconectá-la de outras dimensões da saúde integral. Ainda assim, a autora reconhece a importância dessa definição conceitual em

⁴⁸ Durante os anos 80 e 90, Margareth Arilha coordenou a área técnica de Saúde da Mulher do Conselho Estadual da Condição Feminina de São Paulo, e foi uma das fundadoras da ONG ECOS - Estudos e Comunicação em Sexualidade (Fonte: plataforma lattes).

cenário internacional, e destaca alguns ganhos para o Brasil, fundamentalmente porque o país já havia realizado certos avanços quanto ao tema da integralidade, já contemplada em debates e formulação de políticas públicas para a saúde das mulheres brasileiras. Para a autora,

A consciência desta fragmentação trouxe a discussão, que se desdobra ao longo dos anos noventa, sobre o conceito de saúde reprodutiva envolvendo os movimentos feministas e diversas organizações internacionais no esforço de tentar articulá-lo com os direitos reprodutivos e sexuais. Esse esforço tem a intenção de estabelecer “um vínculo entre saúde e direitos reprodutivos, em uma perspectiva que integra premissas de desenvolvimento equitativo e direitos humanos”. No Brasil, o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, na Plataforma de Ação de Pequim, manifesta-se claramente sobre o assunto: os direitos humanos das mulheres incluem seu direito a ter controle sobre as questões relativas à sexualidade, incluída sua saúde sexual e reprodutiva, a decidir livremente a respeito dessas questões, sem serem-se sujeitas à coerção, à discriminação ou à violências (COSTA, 2009, p. 1074).

Os movimentos feministas brasileiros tiveram papel significativo na participação das conferências do sistema ONU, e de outras conferências paralelas. E demonstraram importante habilidade de articulação com movimentos feministas de outros países, constituindo alianças que contribuíram para a formação do poder e da capacidade de intervenção das militantes brasileiras (Costa, 2009). Aponta-se, nesse sentido, um esforço de algumas militantes e acadêmicas de aproximar o termo “saúde reprodutiva” ao de “cidadania reprodutiva”, buscando ampliar a discussão do campo da “saúde” para o do “direito” (Pitanguy, 1999). Entretanto, é necessário reconhecer os limites conceituais do termo saúde reprodutiva, ainda que de modo geral.

Num primeiro aspecto, as desigualdades sociopolíticas do globo acabaram sendo registradas no conceito, uma vez que “nos países do norte”,

essa concepção de saúde reprodutiva fica mais garantida (...), onde muitas conquistas já estão asseguradas, notadamente no que se refere aos direitos básicos de informação, ao amplo acesso aos serviços de saúde, ao maior controle dos efeitos secundários das técnicas contraceptivas, mediante acompanhamento médico obrigatório e ao livre acesso o aborto (SCAVONE, 2004, p. 51 e 52).

Num segundo aspecto, o conceito de saúde reprodutiva, segundo Corrêa, se tornou um grande guarda-chuva para acomodar outros termos como: “saúde sexual”,

“direitos reprodutivos” e “direitos sexuais”. Para ele, essas

definições têm sido aplicadas como se fossem intercambiáveis (...) meras interpretações semânticas, ou adequações das ações convencionais do materno-infantil ou de planificação familiar (CORRÊA, 1999, p. 43).

Num terceiro aspecto, e segundo Meyer (2004), mesmo que o conceito tenha contribuído com avanços epidemiológicos, ele ainda demandaria alinhamento de sua compreensão e implementação. Já que para a autora, a ideia de “direito” precisaria se aproximar do seu efetivo “exercício”.

Mesmo que falemos em um conjunto de “direitos reprodutivos universais” acabamos por deparar-nos com uma enorme diversidade de entendimento, implementação, e nível de acesso a esses direitos, nas diferentes sociedades e, dentro de uma mesma sociedade, entre os diferentes grupos sociais (MEYER, 2004, p. 96 e 97).

Diante dessa reconstrução sócio-histórica, nos deparamos com conceitos em plena formulação, que vão recebendo traços e inscrições políticas e de vários atores(as) sociais. Formando-se ambiguidades conceituais constitutivas, sobre as quais é necessário nos debruçarmos para não correremos o risco de fragilizar as nossas análises.

Desse modo, por um lado, se um dos efeitos da Conferência de Cairo-94 foi a adoção do conceito de “saúde reprodutiva”, com destacados prejuízos à noção de integralidade da atenção à saúde das mulheres, por outro lado, foi justamente a internacionalização do debate sobre a saúde das mulheres que contribuiu para impulsionar a mobilização dos movimentos feministas e de mulheres, levando à re colocação do tema na agenda governamental brasileira (Costa, 2009).

A mobilização de mulheres se fortaleceu, sobretudo devido às lutas das mulheres rurais (Marcha das Margaridas), articulação de mulheres negras, rede de mulheres soropositivas, movimento de mulheres lésbicas, pela humanização do parto, e outros. Suas lutas evidenciaram preocupações que, no Brasil, vêm sendo colocadas sob o guarda-chuva da saúde reprodutiva, como: mortalidade materna, cesarianas desnecessárias, aborto ilegal, câncer do colo uterino e de mama, esterilização em massa, infecções sexualmente transmissíveis como HIV e HPV, violência institucional (e, mais recentemente, a violência obstétrica) (Scavone, 2004).

Retomando o PAISM, pode-se afirmar que ele foi um importante norteador das ações de saúde, mas na prática ele encontrou grandes dificuldades de implementação, sobre as quais pesam as próprias ambiguidades conceituais que constituem o pano de fundo do Programa, como também devido às descontinuidades na gestão e à sua sobreposição por outros programas que foram sendo criados (Correa e Piola, 2002). Para Osis (1998), o PAISM foi efetivado apenas parcialmente e de maneira descoordenada nas regiões brasileiras. Segundo Cecatti *et al.* (2004), o Programa teve baixa implementação, e, com isso, emergiram críticas acerca da qualidade assistencial ofertada, visibilizada pelos resultados negativos dos indicadores que refletiam a falta de acesso aos serviços de saúde, baixa qualidade da atenção, entre outros.

Nesse sentido, um breve balanço das políticas de saúde para as mulheres nos anos de 1990 demonstra que não ocorreram significativos avanços quanto à atenção integral. Entretanto, é importante destacar dois processos que, direta ou indiretamente, mudaram o cenário institucional das ações de saúde destinadas à população feminina brasileira. Um deles foi a ampliação da cobertura de atenção básica no país, fruto da ampliação da oferta de Unidades Básicas de Saúde, devido a implementação do Programa de Saúde da Família. E o outro, relaciona-se com a conjugação de esforços por mudanças no modelo de atenção obstétrica, especialmente relacionadas à redução da taxa de cesáreas desnecessárias e à humanização do parto.

Quanto à condução do parto e do nascimento humanizados, em 1996, a OMS desenvolveu uma classificação de práticas, baseada em evidências científicas, que se tornou referência no campo da atenção obstétrica. A classificação foi organizada em cinco grupos: Grupo A - práticas consideradas benéficas e que deveriam ser estimuladas; Grupo B - práticas tidas como prejudiciais ou ineficazes e que deveriam ser abolidas; Grupo C - práticas sem evidências suficientes para serem recomendadas, e que, até então, deveriam ser utilizadas com cautela; e Grupo D - práticas usualmente realizadas de maneira inadequada (OMS, 1996). Mais adiante, essa classificação passou a figurar como substrato das boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento no Brasil.

A partir disso, já nos anos 2000, o Ministério da Saúde lançou o Programa de

Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) (BRASIL, 2000)⁴⁹, que preconizou diretrizes da humanização da assistência ao parto, tendo como objetivo a efetivação dos direitos à promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos. No contexto institucional do Ministério da Saúde, esse é o primeiro momento em o termo “humanização” é evidenciado. Nesse sentido, o termo foi compreendido a partir de dois elementos fundantes:

O primeiro diz respeito à convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido. Isto requer atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde, organização da instituição de modo a criar um ambiente acolhedor e adotar condutas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher. O segundo refere-se à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias que, embora tradicionalmente realizadas, não beneficiam a mulher nem o recém-nascido e que, com frequência, acarretam maiores riscos para ambos (BRASIL, 2000, p. 33 e 34).

Ancorado na mesma compreensão do termo “humanização”, o Ministério da Saúde instituiu, em 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH)⁵⁰. Segundo Martins *et al.* (2014), essa Política foi criada

a partir de uma preocupação metodológica: como fazer, que percursos trilhar, que trajetões percorrer, de que modo caminhar para interferir em problemas e desafios postos pelo cotidiano do trabalho em saúde de forma a garantir a efetivação dos princípios e diretrizes do SUS preconizados em sua base jurídico-legal? (*id.*, p. 10).

Com isso, o objetivo central da PNH foi o de colocar os princípios do SUS em prática no cotidiano do trabalho dos serviços de saúde. Para tanto, assumiu a tarefa de estimular a comunicação entre gestores(as), trabalhadores(as) e usuários(as) para a constituição de processos mais coletivos de operacionalização de relações de poder que produzem atitudes desumanizadoras. As práticas humanizadoras deveriam integrar três elementos fundamentais, concomitantemente: a atenção, a gestão e a formação. Uma das ações do Coletivo HumanizaSUS foi um mapeamento de experiências exitosas do SUS, em todo o território nacional, o chamado “SUS que dá

⁴⁹ Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>.

⁵⁰ Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf.

certo”⁵¹. O PHPN e a PNH, além de evidente aproximação conceitual, passam a trilhar percursos operacionais integrados.

Em 2003, ocorre um outro marco importante no contexto do Ministério da Saúde, que é a constituição de uma coordenação específica para lidar com a temática da saúde das mulheres, a Área Técnica da Saúde da Mulher (ATSM)⁵². Destaca-se o fato dela se localizar, à época, no Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, justamente devido à sua função essencial de articuladora das ações de baixa, média e alta complexidade em saúde. A ATSM tinha o papel de reforçar os princípios de integralidade, levando em conta as particularidades regionais, e as mulheres em situação de vulnerabilidade.

Nesse mesmo ano, foi realizada a 12ª Conferência Nacional de Saúde, que apresentou como tema principal a “Saúde: um direito de todos e um dever do Estado. A saúde que temos, o SUS que queremos”. Um dos seus resultados foi a formulação de um relatório, cujo subtítulo foi “Saúde e Gênero, o avanço na implementação da Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM)”. Ele atentava para a importância de se considerar as especificidades de saúde das mulheres negras, lésbicas e indígenas.

Em 2004, por ocasião da I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres, as demandas de efetivação do SUS e do PAISM ganham novo fôlego no contexto dos movimentos feministas. Diante disso, e nesse mesmo ano, o Ministério da Saúde, juntamente com diversos setores da sociedade, incluindo movimentos feministas e de mulheres, pesquisadores(as), trabalhadores(as), gestores(as) do SUS, lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM, 2004).

A PNAISM buscou retomar e atualizar as proposições da PAISM, levando em conta as mudanças das demandas da população feminina ocorridas no intervalo de tempo entre o lançamento dessas duas iniciativas ministeriais. A nova Política

⁵¹ Para tanto, eram realizados e divulgadas práticas humanizadas de assistência à saúde. Particularmente no que diz respeito ao nosso tema de interesse, foram evidenciadas experiências exitosas na assistência ao parto e ao nascimento no SUS, tais como: a do Hospital Sofia Feldman e do Hospital Odilon Behrens, em Belo Horizonte. Os vídeos estão disponíveis no youtube.

⁵² Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf

reafirmou, portanto, compromissos anteriores e trouxe, como destaque, o enfoque de gênero.

Nesse sentido, reflete o compromisso com a implementação de ações de saúde que contribuam para a *garantia dos direitos humanos das mulheres* e reduzam a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis. Este documento incorpora, num enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores e busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual. Agrega, também, a prevenção e o tratamento de mulheres vivendo com HIV/aids e as portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e de câncer ginecológico. Além disso, amplia as ações para grupos historicamente alijados das políticas públicas, nas suas especificidades e necessidades (BRASIL, 2004, p. 5 e 6).

Também em 2004, foi aprovado o Plano Nacional de Saúde (PNS), que dentre várias outras iniciativas, estabeleceu metas para efetivação da agenda de políticas para as mulheres, dentre as quais destaca-se:

- Reduzir em 15% os índices de mortalidade materna;
- Aumentar em 50% o número de serviços de saúde do SUS para a realização de laqueadura tubária e vasectomia em todos os estados;
- Reduzir em 15% a taxa nacional de cesariana no SUS;
- Aumentar em 30% os serviços de atenção às mulheres em situação de violência nos municípios polos de microrregiões;
- Aumentar em 15% a cobertura do exame Papanicolau na população de risco (35 a 49 anos de idade);
- Aumentar em 25% a realização de cirurgias para reconstrução mamária;
- Reduzir em 15% o número de complicações de aborto no âmbito do SUS;
- Implantar comitês de morte materna em 100% dos municípios com população superior a 50 mil habitantes;
- Reduzir em 6% a incidência de aids em mulheres;
- Alcançar 100% de cobertura com a vacina dupla adulto em mulheres em idade fértil de 15 a 49 anos de idade, nas regiões Norte, Nordeste, norte de Minas Gerais e no estado de Goiás, correspondendo a 2.288 municípios, com vistas à proteção da mãe e do conceito contra o tétano acidental e neonatal;
- Implantar/implementar cinco centros de referência para

atendimento à fertilização de casais sorodiferentes para o HIV;

- Garantir a pelo menos 60% das gestantes integrantes das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família o acompanhamento segundo a agenda de compromissos do setor saúde (vigilância alimentar e nutricional, vacinação e pré-natal) (PLANO NACIONAL DE SAÚDE; 2004).

Ainda em 2004, o Ministério da Saúde anunciou o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal. O Pacto partia do pressuposto de que a significativa desigualdade social brasileira gerava disparidades nos modos de parir e nascer, impactando na sobrevivência de mulheres e crianças. Ele consistiu na busca por executar um conjunto de ações articuladas, nas três esferas de governo, pela qualificação da atenção obstétrica e neonatal. Essa iniciativa tinha vinte e oito ações prioritárias contemplavam aspectos mais relacionados à gestão, à qualificação de serviços de saúde e à atenção à saúde propriamente dita.⁵³ O Pacto Nacional de Redução da Mortalidade Materna perdurou até 2009 e, ao longo desse período, passou por diversas revisões e atualizações.

No campo da participação social, a pesquisa realizada por Ana Costa (2009), baseando-se em informações Sistema Nacional de Informações sobre Conselhos e Conselheiros de Saúde – ParticipanetSUS, mostra que, em 2007, nos 5.463 Conselhos Municipais de Saúde, haviam 276.542 entidades representando os(as) usuários(as) do SUS. Das quais, somente 623, ou 0,23% delas, estavam relacionadas com a saúde das mulheres. Dessas 623 entidades, 54,57% delas eram clubes ou associações de mães, 26,48% correspondia a movimentos sociais de mulheres, 8,19% correspondia a movimentos sindicais, e os demais a outras modalidades.

Por um lado, os movimentos de mulheres estavam representados no Conselho Nacional de Saúde (CNS), seja por meio da entidade representativa desses movimentos, como também por representações da população negra, população LGBT, população do campo, sindicalistas e outros que conformavam uma configuração favorável aos avanços relacionados à saúde das mulheres. Mas ainda assim, e tendo em vista os registros nas atas de reuniões ordinárias e extraordinárias do colegiado, foram raros os momentos em que a temática da saúde das mulheres

⁵³ Disponível em: <http://www.redeblh.fiocruz.br/media/pactopsfinfo22.pdf>.

esteve presente nas pautas e nos debates do CNS. Para a pesquisadora,

Das 45 vezes que o tema foi objeto de pauta do CNS, por seis vezes (13,3%) envolveu o debate e a aprovação de políticas e programas para as mulheres; oito (17,7%) vezes tratou do tema de avaliação e monitoramento de políticas e programas; e em cinco (11,11) destes eventos o debate foi realizado acerca de situações críticas envolvendo posicionamento ético-político do referido colegiado (COSTA, 2009, p. 1.080).

Frente a esse cenário, e ao quadro de demandas da sociedade brasileira, o Ministério da Saúde deu continuidade às iniciativas de qualificação da atenção obstétrica e neonatal, e lançou, em 2008, o Plano de Qualificação de Maternidades e Redes Perinatais (PQM). O Plano emergiu da necessidade de qualificar o processo de trabalho, e oferecer apoio à gestão de vinte e seis maternidades localizadas na Amazônia Legal e Nordeste brasileiro. Os estados dessas regiões formularam planos estaduais que contemplavam ações de regulação de leitos obstétricos e neonatais, vinculação de gestantes desde o pré-natal, até o serviço de saúde onde se realizaria o parto (Lei Nº 11.634/2007), e de garantia do direito a acompanhante de livre escolha da mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto (Lei Nº 11.108/2005). O PQM foi operacionalizado até o ano de 2011.

Dando continuidade às ações de qualificação da atenção obstétrica e neonatal, em 2011, a então Presidente da República, Dilma Rousseff, anunciou a Rede Cegonha (RC). Nesse contexto, o Ministério da Saúde, delegou à então ATSM a direção transversal da RC, envolvendo diversas outras coordenações, diretorias e secretarias desses Ministério, numa verdadeira corrida para o desenvolvimento e acompanhamento de planos de trabalho, normativas, e diversos outros instrumentos de gestão, que possibilitassem a implementação dessa Rede em território nacional. Desse modo, em junho de 2011 foi publicada em Diário Oficial da União a Portaria GM nº 1.459⁵⁴, que instituiu a RC no âmbito do SUS. Com isso, a política pública

⁵⁴ Definiu cinco diretrizes estruturantes e quatro componentes, que deveriam ser observados quando da sua implementação. **Diretrizes:** I - garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal; II - garantia de vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro; III - garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento; IV - garantia da atenção à saúde das crianças de zero a vinte e quatro meses com qualidade e resolutividade; e V - garantia de acesso às ações do planejamento reprodutivo (BRASIL, 2011). **Componentes:**

anunciada por Dilma Rousseff passou a existir legalmente e a Portaria começou a desencadear uma série de ações estatais, nos âmbitos federal, estadual e municipal, com o objetivo de intervir sobre um determinado estado de coisas.

O texto da Portaria GM nº 1.459 foi resultado de meses de trabalho. As ações propostas para intervir sobre as assistências obstétrica, neonatal e infantil oferecidas no Brasil, são efeito de muitas discussões, debates, conflitos, observação de dados epidemiológicos, e produção de consensos. O Ministério da Saúde já apresentava experiências acumuladas com o esse tema, e, dadas as exigências da Presidência da República, o corpo gerencial da ATSM da época e da Diretoria sobre a qual essa Coordenação se submetia, a experiência com o PQM acabou figurando como decisiva. Nesse sentido, os principais conteúdos disparadores da RC foram aqueles que, em alguma medida, já haviam sido propostos pelo PQM, como: cogestão⁵⁵; direito a acompanhante e ambiência⁵⁶; vinculação da gestante, desde o pré-natal ao local de parto, em uma rede integrada de cuidados⁵⁷; acolhimento em rede e acolhimento com classificação de risco⁵⁸. Embora, posteriormente, tenham se complexificado diante dos conflitos e da busca por novos consensos.

Além disso, o PQM também influenciou no formato gerencial da RC, que ficou estruturada de acordo com a perspectiva do “apoio institucional”. Ou seja, foram contratadas(os) apoiadoras(res) institucionais, que a partir da experiência da

I - Pré-Natal; II - Parto e Nascimento; III - Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança; IV - Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação (BRASIL, 2011).

⁵⁵ Diz respeito a um modo de gerir uma determinada instituição de saúde, que se pretende compartilhado e participativo, já que as negociações e os acordos alcançados buscam envolver um conjunto mais ampliado de profissionais de saúde em arenas decisórias onde é definido quem faz o quê, para quê e sob que condições de trabalho.

⁵⁶ Efetivar a presença de acompanhante de livre escolha da mulher em todo o processo de parto (trabalho de parto, parto e pós-parto imediato), conforme assegurado pela Lei 11.108/2005. E adequação da ambiência às particularidades do parto e do nascimento humanizados, de acordo com a RDC Nº 36/2008. De modo que as modificações no ambiente pudessem garantir privacidade e conforto às mulheres, e possibilitar a inclusão da(o) acompanhante, e que todo o processo do parto acontecesse no mesmo espaço físico, tomando como exemplo os quartos PPP - Pré-Parto, Parto e Pós-Parto Imediato.

⁵⁷ A vinculação da gestante às equipes de atenção básica, desde o pré-natal, e a sua consequente vinculação ao local para o parto e nascimento, tinha como objetivo resolver o problema da peregrinação das mulheres por maternidades/hospitais, quando entrassem em trabalho de parto.

⁵⁸ “Acolhimento e Classificação de Risco” (ACCR) é um dispositivo de gestão e assistencial que buscou integrar as lógicas do acolhimento (uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização) e da classificação de risco nas urgências e emergências das maternidades. O ACCR significou, portanto, um esforço de alinhar o acolhimento com a racionalidade médica.

própria intervenção, pudessem contribuir com as equipes dos serviços de saúde, buscando fortalecê-las e integrá-las. A proposta era a de apoiar a partir de dentro os serviços de saúde, profissionais e equipes, não para “anunciar suas debilidades, mas para operar junto com o grupo em um processo de transformação na própria grupalidade e nos modos de organizar o trabalho e de ofertar ações e estratégias de saúde” (BRASIL, 2010, p 22). No Manual Prático de Implementação da Rede Cegonha (2011), foi previsto:

[...] fomento à adoção de práticas de gestão que diminuam a dicotomia entre gestão e atenção, promovam a atuação integrada entre os profissionais de saúde e entre esses e os gestores dos serviços de saúde e, em última instância, garantam a integralidade do cuidado com respeito à singularidade do atendimento (BRASIL, 2011, p. 11).

Ao se iniciar a fase de intervenções técnicas e políticas nas áreas de interesse, os desafios, dificuldades e situações imprevistas que ocorreram desde o início da sua implementação, fizeram da RC alvo de constantes reformulações. É possível afirmar que houve um processo de retroalimentação entre implementação e reformulação dessa política pública, com o sentido de buscar agregar as experiências próprias das intervenções nas maternidades e hospitais, das disputas e tensionamentos locais com profissionais de saúde e gestores(as). Mas também de conciliar, por vezes apaziguar os conflitos entre as posições divergentes na arena política dos movimentos feministas e dos movimentos de mulheres.

Uma das principais posições divergentes à RC seriam “a desconstrução da sinonímia gênero-mulher e mulher mãe”, “ir na contramão da produção de uma atenção à saúde materna prescrita de forma generalizada e uniformizada”, “avançar nos diálogos sobre os direitos sexuais e reprodutivos de mulheres e na desnaturalização da tríade mulher-heterossexual-mãe” (MARTINS *et al*, 2014, p. 14-15). Além disso, pode-se apontar as exigências de que a ATSM liderasse a formulação de ações no enfrentamento à violência obstétrica, o diálogo acerca do aborto e do enfrentamento à violência sexual, e a construção de medidas para se avançar no enfrentamento à violência doméstica.

A RC foi interpretada como uma estratégia governamental bastante controversa. Para as feministas da Rede Feminista de Saúde, ela significou retrocesso de cerca de trinta anos nas lutas pela emancipação e saúde das mulheres. Em

entrevista concedida ao Blog Viomundo, em 05 de abril de 2011, a representante da Rede Feminista, Télia Negrão, afirmou que as expectativas quanto a atuação de uma mulher na presidência do Brasil eram outras. Segundo ela, estavam muito para além da reafirmação da mulher vinculada à maternidade compulsória, e percebida como mulher-barriga/hospedeira. Esperava-se o aprofundamento do debate da liberdade de escolha da maternidade, bem como o da legalização ou descriminalização do aborto.

De acordo Estela Aquino (2014) o movimento feminista luta para a consolidação da posição social das mulheres como sujeito, dotadas de autonomia, bem como para o rompimento com a perspectiva materno-infantilista na saúde. A RC, ao focar na mudança do modelo de atenção obstétrica, representaria “simbólica e materialmente o encolhimento da agenda feminista e de construção do SUS” (*id*, p. 9). Além de contribuir, segundo a autora, para a retirada do caráter sexual da reprodução, e enfatizar o bebê. Com isso, teria ocorrido uma ruptura dos objetivos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM, 2004), a volta do ideário materno-infantilista, enquanto que ficou debilitado o reconhecimento das práticas de aborto inseguro como circunstâncias que provocam óbitos maternos (*id*, p. 9). No entanto, Rosamaria Giatti Carneiro evidencia a posição favorável à RC, por parte de pesquisadores(as). Segundo eles(elas) essa política pública teria partido do pressuposto da permanência das altas taxas de cesariana, e do excesso de intervenções desnecessárias durante o parto. Ademais, a apropriação das expressões “parto cidadão” e “violência obstétrica” caracteriza a RC como uma política sensível à realidade (CARNEIRO, 2013, p. 49).

Como fruto de inúmeros embates políticos, a Rede Cegonha foi sendo revisitada, configurando aquilo que considerei acima como processo de retroalimentação entre implementação e reformulação da política pública. Nesse sentido, em 2015, foi formulada a Norma Técnica de Atenção Humanizada às Pessoas em Situação de Violência Sexual com Registro de Informações e Coleta de Vestígios. A Norma Técnica integrou uma das ações do Programa Mulher Viver sem Violência⁵⁹, lançado em março de 2013, pela Presidência da República, sob

⁵⁹ O Programa Mulher, Viver sem Violência foi composto por seis estratégias de ação: Casa da Mulher Brasileira, Ampliação da Central de Atendimento à Mulher – Ligue 180, Organização e Humanização do Atendimento às Vítimas de Violência Sexual, Centros de Atendimento às Mulheres nas Regiões de Fronteira, Campanhas Continuadas de

coordenação da Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM/PR), com parceria do Ministério da Justiça e do Ministério da Saúde.

Esse documento teve como fundamento a criação de medidas para responsabilização e o combate à impunidade dos autores de agressão e violência, e a unificação dos procedimentos de acolhimento, registro da história, exames clínicos e ginecológicos, coleta de vestígios, contracepção de emergência, profilaxias para HIV, Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) e Hepatite B, comunicação compulsória às autoridades de saúde em até 24 horas, por meio da ficha de notificação da violência, exames complementares, acompanhamento social e psicológico, e seguimento ambulatorial, em todo o território nacional (BRASIL, 2015).

No campo do planejamento reprodutivo, a ampliação do acesso⁶⁰ ao Dispositivo Intrauterino (DIU de cobre) no pós-parto ou pós aborto imediatos figurou como importante medida. Isso porque, se por um lado, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres (BRASIL, 2004) já tratasse de:

- (i) estimular a implantação e implementação da assistência em planejamento familiar, para homens e mulheres, adultos e adolescentes, no âmbito da atenção integral à saúde, (ii) garantir a oferta de métodos anticoncepcionais para a população em idade reprodutiva; (iii) e ampliar o acesso das mulheres às informações sobre as opções de métodos anticoncepcionais (*id.* p. 69).

E por outro lado, mesmo que o Ministério da Saúde já disponibilizasse todo um rol de métodos contraceptivos incluídos na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) aos estados, Distrito Federal e municípios, de acordo com a programação ascendente vindas dessas localidades, a medida específica apontada acima significou que o DIU passaria a ser disponibilizado diretamente às maternidades do SUS. Com isso, o DIU passaria a ser ofertado diretamente às mulheres, tanto no pós-parto como no pós-abortamento imediatos. E isso possibilitou o acesso em tempo oportuno ao método contraceptivo, evitando gestações não planejadas, e muitas vezes não desejadas.

De outra parte, RC enfocou a importância dos Centros de Parto Normal

Conscientização, Unidades Móveis para o Atendimento às Mulheres do Campo e Floresta (BRASIL, 2015).

⁶⁰ Ampliação do acesso preconizado na Portaria nº 3.265 de dezembro de 2017.

(CPN's) e da enfermagem, no contexto da mudança do modelo da atenção obstétrica. Embora a assistência ao parto prestada por enfermeiras já fosse autorizada e recomendada pela ABENFO, a Portaria nº 11, de janeiro de 2015, que tratou das novas diretrizes para implantação e habilitação de CPNs, e ampliou a legitimação do espaço profissional da enfermagem, foi formulada no contexto da RC. Houve valorização de profissionais de enfermagem porque o protocolo assistencial do CPN's possibilita o seu funcionamento sem a presença do profissional de medicina. Além do mais, isso, segundo consta, favorece à melhoria de resultados perinatais e a redução de intervenções desnecessárias (Schneck, Riesgo, Diniz, *et al*; 2012).

Para a pesquisadora da Fiocruz, Estela Aquino (2014), que contribuiu com as análises dos dados da pesquisa Nascer no Brasil, realizada em 2011 em todo o território nacional, as práticas obstétricas não recomendadas, por não apresentarem boas evidências científicas, permanecem sendo realizadas no Brasil. Além disso, Aquino evidencia que há divergências entre a assistência obstétrica oferecida no SUS e a ofertada na rede privada. Embora em ambas as esferas essa assistência possa ser caracterizada como tecnocrática, na rede pública ela se caracterizaria, sobretudo, pela baixa articulação entre a atenção pré-natal e o parto, a falta de vagas em hospitais e maternidades, ocasionando a peregrinação das mulheres durante o trabalho de parto, além do uso rotineiro de ocitocina sintética nos hospitais e realização da episiotomia. Nos serviços privados, no entanto, ela se caracteriza pela permanência das cesarianas desnecessárias como procedimento corriqueiro (Aquino, 2014). Caberia, nesse sentido, a realização de novas pesquisas que dessem conta das práticas realizadas na assistência ao parto e nascimento na atualidade no Brasil.

Capítulo 4 – Sociologia Clínica em Perspectiva: uma sociologia orientada para o sujeito

Lo producido se convierte en productor de lo que lo produce.

(Edgar Morin, 1994)

Le seul problème que l'institution de la société doit résoudre partout et toujours c'est le problème du sens: créer un monde investi de significations.

(Cornélius Castoriadis, 1975)

4.1 Preâmbulo da discussão

O individualismo evidente levou sociólogos(as) a se interessarem pela abordagem do sujeito, antes considerado “uma ‘caixa preta’ para um bom número dentre eles” (GAULEJAC, 2004/2005, p. 60). Esse interesse vem demandando que pesquisadores(as) repensem as fronteiras disciplinares usuais entre a sociologia e a psicologia, para possibilitar o conhecimento das articulações entre o social e o individual. Isso nos leva à sociologia clínica e aos desafios de articulação das noções de sujeito.

Uma sociologia orientada para o sujeito tem como enfoque a dialética constante entre os diversos processos de construção do sujeito. Atentando para as suas múltiplas incidências, contradições, complementariedades, e as buscas do sujeito pela construção de sua singularidade diante de um todo, geralmente desordenado. Metaforicamente, isso se representaria na busca por uma sustentação melódica, considerando instrumentos, notas e arranjos musicais, por vezes dissonantes.

É por meio dessa sociologia “que se pode apreender a diversidade do ‘homem plural’ e as contradições que o constituem” (GAULEJAC, 2004/2005, p. 68), primando por analisar processos sociais com sujeitos, e ancorando-se na concepção de que as relações entre indivíduo e sociedade se inscrevem em uma historicidade. Este conceito será mais bem apreendido adiante, por ora recorremos a Castoriadis (1990), que nesse sentido reforça: “O sujeito humano não é simplesmente real, ele não é um dado, ele está por se fazer e ele se faz por meio de certas condições e em certas circunstâncias. [...] Ele é uma possibilidade abstrata. [...] Ele é criação histórica e criação em que se pode seguir a história” (CASTORIDIS, 1990, *apud.* GAULEJAC, 2004/2005, p. 68).

O sujeito, para além da sua capacidade de pensar, tem a capacidade reflexiva, que lhe possibilita realizar análises de outras possibilidades, de (re)inventar e transformar o mundo onde vive. É um todo complexo, inscrito socialmente, com uma identidade, um gênero, um sexo, uma idade, uma cor da pele, modos de ser e de viver, uma história familiar, desejos, projetos, crenças, uma posição social e etc. Desse modo, convém estudar o sujeito em sua totalidade, considerando a disposição intrincada entre “um corpo biológico, de um ser social (indivíduo socialmente definido), de uma ‘pessoa’, mais ou menos consciente, (de uma realidade psíquica e de um aparelho psíquico), um todo supremamente heterogêneo e, contudo, definitivamente indissociável” (CASTORIADIS, 1990, *apud.* GAULEJAC, 2004/2005, p. 68).

A análise do sujeito em sua totalidade se desdobra em vários níveis, como: da subjetividade, do aparelho psíquico, do indivíduo, e da sociedade (Gaulejac, 2004/2005, p. 68). Desse modo, é importante que se perceba as condições objetivas e subjetivas do sujeito, atentando para as armadilhas que cientistas sociais correm o risco de cair, ao tratar do “vivido sem conceito” e do “conceito sem vida” (H. Lefebvre, 1975).

Nessa esteira, Gaulejac (2000) afirma que a primeira armadilha:

Consiste em imergir no vivido, na experiência pessoal como se esta fosse portadora de sentido e como se o sujeito pudesse produzir uma verdade sobre si mesmo pelo simples fato de produzir uma narrativa. Uma conduta e uma atitude não possuem autonomia em relação às condições sociais que as produzem, tampouco em relação ao sistema de relações no qual se expressam. Pensar que o saber sobre o homem possa surgir do interior do seu vivido, é cair na ilusão empirista que

assimila o real à percepção subjetiva daquele. Ou ainda, uma ‘ilusão biográfica’ (cf. Bourdieu, 1986), segundo a qual uma vida individual constituiria uma totalidade coerente, possuindo uma lógica interna e um sentido. Interrogar o ‘vivido’ é analisar sentimentos, emoções representações que um indivíduo produz sobre a sua existência e a sociedade, isto é, a relação imaginária que ele entretém com suas condições concretas de existência (GUALEJAC, 2000, p. 76 e 77).

E a segunda armadilha:

Consiste em imergir na teoria, no ‘puro’ saber ou nas construções intelectuais que tendem a eliminar a subjetividade, considerando a vida como puro produto de determinismos e ignorando o fato de que os indivíduos não são objetos inertes, mas, ao contrário, sujeitos ativos que podem intervir na construção de sua existência de sua trajetória de vida, de sua identidade social e, até mesmo mudar o curso de sua história (...). Trata-se de sujeitos sócio-históricos que obedecem às leis particulares que eles contribuem para produzir e sobre as quais eles intervêm, permanentemente, não somente através das relações de força, das regras, das normas, mas igualmente através de crenças e paixões (GUALEJAC, 2000, p. 76 e 77).

É essencial considerar as dimensões objetiva e subjetiva do sujeito, uma vez que ambas o constitui como tal. A exemplo do que ocorre na sociedade salarial, o trabalho é componente medular à existência das pessoas, já que ele possibilita a sobrevivência econômica e a inserção em certas estruturas sociais e organizações. Mas também é por meio das relações de trabalho que valores e objetivos são partilhados e percebidos como importantes ao reconhecimento social. E, sobretudo em sociedades cujo individualismo e a mobilidade social são muito valorizados, cada um(a) acaba se destinando a “realizar uma situação” (Gaulejac, 2004/2005).

Dois aspectos são fundamentais aqui. Um deles é a questão do sentido, e o outro, da confrontação entre as maneiras de ser, pensar e agir do indivíduo e as exigências de um contexto específico. Quanto ao primeiro aspecto, é sabido que o sentido não é inerente à vida humana, é fruto de uma construção discursiva e simbólica que atribui significado aos fenômenos sociais e a si próprio. Levi-Strauss compreende que o ser humano busca ampliar o domínio sobre o simbólico, sobre o real do corpo, da vida, da morte, do futuro incerto.

Na conclusão de sua obra sobre a “eficácia simbólica”⁶¹, ele afirma que “O informulável é a doença do pensamento” (LEVI-STRAUSS, 1975, p. 211), demonstrando a dificuldade humana com a existência dos vazios de discurso. Além do mais, a produção de sentido não se faz individualmente, seu alcance simbólico encontra-se exatamente no fato dela ser coletiva, de inscrever-se na cultura. A significação se desvela na interface do singular da pessoa com a sua inscrição simbólica na cultura.

Ainda quanto ao primeiro aspecto, Gualejac (2004/2005) demonstra que tanto o sentido das posições, condutas e existência atribuídas ao indivíduo, como o sentido que ele mesmo confere à sua vida, projetos e aspirações, são centrais ao debate da subjetividade, que não pode ser compreendida como uma “cena interior”, apartada do social e das ações que a evidencia. Desse modo,

O indivíduo, como as suas representações, não pode ser estudado, nem de dentro, como se ele possuísse uma essência própria, nem de fora, como puro condicionamento de fatores externos. Há coproduções, influências recíprocas permanentes entre a cena psíquica e a cena social. Cada uma contribuindo para nutrir uma subjetividade inscrita na experiência social, na confrontação com a alteridade e na ordem simbólica. Nesse sentido, a subjetividade é um elemento irredutível da sociedade (GUALEJAC, 2004/2205, p. 69).

Quanto ao segundo aspecto, é importante visibilizar que o indivíduo não é simplesmente alguém que registra as contradições sociais numa espécie de espaço sociomental inacessível, frequentemente chamado de “caixa-preta”. O indivíduo é dotado de desejo. E desse modo, ele se depara com o desejo de ser, com as condições conflituosas da sua existência, e com a assimetria entre a vida concreta e suas fantasias. “Entre o sujeito socio-histórico, o sujeito reflexivo e o sujeito do desejo, a figura do indivíduo emerge em toda a sua complexidade” (GUALEJAC, 2004/2205, p. 69).

Nesse sentido, a questão do sujeito está circunscrita na fronteira de quatro universos, que nos direcionam para diferentes campos do saber. O primeiro universo é o “cognitivo da reflexividade”, que possibilita ao sujeito pensar, dar nome, e “acessar um certo domínio na sua relação com o mundo” (GAULEJAC, 2004/2005, p. 69). O segundo universo é o dos estatutos, das regras, e das normas de conduta, onde o

⁶¹ In: Antropologia estrutural. Trad. Chaim Samuel Katz e Eginardo Pires. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975.

sujeito do direito é confrontado com a obediência às leis e aos valores. O terceiro universo é o do inconsciente, e do imaginário, onde o sujeito é desejante, é o “sujeito do desejo”, confrontado com os desejos dos outros de investi-lo de uma certa autonomia ou de subordiná-lo. E, por último, o quarto universo, é o da sociedade, da cultura, das relações sociais, dos papéis e posições sociais, onde o “sujeito é social-histórico”, confrontando-se com a multiplicidade de circunstâncias e determinações de seu próprio contexto (Gaulejac, 2004/2005).

Ao considerar que o sujeito é engendrado na confluência do social e do psíquico, Gaulejac afirma que:

Não se pode pensar a questão do sujeito sem inscrevê-lo numa dupla determinação social e psíquica. Se o indivíduo é produto de uma história, esta condensa, de uma parte, o conjunto dos fatores socio-históricos que intervêm no processo de socialização e, de outra, o conjunto dos fatores intrapsíquicos que determinam sua personalidade (GUALEJAC, 2004/2205, p. 69).

O autor alerta, no entanto, que a formulação de uma meta-teoria que leve em conta o social e o psíquico num mesmo conjunto parece ser pouco profícuo, uma vez que esses âmbitos têm diferentes disposições, são heterogêneos e demandam conceitos e métodos diferentes. Ele sugere que se produza um conhecimento baseado na articulação entre o social e o psíquico, considerando que esses âmbitos aparecem interligados, se influenciam, e não são completamente autônomos. Na prática, o(a) pesquisador(a) acaba tendo que se haver com dois aspectos:

- de uma parte, a de renunciar em submeter a compreensão dos processos psíquicos aos mecanismos que regem os processos sociais e, inversamente, de integrar a dinâmica do psiquismo como elemento para compreender a realidade social;
- de outra parte, a de construir problemáticas complexas que permitam pensar as articulações, as influências, os pontos de ancoragem, os elos entre esses processos (LEGRAND, 1993; PAGÈS, 1993). Portanto, de posicionar o sujeito como o lugar de intersecção do conjunto das contradições com as quais ele está confrontado na sua existência. É porque ele está submetido a influências múltiplas e a exigências conflituosas que o indivíduo procura elaborar respostas, traçar estratégias e projetos.
(GUALEJAC, 2004/2205, p. 70).

Em sua obra *La névrose de classe* (1987), Gaulejac abordou a gênese social de conflitos psíquicos, enfocando na questão da vergonha⁶². A vergonha, segundo o autor, é um sentimento com raízes no psiquismo, nas suas zonas mais inconscientes, e cuja origem associa-se à confrontação do sujeito com o mundo social. Trata-se de uma sobredeterminação de ordem sociológica, que a psicanálise e a psicologia costumam desconsiderar. O problema da gênese social de conflitos psíquicos remete a um elemento fundamental para o próprio sujeito, que passa a poder diferenciar e a se posicionar diferentemente diante de duas questões diversas. Quais sejam, uma “psicológica”, advinda de si mesmo, do seu inconsciente, e outra que é consequência de uma situação social que dispõe o sujeito em conflito consigo mesmo, como é o caso da vergonha.

Em entrevista⁶³ disponibilizada em vídeo na internet, o cantor brasileiro Djavan formula uma fala autobiográfica e expressa as dificuldades psicológicas encontradas no seu processo de deslocamento social, provocado entre a sua posição social herdada e sua posição adquirida. O cantor é um homem negro, nordestino da cidade de Maceió - AL, filho de pai branco e filho mãe negra. Ela trabalhava como lavadeira, e o pai como vendedor ambulante.

Na década de 1970, aos 23 anos, Djavan vai para o Rio de Janeiro-RJ tentar inserção no mercado musical. Muitos artistas brasileiros assim o fizeram, principalmente nas décadas de 1960 a 1980, já que o RJ era uma das cidades centrais no crescimento do setor de publicidade, telecomunicações e da indústria fonográfica no país. Nessa cidade, ele passou a ser *crooner*⁶⁴ de boates famosas, como a *Number One* e a 706. Por meio do radialista e seu conterrâneo Edson Mauro, foi apresentado a João Araújo, presidente de uma das grandes gravadoras da época, a Som Livre. Araújo o leva para a TV Globo, uma grande empresa de comunicação de massa, e, a partir de então, Djavan passou a cantar trilhas sonoras de novelas, e a gravar músicas de compositores consagrados como: "Alegre Menina", composta por Jorge Amado e

⁶² Essa questão será aprofundada nas sessões 3 e 4 deste capítulo.

⁶³ Entrevista pode ser vista em: <https://www.youtube.com/watch?v=LN1kRVdQG14>, a partir de 16': 02'' até 17': 31.

⁶⁴ *Crooner* é um epíteto estadunidense usado para caracterizar a cantores masculinos jazz, apoiado por uma orquestra, uma banda com muitos integrantes ou um piano. Também é um termo que designa um estilo musical enfaticamente romântico.

Dorival Caymmi, da novela Gabriela, e “Calmaria e vendaval”, composta por Toquinho e Vinícius de Moraes.

Na entrevista, Djavan fala do custo psicológico, na forma da humilhação e da vergonha (timidez) enquanto consequências sociais e culturais, associadas ao fato de ser negro. Sobre essa trama de conflitos de naturezas diferentes, concomitantemente sociais e psíquicas o cantor relata:

Eu tenho essa característica, eu sou muito tímido (**vergonha, grifo da autora**). É uma coisa muito ligada ao fato de ser negro, sabia? O negro aprende desde cedo a viver de maneira contida, os seus movimentos são contidos, ele se esconde mais, ele fica se esgueirando, porque ele sabe que não é bem aceito na maioria dos lugares. Sobretudo eu que frequentei colégio de brancos, ou seja, estudei no melhor colégio da cidade, entendeu? E por ter essa sofisticação artística dentro de mim sempre tive amigos (quer dizer, não que convivesse com eles), mas eu era assediado por pessoas que gostariam de uma amizade comigo, pessoas de berço, pessoas ricas e tudo. Mas eu sempre vivi como vivem os negros de modo geral, como aprenderam os negros, como impuseram aos negros viver: nunca no foco, porque o foco não é dado aos negros. Os negros sabem que o foco não lhe cabe, então ele aprende a ficar de longe. Isso produz uma timidez, e se você tem a característica de ser uma pessoa tímida, essa timidez provavelmente se acentuará por causa desse modo de ser imposto aos negros (Djavan, Relato publico, divulgado em vídeo na internet).

Percebe-se aqui que os sentimentos de inferioridade e vergonha têm condicionantes sociais como pano de fundo. Aquilo que lhe foi significado como “maneira contida”, condensa o estigma, quase uma mácula, relacionada à sua cor da pele, produzindo uma diferença social, que o aparta do convívio com os outros. A invalidação da qual ele é objeto, devido ao fato de ser negro e de origem pobre, quase se suaviza pela sua posição artística. Quando Djavan diz: “sempre tive amigos” e titubeia: “(quer dizer, não que convivesse com eles), mas eu era assediado por pessoas que gostariam de uma amizade comigo, pessoas de berço, pessoas ricas e tudo”, fica evidente o seu não pertencimento ao meio social das “pessoas de berço”, “bem nascidas”, dotadas de uma certa honra social. Para o cantor, viver como um negro, ainda que sendo artista, é nunca estar no foco. Os condicionantes sociais são percebidos aqui como uma interseccionalidade entre a pobreza e cor da pele, que produzem efeitos psíquicos, ou seja, a timidez.

Portanto, o que se pretende é analisar a articulação, a interação entre elementos de naturezas diferentes, mas que coexistem e se apoiam reciprocamente. Isso passa ao largo de se pretender reduzir o sentido da ação à consciência do ator. Se assim o fosse, o fundamento próprio da postura sociológica seria destruído. Além do mais, a Sociologia, tal como outras Ciências Sociais, tem alcance na incidência do social sobre uma consciência individual. Lévi-Strauss nos ilumina quanto a esse aspecto:

A prova do social não pode ser só mental; dito de outro modo, jamais podemos estar certos de termos atingido o sentido e a função de uma instituição, se não estivermos à altura de reviver sua incidência sobre uma consciência individual. Como esta incidência é uma parte integrante das instituições, toda interpretação deve fazer coincidir a objetividade da análise histórica ou comparativa com a subjetividade da experiência vivida (LÉVI-STRAUSS, 2003, p. 17).

Evidencia-se, desse modo, um ganho mais profundo da produção de conhecimento baseado na articulação entre o social e o psíquico. Ele não se inscreve apenas no “retorno do sujeito” à sociologia. Mas sim na integração da dinâmica própria do sujeito aos sistemas explicativos desse campo do conhecimento. Isso corresponde à formulação de novos arranjos que recomponham as “cadeias genéticas” das abordagens sociológicas mais usuais, enfocadas nas regularidades objetivas, com as abordagens psicológicas. Tratam-se de análises que vão do mundo das coisas ao desejo, e vice versa, “do narcisismo ao status social, das representações às ideologias, etc” (GUALEJAC, 2004/2205, p. 71). Desse modo, passamos à descrição das origens e constituição da sociologia clínica.

4.2 Origens e constituição da Sociologia Clínica

Autores considerados clássicos no campo da Sociologia, como Durkheim, Marx, Weber, Simmel e Mauss, podem ser evocados como antecessores da Sociologia Clínica. Além dessas grandes referências, Sigmund Freud figura aqui como um autor importante, haja vista os seus estudos da psique humana e do inconsciente. Em particular seu texto "Psicologia de massa e análise do eu", considerado por Enriquez como o texto inaugural da psicossociologia clínica, da ciência de grupos, das organizações e instituições; Wilhelm Reich e sua proposta de articulação entre

marxismo e psicanálise; Max Horkheimer e seus estudos da relação entre a vida econômica da sociedade, o desenvolvimento psíquico dos indivíduos e transformações culturais, por meio da problematização múltipla e combinação de diferentes metodologias; Georges Devereux e sua etnopsicanálise;

Além desses, Norbert Elias e sua maneira de entender a complexidade entre o indivíduo e a sociedade; Alain Touraine e sua reivindicação do sujeito e do subjetivo, das obras de Kurt Lewin e, posteriormente, de Max Pagès, com o desenvolvimento de métodos de intervenção em empresas e organizações.

A Sociologia Clínica, enquanto domínio da Sociologia, se constitui a partir da Psicossociologia⁶⁵. A Psicossociologia foi construída por meio da articulação entre psicólogos sociais estadunidenses e franceses, que problematizavam a psicologia social positivista e experimental. Nos Estados Unidos, essa abordagem contou com nomes como Carl Rogers e J. L. Moreno. O primeiro desenvolveu o método clínico da orientação não diretiva; o segundo, desenvolveu o método terapêutico do psicodrama. É nesse cenário, já em 1950, que Rogers e o francês Max Pagès se encontram. O método de Rogers acaba instigando Pagès pelas seguintes razões:

1. Uma maneira de integrar duas posições contrárias entre uma exigência científica muito rigorosa, de conceptualização, de verificação, de medida e de engajamento na subjetividade que não é somente uma dimensão da análise, mas o motor mesmo da terapia; 2. A descompartimentação entre diversas práticas profissionais – psicoterapia, conselho, psicopedagogia, trabalho social, educação, saúde mental, orientação – que são apenas variantes conjunturais e situacionais da relação de ajuda, enquanto que na França essas práticas correspondem a ofícios e funções diferenciadas e compartimentadas; 3. A empatia, a congruência, a abertura, a disponibilidade para si mesmo, a valorização das emoções, a capacidade de reconhecer os sentimentos, uma busca permanente de autenticidade, enquanto elementos que definem uma postura clínica (PAGÈS, 1996, p. 136 *apud* GAULEJAC, 2012, p. 60).

Os dois autores se aproximam e Pagès chega a desempenhar estágio pós-doutoral com Rogers. Quase dez anos após se conhecerem, em 1959, Pagès funda a *Association de Recherche et d'Intervention Psychosociologiques* (ARIP).

⁶⁵ A psicossociologia tem como base a abordagem psicanalítica e objetiva articular as dimensões sociais e psíquicas do comportamento humano.

Inicialmente, a Associação tinha o objetivo de difundir os trabalhos acerca da intervenção psicossociológica, que emergiu nos Estados Unidos com Kurt Lewin, e, na Inglaterra, com Bion e Tavistock Institute. A ARIP abrigou intelectualmente diversos psicossociólogos de grande importância ao campo, como André Levy, Eugène Enriquez, Jean Claude Rouchy, Jacqueline Barus-Michel, Max Pagès, entre outros. Inúmeros psicossociólogos encontram espaço de atuação profissional em organizações, buscando compreender as conflitualidades e desarranjos psicossociais no contexto do trabalho, em instituições, grupos de apoio e similares.

Para Gaulejac (2001), a psicossociologia se desenvolve à margem do ambiente universitário e do CNRS ⁶⁶, restringindo-se a pesquisadores independentes e associações. Esses pesquisadores trabalham com objetos, em geral, negligenciados pela sociologia e pela psicologia, frequentemente se confrontando com a questões multidisciplinares e a complexas. Entretanto, a sociologia problematiza psicossociologia a partir de dois aspectos: (i) por seu excesso de psicologismo; (ii) por considerar que as suas intervenções contribuem com os interesses do patronato. Já no campo da psicologia, a psicossociologia fica de fora dos grandes debates junto aos cognitivistas, experimentalistas, e psicólogos sociais.

A Sociologia Clínica, no entanto, emerge devido à aproximação de sociólogos com psicossociólogos que estiveram à frente da ARIP. Quando Max Pagès rompe com a ARIP em 1969, ele funda o *Laboratoire de Changement Social* (LCS), na Universidade de Paris-Dauphine, onde atuava como professor de Psicologia. Mais adiante, Pagès torna-se professor na Universidade de Paris VII, e, a partir de então, Vincent de Gaulejac passa a coordenar o LCS. Anos depois, em 1988, Gaulejac, Robert Sévigny, Eugène Enriquez e Gilles Houle constituíram um grupo de trabalho dentro da Associação Internacional de Sociologia de Língua Francesa (AISLF).

No início da década seguinte, em 1992, ocorreu, na França, o primeiro colóquio de sociologia clínica, organizado pelo Laboratório de Mudança Social da Universidade de Paris VII. O encontro contou com a participação de mais de 150 pesquisadores(as), de 15 países. Com isso, foi formada uma rede internacional, com representação da França, Bélgica, Grécia, Itália, e também do México, Brasil, Uruguai e Chile. Como desdobramento do Colóquio, é produzido o primeiro livro acerca do

⁶⁶ *Centre National de Recherche Scientifique* (CNRS), na França.

assunto, intitulado *Sociologies Cliniques*. Desde 1992, são realizados colóquios e encontros nesses países, contribuindo para a produção acadêmica em francês, português e espanhol. Em 1994, foi criado um grupo de trabalho de Sociologia Clínica na *International Sociological Association* (ISA), reconhecido como um dos comitês de pesquisa (RC46) da ISA. Esse Comitê também tem sede na AISLF.

A Sociologia Clínica ganha espaço e se constitui como uma nova abordagem das Ciências Sociais. Além dos trabalhos publicados na coleção *Sociologie Clinique*, foram publicados inúmeros títulos pela Desclée de Brouwer, e, a partir dos anos 2000, e mais 16 títulos na ÉRÈS. A abertura do *Institute International de Sociologie Clinique* (IISC), em Paris, em 2001; a criação de uma rede temática de Sociologia Clínica quando da fundação da Associação Francesa de Sociologia em 2004, e a criação de um mestrado em Sociologia Clínica e Psicossociologia na Universidade de Paris VII, Denis Diderot, em 2009, marcaram fortemente o reconhecimento dessa abordagem da Sociologia.

Vai se formando uma rede de pesquisadores(as), originários de vários países, e interessados em estudos que evidenciam, por meio das relações sociais, a conexão entre o social e o existencial, como: Jacques Rhéaume, do Canadá; Michel Legrand, Marcel Bol de Balle e Francis Loïq, da Bélgica; Klimis Navridis, da Grécia; Michelina Tosi e Massimo Corsali, da Itália; Pierre Roche, Frédéric Blondel, Jean-Philippe Bouilloud, Gilles Herreros, Florence Giust-Desprairies e Christophe Niewiandomski, da França; Igor Massalkov, da Rússia; Elvia Taracecna, do México; Ana Maria Araujo, do Uruguai; Francisca Marquez e Dariela Sharim, do Chile; Pichon-Rivière, da Argentina; Christiane Girard, Norma Takeuti, Teresa Carreiro e José Newton, do Brasil.

No Brasil, diversas iniciativas foram emergindo em diferentes cidades e estados do país. Elas formaram grupos de Psicossociologia e Sociologia Clínica localizados em Universidades, e, de maneira relativamente independente, construíram relações com a rede internacional. Esses grupos desenvolveram-se em Belo Horizonte, com Marília da Mata Machado; na Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e José Newton Garcia de Araújo; na Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC Minas), em Natal, com Norma Takeuti, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN); em São Paulo, com Maria Ester de Freitas, na Fundação Getúlio Vargas (FGV); no Rio de Janeiro, com Teresa Carreiro, na

Universidade Federal Fluminense (UFF), Marilene de Castilho Sá e Creuza da Silva Azevedo, na Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Mais fortemente afeto à Sociologia Clínica, menciono o grupo de pesquisa coordenado por Christiane Girard Ferreira Nunes, professora da Universidade de Brasília (UnB), que conta com a participação de pesquisadores(as) e profissionais de diversas áreas de atuação e cidades, como Goiânia e Rio de Janeiro.

Muitos desses(as) pesquisadores(as) transitam por grupos de sociólogos clínicos e de psicossociólogos. Inclusive, as formações acadêmicas de pesquisadores(as) interessados(as) no assunto vêm acontecendo conjuntamente. Na Universidade de Paris VII, os programas de mestrado e de doutorado são nomeados como “Psicossociologia e Sociologia Clínica” e estão vinculados ao *Laboratoire de Changement Social*. No Brasil, a disciplina de Psicossociologia e Sociologia Clínica também vem sendo ofertada conjuntamente a pesquisadores(as) de mestrado e doutorado, pelo Departamento de Sociologia da Universidade de Brasília.

Vale ressaltar que, embora essas abordagens tenham aproximações, a Sociologia Clínica enfoca na realização de análises sociológicas das relações sociais, levando em conta as dimensões emocionais, subjetivas, afetivas, e inconscientes dos sujeitos. Trata-se, além disso, de colocar na ordem do dia questionamentos mais fenomenológicos acerca do sujeito e da sua historicidade, buscando compreender “as capacidades e as resistências que conduzem os indivíduos e grupos a produzirem a sua história, a quererem mudar o mundo e a operarem mudanças neles próprios” (GAULEJAC, 2001, p. 37).

Assim, a Sociologia Clínica contribui com a reflexão tendo em vista três aspectos:

1. a análise das articulações entre os determinismos sociais e os determinismos psíquicos;
2. a questão do sujeito nas ciências humanas e sociais;
3. a *démarche* clínica como condição necessária ao desenvolvimento da sociologia crítica.

(GAULEJAC, 2001, p. 37).

4.3 Sujeito face à sujeição e à subjetivação

A sociologia clínica procura apreender os fenômenos sociais por meio da perspectiva compreensiva, conferindo centralidade ao sujeito, à sua dimensão existencial, e à subjetividade. Nesse sentido, a abordagem dedica atenção às vivências dos indivíduos em seus momentos de ruptura, continuidade, ou tomadas de decisão, entendendo que elas não se dão somente devido o arbítrio individual, nem tampouco como consequência linear das determinações estruturais.

Paradoxalmente, o espaço de liberdade de manobra não nasce de uma relativa fraqueza das determinações estruturais, mas sim de sua acumulação contraditória num ponto, num dado lugar. É porque as relações estruturais não determinam tudo para um mesmo sentido que, em seu ponto de encontro, emerge algo que é da ordem da liberdade e que a *práxis* concreta é mais que a soma das suas determinações estruturais (BERTAUX, 1979, *apud*. GAULEJAC, 2000, p. 77).

O que Bertaux nos apresenta é exatamente o objeto da Sociologia Clínica, cujo cerne está na articulação entre as análises:

- das relações estruturais e das contradições que elas produzem;
- das práticas concretas dos atores sociais e das respostas pessoais que cada indivíduo procura dar para tentar “se constituir a si mesmo” (Sartre, 1975) para se posicionar como sujeito de sua história.

(GAULEJAC, 2000, p. 77).

Com isso, observa-se que embora as perspectivas de Émile Durkheim e Pierre Bourdieu sejam evocadas como antecessoras da Sociologia Clínica, ela acaba por se diferenciar significativamente das abordagens desses autores. O objeto da Sociologia Clínica demonstrado por Bertaux coaduna com a afirmação de Gaulejac, segundo a qual “o indivíduo é produto de uma história da qual ele procura ser sujeito” (Gaulejac, 2012a), é produto e produtor de uma historicidade. Desse modo, é possível afirmar que a Sociologia Clínica busca ser uma “sociologia do sujeito”, diferenciando-se das abordagens produzidas por Durkheim e Bourdieu, enfocadas, respectivamente, nos aspectos coercitivos e dos determinantes do social, sem levar em conta a capacidade reinventiva do sujeito.

O sujeito é produzido por sua história, embora cada história seja diferente e esteja inscrita, ao mesmo tempo, em uma história comum. As pessoas não são apenas produto da história, elas são portadoras de uma história a partir da qual elas constroem significação. Nesse sentido, a observância da dialética entre a história e historicidade é fundamental, já que condições de vida semelhantes são fundadas em consciências diferentes umas das outras.

A historicidade é um conceito fenomenológico que concebe a história dinamicamente e busca as relações entre o que aconteceu com o que pode acontecer. Sartre contribui com essa afirmação na medida em que retrata um sujeito que opera mudanças em seu relacionamento com o mundo. Tal como enunciou no prefácio escrito ao “Os Condenados da terra”, de Frantz Fanon: “nós não nos tornamos o que somos senão pela negação íntima e radical do que fizeram de nós” (SARTRE, 1979). E, mais recentemente, Pedro Henrique I. da Silva recupera essa noção do sujeito criativo e transformador expressando-o na primeira parte do título da sua tese de doutorado: “O que fazemos do que fazem de nós” (SILVA, 2015). “Consequentemente, podemos dizer que o sentido da história é, ao mesmo tempo, objetivo e subjetivo, isto é necessário e contingente” (GAULEJAC, 2000, p. 78).

A sociologia clínica tem por tarefa compreender a dialética entre a história e a historicidade, entre indivíduo que é a história e indivíduo que faz a história, entre os fatores sócio-psíquicos que fundam a sujeição e aqueles que servem de suporte ao indivíduo para que ele advenha como sujeito (GAULEJAC, 2004/2205, p. 73).

Ainda em torno das bases teóricas de Durkheim e Bourdieu, é sabido que os dois autores, mesmo que ressalvadas as suas diferenças teóricas, percebem o individual como produto interiorizado do coletivo. Bourdieu, aliás, ao estudar os conflitos de identidade ocorridas devido a mobilidade social, considera um indivíduo determinado, e aborda os conflitos sociais como elementos interiorizados. A sociologia bourdiesiana já foi bastante apontada como determinista. Por meio do seu conceito de *habitus*, os atores sociais acabam sendo reduzidos a “agentes”, que funcionam como vetores das estruturas sociais. A ação social adquire um caráter mecanicista, já que, para o autor, ela é socialmente determinada. Bourdieu rebateu as críticas, afirmando que o *habitus* não era apenas produto das estruturas sociais, mas uma fonte de invenção. Ainda assim, persistiu a noção de que a dimensão psíquica é

um produto do social incorporado. Desse modo, para Bourdieu, “as estruturas subjetivas do inconsciente (...) são o produto de um longo e lento processo inconsciente de incorporação das estruturas objetivas” (BOURDIEU, 1989, p. 59 *apud.* SILVA, 2015). O inconsciente, nesse sentido, é compreendido pelo autor como “exterioridade interiorizada”.

No bojo da Sociologia Clínica, a realidade do mundo externo não subjaz a realidade psíquica. Ambas realidades são fundamentais, sobretudo no que se refere à apreensão do imaginário do sujeito e sua aptidão para gerar o novo. Para Gaulejac, é trabalho da sociologia apreender o pluralismo causal dos fenômenos sociais. Nesse sentido, ele demonstra a importância de se transpor as fronteiras disciplinares entre a sociologia e a psicologia. Desse modo,

Convém sair da oposição simplista segundo a qual a psicanálise deteria as chaves para compreender em profundidade o ser humano, enquanto a sociologia deteria aquelas que abrem o conhecimento da sociedade. Tal repartição de tarefas pode ser cômoda, mas seguramente parcial e mesmo truncado, considerando que ela nega a presença da sociedade no ser humano e a presença do ser humano na sociedade (GAULEJAC, 2008, *apud.* SILVA, 2015, p. 104).

A essa altura, cabe explicitar a definição e o enquadramento da palavra sujeito, assumido nesta tese. O sujeito é compreendido aqui como um indivíduo que busca emergir frente às múltiplas contradições e determinações, e não como um ser dotado de livre arbítrio e dono absoluto de seu próprio destino. A investigação etimológica da palavra nos ajuda a entender como ela adquiriu esse sentido.

O termo sujeito assumiu várias definições ao longo do tempo, algumas delas contraditórias. O dicionário histórico de língua francesa nos instrui que, etimologicamente, sujeito advém do latim *subjectus* que significa submeter, sujeitar, ou também do *subgicere*, traduzido como colocar por baixo, submeter, subordinar. Inicialmente, o termo estava próximo ao significado da palavra submissão, utilizado para caracterizar uma pessoa submissa à autoridade de outra (GAULEJAC, 2004/2005, p. 73).

É no campo filosófico, no século XIII, que o termo adquire outro significado, qual seja: “coisa que tem uma natureza própria”. Já no século XVI, a palavra sujeito passa a ser aplicada para se referir à criatividade de autores no contexto literário. É

somente no século XIX que o sentido mais afeto a um ser pensante vai ser filosoficamente formulado, remetendo à curiosidade, ao interesse pelo conhecimento, em oposição ao objeto. A partir de então, sujeito passa a significar consciência racional.

No âmbito da Psicanálise, a noção de sujeito remete a uma demanda pela conscientização frente à inconsciência (GAULEJAC, 2004/2005, p. 73). Essa noção de sujeito aparece com as formulações de Jacques Lacan. Ausente na obra de Sigmund Freud, esse sentido do termo é cunhado por Lacan a partir da obra freudiana aportando-se, fundamentalmente, em suas experiências clínicas. Na obra de Lacan, o sujeito emerge dando estatuto ao “indivíduo empírico que se submete à experiência e a instância que se deduz da mesma experiência, instância suposta ao saber inconsciente, ao inconsciente como saber” (ASKOFARÉ, 2009, p.166). Desse modo, o sujeito sobre o qual a psicanálise se debruça é pensado a partir da concepção do inconsciente. Para Gaulejac,

Os comentários sobre a célebre proposição de Freud “Wo es war, soll Ich werden”, traduzida por Lacan como “aí onde era, aí devo eu advir como sujeito”, designa um paradoxo radical. Eu, como sujeito, devo advir aí onde é o id, o mundo das pulsões inconscientes que me determina. Não é da conta do sujeito o “isso que sou eu”, mas ele deve assumir o que ele é para advir como ser falante (o “*parlêtre*”, na terminologia lacaniana). É, portanto, pela palavra que o sujeito procura assumir sua própria causalidade, renunciando à fantasia de ser seu próprio criador ou à ideologia de autonomia individual. O ser humano se realiza como sujeito, numa tentativa jamais realizada, na tentativa de fazer com que o inconsciente que o domina acesse à consciência (GAULEJAC, 2004/2005, p. 73).

A partir da Sociologia Clínica, o sujeito é compreendido como sujeitado às determinações psíquicas e sociais, embora seja por meio delas que ele busca alguma autonomia. Esse processo é chamado por Gaulejac como “subjetivação”. A Sociologia Clínica se ocupa, portanto, da compreensão dessa dialética entre assujeitamento e subjetivação. Levando em conta, de um lado, o processo de socialização (ou a produção social dos indivíduos) e, por outro, a tomada de consciência de si mesmo, por meio da qual o indivíduo “tenta se construir como um ser singular capaz de pensar, de desejar, de se afirmar” (GAULEJAC, 2009, p. 10). O sujeito encontra-se, nesse sentido, sujeitado a uma ordem que o ultrapassa, enquanto também é agente ativo de sua própria vida.

O sujeito, portanto, emerge da multiplicidade e heterogeneidade de determinações, do fato de que essas forças polissêmicas não seguem na mesma direção. Conseqüentemente, ele é levado a tomar decisões, a escolher a partir de espaço de possibilidades criado pelas contradições que o perpassa. O indivíduo é submetido às expectativas parentais, aos desejos do outro, aos constrangimentos institucionais/organizacionais, aos valores e normas do social, que o constroem.

De um lado, o assujeitamento remete às condições sociais de produção de um indivíduo, ao conjunto de referências, expectativas e desejos dos quais cada indivíduo foi objeto da parte de seus ascendentes e daqueles que o rodeiam desde a mais tenra idade. Do outro, ele designa o conjunto de suportes objetivos e subjetivos que permitem ao indivíduo se construir (Gaulejac, 2009, p. 24).

Para Gaulejac, a sujeição está relacionada à socialização. A socialização é um conceito importante, vastamente trabalhando no campo da Sociologia e trata-se do processo pelo qual o indivíduo internaliza o coletivo. É por meio da socialização que as normas, ideias, valores, crenças, e costumes são socialmente (coletivamente) estabelecidos e internalizados pelo indivíduo. É pela incorporação desses elementos que ele se adapta aos grupos dos quais faz parte.

A socialização é um processo essencialmente dinâmico de formação da identidade coletiva, e dos papéis sociais. O indivíduo socializado, por sua vez, passa a ser instrumento de manutenção ou transformação da socialização de outros, ou seja, o indivíduo socializado é também aquele que socializa. Enquanto as relações humanas existirem, a interação que promove integração permanecerá ocorrendo.

A relação sociedade-indivíduo depende de regras e normas com características coercitivas, para a manutenção da ordem social. Estas, por sua vez, impactam sobre o indivíduo, cuja liberdade é condicionada às regras sociais, que, por vez, são reconhecidas, e por vezes são transgredidas. Entretanto, diversos sociólogos(as) contemporâneos(as) vêm demonstrando que a socialização é composta por uma multiplicidade de fatores. Para Berger; Luckmann, 2009; Lahire, 2011; Pais, 2007; os diferentes processos socializadores, por vezes contraditórios, obrigam o indivíduo conviver com possibilidades de ação diferentes, a depender do ambiente e do tempo. Com isso, podemos afirmar que:

1. O indivíduo é socializado por meio dos grupos sociais e;
2. O processo de socialização depende do meio social e da época.

Segundo Dubet (1994), a socialização tem um caráter de incompletude, uma vez que o indivíduo permanece sendo socializado ao longo de toda a sua vida. A socialização permanente se relaciona com as diversas experiências sociais vivenciadas pelo indivíduo, cada uma delas com suas características e traços socializadores, sem que nenhuma delas determine o indivíduo por completo. Para o autor, a experiência social tem capacidade de dar sentido às práticas sociais: as “condutas individuais ou coletivas denominadas pela heterogeneidade de seus princípios constitutivos e pela atividade dos indivíduos que devem construir o sentido de suas práticas no meio dessa heterogeneidade” (DUBET, 1994, p.15).

A noção de experiência social evidencia três traços essenciais que emerge nas mais diversas condutas sociais. O primeiro deles expressa que a “heterogeneidade dos princípios culturais e sociais organizam as condutas” (Id., p. 16): a identidade social constituída a partir desse princípio relaciona-se a um fazer, a uma experiência, que não é pré-determinada, mas deriva da habilidade de “gerir” a vida social com sua pluralidade de elementos. O segundo traço diz respeito à “distância subjetiva que os indivíduos mantêm com o sistema” (Id., p. 17). A pluralidade de lógicas de ação que constituem a experiência social é vivenciada como um problema, desdobrando-se no distanciamento. Os indivíduos buscam compreender, explicar para si mesmos, como são construídas as suas práticas, sua adesão aos papéis e normas sociais. Esse distanciamento crítico (reflexividade), quando acontece, fomenta a autonomia de indivíduos, tornando-os sujeitos. O terceiro traço evidencia o fato de que a “construção da experiência coletiva recoloca o conceito de alienação no cerne da análise sociológica” (Id., p. 17).

Com a mudança da noção clássica de sociedade, não há mais um “conflito central”, os movimentos sociais perdem sua capacidade de mobilizar atores em torno de um projeto único. Com isso, passam a ocorrer “explosões sociais” localizadas, e a alienação, nesse sentido, emerge quando as relações de dominação impossibilitam os indivíduos de conduzirem a sua experiência social. Essa experiência emerge como uma forma de construir o mundo, concomitantemente subjetiva (como uma “representação” do mundo vivido) e cognitiva (como uma reflexão sobre o real,

empreendido por pessoas que pensam sobre suas experiências e as redefinem) (Id., p.15-19). Segundo o autor,

A sociologia da experiência tem em vista definir a experiência como uma combinação de lógicas de ação, lógicas que ligam o ator a cada uma das dimensões de um sistema. O ator é obrigado a articular lógicas de ação diferentes, e é a dinâmica gerada por esta atividade que constitui a subjetividade do ator e sua reflexividade” (DUBET, 1994, p. 105).

Para Dubet, a experiência social decorre da articulação de três lógicas:

1. Integração: o indivíduo é descrito pelos vínculos estabelecidos com a comunidade;
2. Estratégia: o indivíduo é descrito pelos seus interesses num mercado;
3. Subjetivação: o indivíduo é um sujeito crítico no contexto onde vive, atento às relações de dominação e à produção de alienação.

Desse modo, quando Dubet percebe o sujeito como tendo capacidade de construir e dar coerência à sua própria experiência, o autor contribui para a compreensão dos modos como o sujeito vai se desembaraçando do assujeitamento, por meio do recurso da reflexividade. Em conformidade com isso, e avançando mais nesse debate, José Pais (2007) argumenta acerca dos dilemas vivenciados pelos indivíduos no contexto da modernidade reflexiva, sobretudo da complexidade da realidade social e das situações de incerteza que a caracteriza.

Pais (2007), recorre à noção explicativa da *reflexividade transformadora*, caracterizada por ele como tendo “poderes fascinantes” enraizados no cotidiano. Segundo ele:

A estrutura dilemática da sociedade não significa – pelo contrário – que o futuro seja mero eco reflexivo de um jogo cujas regras são inalteráveis, nem que esteja dependente de puros efeitos de contingência. O futuro constrói-se num dia-a-dia que embrulha o passado no presente. De acordo com as teorias da modernização reflexiva, quanto mais as sociedades são modernizadas mais os indivíduos adquirem a capacidade de reflectir sobre as condições da sua existência e, desse modo, mais possibilidades têm de as modificar (GIDDENS, BECK e LASH, *op. cit.*, p. 207, *apud.* PAIS, 2007, p. 40).

O autor deixa evidente que não acredita na inevitabilidade da “cegueira cultural” do cotidiano. Mas, quanto mais a “reflexividade transformadora” for

protagonizada por grupos sociais submetidos a exploração, como: jovens que buscam afirmação identitária por meio de culturas performativas e estéticas, ou mulheres evidenciam a sua vontade de serem profissionalmente reconhecidas pelo que fazem, e não por sua definição biológica de sexo, mais socialmente emancipatória essa reflexividade será (Lipovetsky, 1999).

Ocorre que a emancipação social é inversamente proporcional à sujeição, ou ao próprio atributo de se submeter ou estar submetido. A “reflexividade transformadora” é o âmago da questão que envolve a mudança da relação do indivíduo com os demais atores com os quais compartilha o mesmo universo social. O questionamento das condições de existência, e das condutas dos outros atores provoca o deslocamento da experiência social. Isso possibilita a emergência de um dilema, acerca do qual Pais elucida: “À medida que a tradição perde o seu império, a vida cotidiana abre-se a uma diversidade de opções que deixam os indivíduos pendurados em dilemas” (Pais, 2007, p. 31).

Na esteira disso, é inegociável ao sujeito contemporâneo a vivência de situações dilemáticas, e essencialmente conflituosas, já que a sua própria disposição para a ação acaba sendo problematizada. Além do mais, o sujeito se encontra mais passível a dilemas quanto mais complexo e múltiplo é o seu cotidiano. O próprio processo de personalização ou de autonomização, conforme o estudado por Pais, se desdobra em paralelo à renovação do tecido social, com “um processo de reciclamento do social” (PAIS, 2007, p. 43). A partir disso, é importante destacar que, na atualidade, as identidades são caracterizadas pela instabilidade, segundo Pais:

Nos cenários mais banais da vida cotidiana experimentam-se novas identidades, joga-se com a ambiguidade, alimentam-se dúvidas e cepticismos que nos deixam baralhados. O dilema básico da interação é o de nos mostrar que os mesmos comportamentos que podem ser tomados como sinceros e honestos podem também ser usados para simular essa sinceridade e honestidade. As identidades perderam a estabilidade de outrora, tornaram-se crescentemente difusas e artificiosas, são trabalhadas em contextos de maiores (e mais livres) possibilidades de escolha (Wagner, 1994) (PAIS, 2007, p. 39).

Desse modo, a individualização, e a ampliação das possibilidades de ação no contexto das relações sociais complexas, pode gerar uma falsa consciência de libertação. Ou “A crença de que somos detentores de um poder (que nada tem de

contrapoder) pode significar uma reflexividade alienante, que projecta a cegueira cultural do cotidiano num futuro cujo presente o contém” (PAIS, 2007, p. 43). Então, o que se percebe como panorama são, na verdade, múltiplas formas de sujeição.

Ao abordar a dupla dimensão da sujeição, Gaulejac a compreende como coercitiva e, concomitantemente, como contendo as bases por meio das quais os indivíduos se torna sujeitos. Nesses termos, ele cita Para Judith Butler, que afirma:

a sujeição designa, ao mesmo tempo, processo pelo qual tornamo-nos subordinados a um poder e processo pelo qual nos tornamos sujeitos”. Ela nos convida a dar conta de como “o sujeito advém a sê-lo”. Convém, portanto, romper, diz ela, com a ideia de uma sujeição decorrente de poderes, atuando do exterior, que se exerceriam sobre o sujeito para impedi-lo de se realizar, procurando constrangê-lo, desvalorizá-lo ou relegá-lo a uma ordem inferior (BUTLER, 2002 *apud*. GAULEJAC, 2004/2005, p. 74).

Com isso, fica evidente que, num processo de subjetivação, incidem sobre o indivíduo as mais variadas faces do poder. Tornando-se necessária a tomada de consciência que o possibilite se desenredar da sujeição. Mas, conforme ele vai sendo interpelado pelas injunções paradoxais da realidade social, ele passa a se confrontar com dilemas, conflitos e contradições. O sujeito é fruto de um trabalho de se desvencilhar de modos de ser do social incorporado, tomado elementos importantes de épocas anteriores à sua, mas que já não o são mais. Colocando em questão maneiras de pensar, valores, práticas e seus modos de estar no mundo, abrindo espaço para que ele altere os traços característicos de identificações anteriores. Para Gaulejac,

Este trabalho de subjetivação conduz a rearranjos internos profundos e a mudanças na relação com o mundo. Processo contínuo, às vezes caótico, a construção de si como sujeito se realiza na procura de mediações face às contradições sociais e psíquicas (GAULEJAC, 2009, p. 72).

No processo de subjetivação, há uma tensão dialética entre o sujeito reflexivo (na dimensão da consciência), o sujeito do desejo (na dimensão do inconsciente) e o sujeito sócio-histórico (dimensão do indivíduo social). Desse modo, tanto a reflexividade como a subjetivação são noções indispensáveis à compreensão do sujeito. A reflexividade e a subjetivação se interrelacionam, sendo que a primeira é imprescindível à realização da segunda. Podendo-se afirmar que a reflexividade

encontra-se mais no domínio da racionalidade, enquanto que a subjetivação trás ao debate as noções do desejo, das fantasias, das emoções, do inconsciente e do pulsional.

4.4 Articulação entre o social e o pulsional

A busca pela compreensão de fenômenos humanos por meio da articulação entre o social e o existencial vem sendo vastamente considerada por diversas áreas do conhecimento, como na Psicologia, na Economia, na Antropologia, vista como uma das “irmãs” próximas à Sociologia, e na própria Sociologia. A Sociologia Clínica, especificamente, avança na análise de processos sócio-psíquicos que fundamentam a própria existência do sujeito. Essa área da Sociologia nos oferece uma gama conceitual, além leituras e pesquisas, que contribuem para compreender “em quê o indivíduo é um ser autônomo e determinado, produto e produtor da sociedade, irredutivelmente singular e, contudo, semelhante a todos os outros” (GAULEJAC, 2004/2005, p. 68).

A sociologia clínica recorre especialmente às ferramentas da psicanálise para a apreensão da articulação das determinações sociais com a dimensão pulsional. Com isso, inclui-se na análise o fato de que as relações socialmente determinadas dão suporte para todas as relações afetivas. Reich (1970, *apud.* Gaulejac, 2014) já tangenciava esse debate ao demonstrar que a psicanálise contribui com a compreensão de como as pulsões sádicas de um indivíduo os leva a se tornar cirurgião, açougueiro ou detetive.

A trajetória socioeconômica permite compreender, nesse sentido, porque alguns indivíduos sublimam seu sadismo com a prática de certas profissões. A pulsão é socializada de uma maneira ou de outra, e a trajetória pessoal resulta da integração do social com o psíquico. Mais recentemente outros autores se debruçaram sobre as questões que envolvem o sujeito frente às pulsões e a socialização, tais como Legrand (1993) e Castoriadis (1982), e ambos argumentam sobre a realização de uma abordagem propriamente sociológica e contextualizada de conceitos psicanalíticos.

Gaulejac (2006) também recorre aos pressupostos da teoria psicanalítica na realização de suas análises dos vínculos sociais e dos conflitos de identidade, que para ele, emergem de trajetórias de ascensão ou descenso social, e encontram-se

relacionados a processos sociais e psíquicos. O autor leva em conta, especificamente, os mecanismos de defesa do ego, o narcisismo, ideal de Eu e o supereu.

Ao estudar a mobilidade social, Gaulejac evidencia a incidência de conflitos afetivos e ideológicos nas trajetórias de indivíduos que se recolocaram socialmente, mudando de classe social. Para articular a dimensão social com a psíquica, o autor leva em conta as relações do indivíduo com o seu contexto familiar, sua posição de classe, suas emoções, expectativas relacionadas ao pertencimento a uma nova classe social. Diante dos múltiplos fatores dessas relações, o indivíduo ficará dividido, ou num dilema em que, por um lado, se sente inferior às pessoas pertencentes à nova classe, socialmente mais valorizada, e, por outro lado, culpado diante do seu contexto familiar, socialmente mais desvalorizado.

Gaulejac compreende esse dilema no bojo do complexo de inferioridade, e é operacionalizado por ele meio dos conceitos de supereu e ideal de Eu. Segundo o autor, com relação à gênese e ao papel do supereu, a teoria psicanalítica é mais uniforme. O mesmo não ocorre no caso do ideal de Eu, cuja noção é mais diversificada (Gaulejac, 2014). Desse modo, o supereu corresponde ao conjunto das forças morais proibitivas, que encarnam a lei, se desenvolve por meio do processo de socialização, e decorre da identificação do indivíduo com o modelo parental. O supereu é precursor dos valores e interditos parentais, responsável pelo sentimento inconsciente de culpa (Gaulejac, 2014). Segundo o autor,

Nas novas conferências introdutórias sobre psicanálise (1932), Freud também apresenta o Supereu como veículo do ideal do Eu, em relação ao qual o Eu se avalia, a cujo nível tenta se elevar e cujas exigências de perfeição tenta cumprir (GAULEJAC, 2014, p. 110).

No que diz respeito ao ideal de Eu, e embora não seja objetivo desta pesquisa aprofundar de maneira pormenorizada no debate de conceitos psicanalíticos, é preciso fazer uma digressão para contribuir com a compreensão do termo. Foi em 1914 com a “Introdução ao Narcisismo”, que Freud abordou a questão dos ideais, e formula a noção inicial de Eu ideal, o *Ich Ideal*, e ideal de Eu.

Muitos psicanalistas divergem sobre as distinções dessas duas noções na obra freudiana. Para Janine Chasseguet-Smirgel (1992), não existe nos textos de Freud a distinção conceitual entre “Eu ideal” e “ideal de Eu”. Considerar que as divergências em sua utilização não passam de estratégias de linguagem, já que

independentemente do uso dos termos, sempre se estará diante do narcisismo e seus destinos.

Jacques Lacan (1953-54/1996), dedica-se longamente às questões da linguagem, e percebe que Freud designa usos diferentes para essas instâncias. Para o autor, o “Eu ideal” localiza-se no registro do imaginário, figurando como uma instância fundamentalmente narcísica. Assim, Lacan (1964/2008) considera que “ao agarrar-se à referência daqueles que o olha num espelho, o sujeito vê aparecer [...] seu *eu ideal*, esse ponto que ele deseja com prazer em si mesmo” (p. 249). Nesse sentido, essa referência basilar que olha o sujeito no espelho, seria representada por uma das figuras parentais, uma vez que elas encarnariam o grande Outro e propiciam a pessoa “ajustar-se” enquanto Eu ideal por meio das suas diretrizes, ou coordenadas (Lacan, 1964/2008). Com isso, o Eu do indivíduo buscaria se “espelhar” na imagem idealizada do “Eu ideal”, na expectativa de ser amado pelo Outro.

Trata-se, então, de uma instância que remete ao lugar do indivíduo no desejo parental. Corresponde a uma figura do narcisismo, na qual é suplantada a diferenciação existente entre aquilo que o indivíduo percebe como “Eu” e a imagem do Eu. Nessa instância, o indivíduo responderia ao que o outro espera dele. O Eu ideal é, no fundo, o indivíduo-objeto, sobretudo um indivíduo-objeto para um outro.

O ideal do Eu, no entanto, é compreendido por Lacan (1953-54/1996) como uma instância secundária, formada a partir do complexo de Édipo e representa uma substituição simbólica do narcisismo mais primário. Para ele (Lacan, 1964/2008, p.249) é a partir do ideal de Eu - denominado pelo autor como “significante privilegiado” – que o indivíduo “se sentirá tão satisfatório quanto amado”. Diante disso, o sujeito se encontraria em uma constante busca por adequação aos significantes do Outro, por meio da identificação simbólica. Enquanto que o Eu, a partir do Eu ideal, buscará se conformar por meio da identificação imaginária (Quinet, 2012).

Para Gaulejac (2014), o ideal de Eu e o supereu estão articulados da seguinte forma:

O ideal do Eu é uma instância de incitação que impele o Eu, em um primeiro momento, a reconquistar a perfeição perdida e, depois, a procurar fora de si os objetos parciais ou totais idealizados, objetos que vai internalizar para se obrigar a eliminar, por dentro, a lacuna que o separa do ideal. Portanto, é o narcisismo que é constantemente solicitado e incita o Eu a se ultrapassar para “estar à altura” de sua

imagem idealizada. O Supereu, antes de tudo, é uma instância de adaptação que fixa limites e fronteiras para o Eu e lhe indica o que deve ou não fazer (GAULEJAC, 2014, p. 1010 e 111).

Em sua obra *As origens da vergonha*, Gaulejac (2006) considera que “as relações sociais são relações de dominação em que os aspectos simbólicos são tão determinantes quanto os econômicos” (p.43). As relações sociais são relativas às experiências parentais, aos núcleos familiares, mas também às vivências no trabalho, com padrões, com parceiros(as), e nas mais variadas formas de relacionamento que se fundamentam e são fundamentadas em subordinação e dominação.

As origens da vergonha é uma obra composta por seis partes. Na primeira parte, são apresentados quatro relatos de vidas em que o sentimento da vergonha é central. Nela, o autor descreve diferentes aspectos nomeados por ele como “meta-sentimento, um conjunto complexo de afetos, emoções, fantasias, reações e experiências que se amalgamam” (GAULEJAC, 2006, p. 59). Na segunda parte, Gaulejac aborda as violências humilhantes como: assistência, pobreza, mendicância e maus tratos. Compreendendo que essas violências “alteram a identidade e a relação do indivíduo com a sua comunidade” (GAULEJAC, 2006, p. 60). Na terceira parte, o autor analisa as histórias de vida de importantes autores, tais como: Freud, Sartre e Camus, se dedicando também sobre os seus pressupostos teóricos. Na quarta parte, são analisados diferentes estágios da vergonha; ou “como ela se imiscui na psique por camadas sucessivas para constituir um nó sociopsíquico” (GAULEJAC, 2006, p. 66). Na quinta parte, o autor descreve as reações defensivas e seus efeitos paradoxais; e retrata o orgulho, o alcoolismo e o segredo como estratégias de defesa contra as angústias oriundas da vergonha. Na sexta parte, ele se dedica às respostas diante da vergonha em relações de apoio e pesquisa.

Para o autor, o sentimento da vergonha atua no funcionamento psíquico, mas sua origem é no social: “É um sofrimento social que, por não poder ser tratado ‘dentro do social’, produz efeitos na psique.” (Gaulejac, 2006, p. 61). A vergonha é uma ferida narcísica, relacionada com a dor de perceber-se exposto a algo que não deveria transparecer. Mas é, sobretudo, um sentimento social. E assim o é por dois motivos principais que se encontram relacionados. O primeiro porque emerge a partir do olhar do outro, quando o indivíduo se percebe como um ser desvalorizado diante do outro.

E o segundo porque a desvalorização é provocada a partir de um referencial cultural e simbólico de valores sociais, econômicos e morais.

Além de advir do social, a vergonha também é compreendida como estruturante do vínculo social. E a sua resignificação ocorre, concomitantemente, nos âmbitos material, emocional e da tomada de consciência sobre o social e o político. Ou seja, trata-se de nominar e dar destino ao que é da ordem do próprio sujeito e o que é da ordem do social.

Nos casos em que o sentimento de vergonha é central, a pobreza acaba suscitando um elemento frequente. O autor trabalha essa condição social relacionando-a com a noção de ideal parental, com a qual a criança tem dificuldades de se a ver. Ou seja,

Quando a pobreza é vivida como restrição “objetiva” ligada a fatores contra os quais os pais estão em constante luta, a criança não é psicologicamente atingida por suas conseqüências. Quando a criança tem a sensação de que os pais estão resignados ou que são responsáveis pela situação, que nada fazem para sair dela, que não lutam para protegê-la, que não parecem ter consciência do sofrimento psíquico e psicológico por ela gerado, que não têm vergonha de viver assim embora o ambiente seja estigmatizante... ela fica dilacerada entre o amor que a leva a ser como eles e o sofrimento que a faz desejar “sair disso” para viver “normalmente” (GAULEJAC, 2006, p. 72)

Para o autor, a pobreza faz com que indivíduo seja confrontado prematuramente com uma imagem negativa de si. Ou seja, “Os termos comumente empregados são significativos: ‘lixo’, ‘imundos’, ‘pobres coitados’, ‘inúteis’, ‘miseráveis’, ‘pé-rapado’... em todas essas palavras, há um deslizamento entre a situação social e a qualidade moral: pobreza = sujeira e nulidade” (Gaulejac, 2006, p. 72). A configuração pobreza = sujeira e nulidade leva o indivíduo a se reconhecer como, sendo ele próprio uma sujeira. As buscas individuais de deslocamento desse lugar social são apreendidas como inadequação.

Um vínculo social nesses termos se desdobra em sofrimento social para o indivíduo. Esse sofrimento emerge à medida em que “o desejo do sujeito não pode se realizar socialmente, quando o indivíduo não pode ser o que queria ser. É este o caso quando é obrigado a ocupar um lugar social que o anula, desqualifica, coisifica ou desconsidera” (Gaulejac, 2006, p.104). A fissura entre “o que eu vivo” e “o que eu

gostaria de viver”, constrói no indivíduo a sensação de estar sendo atravessado por uma “contradição entre a ‘objetividade’ de sua posição e suas aspirações profundas” (Gaulejac, 2006, p. 104).

Para Gaulejac (2006), a vergonha é paulatinamente integrada ao funcionamento psíquico. Desse modo, não é possível estabelecer uma correlação imediata entre a experiência da violência e a incorporação da vergonha. O autor define, então, cinco etapas do processo de percepção da vergonha, são eles: a etapa do espelho, considerada como a entrada no mundo, ou de “queda” no mundo, realizada pelas mãos do narcisismo; a etapa edipiana ou do confronto com a ordem, a etapa das comparações e das descobertas do mundo social, a etapa da adolescência e a inserção na vida social para os jovens adultos.

Essas são as etapas que fazem parte do desenvolvimento do humano e que estão relacionadas com a vergonha. Essa divisão em cinco etapas, é, obviamente, esquemática e de cunho metodológico, que possibilitam a identificação de elementos fundamentais da geração do sentimento de vergonha. Do ponto de vista do funcionamento psíquico, no entanto, a temporalidade não está imediatamente associada ao tempo cronológica. Ou seja, essas etapas vão sendo permanentemente e dinamicamente retrabalhadas tornando infecunda a construção de modelos analíticos engessados.

A vergonha mostra os limites, e valores aos indivíduos. Mas esse sentimento também desorganiza a vida das pessoas em seus diferentes registros, sejam eles pessoal, familiar, psíquico e social, emocional e relacional. É importante que a vergonha seja “domesticada”, colocada em palavras, fazendo-se letra e borda, para a compreensão de suas origens, e, portanto, na reconquista de si.

É importante ressaltar, que as reações defensivas, nesse sentido, são recursos, e modos de agir, que possibilitam ao indivíduo a convivência com a vergonha, e não propriamente a sua ressignificação. Em última instância elas podem indicar o percurso do sujeito no trato com a vergonha, mas, de fato, as reações defensivas contribuem para alimentar a vergonha “segundo um processo recursivo” (GAULEJAC, 2006, p.197). O desenlace, e a liberação, do complexo sociopsíquico da vergonha exige, portanto:

um trabalho em profundidade do sujeito sobre si mesmo: trabalho psíquico para sair da inibição e redinamizar sua potencialidade criativa; trabalho de restauração da história que o leva a se situar como agente de historicidade; transformação de sua relação com as normas sociais e luta contra as diversas formas de poder que estão na fonte das violências humilhantes (GAULEJAC, 2006, p. 197).

O processo de libertação do sentimento de vergonha não é simplório, além de ser socialmente delicada, já que ela constitui o laço social. Mas, quando a vergonha naturaliza o indivíduo em situações de sofrimento, por vezes degradante, é vital livrar-se dela para que se possa alçar vôos para além daquilo que corrompe o funcionamento psíquico e prejudica a capacidade de se relacionar consigo mesmo e com o mundo social.

A liberação da vergonha passa, assim, por um questionamento da internalização das normas estigmatizantes e por uma contestação do olhar dos dominantes. É nesta capacidade de recusar uma identidade prescrita que se abre a possibilidade de produzir identidades novas (GAULEJAC, 2006, p. 204).

O autor segue afirmando que:

Para restaurar a confiança em si mesmo, é preciso conhecer e fazer conhecer “a definição de eu que me convém” (A. Sayad, 1995), ou seja, a que está de acordo com os interesses sociais e morais, a que “favorece” o sujeito o sujeito em termos materiais e psicológicos. As lutas sociais são lutas de classificação. A liberação da vergonha consiste em modificar as representações de si mesmo e dos outros, afirmando seu próprio olhar frente aos olhares que estigmatizam. Este combate pode levar a reivindicar os estigmas como elementos constitutivos das identidades (*cf. black is beautiful*) (GAULEJAC, 2006, p. 204).

A militância e o humor são apontados por Gaulejac como estratégias para driblar o processo de internalização da vergonha. Devido aos nossos interesses de pesquisa, destaca-se aqui especialmente a militância definida pelo autor como uma luta contra o desprezo, fundamentada na lógica de anular quem anula, combatendo valores estigmatizantes.

Conforme o abordado em capítulo anterior, a organização coletiva de um grupo social estigmatizado que busca a construção de uma nova identidade, pode ser caracterizada como um movimento social de busca por reconhecimento. E é a partir do encontro de perspectivas da sociologia dos movimentos sociais com a sociologia clínica que será feita a abordagem das trajetórias militantes de atoras do movimento de humanização do parto e do nascimento no Brasil.

Capítulo 5 – Histórias de Vida, Engajamento Militante e Subjetivação

A segunda vez que se nasce, assiste-se ao próprio nascimento

(Almada Negreiros, 1996)

5.1 Valentina Patrício

Valentina nasceu em uma capital do sudeste brasileiro. É uma mulher branca, médica, casada, heterossexual e mãe de duas mulheres adultas. O seu pai foi professor, e a sua mãe servidora pública.

Para ela, a(o) militante luta para que a vida tenha sentido, “por uma construção contínua do sentido da vida. Vontade de fazer o novo. De fazer coisas diferentes” (notas de campo, jan., 2020). Quando ela era bem jovem, seu pai costumava lhe chamar de rebelde sem causa, e recitava o Cântico Negro, de José Régio:

"Vem por aqui" — dizem-me alguns com os olhos doces
Estendendo-me os braços, e seguros
De que seria bom que eu os ouvisse
Quando me dizem: "vem por aqui!"

(...)

Não, não vou por aí! Só vou por onde
Me levam meus próprios passos...
Se ao que busco saber nenhum de vós responde
Por que me repetis: "vem por aqui!"?

(...)

Ninguém me diga: "vem por aqui!"
A minha vida é um vendaval que se soltou,
É uma onda que se alevantou,
É um átomo a mais que se animou...
Não sei por onde vou,
Não sei para onde vou
Sei que não vou por aí!

(RÉGIO, 2020)⁶⁷

Valentina conta que gosta muito desse poema, e que desde muito jovem tinha um desejo profundo de encontrar caminhos que “fizessem sentido em sua vida”. E quando perguntada sobre qual seria esse sentido, ela responde:

Primeiro, o sentido da vida pra mim é sempre estar saindo do instituído, daquilo que está parado, estagnado ou está tido como certeza. Eu acho que a militância vem muito de uma necessidade de reafirmar a vibração da vida, a vida em movimento. A vida é... é isso. Não sei explicar. Isso é um lado. O outro lado, é por uma insubordinação civil mesmo, é uma questão de saber da opressão e saber que nós temos um potencial pra reafirmar a vida pra além daquilo que nos oprime e nos deixa diminuídos. E a terceira, é a questão das mulheres (notas de campo, jan., 2020).

Valentina pertence a uma família de professoras(res), ela própria chegou a trabalhar como professora por um período. Pouco antes de entrar na Universidade, ela ministrou aulas em um “grupo escolar” da sua cidade. Uma de suas tias era diretora da escola, e o seu pai era professor no mesmo local. Identificada com a profissão mais recorrente na família, ela diz: “eu dava aula porque eu era do magistério” (notas e campo, jan., 2020). Ainda assim, Valentina prestou dois vestibulares para cursos na área da saúde/ biológicas: medicina veterinária na Universidade Federal de Minas Gerais, e para biologia na Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC Minas). Ela foi aprovada nos dois e acabou optando por estudar na UFMG porque “não pagava. Mas eu fui fazer veterinária não é porque eu gostava não, eu gostava de saúde, eu não gostava de doença. É porque eu gostava de bicho, eu queria ir pra África, eu gostava de aventura” (notas e campo, jan., 2020).

Em sua Universidade, o ciclo básico dos cursos de medicina e de veterinária ocorria conjuntamente, e as(os) estudantes compartilhavam a mesma sala durante os dois primeiros anos. E, assim, ela acabou ficando muito amiga de uma aluna de medicina, “agente era carne e osso” (notas e campo, jan., 2020). Ancorada nessa relação de confiança e força, constituída por osso e músculo, sua amiga lhe dizia: “Valentina, você tem que fazer medicina, você fica aí tratando de bicho igual trata

⁶⁷ Encontrado na página no Projeto Releituras Arnaldo Nogueira, em 01/03/2020. Link: http://www.releituras.com/jregio_cantico.asp.

de gente”. E eu falava: “eu odeio médico, eu odeio hospital, eu acho tudo isso horrível”, aí ela dizia: “Então você tem que fazer medicina pra poder mudar isso” (notas e campo, jan., 2020).

Ela foi aprovada em seus primeiros vestibulares em 1975, e sua turma de veterinária era composta por seis mulheres e pouco mais de cinquenta homens. Os professores costumavam dizer que mulheres não deveriam estudar veterinária, eles falavam: “Ah, o quê que vocês vão fazer depois de formadas?” (notas e campo, jan., 2020). Esse sentimento de desamparo e deslocamento encontrava eco em sua própria família: “Eu não tinha ninguém da família na saúde, eu não tinha referências. Aí eu falei, gente eu tô perdida. Aí eu falei: sabe de uma coisa, vou fazer é medicina” (notas e campo, jan., 2020).

Diante do incentivo de sua amiga e do desincentivo de professores, que a deixava ainda mais insegura em sua condição de estudante e de gênero, Valentina optou por fazer outro vestibular, e foi aprovada no curso de medicina da mesma Universidade. E desde o início do curso, ela se identificou mais com os dissidentes,

uma turma, assim, dos diferentes. Aí eu achei bom. Eu caí na medicina por acaso. Então, foi um acidente, foi porque a veterinária me puxou pra medicina, mas eu passei o curso de medicina sabendo que eu ia transformar isso em outra coisa. Porque essa medicina tradicional não me encanta nenhum pouco. Ela é necessária, não estou falando que não é. Mas pra minha pessoa tinha que ter uma coisa mais aberta, mais viva, mais feliz e mais criativa (notas e campo, jan., 2020).

Um registro antigo que Valentina guarda de médicas(os) é de quando ela era bem jovem e teve escoliose (encurvamento considerado anormal da coluna vertebral). Ela passou por muitos tratamentos, e a impressionava muito o quanto os médicos “eram ruins, insensíveis e brutos, faziam uma medicina que não chegava nas pessoas, na pessoa. No caso a pessoa Valentina” (notas e campo, jan., 2020). Fica claro que ela não poderia se identificar com aquilo que compreendia ser um modo usual de fazer e ser de médicas(os). Então, desde que começou a estudar medicina, ela assumiu que seria uma “médica anti-médica” (notas e campo, jan., 2020).

Isso significa que, para ela, apenas faria sentido exercer uma medicina que estivesse centrada nas pessoas, no acesso das suas vidas. A sua posição anti-

medicina tinha muito mais relação com o reconhecimento da tecnologia em saúde e dos medicamentos como auxiliares ao tratamento de pacientes e não como substitutivos do cuidado. Nesses termos, ela se recordou de uma experiência significativa de quando fazia residência médica.

Tinha um menino que estava há 3 meses internado. Aí eu falei: olha, posso passear com ele no parque municipal? Porque era pertinho do hospital. Aí eu assinei uma autorização e fomos. O menino tinha blastomicose (**infecção nos pulmões causada por fungos, grifo da autora**). E eu achava que tinham outras formas de curar as pessoas, não era só remédio. Então eu falava: esse menino se pegar um sol, se vê alguma coisa ele pode melhorar (**enfática, grifo da autora**). Então eu tinha horror da medicina, e achava que tinham outras formas de cura (notas e campo, jan., 2020).

Quando ela se formou, acabou se sentindo perdida novamente, não sabia qual caminho seguir profissionalmente. Embora tivesse feito residência em pediatria, desejava fazer outra coisa “eu sabia que eu ia fazer outra coisa, mas não sabia o quê” (notas de campo, jan. 2020). A única coisa que ela tinha certeza era de que havia estudado em Universidade pública e, por isso, estava comprometida em devolver para a população aquilo que tinha aprendido. “Eu tinha isso muito claro: eu vou trabalhar para o pessoal que precisa” (notas de campo, jan. 2020).

Com essa decisão tomada, Valentina fez um internato rural no interior do sudeste brasileiro. Lá ela se hospedou na residência da igreja católica, e conviveu com um padre ligado ao sindicato de trabalhadoras(res). Nessa cidade, ela conheceu Júlia, com quem construiu uma amizade profunda que perdura até os dias atuais. Durante o internato, no final da década de 1970, elas perceberam que a saúde estava profundamente ligada às condições de vida, de trabalho, de moradia e de alimentação da população. E concluíram que não era possível cuidar das pessoas sem considerar um todo sistêmico. Então: “a gente fez uma aliança com os trabalhadores de lá. Aí, tinha isso. Era meio igrejeiro, meio do PT (**Partido dos Trabalhadores, grifo da autora**), que estava surgindo. E a gente (**ela e Júlia, grifo da autora**) fez campanha para o PT em 1982” (notas de campo, jan. 2020).

Nesse contexto, surgiu a oportunidade de conhecerem o Hospital Pio X, localizado em Ceres-GO, fundado em 1956, e pertencente à Diocese de Goiás. Em 1974, a instituição reformulou seu modelo assistencial em resposta às

reivindicações de trabalhadoras(es) rurais. Valentina e Júlia foram juntas conhecer esse novo lugar, e elas gostaram muito. “Era um outro mundo, a gente não conhecia nada, não conhecia o Brasil na verdade. Aí eu me apaixonei com tudo. Aí eu falei, nossa, nós vamos ficar aqui” (notas de campo, jan. 2020). Naquele momento, não havia vaga de trabalho no hospital, então elas foram para Itapuranga-GO, um município bem próximo a Ceres,

e eu apaixonei mais ainda. No meio dos trabalhadores rurais, sabe? Greve dos canavieiros, e o hospital era a base de tudo. Então, era uma medicina ligada aos movimentos populares, ligada aos trabalhadores rurais, às causas dos trabalhadores, às questões sociais (notas de campo, jan. 2020).

Ceres e Itapuranga compõem a região do Vale do São Patrício. Ela foi colonizada na década de 1940, durante o governo Getúlio Vargas, por meio da implantação da Colônia Agrícola de Goiás (CANG), que ficou conhecida como “Marcha para o Oeste”. Essa colonização criou a base fundiária da pequena propriedade e impulsionou o desenvolvimento regional, num período caracterizado pela expansão econômica urbano-industrial brasileira. À medida que vão emergindo as contradições das relações entre os colonos e o modo de produção agrária, sobrevêm os conflitos e as adversidades entre a realidade prática e às promessas governamentais. A partir de então iniciam-se as primeiras formas de lutas sociais na região. Incluindo a organização e o desenvolvimento do Movimento Popular de Saúde do Vale do São Patrício (MPS-VSP), já em meados da década de 1970 até o início da década de 1990.

Pode-se afirmar que duas instituições de saúde e mais outras duas organizações populares figuraram fortemente no desenvolvimento do MPS-VSP, respectivamente são elas: Associação Popular de Saúde de Itapuranga, Hospital São Pio X, Sindicato dos Trabalhadores Rurais de Itapuranga e as Comunidades Eclesiais de Base. As três se mobilizaram em favor, planejavam, executavam, e avaliavam ações de promoção, prevenção e cuidados com a saúde. Sendo que, a Associação Popular de Itapuranga construiu uma experiência social em que a população, sobretudo a sua parcela desfavorecida e de trabalhadoras(res) rurais, gestaram ações preventivas e curativas de saúde. E o Hospital Pio X, reformulou a sua perspectiva assistencial para acolher as reivindicações dessa parcela da

sociedade. Nesse sentido, o “popular” é concebido aqui com um sentido similar ao de “povo”, ou em contraponto ao que inúmeros autores designaram como “normativo”, “ideal”, “da elite letrada” (De Certau, 1996; Scott, 1985; Comaroff e Comaroff, 1992).

Naquele contexto político-sócio-cultural específico, essas instituições e os sujeitos que as constituíam, possibilitaram o desenvolvimento de práticas coletivas problematizadoras da dicotomia saúde/doença. E foram justamente as articulações entre essas quatro instituições que suscitam as ações de saúde em diversas localidades da região, concebendo o MPS–VSP

Para compreendermos a importância do Hospital São Pio X, da Associação Popular de Saúde de Itapuranga, e do Sindicato dos Trabalhadores Rurais de Itapuranga nesse cenário, ressalta-se três aspectos. O primeiro é que essas instituições eram reconhecidas como interlocutoras da população com o Estado e com agências de cooperação internacional, em ações socioeducativas, preventivas e curativas em saúde. O segundo é que o planejamento e a operacionalização das ações de saúde eram realizadas por elas. E, por fim, essas instituições eram as expressões das práticas sociais contestatórias das políticas de saúde da época.

Nesse sentido, elas eram o espaço político-institucional onde as classes subalternas e profissionais de saúde dissidentes buscavam construir e legitimar uma concepção de saúde mais alinhada às suas concepções e realidade. E também representavam a capacidade organizativa dessas classes e desses profissionais, nomeadamente retratados por: trabalhadoras(res) rurais assalariadas(os), posseiros, meeiros, pequenas(os) agricultoras(as), pequenas(os) proprietárias(os) de terra, agentes religiosos, professoras(res), domésticas, médicas(os), enfermeiras(os), assistentes sociais, psicólogas(os), educadoras(res) sanitárias(os) e outros.

Isso evidencia o quanto Valentina, militante pelo MPS-VSP, e, posteriormente, uma das pioneiras do Movimento de humanização do Parto e do Nascimento no Brasil, estava inserida em uma totalidade histórica significativa, dinâmica e com múltiplos aspectos. Além disso, a sua própria prática profissional se mostra permeada por três sentidos complementares. Um deles é concernente à moral do trabalho e das lutas reivindicativas de trabalhadoras(res) rurais. O outro é explicitamente e desejadamente político partidário, já que ela própria se denomina

como militante partidária, e as(os) trabalhadoras(res) que ela atendia eram ligadas(os) ao Partido dos Trabalhadores e ao Sindicato. Por fim, a relação estabelecida com a população e o lugar possibilitou a constituição de um senso de pertencimento, e o espaço social passou a ser percebido como um ponto de permanência: “e nós ficamos juntos lá” (notas de campo, jan. 2020).

Foi nessa época, já na década de 1980, que Valentina se atentou especificamente para o universo das mulheres daquele local. Sobretudo para as suas vivências da sexualidade e da reprodução, e para o uso de plantas no tratamento de doenças e no cuidado de desconfortos físicos. É curioso como a partir do momento em que ela passa a narrar a sua percepção desse universo, e sua inserção na ginecologia e na obstetrícia, suas falas começam a ser cada vez mais construídas na primeira pessoa do plural, usando quase sempre o “nós” ou “a gente”, para se referir à dupla que fazia com Júlia.

A gente descobriu o mundo das mulheres, né? As mulheres chegavam pra gente e falavam assim: Ah... eu estava com uma dor no pé da barriga e eu tratei com folha de algodão. E aí a gente via tratamento com aroeira, e com barbatimão pra ferida, e como isso melhorava, a gente começou a interessar e a ir atrás e a nos juntar com elas, e com tudo. Com uma cultura, com uma leitura sobre a saúde, sobre a vida, e tudo muito próprio assim (notas de campo, jan. 2020).

Elas se encantaram com as maneiras das mulheres do local traduzirem as doenças, e “a gente começou a abrir um mundo” (notas de campo, jan. 2020), a conhecer novos modos de vida, de se relacionar com os corpos, com a saúde, a doença, o trabalho e a medicina. As mulheres começaram a procurá-las e demandá-las como médicas, e muito pelo fato de também serem mulheres. Havia uma identificação, mas “eu não tinha essa coisa com mulher. Nem me julgava feminista, nem nada disso. Mas elas queriam consultar com a gente” (notas de campo, jan. 2020).

Valentina não gostava de assistir partos. “Era horrível... Nossa Senhora! Ai, meu Deus, aquele sofrimento, aquela dor, aquela coisa” (notas de campo, jan. 2020). Mas ainda assim elas começaram a dar assistência aos partos. Isso, claro, no dia que tinha parto, porque, até então, elas eram generalistas e faziam de tudo. Elas eram médicas contratadas pelo Funrural (Fundo de Assistência ao Trabalhador

Rural), num contexto anterior à criação do Sistema Único de Saúde (SUS). A assistência ginecológica e obstétrica foi aprendida muito na prática e com os ensinamentos de três médicos mais experientes, que estavam refugiados na cidade.

Esses médicos do sudeste, e de outras cidades do centro-oeste brasileiro, estavam se protegendo e fugindo da ditadura militar. Eram um pediatra, um cirurgião, e um ginecologista. Depois deles, chegaram mais três médicos generalistas, e que também realizavam o trabalho que fosse necessário na assistência à saúde.

e nós formamos com eles. Eu aprendi a fazer cirurgia, eu aprendi a fazer anestesia, aprendi a fazer ginecologia e obstetrícia, eu considero que eu fiz uma residência maravilhosa lá, a gente estudava muito, discutia casos, trabalhava, fazia tudo, eu fazia a anestesia e também fazia a cesariana. E fazia de tudo (notas de campo, jan. 2020).

Foi em Itapuranga, num hospital de pequeno porte, com 25 leitos, mas que contava com um centro cirúrgico, onde Valentina aprendeu obstetrícia e ginecologia. Lá, ela fazia perineoplastia (reconstituição dos músculos do períneo, região localizada entre a vagina e o ânus), laqueadura, curetagem, “fazia o que aparecia lá” (notas de campo, jan. 2020). Também eram feitos atendimentos de pessoas esfaqueadas, baleadas, com picada de cobra, tétano e etc. Os atendimentos eram realizados com limitações estruturais, mas, segundo Valentina, a equipe de trabalho era muito boa. Ainda em Itapuranga, no que diz respeito ao contexto da assistência ao parto e ao nascimento, ela destacou a presença de uma obstetrix inglesa, que trabalhava como voluntária no Hospital Pio X de Ceres, devido a um projeto de imersão, e acabou se constituindo como uma referência na sua formação como obstetra. Valentina relata que aprendeu a assistir parto com ela, numa época, inclusive, em que a realização da episiotomia era hegemônica: “ela mesma fazia episio” (notas de campo, jan. 2020).

Valentina trabalhou em Itapuranga por três anos, e depois ela e Júlia mudaram-se para Ceres-GO, onde começaram a trabalhar no Hospital Pio X. Nesse hospital, elas continuaram como médicas generalistas por um tempo, todos os outros médicos também eram generalistas, mas começaram criar especialidades. Ela e Júlia, cada vez mais frequentemente, faziam ambulatório de ginecologia e

obstetrícia, faziam pré-natal e assistiam partos. Assim, decidiram fazer prova de título, para adquirirem os documentos oficiais que as reconheceriam como ginecologistas e obstetras. Depois de formalizarem essa especialidade, começaram a fazer formações mais curtas, como em colposcopia (um tipo de exame ginecológico que detecta lesões no útero), em saúde reprodutiva e outras, na capital do estado, Goiânia, e em São Paulo. Então, elas não fizeram uma formação clássica em residência médica nessas áreas, fizeram cursos. Nos remetendo à ideia de “prática”, que nos possibilita pensar na “ação” de forma episódica, por vezes imprevisível, centrada no sujeito que a realiza.

Mesmo no Hospital Pio X, Valentina continuava não gostando de assistir partos. Ela narra que as mulheres sofriam muito, pariam sem acompanhante, em posição supina (ginecológica na horizontal), e o contexto social era de muita violência.

Eu lembro que um dia um homem chegou pra mim e falou assim, eu estava de plantão acompanhando uma mulher, e ele falou, olha, se minha mulher morrer eu te mato. Falou pra mim isso. Aí eu falei: “ô Júlia você pode acompanhar essa mulher, eu não tenho condições de trabalhar com essa pressão. Aí, eu saí. Claro que era Goiás naquela época, tudo era na bala, né? Mas eu fiquei muito tocada (notas de campo, jan. 2020).

Somava-se a isso as críticas que Valentina permanecia fazendo ao exercício profissional de médicas(os), o fato de que “eu via o que a medicina fazia com as mulheres. Então eu ia pra desconstruir o que essa medicina fazia pra submeter as mulheres. Fazer delas objeto de um mercado muitas vezes muito antiético com as mulheres, e com os bebês.” (notas de campo, jan. 2020).

Aponta-se nesse sentido, a ideia da desvantagem epistemológica na relação entre médico-gestante/parturiente, em que a(o) profissional de saúde enuncia a “verdade” do parto e a parturiente apresenta a versão do parto. Isso demarca uma ordem não negociada nas relações, contribuindo para que princípios éticos da autonomia e da alteridade sejam feridos. Alguns desses eventos de desrespeito por parte de profissionais de saúde podem ser interpretados por meio de três hipóteses, pelo menos: (i) um conflito de base que se projeta na relação com a autoridade; (ii) o contato com a dor e as demandas de parturientes, que provavelmente fazem emergir demandas de desamparo e agressividade nos profissionais, e isso acaba por

determinar as suas ações; (iii) um *ethos* profissional que implica num “ter que intervir”, promovendo a objetificação das parturientes (Isabel Menzies, 1960; Max Pagès, 2001).

Valentina e Júlia foram percebendo as inúmeras dificuldades na estrutura hospitalar e na assistência que, em geral, era oferecida às parturientes daquela cidade. Com isso, emergiram novos desejos por mais mudanças. Nessa época, chegaram no Hospital Pio X mais duas voluntárias ligadas ao Movimento Leigo da América Latina. Uma delas, Lorena, era ligada à clínica, ao cuidado de pessoas com diabetes e aos movimentos comunitários. A outra, Clara, era uma obstetritz italiana que decidiu ficar em Ceres, e acabou compartilhando de sua experiência e conhecimentos com Valentina e Júlia. Clara conhecia a Verena Smith, uma grande formuladora de conteúdos, influente, e que editava a revista *Dona&Dona*. Clara “chegou com tudo! Abriu o universo das mulheres, com coisas que essa medicina nossa não ensina. Aí a gente foi vendo, e falamos: olha, a gente precisa mudar tudo isso. Isso foi em 1988, 1989, 1990” (notas de campo, jan. 2020).

O MPS–VSP, tal como o Movimento de Humanização do Parto e do Nascimento, nos remetem à dimensão do reconhecimento e da defesa de direitos. Mas naquele contexto caracterizado por circunstâncias de “necessidades” e pela ausência, ou pouquíssima, intervenção pública, a defesa de direitos acabou sendo definida como “algo do tipo faça-você-mesmo, que não nos pode ser dado por outrem, e menos ainda, vir da estratosfera do poder político” (EVERS; 1984, p. 19).

A percepção da defesa dos próprios direitos, ou a construção de uma consciência coletiva, conforme o expressado por Evers, se faz ao longo de um processo, no curso das vidas humanas. Um “faça-você-mesmo” remonta a um tipo de aprendizado que é perpassado por práticas hegemônicas e contraditórias, frequentemente marcado por idas e vindas, fazer e refazer. A trajetória militante de Valentina foi concebida no Vale do São Patrício, numa busca pela ressignificação de relações desiguais nas várias esferas sociais, numa região caracterizada pelo minifúndio. Nessa localidade, foi criada uma concepção de saúde muito própria dos grupos desfavorecidos. Isso se refletiu no desenvolvimento de práticas também muito próprias, e orientadas para atender as necessidades imediatas e cotidianas de saúde daquela população.

Então, com o apoio da Clara, elas começaram a fazer protocolos assistenciais e conseguiram recursos, por meio do Movimento Leigo da América Latina e outras organizações, para ampliar a estrutura do Hospital Pio X. Com os recursos elas construíram três quartos com banheiro. Neles passaram a acontecer, num mesmo ambiente, os pré-partos, partos e pós-partos. Para se ter uma ideia da vanguarda dessa mudança estrutural, somente quase dez anos depois, com a Resolução da Diretoria Colegiada nº 36/2008, do Ministério da Saúde, é que foi instituída, em âmbito nacional, a regra do quarto PPP (pré-partos, partos e pós-partos), com banheiro anexo. Essa medida representou um ganho significativo em termos de privacidade e acolhimento das parturientes nessas três etapas do processo de parto, evitando as interrupções entre uma etapa e outra para se fazer mudanças de ambiente.

Ainda no final da década de 1980, a equipe de ginecologia e obstetrícia do Hospital Pio X, passou a autorizar e incentivar a presença de acompanhante de escolha da parturiente durante os pré-partos, partos e pós-partos. No Brasil, a Lei do Acompanhante foi instituída em abril de 2005, quase 15 anos depois da consolidação dessa prática no Hospital Pio X. Segundo Valentina,

A vigilância chegava lá e falava, mas como? Como vocês podem ter plantas, como vocês podem ter acompanhante? Na época isso era inconcebível. Aí a gente... Isso foi antes da RDC 36, antes de tudo. Mas aí, a gente foi construindo. Fomos um pouco pioneiros nessa questão, dos quartos. Desse outro modo de fazer (notas de campo, jan. 2020).

Devido à assistência que era ofertada no Pio X, começaram a circular as notícias de que em Ceres havia uma equipe que assistia partos de um modo mais respeitoso, com privacidade e um certo conforto, muitas vezes denominado como “parto natural”. Várias parturientes em busca desse “jeito diferente” de assistir partos começaram a chegar de muitos outros municípios além de Ceres - GO e dos assentamentos, como Jaraguá - GO, Carmo de Rio Verde - GO, Pirenópolis - GO, Alto Paraíso - GO, Goiânia - GO, Brasília - DF, Belo Horizonte - MG.

“As mulheres nos acharam. E não eram só mulheres alternativas, as alternativas também iam lá. Tinha todo mundo. Mas a gente... aí a gente procurou apoio, né?” (notas de campo, jan. 2020). Elas acolhiam as mulheres que as

procuravam, e, concomitantemente, buscaram criar mais estrutura no hospital, abrir espaço de diálogo e trocas de experiências com outras pessoas engajadas na humanização do parto e do nascimento. Nesse percurso, elas encontraram os trabalhos do Moysés Paciornik, do Cláudio Paciornik, e do Hugo Sabatino, grandes referências do parto humanizado no Brasil. Elas, inclusive, convidaram o Hugo sabatino, professor da Unicamp, para conhecer o Hospital Pio X. Ele foi, gostou bastante do local e começaram uma parceria de pesquisa com ele e sua Universidade. Percebe-se aqui uma busca por legitimidade e chancela acadêmica para as práticas assistenciais que já eram realizadas nesse hospital.

Elas continuaram com o apoio de Clara e, conforme várias outras mulheres se aproximaram, fundaram o Núcleo de Saúde da Mulher dentro da própria estrutura do Hospital. Nesse Núcleo, muitos materiais foram formulados, sobretudo manuais de saúde ginecológica e obstétrica. “A Júlia foi pra Suíça e tem uma médica lá que tem um hospital de Ginecologia natural e aprendemos com ela. Então a gente era curiosa, a nossa profissão foi movida pela curiosidade, pela inovação” (notas de campo, jan. 2020). Por meio do Núcleo de Saúde das Mulheres, elas estabeleceram interações com Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, que se autodenomina como uma articulação política nacional do movimento de mulheres, feminista e antirracista. A Rede Feminista foi fundada em 1991⁶⁸ e tem como pressupostos a defesa da saúde integral das mulheres e dos seus direitos sexuais e reprodutivos. A ação política da Rede Feminista está calcada nas seguintes concepções:

- Fortalecimento dos movimentos feminista e de mulheres no âmbito local, regional, nacional e internacional, em torno da saúde e dos direitos sexuais e direitos reprodutivos;
- Reconhecimento dos direitos sexuais e reprodutivos como direitos humanos;

⁶⁸ Segundo a página institucional da Rede Feminista, a Organização: “é fundadora e faz parte das Jornadas Brasileiras pelo Aborto Legal e Seguro e da Frente Nacional pelo Fim da Criminalização das Mulheres e pela Legalização do Aborto. É Ponto Focal da Campanha 28 de Setembro Pela Descriminalização do Aborto na América Latina e no Caribe. Coordena no Brasil a Aliança Nacional pela Campanha Por uma Convenção Interamericana dos Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos e participa da Articulação Mulher e Mídia, da Aliança de Controle do Tabagismo, da Plataforma dos Movimentos Sociais pela Reforma Política, entre outras articulações” (Fonte: Rede Feminista de Saúde Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, consultado em março de 2020, em <http://redesaude.org.br/institucional/>).

- Reconhecimento da violência sexual, racial e doméstica como violações dos direitos humanos;
- Defesa da implantação e da implementação de ações integrais de saúde da mulher, no âmbito do Sistema Único de Saúde;
- Legalização do aborto, cuja realização é decisão que deve competir à mulher como direito.

(REDE FEMINISTA DE SAÚDE DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS, 2020).

Com o desdobrar das interações estabelecidas com esse coletivo, Valentina e Júlia acabaram por se filiar à Rede Feminista, onde ficaram conhecidas como “as militantes do parto” (notas de campo, jan. 2020). Valentina relata esse fato em tom reflexivo e se percebendo num lugar da diferença, nos levando a perceber que temas fundamentais como a “saúde das mulheres”, “direitos sexuais”, e “direitos reprodutivos” remontam a várias camadas de significados. Eles coexistiam de modo efervescente e conflituoso, nos dando um panorama da importância sociohistórica desse coletivo político, que mesmo em plena construção já encabeçava lutas tão significativas.

A presença das “militantes do parto” na Rede Feminista evidenciava algumas dessas camadas de significados. Uma delas reporta às marcas ainda presentes, e vindas de décadas anteriores, do foco “materno-infantil”. Segundo essa expressão do movimento feminista, esse foco havia atrelado a “saúde da mulher” à gravidez, a contracepção e a esterilização. A outra camada de significado, em torno da qual Valentina e Julia estavam claramente identificadas, reporta justamente ao pleito das lutas feministas de desbiologizar, desessencializar e desmedicalizar o parto, na busca por resignificá-lo como evento sociocultural. Desse modo, ao

(...) entender que o parto e a contracepção não são eventos estritamente biomédicos, mas político-culturais; dar-se conta de que a mortalidade materna é muito mais do que um problema epidemiológico, uma vez que ela é resultado de relações de poder implicadas em condições desiguais de vida, de acesso a informações, bens e serviços, bem como a formas diferenciadas de inserção e tratamento no interior dos serviços **(de saúde, grifo da autora)** (MEYER, 2004, p. 93).

Politizar a “saúde reprodutiva”, tornando-a, além da ordem do privado, mas como tema de interesse público, a coloca em outro patamar de sentido, tornando-o mais ampliado e relacionado à promoção da “cidadania reprodutiva” (Pitanguy, 1999, p. 33).

Segundo Valentina,

nós nem sempre eramos muito queridas por elas não, sabe? Eu lembro que eu fui fazer um curso de hospital amigo da criança, em 1993, de avaliadora de Hospital Amigo da Criança⁶⁹, era tudo pediatria e eu falei que era obstetra do hospital Pio X de Ceres, aí uma delas falou: Ceres? Vocês que fazem apologia da dor do parto? A gente era tida como as mulheres que ficavam fazendo apologia da dor. Assim, teve uma época que o movimento feminista não gostava de falar de parto, porque queria fugir do materno infantilismo (notas de campo, jan. 2020).

Para Diniz (2000) e Scavone & Batista (2000), até a década de 1980, os direitos reprodutivos e a “saúde das mulheres” se tornaram uma das grandes pautas dos movimentos feministas, mas não necessariamente foram incorporadas à agenda de movimentos de mulheres. Um exemplo disso, é o movimento de mulheres encabeçado por Comunidades Eclesiais de Base (CEBs), da igreja católica, que entre outras preocupações, relacionava-se mais com o aspecto do acesso à saúde, mais profissionais de saúde, abertura de unidades de saúde nos bairros, e demais reivindicações mais associadas à vida prática. Entretanto, problematizar a saúde das mulheres a partir das suas especificidades, as políticas de controle dos corpos, o direito ao exercício da sexualidade, da cidadania e ao aborto, ganhava cada vez mais aderência nos movimentos feministas.

Nessa esteira, aponta-se uma outra dobra do conflito interno à Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. A “agenda do parto” e o “agenda do aborto” apresentavam-se como concorrentes. E segundo Valentina:

A gente não entendia assim. A gente... Claro que o parto pela sua dimensão, dez vezes mais do que o abortamento, a dimensão da violência que as mulheres viviam e a gente entendia isso. A gente atendia muito mais mulheres no parto do que mulheres em abortamento no Pio X, que eram poucos, era uma agenda muito maior na nossa vida profissional. Nós puxamos uma agenda e fomos pouco compreendidas pelas feministas, sabe, como se a gente

⁶⁹ A Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) é uma estratégia internacional, proposta, em 1991, pela Organização Mundial de Saúde e pela UNICEF com o objetivo inicial de promover e apoiar o aleitamento materno no pós-parto e em contexto hospitalar. Para tanto, profissionais de saúde eram treinados para fomentar essa iniciativa e outros profissionais eram treinados para realizarem a avaliação dos hospitais na implementação dessa iniciativa. Os hospitais bem avaliados ganhavam o título de “Hospital Amigo da Criança”.

quisesse fazer um mundo cor de rosa, quando as mulheres estavam sofrendo (notas de campo, jan. 2020).

Mesmo que fossem vistas como as “militantes do parto”, Valentina se posiciona com tom de justificação ou de ressalva: “Mas a gente participou da pesquisa sobre o diafragma, junto com a Unicamp, nós participamos de CPI da laqueadura apresentando os nossos dados de parto, porque a gente tinha tudo registrado num livro de partos” (notas de campo, jan. 2020). Isso demonstra o seu pertencimento conflituoso e ambivalente. Num sentido, ela estava dividida entre a sua filiação à Rede Nacional Feminista, em ascensão na luta pela autonomia dos corpos das mulheres, e seu trabalho em um hospital, onde a perspectiva institucional era perpassada por valores católicos. Num outro sentido, havia também a visibilidade e um certo reconhecimento que ela ganhou no contexto das múltiplas pautas da Rede Feminista.

Já no início da década de 1990, elas se comunicavam com outras organizações e pessoas que, coletivamente ou individualmente, estavam fomentando uma assistência ao parto sem intervenções desnecessárias e, portanto, considerada mais respeitosa. Eram organizações como o Grupo Curumim, o Cais do Parto, o Grupo de Parto Alternativo, Casa de Parto Nove Luas, Lua Nova, Coletivo Feminista e Sexualidade e Saúde, e outras. E, em 1993, essas pessoas e organizações fundaram a Rede de Humanização do Parto e do Nascimento (ReHuNa), e formularam a Carta de Campinas⁷⁰. Com isso, buscaram fomentar uma organização nacional que congregasse diversas(os) atoras(res) na Rehuna.

Conhecíamos algumas pessoas, não todas. Aí convidamos essas pessoas e fomos pra chácara do Hugo Sabatino, fizemos a Carta de Campinas e fundamos a Rehuna. Fomos nós que capitaneamos esse movimento. Inclusive a primeira secretária da Rehuna foi no Núcleo de Saúde da Mulher, no Pio X. E aí reunimos as pessoas ligadas ao movimento de humanização do parto. Muita gente reclama: “Ah, mas a gente não estava lá” E eu digo: “gente era uma limitação a gente não tinha nem internet naquela época, nem computador”, quase não tinha, né? Foi quem a gente conseguiu, e uma pessoa falava pra outra e essa outra chamava mais outra. Fizemos essa carta de Campinas e aí começamos toda essa questão de criar um movimento mais coletivo. Tinham coisas isoladas, que a gente sabia

⁷⁰ Sobre a Carta de Campinas, ver :<http://ongamigasdoparto.blogspot.com/2011/05/carta-de-campinas-ato-de-fundacao-da.html>.

um pouco, tinha um movimento de parteira tradicionais que era uma luz acesa falando da humanização, pegava muito por essa parte. Já tinha esse movimento de parteiras, o Curumim, O Cais do Parto, que a gente era muito interessada neles, mas era tudo muito isolado. Eu acho que a Rehuna deu uma acordada em todo mundo de que a gente podia fazer alguma coisa mais conectados, nós tivemos uma pequena capacidade, né? Porque naquela época tínhamos instrumentos pra poder fomentar a Rede. Quando a Rehuna foi pro Rio isso se ampliou um pouco. Porque a segunda secretaria nacional da Rehuna foi no Rio. E depois foi pra Brasília. Mas não acho que foi só a Rehuna. Ela foi um ponto (notas de campo, jan. 2020).

Embora Valentina se refira a um “movimento de parteiras tradicionais”, é difícil pensar na existência de um movimento social dessa ordem, tanto em termos de organização como de representatividade (Gohn, 2000). No entanto, o que se pode afirmar é a existência da mobilização de profissionais de saúde, sobretudo enfermeiras obstetras, algumas delas autodenominadas como parteiras domiciliares, com o sentido de “dar voz” e visibilidade a trabalhadoras “isoladas”, “esquecidas” e “invisibilizadas”. Essas enfermeiras trabalharam no registro de procedimentos obstétricos, dos preparos de “remédios” caseiros, uso de ervas, modos de vida das parteiras de várias regiões do país, buscando com isso evitar que o patrimônio imaterial das parteiras caísse no esquecimento. Também procuravam aportes que justificassem a redução de intervenções desnecessárias e consideradas abusivas em partos hospitalares (Bessa, 1997; Costa, 2002; Dias, 2002; Vieira, 2004).

A Carta de Campinas, mencionada por Valentina, apresenta como cenário a ser enfrentado justamente as “circunstâncias de violência e constrangimento em que se dá a assistência, especialmente as condições pouco humanas a que são submetidas mulheres e crianças no momento do nascimento” (REHUNA, 1993). Leva em conta que,

no parto vaginal a violência da imposição de rotinas, da posição de parto e das interferências obstétricas desnecessárias perturbam e inibem o desencadeamento natural dos mecanismos fisiológicos do parto, que passa a ser sinônimo de patologia e de intervenção médica, transformando-se em uma experiência de terror, impotência, alienação e dor. Desta forma, não surpreende que as mulheres introjetem a cesárea como melhor forma de dar à luz, sem medo, sem risco e sem dor (REHUNA, 1993).

Há nesse período um esforço de aproximação, interlocução e apoio entre as várias iniciativas locais em humanização do parto no país, na busca por justiça reprodutiva e construção de uma agenda que propulsionasse mudanças nesse cenário. Essas iniciativas se aliaram nacionalmente, mas permaneceram se distinguindo localmente, ao afirmarem os seus contextos e modos de atuação com características próprias e relações específicas.

Cabia todo mundo porque cada um construía uma coisa, mas o cuidado que eu achava que a gente tinha que ter é que humanizar o parto não é uma coisa alternativa, pra ser pros escolhidos, pra ser só pra quem paga, entendeu? É tanto que o Hugo falava em parto alternativo, o título do livro dele é “Parto Alternativo”, né? Eu não achava que era alternativo. Então, eu lutei pra isso ser para todas e para qualquer uma das mulheres. E isso não ser um comércio. E cada pessoa foi tomando o seu rumo, mas eu acho que o eixo do movimento do parto se manteve em torno da autonomia das mulheres, das boas práticas e do parto enquanto um evento natural. E que precisa de cuidado e não de intervenção. Eu acho que esse foi o eixo central, e que isso é um direito de todas. Eu fico satisfeita com esse caminho, sabe? (notas de campo, jan. 2020).

Nessa mesma época, Valentina e Júlia conheceram o professor e fisioterapeuta francês Jean Paul Rességuier. Ele se interessou por conhecer o Hospital Pio X, que a essa altura do nosso diálogo, Valentina chama de “nosso hospital”. O Hospital dela, da Júlia e de todas as outras que faziam parte do coletivo de humanização do parto em Ceres. Elas e Jean Paul se tornaram muito amigos e construíram uma parceria que dura até os dias atuais. Então, elas integraram a experiência acumulada na assistência ao parto, com o método Rességuier, também conhecido como Harmonização do Corpo Sensível. Isso proporcionou a construção da concepção da parturiente como um agente ativo no seu processo de parir. Ele “nos ajudou a construir a nossa discursividade sobre o parto. Então nós juntamos essa questão, que na época chamava harmonização do corpo sensível com as questões da assistência ao parto, criamos um olhar muito próprio, sabe?” (notas de campo, jan. 2020).

Com o apoio de Jean Paul, e com os recursos cedidos por uma Fundação da qual ele participava, elas construíram um prédio para sediar o Centro de Humanização das Práticas Terapêuticas (CHPT), onde faziam formação de profissionais de saúde em Humanização do Parto. Posteriormente fizeram também

um Centro de Terapias Naturais, com um foco em fitoterapia, onde faziam cursos com a comunidade local.

Então nós tínhamos todos esses agregados no Hospital e o Hospital não ficou só um lugar de remédio e doença. Ó que legal! Tudo que eu quis na vida! (**Narra como se ela caísse em si, nota da autora**). A gente compreendia a saúde a partir de um olhar mais ampliado. Aí, a gente fez esses cursos, e fizemos cursos em parceria com o Ministério da Saúde (notas de campo, jan. 2020).

Em um dos cursos que elas promoveram no CHPT, o Jean Paul levou a Élizabéth Rochat de la Vallée, uma acupunturista francesa que oferecia cursos sobre medicina chinesa. E foi tão significativo, que inclusive uma representante da Área Técnica de Saúde da Mulher, do Ministério da Saúde, esteve presente, já no final da década de 1990. Conforme elas iam fazendo cursos, mais gente se interessava por conhecer o Hospital Pio X.

Ceres começou a ser conhecido por esses movimentos, muita gente. E o Ministério da Saúde fez um convênio com a gente, pra gente fazer curso de humanização do parto e do nascimento pro Brasil inteiro. E também de saúde das mulheres indígenas. Foram dois convênios que a gente fez com o Ministério. E aí, esse de Humanização do parto e do nascimento, vinha gente de outros hospitais aqui, no nosso hospital. Era um curso teórico-prático. E aí, o Pio X ficou conhecido como um polo que desenvolvia alguma coisa de humanização. Em Goiás a gente era referência de humanização (notas de campo, jan. 2020).

Mas nos espaços instituídos da Ginecologia e da Obstetrícia elas não tinham a mesma aceitação e legitimidade.

É tanto que nos chamaram no Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia de 2000, que foi em Goiânia, e eu e Júlia fomos falar no Congresso sobre posição de parto, posição na vertical, de cócoras, que naquela época era temido e falavam: isso é só pra índio, e agente falava, não é. Aqueles médicos lá, acabando com a gente e a gente lá, sustentando, com base teórica, internacional inclusive, até antiga, né? (notas de campo, jan. 2020).

Nesse Congresso de Ginecologia e Obstetrícia, Valentina apresentou a pesquisa que estavam desenvolvendo em parceria com Hugo Sabatino, e, juntos, já haviam estudado três mil partos em posição de cócoras. E Júlia apresentou um trabalho sobre a importância de se evitar a episiotomia de rotina.

Naquela época, por outro lado, a aproximação institucional entre a equipe de obstetria do Hospital Pio X, e algumas coordenações do Ministério da Saúde foram se estreitando. E quando o Ministério criou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), em 2000, Valentina foi convidada para ser referência técnica do Programa na região Centro-Oeste. Isso aprofundou ainda mais a sua inserção no Ministério da Saúde, já que a partir de então ela passou a representar este órgão naquela região. Em 2003, esse Programa deu lugar à Política Nacional de Humanização (PNH), cujas diretrizes deveriam ser inseridas em todas as políticas e programas do SUS, e impactar em todas as ações de saúde do país. Valentina tornou-se uma das consultoras da PNH.

De 2003 a 2010, Valentina atuou como consultora da PNH. Particularmente em 2009, ela foi uma das idealizadoras do Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais da Amazônia Legal e Nordeste (PQM), do Ministério da Saúde. O PQM tinha como objetivo principal contribuir com a qualificação da assistência obstétrica e neonatal dessas duas regiões. Para tanto, buscou contribuir com mudanças na gestão e no modelo de atenção ao parto e nascimento, articulando redes de cuidados perinatais e fomentando espaços mais coletivos de gestão, como os Fóruns Perinatais⁷¹. Foi, nesse sentido, um trabalho de áreas técnicas transversais, considerando: humanização em saúde, saúde das mulheres e saúde das crianças, mas coordenado por gestoras(res) da PNH.

Em 2011, Valentina deixa a consultoria na PNH e assume posição de gestão na Coordenação-Geral de Saúde das Mulheres do Ministério da Saúde. Valentina nos diz que:

Eu achava que o Pio X era tudo na minha vida, primeiro casamento, eu falava eu vou ter que achar um segundo casamento, se não eu vou morrer de viuvez, de saudade, aí quando eu fui pro Ministério....Vou te contar essa parte... Eu tinha saído do Pio X e eu estava na atenção básica em Santa Isabel e estava como consultora da PNH, a Dilma ganhou a eleição e eu tinha uma sensação de que ia acontecer alguma coisa na minha vida, eu não sabia o quê. E aí no dia que me ligaram chamando pra ir pra Saúde da Mulher (**à época denominada como Área Técnica de Saúde a Mulher do Ministério da Saúde, grifo da autora**), eu pensei, é isso. Foi quase

⁷¹ Fórum se constitui em um espaço de gestão coletivo e interinstitucional, onde se firmam acordos éticos entre estados e suas instituições de saúde, conselhos e sociedade civil, tendo em vista a promoção da assistência obstétrica e neonatal.

tão forte quanto o PIO X, o PIO X foi história, lá foi de uma intensidade... Assim, eu acho que a gente estava com o coração tão grande pra fazer as coisas, eu sentia isso. Quando eu estava dirigindo o carro pra chegar no Ministério muitas vezes eu chorava, sabe, eu pensava, gente, olha aqui, que oportunidade de fazer alguma coisa (notas de campo, jan. 2020).

Poucos meses depois de assumir esse trabalho no Ministério da Saúde, em março de 2011, a então Presidente da República, Dilma Rousseff, anunciou a Rede Cegonha como estratégia de promoção da qualidade do pré-natal, parto, pós-parto, e desenvolvimento da criança até os seus dois anos de idade, buscando, dessa forma, reduzir a mortalidade materna e infantil no seu componente perinatal.

Segundo Valentina, esse momento foi desafiador e difícil.

A gente tinha muito apoio do diretor, mas foi muito difícil. Nossa!!! Uma vez, uma representante do movimento feminista e mais uma jornalista, me disse: “mas estamos voltando ao materno-infantilismo”.

E eu falei: não é isso!

Elas falavam: “mas as mulheres estão morrendo de aborto”.

E eu disse: e você não se preocupa com as 3 milhões de mulheres que estão parindo atualmente no Brasil nessas condições, isso não é uma violência? Então isso não é importante? Porque parte do movimento se recusava a achar que essa era uma pauta importante para as mulheres.

Aí eu falei: “então pergunte para as mulheres, o que elas acham. Porque o que você está falando é completamente sem sentido. É o maior procedimento hoje do SUS, nós estamos falando em melhorar uma rede assistencial para as mulheres. O maior procedimento hoje de mulheres chama-se assistência ao parto e olha as condições em que as mulheres estão parindo! Olha a violência, os maus tratos, olha como elas morrem desnecessariamente, você não está preocupada com isso, então? Nós não estamos voltando ao materno-infantilismo não, tudo bem que o nome não é o melhor (**Rede Cegonha, grifo da autora**). Mas não tivemos condições de mudar. Supera esse negócio do nome e olha o que está escrito na política pública!”.

Acho que o nome pesou muito. O nome tira um caráter do humano. Eu mesma não gostei e falei: “tira esse nome e falaram, sem chance, isso foi um marqueteiro da Dilma que criou”.

Elas me diziam: e o aborto, vocês não estão lidando com o aborto!

E eu falei: olha, a gente está lidando na medida da possibilidade, talvez a gente não possa falar tão claramente sobre o aborto como a gente pode falar de outros temas, mas ele não está fora da nossa perspectiva (notas de campo, jan. 2020).

Nesse sentido, observa-se que o embate entre o que ficou compreendido como foco “materno-infantil” versus o pleito feminista da “saúde reprodutiva” e dos “direitos reprodutivos” permanecia latente, e ainda mais complexificado. Isso porque, e devido à apropriação do conceito de gênero pelas mulheres envolvidas nesse debate, observa-se como pano de fundo uma noção ambivalente da maternidade. Em uma de suas dimensões, é percebida como símbolo da realização feminina, uma potência da natureza e, em outra dimensão do mesmo fenômeno, como mecanismo de opressão.

Nesse mesmo fluxo, considera-se os debates em torno da assistência ao aborto seguro, seja dos casos já previstos em leis brasileiras⁷², seja nos casos espontâneos ou induzidos em que as mulheres precisarão de intervenção médica oportuna, e da própria legalização do aborto às mulheres que assim o deseje. Numa outra dobra do mesmo debate, discutia-se, por um lado a reprodução humana assistida, na esteira do acesso a tecnologias reprodutivas, e, por outro, os excessos da medicalização do corpo feminino.

Diante dessa complexidade, Valentina nos diz: “talvez elas queriam uma pauta mais avançada. Eu acho que era isso” (notas de campo, jan. 2020). E, de fato, a Rede Cegonha foi interpretada como uma estratégia governamental bastante controversa. Para as feministas da Rede Feminista de Saúde, essa estratégia significou retrocesso de cerca de trinta anos nas lutas pela emancipação e saúde das mulheres. Em entrevista concedida ao Blog Viomundo, em 05 de abril de 2011, a representante da Rede Feminista, Télia Negrão, afirmou que as expectativas quanto a atuação de uma mulher na presidência do Brasil eram outras. Segundo ela, estavam muito para além da reafirmação da mulher vinculada à maternidade compulsória, e percebida como mulher-barriga/hospedeira. Esperava-se o aprofundamento do debate da liberdade de escolha da maternidade, bem como o da legalização ou descriminalização do aborto.

Como fruto de inúmeros embates, a Rede Cegonha foi sendo revisitada, configurando aquilo que chamamos acima de processo de retroalimentação entre

⁷² No Brasil, o aborto é legal em três casos: (i) quando a gestação representa riscos iminentes à vida da mulher, e o aborto é o recurso terapêutico ou necessário para salvar sua vida; (ii) quando a gestação é decorrente de estupro; (iii) em casos de fetos anencéfalos. Nesses casos, o Estado brasileiro precisa garantir os direitos das mulheres e possibilitar o acesso ao aborto legal e gratuito pelo Sistema únicos de Saúde (SUS).

implementação e reformulação da política pública. Nesse sentido, a “agenda do aborto” previsto em lei, que antes estava localizada num marco conceitual mais amplo dos Direitos Reprodutivos, acaba sendo deslocada para dentro do “guarda-chuva” de ações da Rede Cegonha. Assim, o aborto ganha notoriedade como “evento obstétrico”, proporcionando com isso uma certa facilidade no que dizia respeito ao acesso a recursos financeiros para implementação de ações em prevenção e tratamento de agravos resultantes do abortamento, mas, por outro lado, perde alcance no debate político da autonomia reprodutiva.

No mesmo contexto, em 2015, foi formulada a Norma Técnica de Atenção Humanizada às Pessoas em Situação de Violência Sexual com Registro de Informações e Coleta de Vestígios. A Norma Técnica integrou uma das ações do Programa Mulher Viver sem Violência⁷³, lançado em março de 2013, pela Presidência da República, sob coordenação da Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM/PR), com parceria dos Ministérios da Justiça e da Saúde. Teve como fundamento a criação de medidas para responsabilização e o combate à impunidade de autores de agressão e violência, e a unificação dos procedimentos de acolhimento, registro da história, exames clínicos e ginecológicos, coleta de vestígios, contracepção de emergência, profilaxias para HIV, Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) e Hepatite B, comunicação compulsória às autoridades de saúde em até 24 horas, por meio da ficha de notificação da violência, exames complementares, acompanhamento social e psicológico, e seguimento ambulatorial, em todo o território nacional (BRASIL, 2015).

No campo do planejamento reprodutivo, a ampliação do acesso ao Dispositivo Intrauterino (DIU de cobre) no pós-parto ou pós aborto imediatos foi apontado por Valentina como uma conquista significativa para as mulheres brasileiras em idade reprodutiva. Porque, se por um lado, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres (PNAISM) já estimulasse a implantação e implementação da assistência em planejamento familiar, tanto para homens como para mulheres, adultos e

⁷³ O Programa Mulher, Viver sem Violência foi composto por seis estratégias de ação: Casa da Mulher Brasileira, Ampliação da Central de Atendimento à Mulher – Ligue 180, Organização e Humanização do Atendimento às Vítimas de Violência Sexual, Centros de Atendimento às Mulheres nas Regiões de Fronteira, Campanhas Continuadas de Conscientização, Unidades Móveis para o Atendimento às Mulheres do Campo e Floresta (BRASIL, 2015).

adolescentes, e já tivesse como meta a oferta de métodos anticoncepcionais para a população em idade reprodutiva (BRASIL, 1994).

E por outro lado, o Ministério da Saúde já disponibilizasse todo um rol de métodos contraceptivos incluídos na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) aos estados, Distrito Federal e municípios, de acordo com a programação ascendente vindas dessas localidades, a conquista específica apontada por Valentina foi a autorização, por meio de Portaria nº 3.265 de dezembro de 2017, de que todas essas localidades poderiam disponibilizar o DIU diretamente às maternidades integrantes do SUS. De modo que o DIU passaria a ser ofertado diretamente às mulheres, tanto no pós-parto como no pós-abortamento imediatos. Isso possibilitou o acesso em tempo oportuno ao método contraceptivo, evitando gestações não planejadas, e muitas vezes não desejadas. Segundo Valentina, “nós subimos a inserção do DIU nesse país e disso eu tenho o maior orgulho, porque eu sei que a gente impulsionou isso” (notas de campo, jan. 2020).

Para ela, outros aspectos que a Rede Cegonha acabou “ajudando a alavancar” foi a afirmação da importância do Centro de Parto Normal (CPN) e da enfermagem, no contexto da mudança do modelo da atenção obstétrica. Freidson (2005) contribui para compreendermos o quanto é significativa a construção de um espaço que priorize a atuação da enfermagem, frente a partos classificados como de risco habitual. Esse autor já havia destacado que o hospital, conforme o desenvolvimento da medicina moderna, se tornou um ambiente privilegiado da prática médica.

No que diz respeito às relações de trabalho, as práticas e atitudes das equipes médicas vêm sendo destacadas em relatos e pesquisas acadêmicas como um dos principais desafios para a consolidação da autonomia da enfermagem (GOMIDE, 2015). Giddens (1991) contribui para a compreensão desse aspecto por meio do seu conceito de sistemas peritos, que, ao serem constituídos por especialistas, por um lado “criam grandes áreas de segurança relativa para a vida cotidiana, por outro, atuam como mecanismos de desençaixe removendo as relações sociais das imediações do contexto” (GIDDENS, 1991, p. 126). Diante das dificuldades de diálogo e articulação entre duas categorias profissionais diferentes, embora complementares da área da saúde, a Portaria mencionada acima acabou assumindo um papel de delimitar e proteger as fronteiras da atuação da enfermagem.

Para Valentina, o período em que trabalhou como gestora no Ministério foi de satisfação e sofrimento. “Primeiro por não ter assim uma formação acadêmica tão robusta. Eu acho que se eu tivesse isso me daria mais respaldo, eu acho que eu me sentia meio intimidada, muitas vezes” (notas de campo, jan. 2020). Nos dando a entender que coexistiam sentimentos de estranhamento e não pertencimento àquele local de trabalho, combinados com uma espécie de sentimento de inferioridade, devido à sua pouca titulação acadêmica. Para tentar se afastar desses sentimentos, ela buscava recuar de situações difíceis e encontrar espaço de oportunidades no sistema de ações em que estava inserida. E sempre restavam muitos desafios para acomodar:

Mas eu estava lá, eu falei: eu não quero carreira, eu não quero disputar poder aqui, eu não quero o reconhecimento dessas pessoas, o que eu quero é dar passagem pra essa coisa que eu acho que é importante. E ao mesmo tempo eu me senti muito vulnerável muitas vezes. Mas eu acho que eu me guiava com aquela coisa mais de fundo, sabe? Aquela coisa que vem de mim desde bem jovem assim, eu me guiava, por esse fio. Esse fio me sustentava, porque eu não era uma medicona com muitos títulos, sabe? Eu era uma médica. Entendeu? Essa foi uma dificuldade que eu, de certa forma, tentei superar. Mas que eu sentia muita dificuldade, era difícil, foi difícil pra mim. Segundo, acho que pela minha característica pessoal também de não ser de impor muito as coisas, de usar desse lugar, de forma positiva eu acho. Eu tinha poder, mas foi de uma forma que eu acho que eu explorei pouco, pelo jeito que eu sou (notas de campo, jan. 2020).

Em sua leitura, a política pública formulada, muito por indução do movimento de humanização do parto, conseguiu fazer eco na vida das mulheres em geral. “Conseguiu colocar a pauta um pouco mais para as mulheres em geral, hoje as mulheres desejam mais. Mesmo com todas as nuances e as interferências dessa coisa do consumo” (notas de campo, jan. 2020).

Para Valentina, as mulheres passaram a falar mais sobre as consideradas boas práticas na assistência obstétrica.

A questão do vínculo, a questão ‘do pele a pele’⁷⁴, eu acho que o movimento (**de humanização, grifo da autora**) trouxe a pauta do parto e do nascimento pra sociedade. De um tempo pra cá incorporaram a violência obstétrica. Eu acho que o movimento conseguiu levar a pauta para o Ministério Público, pra defensoria pública, hoje a gente tem defensoras públicas, promotoras

⁷⁴ Contato pele a pele: quando o recém-nascido é colocado em contato direto com a pele da mãe imediatamente após o nascimento.

maravilhosas. Eu acho que o movimento, quando incorporou a violência obstétrica, acabou dando mais visibilidade para a pauta da violência contra as mulheres. Trouxe também a questão da violência institucional, que emergiu pelo movimento do parto. Quando você fala da violência, aí cê pergunta: então o quê que faz? Faz isso aqui ó. Já tem o que deve ser feito, e bem sedimentado já. E já tem o que não pode ser feito também. O parto subiu para outro patamar de possibilidades (notas de campo, jan. 2020).

Falar sobre a existência da violência obstétrica, dar nome a ela, parece ter liberado as falas de outras mulheres. O contrário disso, o silenciamento de violências sofridas, “a se fechar em si, a cultivar um sentimento de ilegitimidade, a se viver como ‘um menos que nada’. Estas duas atitudes complementam-se e se reforçam. O desconforto de uns contribui para a recusa de outros e para o silêncio de todos” (GAULEJAC, 2006, p. 18). Ao falar cada vez mais sobre as chamadas boas práticas da assistência ao parto e ao nascimento, o movimento pela humanização parecia contribuir para quebrar um ciclo de silêncio. Como se a fala de umas encorajasse a fala de outras, e o posicionamento de muitas.

Muito embora ela perceba que:

o movimento ficou entre mulheres mais intelectuais e de classe média. Antes ele era restrito a um tom alternativo, sabe? Como uma coisa de bicho grilo, gente meio porra louca que queria parir desse jeito. E, quando a gente pulou isso para uma política pública, criou um pouco de lastro (notas de campo, jan. 2020).

Levando à interpretação de que, de fato, o movimento pela humanização do parto e do nascimento não corresponde a um tipo de movimento popular pela humanização, e tampouco chegou a impactar definitivamente na tão sonhada mudança do modelo da atenção obstétrica, mas permanece em processo dinâmico de (re)invenção e com várias experiências bem-sucedidas.

as mulheres em geral estão aproveitando da reverberação desse movimento, porque de uma maneira ou de outra elas já sabem das boas práticas, do parto normal, e o movimento instigou políticas públicas que chegou até elas. A gente fez um pouco, não fez muita coisa, mas esse pouco é utilizado de várias formas e ele ganha rua e ele tem vida, ele cresce. A gente não precisa fazer tudo não. A gente sabe que aí tem muito mais na história do que fizemos (notas de campo, jan., 2020).

Isso nos leva a pensar que, além de fazer um percurso que não foi inicialmente planejado, o movimento de humanização do parto caracteriza-se por causalidades múltiplas e espiralizadas. Pressupondo um alto grau de interação social entre militantes e com o Estado brasileiro, além da produção de novos conhecimentos e práticas, que se retroalimentam. Nesse sentido, resta em Valentina a esperança de que a população em geral se aproprie desse tema, e, enfim, sejam mudadas as relações de poder assimétricas de gestantes e parturientes com profissionais de saúde.

O poder ainda tá muito nos profissionais, sabe? E a gente precisa destruir isso para as mulheres se apossarem desse desejo e dessa capacidade de parir. Então, passou da mão do médico para o enfermeiro, mas não passou pra mão da mulher ainda. Mas eu acho que esse é um caminho difícil, porque esse é um caminho que é realmente mudar a relação de poder (notas de campo, jan., 2020).

Por fim, a narrativa de Valentina é perpassada pelo desejo de existir por si mesma, sem se submeter, na medida do possível, ao desejo do outro, tampouco aos mecanismos de reprodução social. Há nela uma propensão a contestar uma ordem social, que acaba sendo canalizada em movimentos sociais revolucionários e portadores de utopias. No plano profissional, essa propensão a leva a fazer rupturas ideológicas significativas, afastando-se da medicina intervencionista. Ao mesmo tempo, percebe-se que essas rupturas são apenas parcialmente individuais, já que são impulsionadas por seu contexto social mais amplo. Valentina pertence a uma geração caracterizada pela ideologia da auto-realização, que acreditou na possibilidade da construção de um novo mundo. Um mundo mais solidário, mais justo, menos dominado pelo dinheiro e pelo poder (Gaulejac, 2006).

5.2 Laudelina de Campos

Laudelina é uma mulher negra, lésbica, cientista social e sem filhos(as). Ela nasceu em uma pequena cidade litorânea do nordeste brasileiro, na década de 1950. O seu pai era professor, e quando Laudelina tinha em torno de três anos de idade, ele também assumiu a diretoria regional do Sesc, e isso contribuiu muito com a melhora financeira da família. Ela também o caracteriza como engajado na igreja católica:

tinha uma militância muito grande de movimento de igreja lá, que era o movimento que se fazia tanto entre jovens como a gente assumia coisas em comunidade pobre do município. Então se fazia um grupo de trabalho com um padre que morava numa ilha lá perto. A gente atravessava de barco pra ilha, e tinha uma comunidade bem pobre, então todo domingo a gente fazia um trabalho naquela comunidade. Era um movimento com as comunidades eclesiais de base (notas de campo, nov. 2019).

Sua mãe era uma dona de casa que lidava com a escassez de recursos, prezando para que a renda familiar atendesse às necessidades domésticas até o final do mês. “Ela utilizava aquele dinheirinho de um jeito que até costurar pra gente ela costurava, ela comprava tecido, fazia roupa pra gente” (notas de campo, nov. 2019).

Quanto aos seus avós, ela chegou a conhecer somente a avó materna e a Dan, uma segunda avó materna, que havia sido babá de sua mãe. O avô materno faleceu quando ela ainda tinha um ano de idade. E os seus avós paternos também já haviam falecido. A sua grande referência foi realmente a avó materna, que, segundo Laudelina, era o baluarte da família.

Na família da minha mãe tinha gente com situação econômica bem melhor que a da minha mãe, mas tinha gente muito pobre. E eu me lembro que a casa da minha mãe, quando a minha avó morava com a minha mãe, de ser um lugar onde todo mundo buscava ajuda. Ajuda do que fosse apartar briga, apoio na doença e até financeira. E a minha avó era aquela sustentação na família. Era muito forte. Bem matriarca da família (notas de campo, nov. 2019).

Concomitantemente a essa força, Laudelina nos diz que a sua avó era muito autoritária:

E ela gostava de jogar baralho, foi ela que me ensinou a jogar baralho. Então quando eu fui aprendendo a jogar baralho, se por acaso eu com

sete anos, ela morreu eu tinha 8 anos, aí às vezes eu guardava o jogo na mão e batia duas vezes, aí ela mandava eu levantar o jogo. E aí de mim se eu não levantasse. Então ao mesmo tempo que ela era de colocar minha cabeça no colo dela e me contar história, ela me fazia levantar meu jogo porque ela ainda não tinha baixado o dela (notas de campo, nov. 2019).

O seu avô paterno chegou a ter condições financeiras bem confortáveis porque era dono de uma salina, e também chegou a ser dono da primeira livraria do município, mas faleceu completamente dependente do pai de Laudelina.

É particularmente interessante a impressão que ela tem da relação dos seus pais. Ela tem muitas lembranças da amorosidade entre eles, “eram muito próximos, muito amigos, muito amorosos” (notas de campo, nov. 2019). Já em sua fase adulta, ela chegou a perguntar à sua mãe:

você não brigava com o meu pai não? Porque eu nunca vi vocês brigando! Sua mãe respondeu: brigava, mas não precisava ser na frente de ninguém. A gente conversava e discutia no quarto e não precisava tá compartilhando o que divergia. Então, tinha um cuidado. E também porque talvez não fosse uma briga, porque não tinha violência. Quando tem violência é mais difícil proteger desse tanto os filhos, né? Eu me lembro deles muito amorosos sempre um com o outro. Meu pai se saísse 10 vezes, era vinte beijinhos, na saída e na chegada, cada vez que saía era um beijinho e cada vez que chegava era outro beijinho. Era um cumprimento, era uma coisa muito bonita. Vivi com muito afeto, sempre recebi muito afeto. É isso. (notas de campo, nov. 2019).

Laudelina nos apresenta uma narrativa linear da relação dos seus pais, nos dando a impressão de que falta algo. Também ressoa no “ar” a sensação de que ela tenta se convencer do afeto recebido.

Nesse ponto, é importante mencionar que, quando essa entrevista foi realizada, Laudelina estava bastante debilitada devido a um problema de saúde. Curiosamente, nesse momento de fragilidade física, ela demonstrou muita abertura para narrar sua trajetória militante e de vida.

Ela considera interessante conversarmos sobre as suas referências familiares e conta que está justamente em um processo terapêutico de autoconhecimento, impulsionado pela sua saúde debilitada. E foi justamente nesse processo que ela acredita ter descoberto que carregou uma espécie de “carimbo”, uma marca-trauma “sem sentido racional”, (frase escutada como: uma marca não racionalizada), da

rejeição. Ela é a filha caçula na família e, sua mãe não queria mais ter filhos quando se percebeu grávida dela. Sobre a experiência de ser gestada e chegar ao mundo em condições de sofrimento, tanto para sua mãe quanto pra ela mesma, Laudelina nos diz:

E eu estou resgatando isso como uma dor que repercutiu no inconsciente, enfim, em algum lugar, pra trabalhar essa dor. Então, eu acho que essa militância (**na humanização do parto, grifo da autora**) ela vem de um inconsciente muito grande, muito profundo, né? Eu sou uma pessoa que nunca engravidei, que nunca tive filho, nunca vivi uma experiência do pré-natal, nem de uma gravidez que me levasse a querer militar nesse campo, como é comum se escutar das mulheres que viveram violência obstétrica, né? Você pega a galera dos blogs de Parto, todo mundo se juntou porque viveu violência (notas de campo, nov. 2019).

Se por um lado ela busca entender e justificar as razões da mãe, que em condições socioeconômicas muito desfavoráveis e com uma prole consideravelmente grande para criar, já não queria mais parir outra criança; por outro lado as marcas da rejeição ainda pairam perdidas no enredo da sua história pessoal. Seja porque foram vividas num momento em que a representação psíquica não era possível, seja por terem sido silenciadas por adultos, que as narraram sem os seus significantes emocionais, tornando-as banais, inclusive à eles próprios. Talvez como tentativa ingênua de apagá-las, e assim, afastar a angústia que as lembranças acabavam por desencadear. Senão, vejamos:

A pobre da Bernarda ainda querer filho, eu fui a 9^a, meu pai já... Já naquela época antes dela engravidar ela já estava dividindo pão dentro de casa igual a Jesus Cristo, pra poder dá a manteiga até o final da semana ela que tinha que passar nos pães, pra poder a carne dá ela distribuía os bifés, enfim, como que ela ia querer mais gente ainda dentro de casa (notas de campo, nov. 2019).

Em uma dimensão, a violência existencial imposta já no início da sua vida ganha um significado de aniquilamento, e, paradoxalmente, Laudelina também relata que se sentiu muito amada. “Eu acho que eu me senti, acho que eu fui uma das filhas mais amada dela, eu fui a filha mais amada dela, era uma mágoa completamente sem sentido, sem nada, mas que muito provavelmente ela repercutiu e eu tô curando” (notas de campo, nov. 2019). E segue afirmando o amor recebido, mas agora enfocando em seu pai:

Então, eu fui criada em um ambiente muito amoroso, na verdade o meu pai muito autoritário muito rigoroso com a coisa da religião, tinha que ir pra missa, aquelas coisas, mas que quando eu cheguei ele já estava cansado, já tinha criado 8. Quando eu cheguei o elástico já estava bem mais frouxo, não apertava mais muito na cintura não. Na verdade, eu tive uma infância muito feliz, de ir pra fazenda, de tomar banho de açude de andar à cavalo, de pescar, uma infância muito livre e de muita convivência com a natureza, convivência com agricultor, por causa dessa coisa da fazenda. Eu gostava de ir pra roça ajudar plantar ajudar a colher, a quebrar mandioca pra dar pro gado, eu com 7 ou 8 anos, mais ou menos, que eu tenho mais lembrança. Então eu tive uma infância muito feliz, e acho q fui uma criança muito livre no interior. Fui criada no meio das galinhas, dos bichos. Acho que isso me dá uma base de sustentação muito grande, no sentido da terra mesmo, desde muito pequena. Quando eu não estava na praia em julho, eu estava na fazenda em dezembro (notas de campo, nov. 2019).

Isso nos leva a pensar em espécies de marcas-trauma registradas em uma mente ainda incipiente, e acomodadas na “pré-história” simbólica de uma militante sequiosa por construção de sentido. E no contexto da entrevista, além de ter um *insight*, ao traçar uma ponte entre o engajamento do pai na igreja católica e a sua própria trajetória militante, Laudelina nos dá elementos para conjecturar acerca da relação entre o seu envolvimento com o movimento de humanização do parto com a sua própria experiência de nascimento. Nesse sentido, são evidenciados fatores multidimensionais do seu engajamento:

Eu acho que essa militância é muito interessante desse ponto de vista. E aí, é engraçado que **(uma terapeuta, grifo da autora em substituição ao nome próprio)** veio na minha casa e... O meu endereço é na frente de uma maternidade, o endereço da minha casa é na frente de uma maternidade **(voz mais enfática, grifo da autora)**, é uma maternidade que atende vítimas de violência, atende jovens e adolescentes e tal, e quando ela viu ela disse, ‘Laudelina pelo amor de Deus, olha onde você mora! Tu achas que tua ainda não sabe qual é o teu propósito na vida não?’ (notas de campo, nov. 2019).

Ela conheceu a temática da saúde reprodutiva ao se inserir em debates sobre partos e nascimentos no Brasil. O início disso se deu ao ter contato com a presidenta do Grupo Curumim Gestação e Parto, conhecido simplesmente por Grupo Curumim. Antes de se juntar à militância por mudanças das formas de gestar e parir, Laudelina tinha um bar na praia “eu trabalhava de biquíni na beira da praia” (notas de campo, nov. 2019).

Naquele período em que várias mudanças estavam por vir, ela decidiu fazer iniciação em Reike: “e comecei a perceber, a mexer com essa coisa de energia”. O curioso é que ela acabou lançando mão do Reike para compreender uma espécie de “energia do parto”, ou de um “carimbo energético do parto”, que precisa ser desfeito para que a criança tenha possibilidades de nascer em um mundo menos ruidoso. Nesse sentido, e em sua experiência, a gestação e o nascimento não são banais e deixam marcas invisíveis e antigas. Ela considera que o momento do parto seja “definido pelo carimbo energético que o parto lacra nas pessoas e a dificuldade que é desfazer esses carimbos pra se encontrar com a originalidade que a gente deveria chegar no mundo” (notas de campo, nov. 2019).

Desse modo,

A militância veio desse interesse pelo momento do parto como um momento muito importante na vida. E que, no Brasil, era uma coisa violenta e que distanciava muito as pessoas da originalidade delas. Elas nasciam e tinham que se proteger mesmo, tem que sobreviver mesmo, na verdade, em termos de conexão, né? Então a minha ligação foi muito por aí. Pela parte de uma medicina holística... Eu cheguei na violência obstétrica, e entendi que o parto no Brasil era uma experiência de violência, que ainda é. Nós estamos em 2019 agora, e falando em violência obstétrica, falando em violência reprodutiva, né? Conceitos que na verdade a raiz está lá (notas de campo, nov. 2019).

No início da década de 1990, Laudelina começou a trabalhar no Grupo Curumim, também conhecido simplesmente como Curumim. Essa ONG defende que a saúde reprodutiva deve ser considerada com mais assertividade, e com menos violências de gênero, racial e institucional. O Curumim é afeto aos princípios do ecofeminismo e chancela, desde a sua constituição no final da década de 1980, as perspectivas daquilo que, posteriormente, ficou conhecido como movimento de humanização do parto e do nascimento.

Então, a minha descoberta primeira eu acho, foi a de que o parto e o nascimento são eventos realmente cultural e socialmente localizados, acho que devido a minha formação em sociologia também, chegando na saúde pública, mas com essa carga da sociologia, essa percepção de que o parto era um evento realmente diverso. O parto hospitalar é uma das coisas, mas o parto é um evento muito mais diverso. E que aí nesse universo do parto domiciliar assistido por parteira tinha não só a diversidade, digamos assim, com relação ao hospital, mas a diversidade entre modelos de diferentes partos de etnias indígenas, de diferentes partos quilombolas, de diferentes partos dos contextos do

agreste, do sertão de Pernambuco, das comunidades ribeirinhas da região amazônica, que a gente atuava, ou até mesmo no Centro-Oeste, né? Então assim, eu comecei a perceber que era uma diversidade, uma colcha de retalhos de histórias de modelos da forma de perceber a saúde, da forma de estar e chegar no mundo. A forma de receber as pessoas que chegam no mundo também. E aí essa coisa foi muito encantadora pra mim. E, em chegando no Curumim, foi uma oportunidade de poder aprofundar nisso (notas de campo, nov. 2019).

O Grupo Curumim trabalha com parteiras tradicionais desde a década de 1990. Entretanto, inicialmente o seu foco era a atuação das parteiras propriamente dita. Quando Laudelina foi inserida no Grupo, houve muita mudança no modo de pensar as parteiras, que passaram a ser compreendidas em um contexto mais ampliado.

Quando cheguei no Curumim, os projetos eram de parteiras tradicionais disso, parteiras tradicionais daquilo, e quando eu comecei a perceber isso, a gente deu um salto, e ao invés de trabalhar com a parteira somente, o Curumim passou a trabalhar com o parto domiciliar. Sendo a parteira, digamos assim, um elemento desse modelo, e não o foco (notas de campo, nov. 2019).

Ao lançar o olhar para o parto domiciliar assistido por parteiras, Laudelina pensava na possibilidade de que essa modalidade assistencial pudesse ser incluída na rede de atenção ao parto e ao nascimento. E, incluir o parto domiciliar à essa rede, significaria, em primeiro lugar, que ele precisaria ser reconhecido por gestores(as) e profissionais de saúde como legítimo e um dado do real. Em segundo lugar, significaria considerá-lo no conjunto de ações, práticas e serviços de saúde materna e infantil, articulando-o a outros níveis assistenciais, possibilitando o encaminhamento de mulheres e crianças, que assim o precisasse, para serviços de saúde aptos a receberem casos mais complexos. Com isso, Laudelina contribui não apenas para a mudança do paradigma da intervenção social junto às parteiras, possibilitando uma melhora do impacto desse trabalho sobre a vida de mulheres e crianças, mas também com a melhora da estima sobre si mesma.

Expressando fortemente o seu desejo por mudanças da sociedade, e dos modos de gestar e parir, Laudelina passou a integrar um Comitê de Prevenção da Mortalidade Materna. Comitês dessa natureza objetivam justamente a identificação e as condições de ocorrência de óbitos maternos, fetais e infantis, de modo que possam ser apontadas medidas de intervenção para redução desses eventos. Além disso,

funcionam como instrumentos para avaliação de políticas de saúde para mulheres e bebês. Ela nos diz:

Em chegando no Curumim, pra discutir humanização do parto, e o Curumim era uma ONG que protagonizava essa discussão no Brasil, eu enveredei, e passei a constituir um grupo do Comitê de Mortalidade materna. Então era uma militância também relacionada ao parto e tal, porque a morte materna é um evento que nos fala das desigualdades, que nos fala exatamente quem morre. E quem morre de mortalidade materna no Brasil são mulheres pobres e negras. Então, foi por esse viés de militância, quer do parto domiciliar, quer da morte materna, que eu cheguei na humanização, na verdade (notas de campo, nov. 2019).

Em 1985, em Fortaleza - CE, ela vivenciou uma experiência essencial na Conferência em Tecnologia Apropriada para o Parto. Esse evento, modelado e realizado pela Organização Mundial de Saúde, conferiu grande notoriedade ao ideário do parto humanizado no Brasil, e contribuiu com a formação identitária da militância. O Evento teve a participação do Michel Odant, que, segundo Laudelina, foi “a cereja do bolo”. Mas também foi marcado pela presença algumas parteiras tradicionais paraenses do Arquipélago do Marajó-PA, ou de outras “cerejinhas”, como relatado por ela.

Estar em Fortaleza naquele evento. Então assim, foi... Mexeu assim... com as minhas... lá por dentro, né? Mexeu com o coração, me deslocou, me deslocou mesmo. Então, mexeu com a alma e foi alí que eu realmente despertei pra autonomia feminina, pro direito de viver o parto como um evento fisiológico e não medicalizado, sob o chicote da biomedicina, né? Como acontece no Brasil (notas de campo, nov. 2019).

Por ter trabalhado no Grupo Curumim, ela acabou desenvolvendo uma atuação mais forte junto ao Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais, do Ministério da Saúde, e com a temática da mortalidade materna. Essas eram as duas principais linhas de atuação da ONG. Devido a isso, ela participou de vários eventos da ReHuNa, e de Conferências de Humanização do Parto e do Nascimento. “Então, esse *link* estava sempre muito próximo de mim, da questão da humanização, do movimento de humanização” (notas de campo, nov. 2019).

No entanto, Laudelina problematiza a própria noção de humanização na qual se baseia o movimento. Segundo ela, a ideia de humanização que ganhou notoriedade

é aquela respaldada na medicina baseada em evidências científicas. “Mesmo, por exemplo, a militância da ReHuNa, mesmo alí a pauta era a medicina baseada em evidências. O grande alicerce da militância era o ‘parto seguro’ preconizado pela OMS em 1996” (notas de campo, nov. 2019). Desse modo, percebe-se que nos últimos trinta anos, o movimento construiu um consenso contra-hegemônico de que a humanização do parto corresponderia à adesão, por parte de serviços de saúde, de uma de atenção ideal ao parto e ao nascimento. Essa atenção ideal deveria se basear no paradigma “humanista”, em oposição ao paradigma tecnocrático. Para Rattner *et al.*, o paradigma “humanista”

pretende oferecer interlocução criativa entre paradigmas conflitantes. Se o “naturalismo” nos aprisiona nos ditames inexoráveis de uma natureza imprevisível, a “tecnocracia” também nos encarcera sob o domínio de uma tecnologia despersonalizante, coisificante e objetualizante, que se opõe às aspirações humanas de liberdade e autonomia. Portanto, a humanização do nascimento apresenta proposta baseada nesse tripé conceitual: 1. Protagonismo restituído à mulher, como premissa fundamental, sem o qual se estaria apenas “sofisticando a tutela” milenarmente imposta pelo patriarcado. 2. Visão integrativa e interdisciplinar do parto, retirando deste o caráter de “processo biológico” e alçando-o ao patamar de “evento humano”, onde aspectos emocionais, fisiológicos, sociais, culturais e espirituais são igualmente valorizados, e suas específicas necessidades atendidas. 3. Vinculação visceral com a Medicina Baseada em Evidências, deixando claro que o movimento de “Humanização do Nascimento” é fundamentado na razão e na pesquisa científica, e não em crenças religiosas, ideias místicas ou pressupostos fantasiosos (RATTNER, BELTRÃO, DINIZ, JONES, LOPES, SANTOS; 2014, p. 110).

Na construção de um consenso contra-hegemônico do movimento, os pressupostos daquilo que Davis-Floyd considerou como sendo o “modelo holístico” (1998; 2001) foi deixado de lado, e não chegou a ser considerado no campo das negociações de pautas do movimento, tampouco participou do debate da formulação de políticas junto ao Estado brasileiro. Nessa esteira, na prática, a própria formulação de políticas públicas acabou prescindindo de elementos da visão integrativa e interdisciplinar do parto, que conforme Rattner *et al.* compõem o “modelo humanista”.

No entanto, embora Laudelina destaque a importância do movimento pela humanização ter conquistado um certo espaço para assistência ao parto não centrada no profissional médico, ela mantém o tom crítico: “mas já questionando desde

sempre, me refiro a ele [**movimento de humanização, grifo da autora**] e ao fato de limitar o projeto de humanização aos modelos da medicina baseada em evidência” (notas de campo, nov. 2019).

A sua percepção baseia-se na sua experiência de militância e trabalho com o tema, que pode ser categorizado em dois momentos diferentes, quais sejam: nos âmbitos da sociedade civil e depois no governo federal. Devido ao seu trabalho no Grupo Curumim ela teve a oportunidade de conhecer pessoas que incentivaram o desenvolvimento da expertise na intervenção com populações do campo, da floresta e ribeirinhas. Ela destaca particularmente duas incentivadoras muito significativas, ambas trabalhavam com a “agenda” de parteiras tradicionais no Ministério da Saúde, sendo que uma delas era lotada na Área Técnica de Saúde das Mulheres e a outra no Departamento de Atenção Básica. “E aí, logo que fui chegando no Curumim, o primeiro trabalho que fiz foi um projeto para firmar um convênio com o Ministério da Saúde, para parteira tradicional. Fui eu que escrevi o projeto” (notas de campo, nov. 2019).

Em 2011 ela se tornou consultora do Ministério da Saúde, lotada em Brasília-DF. Ela nos conta que essa colocação foi possível apenas porque houve um processo anterior. Porque enquanto estive no Grupo Curumim ela conheceu várias pessoas que, posteriormente, assumiram funções na gestão federal e fizeram convites de trabalho. Eram gestoras que conheciam a sua trajetória no Curumim, os seus trabalhos com parteiras tradicionais, e com as chamadas populações em situação de vulnerabilidades. No Ministério da Saúde, mesmo trabalhando com agendas similares àquelas do Grupo Curumim, houve um grande deslocamento de lugares e papéis, com considerável impacto em sua vida pessoal e profissional. Sobre essa transição do trabalho em ONG pra o Governo Federal, ela diz:

Como interlocutora de projetos, ao mesmo tempo em que estando em uma ONG, eu respondia por um convênio entre o Curumim e o Ministério, e portanto, eu tinha que ter uma atuação profissional, dentro do que eticamente se espera, pra quem trata com o Ministério. Por outro lado, eu era de uma ONG, eu era da Rede Feminista, eu era do Comitê de Mortalidade Materna, fazia controle social. Então, eu tinha uma condição de dialogar e muito mais liberdade, digamos assim, de apontar o que eu achava importante apontar, como falha, como erro, como... discordando, digamos assim, né? Estar como interlocutora fora, sempre foi muito mais fácil do que estar lá dentro. Estar lá dentro eu diria que foi inclusive... Em última instância, foi

adoecedor. Porque, na verdade, entre o que está nas políticas, o que está no papel e o que pode ser feito ou dito quando você está lá dentro tem distância. Então, estar lá dentro eu acho que vai, vai, vai, vai, você adocece. Porque a sua militância não te largou, e lá dentro você não é militante. Aí, a alma começa a engolir sapo, e termina que você adocece. Lá eu tive alguns problemas. Tive hérnia de disco, diverticulite foi a última, que eu tô tratando agora ainda. Então, atuar dentro do Ministério não é uma tarefa fácil. Você tem nos documentos as orientações técnicas, você sabe o que é pra fazer, você tem propostas e você não faz, você não consegue fazer. Quantas vezes eu tinha muita certeza do que seria disparador pra acontecer alguma coisa e fui completamente amarrada. Nesse sentido que eu digo que foi adoecedor (notas de campo, nov. 2019).

Laudelina fala sobre o parto domiciliar assistido por parteiras no contexto da Rede Cegonha (2011) para exemplificar a distância existente entre o idealizado e o realizado, o prescrito e o real.

O parto domiciliar assistido por parteiras não estava no desenho da rede cegonha. Eu entendo assim, embora a gente aproveite do discurso da Rede Cegonha e diga que ele está dentro, e que a gente pega os objetivos da rede cegonha e a gente diz sim, que a rede cegonha tem implicação e responsabilidade com o parto domiciliar, trabalhando dentro do ministério eu vi que não. Eu vi que discurso é uma coisa e prática é outra (notas de campo, nov. 2019).

Nesse sentido, Laudelina nos oportuniza refletir sobre as diretrizes, metas e modos de atuação da Rede Cegonha. Mas também sobre uma questão de fundo muito significativa que diz respeito à diligência, à observância e ao reconhecimento de uma concepção ampliada e diversa do parto, sobretudo daquele vivido na Amazônia Legal e no Nordeste brasileiro, onde parteiras tradicionais, ou simplesmente mulheres que assistem parto, curandeiras e benzedoras, resistem atuando e fazendo uso ervas, puxação, assistência ao parto, incluindo a realização manobras de parto quando se faz necessário. E tudo isso, ancoradas em conhecimentos transmitidos de geração em geração, especialmente de parteiras experientes para mulheres mais jovens da comunidade, as aprendizes de parteira.

Ocorre que, se por um lado, a Rede Cegonha emergiu em 2011 como política pública centrada na defesa da universalidade, equidade e integralidade dos direitos à saúde, versados na Constituição Federal de 1988, na Lei Orgânica do Sistema Único

de Saúde⁷⁵, e nos Direitos Reprodutivos defendidos pela PNAISM (2004), por outro lado, Laudelina trás à tona a crítica de que gestantes pertencentes a grupos ou populações historicamente alijados, e com particularidades muito significativas, foram despersonalizados ou sequer foram considerados por essa política e pelo sistema oficial de atenção obstétrica. Isso revela o caráter paradoxal de uma política pública que, apostando em ações abrangentes e gerais, e na busca por alcançar todo o território nacional, acaba por se atentar muito parcamente às singularidades e às diversidades.

A narrativa de Laudelina, por sua vez, é fundamentada justamente nas noções de singularidade, pessoalidade e diferença. Ela destaca os elementos de complexidade e multidimensionalidade do parto e do nascimento, que, inevitavelmente, só podem ser compreendidos em seus aspectos relacionais de gênero, sexualidade, etnicidade, da conjugalidade e outros. Uma vez que eles figuram como traços da singularidade e da pessoalidade, que são pautados na percepção da diferença.

A diversidade o respeito às diferenças, a etnicidade, a equidade, os direitos humanos, estão presentes nos princípios da Rede Cegonha. Mas todo o objetivo, toda a cartilha dela é na medicina baseada em evidência. E aí, como é que se respeita etnicidade e modelos diversos, sem diálogo com a auto-atenção, sem diálogo com o que existe nos territórios. E qualificar a rede (**rede assistencial, grifo da autora**) apenas para garantir respaldo no sentido de transporte sanitário, no sentido de pré-natal, no sentido do que for necessário de exames, no que for necessário pra dizer: esse parto é domiciliar, assistido por parteira, mas está na rede. Eu não vejo humanização sem isso, acho que a nossa humanização ainda está muito capenga nesse sentido. Porque o Brasil é um dos países mais diversos do planeta (notas de campo, nov. 2019).

Uma das situações concretamente mencionadas por Laudelina acerca desse ponto, é o fato da Coordenação-Geral de Saúde das Mulheres do Ministério da Saúde, que assumiu a grande função de coordenar a humanização do parto no Brasil, também ter sob a sua gerência o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais, e mesmo assim não tê-lo efetivamente integrado à Rede Cegonha. Havia uma espécie de “pra constar” ou uma “garantia de representatividade” ao elencarem como meta da Rede

⁷⁵ Leis 8.080/1990 e 8.142/1990.

Cegonha as oficinas de trocas de saberes e distribuição de kits de parteiras⁷⁶ para estados da Amazônia Legal e Nordeste.

A parteira mesmo e uma criação nossa. A existência dela está pra além desse termo. E a gente criou um termo pra designar alguém em um papel correlato ao da enfermeira. E dentro desse papel correlato ela tinha que ter um kit, que fosse minimamente aceito dentro do conceito biomédico do que é higiênico. E que, por exemplo, se você chega, foi sempre uma curiosidade minha, que trabalhei oito anos no Grupo Curumim e mesmo longe dele permaneci próxima do tema, mas assim, eu sempre tive a curiosidade de levantar os dados de mortalidade. E o resultado é que são muito raras as experiências de morte de bebê, morte precoce por ter sido infectado, por não ter recebido um cuidado adequado, enfim, relacionado ao nascimento domiciliar. Epidemiologicamente, o município, a SESAI, o Distrito Sanitário Indígena, ele não tem esse dado de que é o parto domiciliar que provocou o óbito. E a gente pega o discurso, pra conseguir recurso pra trabalhar com parteira, a gente pega sempre o discurso da mortalidade materna. É pra reduzir mortalidade materna que as parteiras continuam no discurso do Ministério da Saúde. E se você observa quem tá morrendo por ser assistido por parteira, você vê que não tem. Tá morrendo é em hospitais de pequeno porte, sem nenhuma condição de atendimento, tá morrendo é pela falta de uma rede de atendimento ao parto. Outra coisa sobre os kits de parteira que eu também fui vendo ao longo do tempo. Eu também o via como direito, é direito, é direito, é direito, mas tem o direito à diversidade, não ao kit, e não ao kit biomédico. Defendo como direito é a referência na rede e ao sistema de transporte sanitário, mas não o direito de ter tesoura, luva, e etc. Porque seria muito contrassenso, conhecendo as saídas e até os procedimentos... nossa senhora... eles têm muitas saídas. Não dá pra defender que só o que tá no kit é que salva. Uma tesoura mal esterilizada contamina mais do que uma taquara que é feita só para aquele parto (notas de campo, nov. 2019).

Além do Programa Tabalhando com Parteiras Tradicionais, haviam políticas nacionais importantes que, de uma maneira ou de outra, acabaram sendo negligenciadas durante a formulação da Rede Cegonha, como: A Política nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas, e vários outros programas que tratam de diferentes formas de reconhecimento a maneiras ancestrais de cuidado com a saúde, que o Ministério da Saúde já reconhecia e endossava.

⁷⁶ Ver Anexo VI da Portaria nº 1.459 de 2011, que instituiu a Rede Cegonha no âmbito do SUS

E, no entanto, quando ele vai implementar a RC, ou o próprio discurso da humanização, se você para e olha, ele está sempre dialogando com o parto no hospital (notas de campo, nov. 2019).

Ao deixar sair do Ministério da Saúde, mudar-se de Brasília, e retornar ao nordeste, Laudelina iniciou um trabalho com o TelesSaúde⁷⁷, destinado a profissionais de saúde indígena. Segundo ela, a primeira providência tomada foi a de refazer todo o curso de atenção às gestantes e bebês indígenas, porque ele estava com uma abordagem muito biomédica.

O curso foi recebido de uma forma tão maravilhosa. Tanto que tinham sido destinados recursos pra seis DSEIs (Distritos Sanitários Indígenas, **grifo da autora**) do Nordeste e a SESAI (Secretaria Especial de Saúde Indígena, **grifo da autora**) decidiu disponibilizar para os trinta e quatro. Então assim, eu acho que eu tô metida com isso mesmo, entendeu? Com essa coisa da diversidade do modelo, com essa coisa de que a decisão é da mulher, com essa possibilidade de chegar ao mundo por várias vias e formas e sentidos. Então é isso aí. É uma militância que eu costumo dizer que eu aprendi nas carnes mesmo (notas de campo, nov. 2019).

Nos dando um panorama de que esse aprender nas carnes corresponde a um exercício da prática. Ela nos diz que:

os conceitos de diversidade, de interculturalidade que eu estou aprendendo com os povos indígenas, é de uma riqueza profunda. Não é à toa que eles preservam tantas etnias, tanta diversidade de povos. Porque eles se respeitam na diversidade. Eles não apenas mantêm a sua, digamos assim, diversidade, o que eles fazem que é próprio daquela etnia, como eles reverenciam o que é diferente na etnia do outro. Essa (respeito, **grifo da autora**) é uma palavra meio frouxa pra colocar aí, às vezes eu tenho até dificuldade de colocar uma palavra, porque eu posso respeitar o quê? Isso é muito pouco. Então, não é só respeitar, é muito mais, é acolher e fazer junto, é compreender que existe o meu jeito de fazer e existe o seu, e nenhum é melhor que o outro. Eu posso pegar o seu fazer e juntar com o meu, como eu posso te oferecer coisas do meu fazer, pra que você use no seu, que nada mais é do que quando a gente faz uma oficina de ervas com parteiras e rezas, é isso (notas de campo, nov. 2019).

⁷⁷ O TelesSaúde foi criado por meio do Decreto nº 9.795 de 2019, e trata-se de um como componente da Estratégia e-Saúde (Saúde Digital) para o país. Os seus objetivos são os de expandir e melhorar a rede de serviços de saúde, principalmente da Atenção Primária à Saúde (APS), e sua interação com os outros níveis de atenção, fortalecendo as Redes de Atenção à Saúde (RAS) do SUS (Fonte: saude.gov.br/telessaude, consultado em março de 2020).

É essa noção de diversidade que mais a encanta no universo da humanização do parto, embora a humanização que se fortaleceu politicamente, devido à construção de um consenso contra-hegemônico, tenha uma certa distância dessa noção. Ou seja, “só vai até onde for a medicina baseada em evidência científica” (notas de campo, nov. 2019). A defesa da diversidade e da diferença no campo da humanização do parto e do nascimento, corresponde, na trajetória de Laudelina, a uma espécie de reação à humilhação vivida antes mesmo do seu nascimento: a humilhação por não ter sido objeto imediato de amor da mãe.

Percebe-se em Laudelina, um processo lento e constante de identificação com o próprio sofrimento, que pode ser tomado como ponto de partida para a compreensão da sua vulnerabilidade e da vulnerabilidade de outros(as). E assim, possibilitar um reconhecimento de que certas vidas humanas são mais vulneráveis do que outras.

5.3 Nísia Floresta

Nísia é uma mulher parda, nasceu na Bahia na década de 1950, é enfermeira, professora universitária, divorciada e mãe de dois filhos adultos - uma mulher e um homem. Em 1980, ela se formou em enfermagem e já em 1981 ela começou a atuar na assistência ao parto e ao nascimento em uma maternidade pública de Jequié-BA. E, segundo ela, ficou muito assustada com o que via.

Eu fiquei muito assustada porque eu não tinha visto nada, eu vi na graduação, mas eu não tinha vivenciado como profissional o modelo assistencial. A gente chama de modelo, mas vamos dizer que era uma forma como as mulheres pariam em 1981, e que não é diferente de hoje, né? E ainda era pior do que é hoje, porque naquela época não se tinha o direito a acompanhante, não tinha direito a explicações, e isso mudou um pouco nesses últimos 40 anos (notas de campo, nov., 2019).

Como recém-formada, efetivamente, ela aprendeu a partejar com as parteiras hospitalares⁷⁸ dessa maternidade de Jequié. Mas não se sentia satisfeita com o que estava vivenciando no trabalho. Então, ela começou a “buscar por respostas nos livros e as respostas não vinham” (notas de campo, nov., 2019). Aos 25 anos de idade, insatisfeita com o trabalho, e sozinha no interior da Bahia, as diferenças entre o parto assistido por parteiras e aqueles assistidos por médicos começaram a lhe despertar atenção: “Eu não sabia explicar porque a parteira partejava de um jeito e o médico de outro” (notas de campo, nov., 2019).

Nísia sentia uma angústia muito grande, mas não tinha possibilidades de acessá-la e compreendê-la naquele momento. Ela conta que se sentia perdida, e “o sentimento no corpo era de angústia, diante das violências que as mulheres vivenciavam. Também me sentia violentada por conta da hegemonia médica (**entendida aqui como poder de mando de médicos(as), grifo da autora**)” (notas de campo, nov., 2019). A angústia que ela sentia tinha dois sentidos concomitantes. Um deles, tinha relação com o fato de se sentir desvalorizada como profissional de enfermagem, e, o outro, por se sentir identificada com as gestantes e parturientes violentadas.

⁷⁸ Técnicas de enfermagem ou mulheres experientes sem formação oficial que assistiam partos em maternidades brasileiras. Essa atividade considerada como ilegal na atualidade, ocorria com regularidade no Brasil profundo, na década de 1980.

Nesse ritmo, Nísia começou a desencadear um processo de adoecimento. E após dois anos e meio realizando assistência obstétrica, ela comentou sobre suas angústias com uma enfermeira e professora universitária, que estava visitando a maternidade. À época, essa enfermeira era a pessoa responsável por implantar o curso de enfermagem da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB). As duas se conheceram e conversaram bastante por ocasião dessa visita à maternidade, que tinha como objetivo conhecer futuros campos de estágio para alunas(os) de enfermagem. Outras pessoas estavam presentes durante essa conversa e, quando Nísia comentou sobre a angústia que sentia, uma outra enfermeira da maternidade e sua colega de trabalho disse à professora:

Porque você não a leva pra Universidade? Pra ela trabalhar esse sofrimento, essa angústia e buscar caminhos pra melhorar o que ela está achando péssimo?

Aí, ela falou pra mim, e pro grupo de enfermeiras:

Depende dela. Se ela quiser ir para Universidade ela vai.

Aí eu pensei: o que eu vou fazer na Universidade? Pensei, mas não respondi nada (notas de campo, nov., 2019).

Essa professora foi definida por Nísia da seguinte forma:

ela era bem mais velha, talvez 10 anos mais velha que eu, e ela estava indo de Salvador pra Jequié só para implantar o curso de enfermagem. Ela era uma mulher linda, belíssima, negra, que tinha muito mais experiência do que eu, porque eu tinha menos de três anos de formada (notas de campo, nov., 2019).

Assim, depois de um tempo, em torno de 3 meses adiante, a professora a chamou e perguntou se ela tinha interesse em fazer uma seleção para ser professora da Universidade. Nísia pensou: “mas eu não sei nada. Como eu vou ser professora? Mas eu não respondi assim não, eu só pensei. E logo respondi: eu tenho interesse” (notas de campo, nov., 2019). Para tanto, Nísia iniciou uma pós-graduação em Metodologia do Ensino Superior, que era ofertada em Feira de Santana, outro município do estado, e apenas durante os finais de semana. Antes mesmo de finalizar o curso, ela fez a seleção para ir trabalhar na UESB, e foi aprovada. Ela continuou fazendo a especialização até o final do ano, e no primeiro semestre do ano seguinte, o curso de enfermagem foi aberto. E, devido à sua experiência de 2

anos e meio partejando na maternidade, ela foi alocada na disciplina de “saúde da mulher”.

O curso de enfermagem da UESB foi implantado em 1984. Nesse mesmo ano, lhe recomendaram fazer outro curso de especialização, só que dessa vez, em enfermagem obstétrica. Até que iniciasse essa nova especialização e pudesse assumir a disciplina de “saúde da mulher”, ela ministrou disciplinas de saúde coletiva, ética, metodologia e outras. À princípio, ela tentou fazer a segunda especialização na Universidade Federal da Bahia (UFBA), em Salvador, mas esta Universidade ainda não ofertava esse curso. Então, a solução encontrada foi ir para São Paulo e tentar uma vaga na Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (EPM/Unifesp).

Ela nos conta que conseguiu a vaga e se mudou para São Paulo. Lá, ela iniciou sua segunda especialização, e a expectativa com o curso era muito alta. Nísia achava que lá encontraria um ambiente para assistir partos de uma outra forma, que nem sabia exatamente como era, mas que certamente seria melhor do que aqueles vistos em Jequié. E foi a partir de então que sua trajetória militante teve início. Ela considera que começou a militar em 1990, mas, a partir de 1992 muita coisa mudou. Foi nesse ano que ela conheceu a parteira alemã Angela Gehrke. A partir de então, a sua relação com a militância se aprofundou, e a vivência da prática assistencial passou a ser completamente influenciada pela parteira alemã. Nísia conheceu Angela Gehrke em um seminário organizado por Daphne Rattner, que atualmente exerce a presidência da Rede de Humanização do Parto e do Nascimento (ReHuNa). Daphne Rattner trabalhava na Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, e encabeçou a realização desse seminário, cujo tema era “A Situação da Assistência Obstétrica em São Paulo”. Estavam presentes no evento a Angela Gehrke, representando a Casa de Parto Monte Azul, a própria Daphne, em nome da Secretaria do Estado de São Paulo, o professor Hugo Sabatine, da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).

Para Nísia, esse foi um dos melhores eventos que ela já participou. Nesse caso, a subjetividade de Nísia vai ser constituída pela projeção do modelo de *ideal do eu* na parteira estrangeira, que contribuirá para a mudança de curso da trajetória profissional e de vida.

Lá eu conheci Angela. E lá, Angela me captou, me conquistou, e foi lá que eu comecei a compreender da onde tinha nascido a minha angústia. De 1981 a 1992 eu não tinha uma resposta do porquê que o parto me incomodava tanto. Mas naquele evento, que eu guardo até hoje o folder, ele é histórico, quando Angela fez a apresentação dela, todas as minhas fichas caíram. Aí eu virei ativista mesmo, porque ela falou de uma coisa que eu não sabia e não tinha visto na literatura, que era sobre o modelo assistencial. Modelo biomédico e modelo medicalizado, porque ela vinha da Alemanha, e ela tinha outro conhecimento de parto, outra compreensão do significado do parto. E aí eu comecei a acompanhar Angela e aprender com ela como é que deve ser o parto. A partir do momento que eu aprendi, eu também construí um discurso. E quando eu vivenciei na pele o parto (**quando assistiu um parto com outro olhar, grifo da autora**) eu fiquei literalmente encantada (notas de campo, nov., 2019).

Nísia aponta a existência de conflitos entre as perspectivas biomédica e a sociocultural. Ela vai na esteira de vários estudos sobre o parto, que, segundo Jeffrey e Jeffrey (1993), têm essa tendência dicotômica. Para eles, a perspectiva biomédica:

foca nos desastres – nas razões de mortalidade materna e neonatal e nas experiências dos médicos nos hospitais de Terceiro Mundo, geralmente desafiados com os efeitos de partos obstruídos não diagnosticados e longos adiamentos antes da hospitalização (JEFFREY e JEFFREY, 1993, p. 7; *apud.* FLEISCHER, 2011, p. 26).

E, de acordo com a segunda perspectiva, a sociocultural,

métodos não ocidentais de nascimento são examinados a fim de compará-los com o que é considerado como os efeitos nocivos do nascimento controlado tecnologicamente em cenários médicos formais. (...) (Esta perspectiva) busca evidência social e psicológica dos ambientes cooperativos ou as técnicas benéficas (massagem, posições durante o parto) que estão ausentes na prática ocidental padrão (*ibid.*).

Entre uma perspectiva e outra, na busca por alternativas, Nísia praticava a assistência ao parto num hospital em que ocorriam 1.000 partos por mês. Nesse contexto, ela, juntamente com as suas colegas do curso fazia plantões de 24 horas. Entretanto, haviam diferentes grupos de enfermeiras(os) e médicas(os) residentes, que atuavam no mesmo hospital. De modo que existiam muitos conflitos entre as

enfermeiras do curso de obstetrícia da EPM, e as(os) médicas(os) residentes de obstetrícia. Esse grupo de enfermeiras trabalhando por menos intervenções, “querendo fazer humanização”, e as residentes medicalizando a assistência. O que acontecia era uma briga entre aquilo que o movimento de humanização vem considerando como diferentes modelos assistenciais, e até mesmo modelos concorrentes.

O campo da obstetrícia é composto por diversos atores sociais e profissionais formadas(os) nos sistemas oficiais de ensino, assim como por quem realiza aquilo que Soraya Fleischer (2009) denominou como “cuidado não-oficial”. Todos eles produzem e reproduzem conhecimento, modos de fazer, tecem relações sociais e significados em torno do cuidado obstétrico na contemporaneidade.

Nesse contexto, Nísia foi se sentindo legitimada e forte, sobretudo conforme ia percebendo que os ensinamentos de Angela realmente davam certo, “era real”. É a partir dessa vivência, frente às configurações relacionais de pessoas e grupos, que Nísia vai respaldando a sua construção discursiva acerca da gestação, do parto e do nascimento humanizados. E não apenas isso, vai paulatinamente alterando a sua concepção de humanização. Se, num primeiro momento, ainda na EPM/Unifesp, ela se percebia “querendo fazer humanização”, aprendendo a fazer o menor corte de episiotomia possível e a rafia (conhecida também como sutura, ou, popularmente como “dar pontos”) mais bem feita, é com Ângela Gehrke que ela aprende a não realizar a episiotomia de rotina.

A primeira coisa que Ângela me chamava muito a atenção era por eu fazer episiotomia, eu saí da Escola Paulista muito orgulhosa porque eu fazia a menor episiotomia e a rafia mais linda. E Ângela desconstruiu isso. Ela começou a construir dentro de mim uma coisa, que é lindo, que era a importância de se desconstruir uma concepção de parto. Então esse discurso eu introjetei e isso passou a ser uma coisa da minha célula (notas de campo, nov., 2019).

Nísia reflete sobre sua carreira e sobre si mesma e nos diz que, de 1992 até atualmente, sua militância foi perpassada por vários sentimentos antagônicos, como amor, lágrimas, angústia, brigas, e conflitos que mais pareciam com uma “guerra de trincheiras”, e nos diz que “tem muita coisa nesse caldeirão”. Ela avalia que construiu muitas coisas boas e positivas,

mas poderia ter sido muito mais se aqui dentro estivesse mais arrumado, no campo do emocional. E tá tudo misturado com questões de gênero, com o enfrentamento ao patriarcado, com a minha história pessoal, porque não se separa essas coisas” (notas de campo, nov., 2019).

Nesse sentido, ela expõe um contexto social que lhe despertava afetos e paixões, como amor e raiva. E como numa passagem de ato, de uma cena para outra, Nísia começa a descrever o que considera ser projetos bem-sucedidos em sua carreira, e que lhe trouxeram muito orgulho. Levando a crer que ela encontrou pouco espaço para elaboração do seu “caldeirão emocional”, e para o cuidado de si, durante a sua trajetória militante.

Percebe-se o quanto o período que ela esteve em São Paulo foi de muitas intensidades. Ela militava junto com Angela Gehrke na periferia da cidade, fazia mestrado e lecionava na especialização em obstetrícia da Faculdade de Guarulhos. Durante seis anos, Nísia trabalhou como professora de obstetrícia em cursos de especialização e elaborava as suas aulas a partir das experiências vivenciadas na Casa de Parto Monte Azul, atualmente denominada como Casa Angela. Ela ensinava práticas em obstetrícia que, nos dias atuais são denominadas como boas práticas, mas, à época, ainda não eram explicitadas em literatura acadêmica. Em sala de aula, Nísia se referia a elas não apenas como técnicas que efetivamente contribuíam como o trabalho de parto, mas também que respeitavam a autonomia feminina.

A partir de então, ela começou a participar de congressos acadêmicos, a escrever trabalhos com alunos(as) de especialização. Concomitantemente a isso, o Movimento Popular de Saúde da Zona Leste começou a se fortalecer em São Paulo, e Nísia passou a participar dele. Influenciada por sua orientadora de mestrado, também se aproximou das discussões em torno do Direito Sanitário, na Universidade de São Paulo (USP).

Mas falar de controle social e de mudança no modelo assistencial no parto tinha muita aderência. Então, em São Paulo, de 1992 até 1998 quando eu retornei pra Bahia, esses 6 anos foram de muita militância em movimentos organizados de mulheres e nos cursos de especialização nas faculdades. Então, chegando na Bahia eu estava muito prenhada (**grávida, grifo da autora**) de um modelo assistencial diferenciado. E o contexto político, naquele momento,

no Ministério da Saúde, era muito favorável pra enfermagem obstétrica (notas de campo, nov., 2019).

Enquanto Nísia ensinava as alunas de obstetrícia a não fazerem cortes do períneo, e a respeitarem as posições de parto escolhidas pelas parturientes, o modelo obstétrico usual e muito difundido nos cursos de pós-graduação era o modelo biomédico, “totalmente biomédico”, segundo ela. Nísia foi a primeira enfermeira obstetra do Brasil “a receber diretamente da fonte de conhecimentos de Angela Gehrke, a parteira do Monte Azul, e isso me dá um orgulho imenso. Isso não é orgulho, é honra. Porque eu fui a primeira enfermeira obstetra que ela topou ensinar” (notas de campo, nov., 2019).

Há um sentimento de orgulho muito forte presente em sua narrativa, não apenas por ter sido a primeira aprendiz da parteira do Monte Azul, mas também pelo fato de que compartilhar do conhecimento de Angela Gehrke, lhe conferia uma espécie de “conhecimento autoritativo” naquela comunidade periférica de São Paulo. “Conhecimento autoritativo” é um termo elaborado pela antropóloga alemã Brigitte Jordan, uma estudiosa dos modos de partejar. Esse termo contribui para pensarmos o aspecto do poder no cenário da assistência obstétrica.

A observação central é que, para qualquer domínio, vários sistemas de conhecimento existem, alguns dos quais, por consenso, acabam por carregar mais peso do que outros, seja porque eles explicam melhor o estado do mundo para os propósitos do momento (“eficácia”) ou porque são associados com uma base de poder mais forte (“superioridade estrutural”), e usualmente por ambos os motivos. (...) Legitimar uma forma de conhecer como autoritativa desvaloriza, e com frequência desconsidera totalmente, todos os outros tipos de conhecimento. (...) A constituição do conhecimento autoritativo é um processo social contínuo que tanto constrói quanto reflete as relações de poder dentro de uma comunidade de prática. Ele faz isso de forma que todos os participantes percebam a ordem social corrente como uma ordem natural, i.e., como a forma em que as coisas são (obviamente) (JORDAN, 1993, p. 152).

Para Jordan, “conhecimento” é “um estado que é atingido colaborativamente dentro de uma comunidade de prática” (JORDAN, 1993, p. 153), passando ao largo, portanto, da noção de conhecimento enquanto algo detido por um grupo ou indivíduo. Desse modo, não haveria um conhecimento autoritativo original ou único capaz de se fixar com exclusividade num dado contexto. Um conhecimento torna-se legítimo a

partir de negociações coletivas que se dão num contexto cultural, e de acordo com uma circunstância que exige arbítrio. “O poder do conhecimento autoritativo não é que ele seja correto, mas que ele conte” (JORDAN, 1993, p. 153). Na Casa de Parto Monte Azul, uma *midwife* sem diploma brasileiro, e uma enfermeira obstétrica, eram consideradas legítimas por parte das gestantes e parturientes da periferia de São Paulo.

O que Jordan nos ensina é que o poder advindo do conhecimento de parteiras tradicionais, *midwives*, enfermeiras(os) e médicas(os) é sempre contextualizado e provisório. Desse modo, não se deve relacionar o conhecimento autoritativo exclusivamente ao conhecimento de pessoas que estejam em posição de poder dominante em uma dada sociedade.

Aliás, as parteiras, sejam elas *midwives*, hospitalares, ou tradicionais, sempre estiveram muito presentes na trajetória de Nísia. Especialmente com as parteiras tradicionais do Nordeste, desde a década de 1990 ele vem participando de inúmeros encontros de trocas de saberes com elas. E também foi a partir dessa década, que ela estabeleceu diálogos com a Cais do Parto e o Grupo Curumim, duas ONGs que até os dias atuais trabalham com parteiras. E, conforme ela começou a participar dessas oficinas, ela também passou a levar para a Universidade as experiências vivenciadas com parteiras. “Eu ouvia lá e trazia pra Universidade. Essa troca de levar das parteiras pra Universidade e da Universidade para as parteiras. Fazendo esse compartilhamento de saberes” (notas de campo, nov., 2019).

O compartilhamento de saberes descrito por ela adquire dois sentidos, já observados por Soraya Fleischer (2011, p. 23), em pesquisa sobre mulheres que assistem parto fora de serviços de saúde, ou realizam assistência obstétrica não oficial. O primeiro, é a busca por aportes argumentativos para respaldar a humanização da obstetrícia, e o uso de menos intervenções desnecessárias em serviços de saúde. Como se houvesse nas práticas das parteiras eficácia simbólica e biomédica que pudessem ser reproduzidas nos serviços de saúde onde Nísia transitava. O segundo, remonta ao sentido da valorização de si. Ou seja, as parteiras eram um meio de inspiração para valorizar o seu próprio trabalho como “tipicamente feminino de resistência” às intervenções e à autoridade hegemônica de médicos(as). Ao fazer aliança e também se diferenciar das parteiras, ela parecia se assegurar do seu próprio espaço de atuação, e ganhava lugar de destaque como

responsável pelas oficinas de trocas de saberes, por vezes denominadas como “capacitações”.

Especialmente em 1992, na cidade de Nova Jerusalém, no estado de Pernambuco, a Cais do Parto realizou um grande encontro de parteiras. E lá, Nísia conheceu o Cláudio Parcionick. Em 1994 ela foi para Macapá-AP para um encontro de parteiras ribeirinhas. Nísia, nos diz que sempre foi muito encantada pelas parteiras, pelas suas raízes, e sabedoria ancestral e, além disso, conseguia encontrar similaridades entre as práticas das parteiras com a assistência que Angela Gehrke oferecia.

Então eu via muita semelhança entre os modos de fazer de Dona Prazeres, com os Dona Irene, de Dona Ilda. Então, eram parteiras que eu comparava o respeito à mulher, as orações, o fenômeno do parto como ritual. Isso eu vi tanto nas parteiras do Nordeste como na parteira de São Paulo (**Angela Gehrke, grifo da autora**). Então, essa ritualística ela é muito do campo da parteira tradicional. Isso foi o que me encantou, me seduziu, me conquistou, e me levou pra esse campo também, me levou pra esse lugar do parto como um fenômeno espiritual. E quanto mais eu ia entrando na assistência ao parto domiciliar, mas eu fui aprendendo essa fé da parteira tradicional. Isso vem da parteira tradicional, e não está na técnica, e nem na assistência hospitalar. Eu sempre me debati sobre a verdade do parto” (notas de campo, nov., 2019).

As parteiras tradicionais são percebidas por ela como representantes de um cuidado obstétrico “espiritualizado”, “verdadeiro” e “genuíno”. Soraya Fleischer, no entanto, em sua pesquisa de doutorado (2007), percebe que as práticas realizadas por parteiras da atualidade nem sempre tem relação com as ideias de “autenticidade”, “altruísmo”, “tradição” e “respeito às mulheres”, conforme esperava Nísia. Mas a representação apresentada por Nísia, em grande medida, reflete o modo como as parteiras tradicionais são percebidas no contexto da militância pela humanização do parto no Brasil.

Em meio às vivências intensas em São Paulo, nas Universidades, nas Casas de Parto, em maternidades, e durante as viagens ao Norte e ao Nordeste brasileiro, novas perspectivas profissionais se abriram para Nísia, mas um dos seus filhos adoeceu gravemente. E, em 1996, ela se viu obrigada a retornar para a Bahia. Todos os seus planos mudaram, ela “saiu da caixinha”.

De volta à Bahia, Nísia buscou nova rede de militância e inserções profissionais. Naquela época, algumas de suas conhecidas militantes de São Paulo estavam trabalhando como técnicas e consultoras na Área Técnica de Saúde da Mulher, do Ministério da Saúde. O ministro da Saúde à época era o José Serra, um representante político de São Paulo. A principal normativa que orientava as formulações e o acompanhamento de políticas públicas para as mulheres era o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM, 1983). Até então, predominavam as discussões em torno do controle da natalidade, mas já se iniciavam os debates em torno da saúde reprodutiva e dos direitos reprodutivos das mulheres. No âmbito dos movimentos feministas, esses debates tomavam como central a autonomia das mulheres de escolherem quando, quantos e qual o espaçamento entre os(as) filhos(as), e, a partir dessa concepção, pressionavam o campo das políticas públicas e as instituições. O PAISM foi amplamente criticado por movimentos feministas, acusado de ser materno-infantilista e de reduzir as mulheres às suas capacidades reprodutivas.

Segundo Nísia, naquele momento haviam mulheres militantes, ou com trajetória em assistência obstétrica, que estavam trabalhando no Ministério da Saúde. Essas mulheres, juntamente com movimentos de mulheres, alguns deles feministas, construíram, entre 1998 e 2000, as bases para a instituição do Programa de Humanização do Pré-natal e do Nascimento (PHPN, 2000) e do Programa Trabalhando com Partejas Tradicionais (PTPT, 2000). “Essas mulheres juntas formaram uma equipe maravilhosa e começaram a puxar a questão da humanização do parto. A transformar em Política o que era proposta” (notas de campo, nov., 2019).

Nísia, com apoio da UESB e de uma Secretaria Municipal de Saúde da Bahia, enviou ao Ministério da Saúde um projeto para realização de uma especialização em enfermagem obstétrica. O projeto foi aprovado, e em torno de 74 enfermeiras do estado da Bahia fizeram o curso. Na esteira do que vinha fazendo em São Paulo, Nísia, juntamente com suas alunas desse curso, apresentou 22 trabalhos acadêmicos na Conferência em Tecnologia Apropriada para o Parto, que aconteceu em Fortaleza, em 2000. Os principais temas dos trabalhos eram: parto de cócoras, parir sem episiotomia, prejuízos do jejum durante o trabalho de parto e outros, mas todos eles relacionados às boas práticas na assistência ao parto e ao nascimento. Desses trabalhos, três foram premiados, UESB ganhou visibilidade, foi valorizada, “e nós

voltamos para a Bahia cheias de títulos e cheias de moral” (notas de campo, nov., 2019).

A Conferência, nesse sentido, favoreceu a construção de uma identidade coletiva e narrativa, ancorada na divulgação e valorização de práticas assistenciais ainda pouco difundidas, à época. Mas, além disso, os resultados alcançados por meio da apresentação dos trabalhos possibilitaram o estreitamento dos laços entre Nísia e a equipe do Ministério da Saúde, conferindo a ela um certo poder e reconhecimento.

uma coisa que eu quero que você registre é que quando eu cheguei de volta de São Paulo, em 1996, todas as vezes que eu chegava em Universidades, em hospitais com a proposta de um novo modelo assistencial, os profissionais não acreditavam de jeito nenhum (notas de campo, nov., 2019).

Depois de coordenar a especialização em enfermagem obstétrica, e de participar da Conferência em Fortaleza, Nísia foi ganhando legitimidade, e, com o capital político que tinha, decidiu organizar uma Conferência Municipal em Saúde da Mulher em Jequié.

Várias autoridades militantes da USP, da Unicamp e do Ministério foram pra Jequié. Foi um sucesso essa Conferência, foi um espetáculo maravilhoso. A partir dessa Conferência, que eu organizei com a Secretaria Municipal de Saúde e a Universidade, a visão ao meu respeito mudou. Aí, acreditaram que toda aquela proposta que eu trouxe de São Paulo, de parir de cócoras, parir sem corte, de apagar a luz, não era loucura, era verdade. A partir disso, eu passei a ser recebida no Ministério como a professora da Bahia, aquela baiana lá do interior, entendeu? E aí, de 1999 a 2005, eu militei muito no interior do estado. Fazendo palestras, eu fiz um projeto com a secretaria municipal de saúde para trabalhar com profissionais de saúde do município, que se estendeu depois para 12 municípios, para conversar com médicos, com a parteiras hospitalares e técnicas de enfermagem. Muitos cursos foram se multiplicando e aí eu comecei a chamar as alunas do curso de especialização pra fazer isso comigo e elas foram multiplicando as propostas nos municípios delas. Eu comecei a ser convidada, convidada, convidada, pra palestrar, treinar, foi muito trabalho. Entre 2000 e 2010 foi muito trabalho. De muita conversa, de muitos projetos e sempre com esse mesmo discurso de que precisávamos mudar a forma de se assistir parto no estado da Bahia (notas de campo, nov., 2019).

Desde 1992, Nísia diz estar, efetivamente, em luta por uma assistência obstétrica mais digna para as mulheres. Ela relata que percebe mudanças na formação

da agenda de políticas públicas de assistência obstétrica do Ministério da Saúde, e que isso decorre da pressão institucional realizada pelo movimento de Humanização do Parto e do Nascimento.

Todas essas políticas de humanização do parto, inclusive a Rede Cegonha, que tem uma visão um pouco reducionista da proposta inicial da humanização do parto, foram fruto de vários movimentos que aconteceram em várias localidades do país. Então, esses movimentos, é..., essas vozes espalhadas pelo Brasil, todas essas vozes acabaram desencadeando novas políticas assistenciais (notas de campo, nov., 2019).

Um outro elemento importante levantado por ela, e que deveria ser pensada no contexto das políticas públicas de humanização do parto, é a problematização de como vem sendo conduzida a formação de profissionais de enfermagem e medicina.

Aprofundar na formação, nas questões ainda pendentes de formação. Por exemplo, adentrar a formação médica. Grande parte dos partos são realizados por médicos. As políticas públicas estão aí, desde que o PAISM foi implementado em 1983, de lá pra cá já se vão quase meio século e os médicos continuam fazendo como eles faziam desde o século passado. Aprenderam com Joseph DeLee, quando ele criou o fórceps, o discurso da obstetria profilática, e do parto como um fenômeno patológico. Como é que depois de 40 anos de políticas públicas e tanto tempo de movimento de humanização você pode imaginar que os modos operandi do médico é o mesmo do século passado? Como é? Você poderia me perguntar. É só você ir lá e ver nos currículos dos cursos de medicina. Os cursos de medicina, as disciplinas de obstetria, continuam tratando a obstetria como uma especialidade de alto risco (notas de campo, nov., 2019).

É curioso como ela aponta a formação dos profissionais de saúde, como enfermeiras(os), doulas, técnicas(os) de enfermagem e médicas(os), tratando-a como linha de base para mudança do modelo da atenção obstétrica. E, em paralelo, evidencia que as mudanças nessa formação também depende da permanência da atuação de movimentos sociais: “não dá pra falar em mudança de modelo sem movimentos sociais, pra mexerem nessa cultura que promove o modelo medicalizado, a propósito do projeto da cesárea que está aí a todo vapor” (notas de campo, nov., 2019). Nesse ponto, a trajetória militante e profissional de Nísia aparece ainda mais adensada de sentido. Produzindo em nós um efeito similar a de uma pedra que cai

num rio; ela provoca respingos, mas cada etapa de seu percurso corresponde a um círculo ondulado e em expansão. Ao apontar a dependência que a formação profissional humanizada tem da atuação dos movimentos sociais, ela fala de sua própria trajetória e de si. Numa frente, ela encontrou espaço de atuação e significação profissional conforme ia militando junto à Angela Gehrke. E, de maneira interdependente, trabalhou em outra frente que era justamente na formação de enfermeiras obstétricas.

A enfermagem vem sendo percebida como uma profissão mais voltada para o cuidar do que para o tratar. No Brasil, a formação de profissionais de saúde não médicas(os), incluindo-se aí a enfermagem obstétrica, nos remete a alguns fatos históricos. Tais como, o reconhecimento das práticas das parteiras, criação do curso de obstetrícia, a criação do curso de Enfermagem, a criação da especialização em enfermagem obstétrica e a recriação do curso de obstetrícia após a sua extinção. É importante destacar que ao longo desse período, enfermeiras(os) obstetras e as obstetrites se mantiveram em campos opostos de luta, produzindo como efeito o distanciamento dessas categorias da assistência ao parto (AMORIM, 2010, p. 242).

Segundo Schirmer *et al* (2008), Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) iniciou em 1987 debates de extensão nacional sobre o ensino enfermagem obstétrica. Isso teve como consequência a formulação de uma nova proposta curricular, aprovada pelo Ministério da Educação (MEC) em 1994⁷⁹, que extinguiu a habilitação em enfermagem obstétrica, por considerá-la insuficiente a uma formação de qualidade (2008, p. 363). Desse modo, o quantitativo de profissionais atuantes na área tornou-se ainda menor, colocando praticamente todos os partos, incluindo os de risco habitual, sob o controle da medicina (AMORIM, 2010, p. 243).

Já em 1996, a Organização Mundial da Saúde reconheceu que a presença da(o) parteira profissional, ou enfermeira(o) obstetra, como se nomeia no Brasil, no cenário do parto contribuía com a redução de intervenções invasivas e desnecessárias, e também com o número de mortes maternas e de recém-nascidos, conforme o exposto em capítulo anterior desta tese. Nesse contexto, principalmente em 1999 e 2000, foram criados cursos de especialização em enfermagem obstétrica em instituições públicas e privadas, financiados pelo Ministério da Saúde e do Ministério de

⁷⁹Portaria GM/MEC n° 1721, de 15 de dezembro de 1994.

Educação. Segundo Tyrrell e Santos (*apud* Amorim, 2010, p. 254), as especializações sem mudança de currículo dos cursos de graduação, acabaram funcionando com alternativas para tentar sanar problemas da abordagem insuficiente da obstetrícia nas graduações. Mesmo adquirindo esse sentido capenga, as especializações acabaram abrindo espaço para a inserção de enfermeiras(os) obstétricas nas equipes de assistência ao parto.

Ainda segundo Schirmer *et al* (2008), as especializações foram criadas para atender os objetivos da Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde acerca da “agenda obstétrica”, e do posterior Programa de Humanização do Parto e Nascimento (BRASIL, 2000), coordenado por esta mesma Área Técnica. As especializações deveriam atender às recomendações do Ministério da Saúde e as normas da Associação Brasileira de Enfermeiros Obstetras e Obstetrizes (ABENFO, 1998). Para serem reconhecidas(os) como especialistas em obstetrícia, as(os) alunas(os) deveriam realizar no mínimo 15 consultas de pré-natal, 20 partos completos, com a obrigatoriedade do uso do partograma, além de prestar assistência a 15 recém-nascidos na sala de parto.

Nísia percebe que as pautas do movimento de humanização do parto vão se fortalecendo e ganhando mais defensoras(res) na medida em que as boas práticas passam a ser preconizadas em políticas do Ministério da Saúde, e serem defendidas pelas Associações profissionais. Aliás, ela aponta que essas Associações como a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) e a Associação Brasileira de Enfermeiras Obstetras (ABENFO) são importantíssimas para a mudança do modelo assistencial: “são fundamentais pra gente conseguir avançar nessas propostas de quase meio século” (notas de campo, nov., 2019).

Nísia aponta que ainda há muitas outras dificuldades para a consolidação, de fato, da humanização do parto e do nascimento no Brasil. Uma delas é a questão do subfinanciamento do SUS, que embora não seja o foco desta pesquisa, precisa ser evidenciado. Essa questão vem sendo apontada por economistas da saúde há décadas, mas se agravou ainda mais quando a Emenda Constitucional nº 95 passou a vigorar no país em 2016. Segundo Nota Pública do Conselho Nacional de Saúde (CNS), publicada em 12 de março de 2020, essa Emenda já bloqueou cerca de 20 bilhões de reais do orçamento da saúde nos últimos quatro anos.

Além desse problema, Nísia aponta outro grande gargalo que afeta o campo de atuação, que tem pelo menos duas questões de fundo inter-relacionadas: uma delas é a precarização do trabalho, a outra é a dificuldade de se realizar processos de mudança em estabelecimentos de saúde. Nesse sentido, ela nos dá um exemplo do seu próprio cotidiano do trabalho:

Quando eu chego de manhã no centro obstétrico com as minhas alunas, as enfermeiras que estão assumindo o plantão estão vindo de outro plantão. E estão de saco cheio de ficar presas dentro de um hospital, e não estão afim de aprender nada novo. Muito menos de uma professora falando de evidência científica. Se você chama: vamos participar de uma roda de conversa sobre tal tema? Elas me dizem: ‘ah, professora, pelo amor de Deus, quando eu posso descansar a senhora quer me convidar pra roda de conversa? O que eu vou fazer numa roda?’ Elas estão cansadas, não querem novos conteúdos, não querem repensar a vida delas, não têm a intenção de aprender o novo quando a vida delas já está o caos. A vida do médico, a vida da enfermeira é o caos. Eles estão sempre muito cansados, eles trabalham no automático e fazer a mudanças significa repensar a sua prática e repensar prática dá muito trabalho. É trabalhoso ter que repensar o seu fazer. E os cursos de humanização não colam mais. Uma enfermeira que é maltratada, ela não vai chamar uma parturiente de querida, ela tende a destratar, porque ela é destrutada pela chefe dela. A relações de trabalho, os processos de trabalho são violentos. São brutais, são autoritários. Querer impor a política de humanização dentro de espaços tão violentos, tão insalubres como nos hospitais, é no mínimo paradoxal. Eles fazem uma desconexão absoluta entre o eu e o outro. Existe uma programação. Por exemplo, elas são produtivistas porque o sistema é produtivista (notas de campo, nov., 2019).

Lançando um olhar sobre o contexto específico de um centro obstétrico, destaca-se a problemática do laço social, a qualidade do serviço de saúde ofertado, e os limites da gestão, levando a crer que o ambiente descrito por Nísia é pouco favorável à solidariedade, à cooperação e ao cuidado com a vida, valores tão caros a inúmeros movimentos sociais pela saúde, sobretudo ao Movimento da Reforma Sanitária brasileiro.

Nessa esteira, Nísia tangencia uma discussão acerca dos movimentos sociais em saúde. Ela nos diz sobre o esvaziamento das instâncias de fiscalização e deliberação de políticas públicas de saúde, e do controle sobre as ações do Estado, o chamado controle social (Arantes *et al.*, 2007). Importante que essa percepção de Nísia seja dita, à medida em que o SUS foi a primeira política pública que adotou,

inclusive constitucionalmente, a participação popular e o controle social em seus princípios. Na Lei Orgânica da saúde nº 8.142/90, o controle social não apenas foi reiterado, como incluído em todas as esferas de gestão do SUS, além de terem sido destacadas as possibilidades do seu exercício em espaços institucionalizados e com arcabouço jurídico, a exemplo dos conselhos e das conferências de saúde. Além dessas há também os recursos das audiências públicas da sociedade, de usuárias(os) e trabalhadoras(res).

A Rede Cegonha, que é a política pública mais recente sobre atenção humanizada à gestação, parto e ao pós-parto, tem instâncias de acompanhamento e deliberação da sua implementação, que são o Comitê Técnico, Comitê de Especialistas, Comitês de Acompanhamento do Óbito materno, entre outros. Nísia se refere especificamente ao Comitê Técnico da Rede Cegonha na Bahia. No Brasil, há um Comitê em cada estado. Segundo ela, “o controle social está morno” (notas de campo, nov., 2019).

E continua:

Eu comecei a fazer controle social em 1990 em São Paulo, no Movimento Leste, Zona Leste bombando, e a gente fazendo Reforma Sanitária. E eu vi os MOBS (**Movimento de Organização de Base, grifo da autora**) enfraquecendo, adoecendo, até agonizar. Neste momento, o controle social está agonizando, estão agonizantes. Não tem oxigênio, as pessoas não querem mais. A militância, quem ainda está militando na periferia, tem alguns ainda em Salvador e que eu acompanho a trajetória, eles estão absolutamente discriminados e perseguidos. Então, estamos um momento político cinzento e agonizante. Os movimentos sociais precisam de oxigênio pra se levantar (notas de campo, nov., 2019).

Percebe-se aqui uma dupla posição social das(os) militantes. Ao mesmo tempo em que tentam defender a si, e não conseguem, também não conseguem defender outros indivíduos por quem militam. As demandas são de múltiplas origens: organizacional, pessoal e política, e apresentam-se com uma complexidade tal, dificultando o seu manejo, e tornando o cenário “agonizante”.

Segundo Nísia, a principal pauta do movimento de humanização do parto é a sua própria resistência, sobretudo a partir de 2018, cujo parâmetro de gestão em nível de governo federal é um modelo privatista, baseado em políticas econômicas neoliberais. Ainda assim, e mesmo nadando contra a maré, são atribuídos como

resultados do movimento de humanização do parto a inclusão de enfermeiras(os) obstétricas(os) na assistência ao parto, a presença de acompanhante de escolha da mulher, o reconhecimento do trabalho das doulas, inclusive como agente que evita a violência obstétrica e, quando ocorre, a denuncia. Além da implantação de novos Centros de Parto Normal e o fortalecimento daqueles que já existiam. Sobre esses resultados, Nísia nos diz:

A inclusão de enfermeiras na assistência ao parto, é um excelente resultado. A presença de acompanhante, é um resultado maravilhoso, o trabalho de militância da doula é um avanço maravilhoso. É o melhor agente político na cena do parto doa a quem doer. Embora a doula seja um aditivo da classe média alta, e da classe média/média eu ainda acho que a doula é um agente político efervescente. O reconhecimento dos maus-tratos à mulher é um outro desdobramento importante. O parto domiciliar é um desdobramento maravilhoso, CPN é outro avanço. Nós temos dezenas de avanços. Mas temos milhares de avanços que são desafiadores ainda (notas de campo, nov., 2019).

Diante desse cenário de avanços alcançados e “avanços que são desafiadores ainda” - escutados como propostas ainda não alcançados e que permanecem como desafiadoras - Nísia destaca a dimensão da enfermagem como profissão liberal. Segundo o Decreto 94.406/1987, é garantido ao profissional o direito de assistir o parto domiciliar, desde que a gestante atenda aos critérios de classificação de risco, ou seja, de que hajam poucas possibilidades de complicações durante a gestação e o parto.

O mercado está cooptando esses profissionais. Por exemplo, eu fui num evento na maternidade, e tinha uma menina lá recém-formada de 26 anos. Assim que se formou, fez especialização e abriu uma empresa de parto domiciliar. Porque ela está atrás de mercado. Não tenho nada contra isso, mas é muito perigoso alguém assumir parto domiciliar com uma outra colega tão inexperiente quanto ela. Então, eu acho que o capitalismo, como ele é muito competente, já descobriu que esse é um campo riquíssimo. Então já vem pipocando no Brasil inteiro centenas e centenas de clínicas de humanização. Aí, a gente se pergunta: que humanização é essa? Ela é orgânica ou ela é sintética? Ela é verdadeira ou ela é um *fake*? Ou o problema é o lucro? O problema é o mercado? Então, esse é um grave problema. Grave. Os profissionais estão sendo cooptados pelo mercado e isso vai mudar muito a cara da humanização. A raiz da humanização (notas de campo, nov., 2019).

No parto domiciliar, a enfermagem obstétrica encabeça e equipe de trabalho. Ela é composta por duas(dois) enfermeiras(os) obstétricas(os), e uma doula. Oficialmente, não há exigência da presença de médica(o) nesse tipo de parto, mas o Decreto 94.406/1987 preconiza a existência de equipe de retaguarda, composta por médicas(os) obstetras e neonatologistas, que pode ser acionada caso haja necessidade. Também há casos em que hospitais e maternidades ficam de sobreaviso para receber as parturientes nas situações em que transferências de urgência fazem-se necessárias. Como profissionais liberais, é facultado às(aos) enfermeiras(os) obstetras, a realização de consultas de pré-natal, acompanhamento do trabalho de parto, e realização de consultas de pós-parto.

O modelo assistencial brasileiro, ainda muito médico-centrado, tem dificuldades de sustentar um parto domiciliar tão “redondo”, ancorado em formação de qualidade, definição do local de parto a partir de uma classificação de risco bem realizada, respeito à atuação multiprofissional, garantia de vinculação da parturiente aos serviços de hospitalares, dentre outros aspectos. Assim:

O desafio do profissional humanizado hoje é o de conseguir conviver e sobreviver nesse campo de força que é altamente adoecedor. A exemplo das meninas que se formam comigo, elas não acham espaço pra trabalhar, não acham mercado, vão trabalhar em qualquer lugar e precisam fazer esse enfrentamento, que é o de trabalhar com outras categorias que não sabem o que é humanização. Trabalhar por produtividade e perder a essência do cuidado, do que é o cuidado de uma mulher em situação de parto. Os desafios são inúmeros. Mas, nesse momento da conjuntura política e econômica, um dos maiores desafios é o mercado de trabalho. Não tem mercado para os profissionais humanizados. E o que eles vão fazer? Eles vão fazer o que o Estado está mandando, vão empreender. Vão virar “uber” da humanização do parto. É a “uberização” dos profissionais humanizados (notas de campo, nov., 2019).

O termo “uberização” remonta à Uber, uma plataforma que realiza a mediação do trabalho de transporte, e conecta usuárias(os) e motoristas. Estes, por sua vez, trabalham sem vínculo empregatício e garantias trabalhistas. Segundo Jordão Horta Nunes (2011), a sociedade contemporânea, sendo uma sociedade de consumo, concebe uma noção ampliada de mercadoria. Essa noção vai para além daquela que restringe a mercadoria à detenção de bens materiais. Desse modo, os serviços sociais passam a ser concebidos como mercadorias e disponíveis às(aos) consumidoras(es).

Jordão H. Nunes menciona, nesse sentido, a expansão de serviços oferecidos por profissionais “cuja especialização é socialmente certificada por diplomas ou atestados, como no caso de serviços médicos e educacionais” (NUNES, 2011, p. 18).

Thierry Ribault (2012), estuda a dimensão do mercado presente no cuidado domiciliar, nos ajudando a compreender o cenário do parto domiciliar privado. O trabalho direto, em que a parturiente é a contratante, ou uma espécie de “empregadora” estaria ascensão. Ao levar em conta o “serviço do cuidado”, no qual enfermeiras(os) obstetras atuariam no parto domiciliar, Nísia oportuniza um debate acerca da relação entre serviço e consumo. Apresentando uma outra dobra da atuação da enfermagem obstétrica, mais voltada aos nichos de mercado orientados às mulheres das classes média e alta.

Se, por um lado, a experiência de militância trouxe à Nísia uma certa ascensão social, abriu espaço para que ela pudesse pensar as suas singularidades, e tenha se apropriado da humanização como o grande tema da sua vida profissional e pessoal, por outro lado, ela demonstra cansaço por ainda se sentir submetida às violências que persistem no campo da assistência obstétrica. Indicando que a responsabilidade pela mudança nesse campo é algo que ela não consegue mais assumir, está para além das suas condições, e o que ela poderia fazer já foi feito.

5.4 Laura Rehder

Laura Rehder é uma mulher branca, solteira, sem filhos e enfermeira obstetra, que nasceu em uma cidade de médio porte do interior de São Paulo, em meados da década de 1980. Nessa cidade, são sediados diversos órgãos militares, como: Academia da Força Aérea Brasileira (FAB), onde são formados todos(as) os(as) oficiais da FAB; o Forte Anhanguera, que abriga o 13º Regimento de Cavalaria Mecanizado do Exército Brasileiro; um campus da Universidade de São Paulo (USP); o Centro Nacional de Pesquisa e Conservação de Peixes Continentais, ligado ao Instituto Chico Mendes de Conservação da Biodiversidade. A partir da metade da década de 1950, essas instituições contribuíram significativamente com o crescimento populacional e econômico da cidade. O auge desse crescimento perdurou até o início da década de 1980.

O pai de Laura é militar, formou-se em Direito e desejava que todos os filhos e a filha também estudassem Direito. Ela, no entanto, decidiu estudar enfermagem. O pai foi contra a sua escolha, por considerar que ela não teria “futuro” na enfermagem.

Ao nos falar de sua mãe, escutamos revelações que tratam sobre as consequências da maternidade para a sua vida pública e de mulher trabalhadora, suas experiências de parto e o lugar de Laura na ordem dos nascimentos dos filhos. Quando Laura nasceu, sua mãe já não trabalhava fora. Mas nem sempre foi assim. Antes de se casar, sua mãe tinha um emprego, sobre o qual Laura não se aprofunda, mas que perdurou até o momento em que sua mãe engravidou pela segunda vez. A segunda gestação foi justamente a de Laura, sobre a qual ela titubeia e diz: “na verdade foi um pouco antes de mim. Não, ela já estava grávida de mim. Ela teve que parar de trabalhar, e nunca mais voltou a trabalhar fora” (notas de campo, out., 2019). Ao todo, sua mãe teve quatro gestações, e todas decorreram em partos vaginais. Laura lembra que sempre ouviu falar muito bem sobre todos eles.

Ela nos diz que o último parto, o do quarto filho, quase aconteceu no percurso para o hospital. Laura conta que partos de segundos e de terceiros filhos já costumam ser mais rápidos, no quarto parto, então, quase não deu tempo de sua mãe chegar no hospital. A criança nasceu na emergência, não deu tempo de chegar no centro obstétrico. Ela conclui que sua mãe é parideira, “ela (**a mãe, grifo da atora**) tem essa questão” (notas de campo, out. 2019). Todos os partos ocorreram

sem intercorrências, sem problemas. Paradoxalmente, há pouco tempo, exatamente quando Laura começou a trabalhar com obstetrícia, ela descobriu que o seu parto, o do seu nascimento, foi atravessado por inúmeras intervenções. Houve uso de ocitocina sintética de rotina, rompimento da bolsa e episiotomia. Tudo isso porque o médico queria acelerar o trabalho de parto dela, para criança nascer antes do plantão dele acabar. Conforme Laura vai narrando a experiência de parto de sua mãe, acaba lembrando de mais uma violência sofrida por ela, mais uma violência silenciada entre tantas outras:

Então... pensando nisso, assim... é... A única parte que ela comenta que foi sofrida dos partos dela é que a anestesia, a analgesia local não pegava e ela sentia os pontos todos, então esse foi o único sofrimento dela. Mas ela nunca sofreu com parto (notas de campo, out., 2019).

E conclui, buscando amenizar: “Pra mim sempre foi leve, sempre foi natural” (notas de campo, out., 2019).

Laura vai vasculhando as suas memórias, selecionando episódios e lembra que sua avó materna teve nove filhos, todos de parto vaginal também. Quando tenta se lembrar da sua avó paterna, se surpreende ao perceber que sabe bem pouco sobre ela: “eu não sei... Olha... eu não sei...” (notas de campo, out., 2019). Ela se esforça para lembrar, mas acaba recorrendo à percepção que o seu pai tem sobre a própria mãe. “Eu sei que, pelo o que me pai fala, ela era uma mulher à frente do tempo dela. Porque ela era uma mulher que trabalhava, uma mulher que se divorciou. Trabalhava antes de se divorciar” (notas de campo, out., 2019).

Laura conta ainda que não chegou a conhecer o seu avô materno porque ele faleceu antes do seu nascimento. No entanto, sabe que sua história de vida foi sofrida. Ele foi um migrante polonês, fugido da guerra, que, quando chegou ao Brasil, se sentiu obrigado a mudar de nome, devido ao medo de sofrer perseguições e de ser encontrado. Seu avô materno era alcoolista, e Laura conjectura que o alcoolismo seja justamente um desdobramento da guerra, já que ele chegou a lutar na guerra. Já o avô paterno é caracterizado por Laura como um homem trabalhador, mas ausente das relações familiares, e que não dava atenção aos filhos. Ele e sua avó tiveram dois filhos, e se separam quando seu pai tinha dois ou 3 anos e conclui:

“não era pai para os filhos dele. Então, não tenho referência dos avós paternos” (notas de campo, out., 2019).

Inicialmente, ela não associa sua história familiar à sua escolha profissional. E nos diz: “Mas eu não sei como eu fui guiada, ou conduzida para ser enfermeira obstetra”. Logo adiante reafirma: “É uma coisa minha, que eu não sei explicar. Foi uma coisa minha que estava no meu ‘íntimo’, não sei” (notas de campo, out., 2019).

Mas nos conta que no momento em que escolheu estudar enfermagem, ela também decidiu pelo cuidado com o outro. “Era uma profissão que me atraía principalmente pela questão do cuidado⁸⁰” (notas de campo, out., 2019). A obstetrícia só veio à tona depois de três anos de formada, inclusive essa não foi a sua primeira opção de especialização logo após a formatura. Foi uma possibilidade que emergiu no momento em que ela estava insatisfeita com a enfermagem, com o que chamou de “desvalorização da enfermagem”, experimentada no contexto do trabalho em um centro cirúrgico, já que sua especialidade anterior era clínica cirúrgica. A desvalorização da enfermagem vem sendo objeto de estudo de diversas(os) pesquisadoras(res), que destacam, nesse sentido, principalmente a baixa autonomia para a tomada de decisões e a desvalorização salarial (Baggio, Alacoque, 2016; Schmidt, Dantas, Marziale, 2011; Cunha, Zagonel, 2008).

Com isso, Laura nos diz que foi “conduzida” para a obstetrícia. Segundo ela, foi conduzida porque recebeu um convite para trabalhar numa área materna e infantil de um hospital e acabou se apaixonando pela obstetrícia, e decidindo fazer uma especialização nessa área. O que demonstra o seu desejo de seguir adiante na carreira, e reafirma a sua identificação com o princípio do cuidado, tão central na enfermagem.

Foi justamente no contato com a obstetrícia que a militância pela humanização do parto foi desenvolvida. Antes da obstetrícia, e da residência em

⁸⁰ O cuidado em enfermagem vem sendo considerada uma das funções basilares da profissão, o seu objetivo está centrado na promoção da saúde, na prevenção de doenças e na recuperação e reabilitação da saúde. Sobretudo a partir de 1990, o cuidado se tornou marco referencial para a enfermagem. Essa década foi representativa de muitas mudanças nessa profissão, que passou a problematizar cada vez mais sua forma de pensar-fazer-ensinar-aprender enfermagem (Vale, Eucléia e Pagliuca, Lorita; 2010).

enfermagem obstétrica, “a questão da mulher, e da nossa luta social não era tão clara dentro de mim” (notas de campo, out., 2019). Com a obstetrícia ela vivenciou muitas situações que a incomodaram, inclusive viu muitas mulheres passando por violência obstétrica. À época Laura não conhecia esse termo, mas ela via as mulheres sendo agredidas verbalmente durante um parto, ou até mesmo falas naturalizadas, que ela e sua equipe não consideravam como agressão. Tais como: “ah, vou dar o pontinho do marido” (notas de campo, out., 2019), para se referir à rafia (sutura) de laceração.

Com o tempo, ela foi observando que o naturalizado não era “natural”, quer dizer, era violento. E ela poderia deixar de reproduzir “aquelas coisas”, tanto na linguagem como em ação prática. Mas, além de não reproduzir, ela quis mais, precisava fazer mais. Ela sentiu necessidade de lutar para que a violência obstétrica deixasse de acontecer.

Laura lembra que o marco divisório para a mudança no seu modo de pensar a assistência foi uma experiência vivenciada ainda na residência em enfermagem obstétrica. Ela fazia residência em um hospital, considerado um bom hospital público de Brasília-DF. Mas, a compreensão de que haviam outras práticas diferentes na assistência ao parto, ocorreu quando ela foi alocada por um mês na Casa de Parto de São Sebastião, o único Centro de Parto Normal existente na rede pública do Distrito Federal - a partir de agora esse serviço de saúde será mencionado neste texto como CPNSS. Essa mudança no local de atuação durante a residência é comum, podem acontecer remanejamentos para outros setores de uma mesma instituição de saúde, ou até mesmo para outras instituições.

O CPNSS oferece para população de São Sebastião-DF, atendimento às intercorrências da gestação (emergência em obstetrícia de risco habitual), e aos partos vaginais, sendo que o seu funcionamento ocorre em regime de plantão. O CPNSS compartilha do espaço físico pertencente à Unidade Mista de Saúde de São Sebastião (UMSSS), onde são realizadas consultas de pré-natal, e de várias outras especialidades, para além da ginecologia e obstetrícia, tais como: vacinação, exames, ambulatório e demais procedimentos que o caracteriza como um Centro de Saúde da Secretaria de Saúde do DF. O seu funcionamento ocorre em horário comercial, de segunda a sexta-feira. A UMSSS e o CPNSS foram inauguradas em 2001, quando este passou a funcionar com assistência médica. Em sua dissertação de mestrado,

Ticiana Ramos Nonato (2007) verificou a quase inexistência de referências semânticas à instituição como CPN. O espaço onde eram realizados os atendimentos obstétricos e ao parto propriamente dito, era mencionado pelas(os) profissionais de saúde como UMSSS (Nonato, 2007). Isso demonstra uma certa invisibilidade atribuída ao local e às práticas que, à época, era realizadas ali. Atualmente, devido a grande demanda de pacientes, apenas são assistidas no local aquelas que são adscritas⁸¹ na Região de Saúde⁸² onde se localiza a CPNSS.

Ao ter contato com uma realidade assistencial menos intervencionista, centrada nas mulheres e com aporte em recursos não farmacológicos de alívio da dor do parto, como a diminuição da luminosidade, conforto térmico, devido a não utilização de ar condicionado com baixas temperaturas, diminuição de ruídos sonoros, privacidade, exercícios pélvicos, caminhada durante o trabalho de parto, banho morno, e vários outros, Laura nos diz: “lá foi o meu marco”. Depois de um mês no CPNSS, ela voltou para o hospital, e já não foi mais possível se adequar à “filosofia” de trabalho desse serviço de saúde. Ela queria aplicar a experiência vivenciada no CPNSS, mas começou a ter conflitos com profissionais, cuja prática era mais intervencionista.

O hospital tinha um ambiente físico relativamente adequado, não haviam quartos PPPs⁸³, mas existiam boxes individualizados que davam uma certa privacidade às parturientes e era possível pelo menos apagar as luzes dos boxes. Então, Laura passou a fazer isso, e assistir partos na penumbra, com mais silêncio. Mas foram frequentes as ocasiões em que foi interrompida por algum outro profissional que chegava, abria a porta, acendia a luz e desrespeitava tudo o que ela estava fazendo.

⁸¹ População presente no território da Unidade de Saúde, de forma a estimular o desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado e com o objetivo de ser referência para o seu cuidado (BRASIL, 2017).

⁸² “Considera-se regiões de saúde como um recorte espacial estratégico para fins de planejamento, organização e gestão de redes de ações e serviços de saúde em determinada localidade, e a hierarquização como forma de organização de pontos de atenção da RAS entre si, com fluxos e referências estabelecidos” (BRASIL, 2017).

⁸³ O quarto PPP que possibilita a assistência ao pré-parto, parto e pós-parto (PPP) em um único ambiente. Foi preconizado pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36, de 25 de julho de 2013, que institui ações para segurança de pacientes em serviços de saúde, e substitui aquelas típicas salas de parto e pré parto coletivos. Os quartos coletivos não favoreciam a privacidade e dificultavam o acesso aos métodos não farmacológicos de alívio da dor.

Eu tive muito conflito porque o que eu tinha aprendido, que eu acreditei que era o melhor pra paciente, e estava tentando reproduzir no hospital, eu não estava conseguindo, porque outros profissionais não concordavam, faziam como retaliação. Então, é... o marco foi esse, sair de um ambiente hospitalar, ir pra um ambiente diferenciado, que é uma Casa de Parto e depois voltar para hospital. Eu realmente vi que não dava mais para trabalhar da forma como eu tinha inicialmente aprendido no hospital (notas de campo, out., 2019).

Percebe-se aqui, que uma estrutura corporativa resistente à inserção de profissionais com práticas e atuação menos intervencionistas, que em última instância representavam ameaças que deveriam ser evitadas. Isso produzia em Laura um sentimento de dupla desvalorização. O que ela estava disposta a fazer se diferenciava das expectativas dos outros profissionais do centro obstétrico do hospital. Ou seja, de um lado havia o seu desejo, pouco acolhido por sua equipe, por ofertar uma assistência ao parto mais centrada nas demandas e necessidades das parturientes. E, de outro lado, a própria baixa aceitação e reconhecimento social da enfermagem, que ocupa uma posição secundária nos debates da gestão e do funcionamento dos serviços de saúde que se baseiam, sobretudo, na produtividade.

A percepção da desvalorização da enfermagem, que contribuiu para que Laura mudasse sua área de atuação, reaparece novamente em sua narrativa, mas agora no exercício da enfermagem obstétrica, que ela vinha se “apaixonando”. A demanda por reconhecimento emerge aqui como outra ponta da desvalorização. Para Avila, Silveira, Lunard *et al.* (2013), a falta de visibilidade e o reconhecimento dessa profissão pela equipe de saúde e pelos usuários dos serviços de saúde, se relacionam com a insatisfação e a ausência de motivação no contexto de trabalho. Mas, além disso, pode comprometer a construção de vínculos, como também a efetivação do cuidado.

Laura não se aprofunda em como lidou com a falta de valorização e reconhecimento durante a residência. Mas, demonstrando ter reconhecido os limites da sua liberdade individual e vislumbrando um futuro, ela conta que, quase imediatamente após a finalização dos dois anos de residência, foi nomeada como enfermeira em um concurso da Secretaria de Saúde do DF. À época não existia o cargo de enfermeira obstetra, mas ela pediu para ser lotada no CPNSS. Como havia

vaga, ela passou a trabalhar como enfermeira obstetra num local onde as expectativas individuais e coletivas se aproximavam.

Mas, ainda assim, a variável “desvalorização profissional” continuou aparecendo em sua narrativa, circunscrita, sobretudo, pelo conflito com a categoria médica. Interpretativamente, nos remetendo à noção de tensas configurações relacionais entre indivíduos e grupos. Ou seja, a uma luta pela conquista de novas posições por parte de enfermeira(os), em paralelo com a luta por manutenção e ampliação de posições já ocupadas por profissionais de medicina.

Eu já cheguei a discutir com médico. Discussão feia, por querer proteger paciente. Mas eu acho que as dificuldades são no campo da desvalorização profissional do enfermeiro obstetra. Por exemplo, uma situação de eu transferir uma paciente da casa de parto para o hospital. Quando chegou lá, o bebê estava coroadando. Não lembro exatamente o motivo da transferência, acredito que ela estivesse fora do protocolo da casa de parto. O bebê quase nascendo e o médico fez uma episiotomia sem anestesia na mulher. Entendi que era pra me atingir, uma resistência dele às boas práticas, mas para me atingir. Não a mim pessoalmente, mas a enfermeira obstetra, o meu local de trabalho, porque talvez ele pensasse que não deveriam ser feitos partos na casa de parto, que funciona sem médico. Essa é uma das principais dificuldades que eu enfrento, que a equipe enfrenta, que é quando a gente precisa transferir uma paciente para um hospital. A maioria dos médicos não entende a necessidade que temos de transferir, fica parecendo que não damos conta de realizar nosso trabalho, mas não é isso. Estamos respeitando o protocolo (notas de campo, out., 2019).

Alguns anos depois de começar a trabalhar no CPNSS, ela também passou a atuar na gestão federal da saúde pública. Segundo Laura, foi a partir dessa experiência no Ministério da Saúde que ela se aprofundou e ampliou o sentido da sua militância, “do que era defender a saúde da mulher” (**no singular, grifo da autora**) (notas de campo, out., 2019). Com essa experiência de trabalho, várias questões foram evocadas e vários contextos sociais e políticos do país lhes foram apresentados.

O contato com o movimento de humanização do parto e do nascimento, com as suas conquistas e importância, ocorreu apenas quando ela foi trabalhar no Ministério da Saúde. Lá ela se deu conta de que as normativas preconizadoras para humanização do parto, e as chamadas boas práticas na assistência obstétrica (aquelas já praticadas no CPNSS), eram conquistas desse movimento. No

Ministério da Saúde, Laura contribuiu com a formulação e atualização de normativas relacionadas à perinatalidade⁸⁴, sobretudo no que diz respeito ao modelo de atenção que deveria ser oferecido em todos os Centros de Partos Normais do país. Esse modelo de atenção tem como parâmetro central a eliminação de intervenções desnecessárias e a ampliação do cuidado obstétrico ancorado em tecnologias leves.

Mais detalhadamente, sabe-se que instituições responsáveis pela formulação de políticas públicas no Brasil, o Ministério da Saúde; no continente americano, a Organização Pan-Americana de Saúde; e no mundo, a Organização Mundial da Saúde, vêm recomendando mudanças no manejo de gestantes, parturientes e recém-nascidos. Isso vem se ancorando na busca pela redução das altas taxas de mortalidade materna e infantil. Desse modo, o Ministério da Saúde do Brasil, por meio da Coordenação-Geral de Saúde das Mulheres, enfatizou e incentivou a implantação de construções com estruturas prediais simplificadas e funcionais, onde se pudesse assistir partos sem distócia⁸⁵ e acompanhar os nascimentos baseando-se mais no cuidado e o menos em intervenções. E, claro, sem negar a realização de intervenções quando forem necessárias. Formalmente, os Centros de Partos Normais foram criados por meio da publicação da Portaria GM/MS nº 985, de 5 de agosto de 1999, que estabeleceu os parâmetros para sua implantação. Com isso, intencionava-se reduzir óbitos maternos por causas evitáveis, alinhando-se com a proposta da universalização do acesso ao parto em serviços de saúde e a consequente expansão de sua cobertura. Esta denominação de CPN, passou à denominação semântica de “Casa de Parto”, atualmente denominada de CPN novamente.

Laura participou da formulação da Portaria mais recente dos CPNs, a nº 11, de janeiro de 2015, que redefiniu as diretrizes para implantação e habilitação de CPN, no âmbito do SUS, caracterizou os três tipos⁸⁶ de CPNs passíveis de

⁸⁴ Compreende o período de 22 semanas de gestação até 7 dias após o parto.

⁸⁵ Anormalidade ou dificuldade no parto, que podem decorrer de um fator ou de vários fatores associados. Alguns exemplos são: os uterinos, os pélvicos, os placentários, os fetais, os de líquido amniótico ou os de cordão umbilical.

⁸⁶ Os três tipos de CPNs são: intra-hospitalar tipo I (deve estar localizado nas dependências internas do estabelecimento hospitalar, possuir ambientes fins exclusivos da unidade, tais como recepção e sala de exames, quartos PPP, área de deambulação, posto de enfermagem e sala de serviço, podendo compartilhar os ambientes de apoio); O intra-hospitalar tipo II: (deve estar localizado nas dependências internas do estabelecimento hospitalar, possuir ambientes

receberem recursos financeiros necessários para o seu funcionamento, seja de investimento e custeio. Baseando-se nessa normativa eram feitas as análises, nas quais Laura também contribuía, dos projetos de implantação dos novos CPNs em todos os estados do país.

Em tom enfático, ela conta que até mesmo na Universidade onde estudou o tema da humanização era um pouco debatido e estudado. “Pelo menos não na enfermagem. A enfermagem era muito assim: saúde/doença. Eu não me lembro de ter espaços pra gente discutir sobre isso (**humanização, grifo da autora**) (notas de campo, out., 2019)”. Mas, ainda assim, ela aponta a importância da enfermagem obstétrica na disseminação das chamadas boas práticas na assistência ao parto. Para ela, foi principalmente a partir de 2011, com a Rede Cegonha, que houve um incentivo muito grande para que isso acontecesse, com base em incentivos financeiros e apoio técnico aos serviços de saúde, para que o parto vaginal fosse sendo desmitificado.

Laura aponta, ainda, que ocorreram mudanças no ambiente de assistência às parturientes e recém-nascidos, que proporcionaram a inclusão da enfermagem obstétrica nesses espaços. Pode-se afirmar que as ações governamentais, por meio das políticas públicas de saúde, alteraram a abrangência do campo de atuação da assistência ao parto e o nascimento no país.

Muito embora, permaneçam existindo significativos conflitos entre as categorias médica, da enfermagem, e das obstetrizes⁸⁷, no Brasil. Para Laura,

compartilhados com o restante da maternidade, como recepção, sala de exames, posto de enfermagem, sala de serviço e outros ambientes de apoio; e garantir a permanência da mulher e do recém-nascido no quarto PPP durante o pré-parto e parto, podendo, após o puerpério imediato, serem transferidos para o alojamento conjunto; e o Peri-hospitalar (deve estar localizado nas imediações do estabelecimento hospitalar de referência, a uma distância que deve ser percorrida em tempo inferior a 20 (vinte) minutos do respectivo estabelecimento, em unidades de transporte adequadas garantir a transferência da mulher e do recém-nascido para o estabelecimento hospitalar de referência, nos casos eventuais de risco ou intercorrências, em unidades de transporte adequadas, nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e nos 7 (sete) dias da semana; ter como referência os serviços de apoio do estabelecimento ao qual pertence ou está vinculado; e garantir a permanência da mulher e do recém-nascido no quarto PPP, da admissão à alta (Fonte: Portaria GM/MS Nº 11, de 7 de janeiro de 2015).

⁸⁷ No Brasil, há um curso de graduação em obstetrícia, criado em 2005, no campus da Universidade de São Paulo (USP), na Zona Leste de São Paulo. O curso tem duração de quatro anos, em período integral. O curso é direcionado à formação de profissionais capacitadas(os) para o cuidado da saúde de gestantes, parturientes, puérperas, e recém-nascidos, enfocando na promoção das características fisiológicas e cotidianas do parto e do

Isso se reflete diretamente na assistência a uma mulher. Eu acho que esse é ainda um dos principais pontos precisam ser combatidos, porque há muita divergência. Há uma não aceitação do que são as boas práticas na assistência obstétrica, do que são as evidências científicas. Há resistência de alguns profissionais, claro que nem todos. Eu já percebi muitos profissionais mudando a sua forma de trabalhar e de assistir uma mulher ao longo desses anos. Nesses poucos anos que eu estou na obstetrícia, mas eu já percebi isso. Não precisa fazer ocitocina de rotina, não precisa fazer episiotomia de rotina, não precisa de kristeller, não precisa mais disso (notas de campo, out., 2019).

Além disso, percebe-se que houve incremento na formação de novos profissionais dessa área, lhe conferindo mais visibilidade e legitimidade no campo da obstetrícia. Já que, a partir de 2012, o Ministério da Saúde, em parceria com diversas Universidades Federais, passou a publicar uma série de editais, abrindo vagas em cursos de especialização em enfermagem obstétrica, com bolsas de estudos.

Isso foi fundamental porque o déficit de enfermeiras(os) obstetras era, e ainda permanece, muito significativo no país. Estudo de Maria Gomide Dutra e Silva (2013) demonstrou que, em 2011, o percentual de enfermeiras(os) obstetras no Brasil era de apenas 1% do total de profissionais de enfermagem (ver tabela 1).

Comparativamente, a autora observou que, em 2012, houve um crescimento de 8,24% no número de enfermeiras(os) formalmente empregados no Brasil, e um aumento de 8,35% do número de enfermeiras(os) de nível superior sem especialização. No que tange à enfermagem obstétrica, houve diminuição de 9,6% da participação dessas(es) profissionais no mercado de trabalho (Cf. NUNES, GOMIDE, 2013) (Ver tabelas 6 e 7).

nascimento. A obstetrix assiste partos vaginais e de risco habitual, trabalhando com a perspectiva de “um parto mais humanizado, colocando a mulher na centralidade do processo da saúde, antes, durante e depois do parto” (Elizabete Franco Cruz, professora do curso de Obstetrícia da Escola de Artes, Ciências e Humanidades [EACH/USP]). A obstetrix, portanto, não realiza cesárea, já que este é um procedimento cirúrgico e recomendado para em torno de 15% das gestações, segundo a Organização Mundial de Saúde (Fonte: site da USP, pesquisado em 10/03/2020. Link: <https://www5.usp.br/100816/each-comemora-10-anos-do-curso-de-obstetricia/>)

TABELA 6 – Família Ocupacional de Enfermeiros(as); Brasil, 2011

Ocupação	Frequência	%
Enfermeiros	232.464	93,5
Enfermeiro auditor	3.406	1,4
Enfermeiro do trabalho	3.927	1,6
Enfermeiro obstétrico	2.421	1,0
Outras ocupações da família ocupacional de enfermeiros	6.314	2,5
Total	248.532	100

Fonte: Microdados da RAIS 2011, *apud* SILVA, Maria G. Dutra (2013).

TABELA 7 – Família Ocupacional de Enfermeiros(as), Brasil 2012

Enfermeiros	251.878	93,6
Enfermeiro auditor	3.923	1,5
Enfermeiro do trabalho	4.283	1,6
Enfermeiro obstétrico	2.187	0,8
Outras ocupações da família ocupacional de enfermeiros	6.755	2,5
Total	269.026	100,0

Fonte: Microdados da RAIS 2012, *apud* SILVA, Maria G. Dutra (2013).

No Brasil, a produção de impacto das políticas de humanização do parto ainda tem sido lenta. Tomando-se como base os dados das tabelas 1 e 2, e o número de nascimentos de risco habitual nos anos de 2011⁸⁸ e 2012⁸⁹, encontra-se as proporções de uma enfermeira obstetra para cada 986 nascimentos, e uma enfermeira obstetra para cada 1.093 nascimentos, respectivamente. A Organização mundial de Saúde⁹⁰, no entanto, recomenda que os países devam ter, pelo menos, uma parteira qualificada⁹¹ para cada 125 nascimentos ao ano. Desse modo, e de acordo com as recomendações da OMS, os percentuais de enfermeiras obstetras no Brasil, nos anos de 2011 e 2012, deveriam ter sido de 688% e 774% maiores, respectivamente.

⁸⁸ O nº total de nascimentos em 2011 correspondeu a 2.808.922, segundo (2018). Para realização dessa proporção, tomou-se como referência o nº de 2.387.583,7, que correspondem a 85% (nascimentos de risco habitual).

⁸⁹ O nº de nascimentos em 2012 correspondeu a 2.812.416, segundo IBGE (2018). Para realização dessa proporção, tomou-se como referência o nº de 2.390.553,6, que correspondem a 85% (nascimentos de risco habitual).

⁹⁰ Ver: Safe motherhood needs assessment – guidelines (2001). *Link:*

https://www.who.int/whr/2005/whr2005_en.pdf

⁹¹Na proporção de parteiras/enfermeiras obstétricas para o nº de nascimentos no Brasil, não foram incluídas as parteiras tradicionais, que acompanham partos em diversas regiões do Brasil, por não se ter dados atuais de quantas delas vem atuando.

Além do mais, com o intuito de caracterizar socioeconomicamente a categoria profissional da enfermagem obstétrica, cabe ressaltar que ela é notadamente orientada por sexo, com 89,5% de mulheres e 10,5% de homens, considerando-se um total de 2.421 vínculos empregatícios no mercado formal, em 2011(RAIS)⁹². Nesse ano, a renda média anual dessa categoria era de 6 salários mínimos (GOMIDE, 2013). Em muitos países, no que tange ao setor saúde, a força de trabalho feminina corresponde a pouco mais que 75%. A distribuição de mulheres por categoria ocupacional, está particularmente agrupada nos profissionais de enfermagem e obstetrícia, bem como em outras categorias que realizam cuidados. De modo geral, as mulheres não estão muito presentes em outras categorias, como da medicina, odontologia, farmácia e gestão (OMS, 2008).

Um outro ângulo desse debate, que é importante ser registrado, diz respeito ao fato desses dados não necessariamente alcançarem a realidade de profissionais autônomos, ou prestadoras(res) de serviço em enfermagem obstétrica, que compõem as equipes de assistência ao parto domiciliar. Para Laura, o número dessas equipes tem aumentado vertiginosamente, “a primeira equipe de parto domiciliar de Brasília é de 2011 ou 2012, é bem recente. E atualmente eu nem sei quantas equipes existem. Antes existiam duas no máximo, que era a Humanize e a Luz de Candeeiro” (notas de campo, out., 2019).

Tendo esse cenário como pano de fundo, Laura percebe que a mudança de modelo na assistência ao parto vem se dando como consequência do trabalho de “formiguinha, é passo a passo, é a cada mulher, é a cada família” (notas de campo, out., 2019). Ela percebe ainda que o trabalho realizado para proporcionar uma assistência humanizada e digna às parturientes é, em si mesmo, uma forma de um engajamento.

A maioria das mulheres não conhece esse outro lado (**assistência humanizada, grifo da autora**). Então, já é uma forma de mostrar pra mulher, para o(a) acompanhante que está com ela, para a sociedade esse engajamento. Atualmente, eu trabalho com uma equipe que pensa de uma forma mais uniforme, de querer mudar a sociedade. A gente acredita naquela frase famosa do Michel Odant, que a gente considera como o pai da obstetrícia: “pra mudar o mundo, primeiro é preciso mudar a forma de nascer”. Então, eu acredito que eu trabalho num

⁹² RAIS: Relação Anual de Informações Sociais, abrigado, atualmente, na página do Ministério da Economia do Brasil. Link: <http://www.rais.gov.br/sitio/index.jsf>.

lugar em que as pessoas pensam assim e a gente faz de tudo pra tentar mudar essa realidade. Essa é uma forma que eu acho que eu tô inserida (notas de campo, out., 2019).

A outra forma está mais em torno do pessoal, em que:

eu posso considerar os textos que eu leio, formas de inserção em redes sociais, em que a gente tem perfis feministas, perfis de empoderamento da mulher, ou de obstetrícia, e que tem um público ali que eu não chego, mas é possível que todo mundo que está ali se fortaleça de alguma forma, e cada um contribuindo de uma forma ou de outra, a gente vai se fortalecendo. E eu acho que existe esse engajamento pessoal, por meio das redes sociais e por meio das relações virtuais entre amigas, e entre outras pessoas que eu vou conhecendo e que eu tenho oportunidade de conversar (notas de campo, out., 2019).

Percebe-se que as esferas pessoal e profissional da vida de Laura se relacionam de maneira muito interdependente com as atividades de militância. O seu engajamento se iniciou quando teve acesso e se apropriou das políticas públicas de humanização do parto já existentes, e pôde, com isso, contribuir com a formulação e a implantação de novas normativas sobre o tema. Pessoalmente, o seu engajamento se desdobra numa certa segurança existencial, e estima de si, já que ela passa a se sentir inserida num lugar político e simbólico, além de se sentir fazendo “o melhor” pela saúde reprodutiva das mulheres. Nessa esteira, o engajamento também lhe proporciona atuar para impedir que outras mulheres experimentem partos violentos, tal como aqueles vivenciados por sua mãe. Apontamos, ainda, a conquista de uma certa segurança ontológica (Giddens, 1991) advinda do reconhecimento e da valorização profissional em seus ambientes de trabalho.

Laura trás elementos em sua narrativa que apontam para possibilidades comunicativas entre movimento de mulheres pelo parto humanizado, autonomia feminina e feminismos no Brasil. Ela começa assim: “Com o Movimento de Humanização do Parto eu acho que várias outras questões vieram juntas” (notas de campo, out., 2019).

Segundo ela:

Principalmente a questão do empoderamento feminino. O empoderamento não está só relacionado à obstetrícia, apenas com a mulher que ser mãe e ganhar o bebê. É mais, é mais amplo. Fala sobre direitos das mulheres, sobre a escolha, inclusive, de não ser mãe, para aquelas que não querem. Com as políticas de humanização do parto,

veio à tona a questão da violência obstétrica, que não era debatida antes. Era simplesmente naturalizada: a mulher sofreu violência, mas o bebê dela está bem, ela está “bem” (**sobreviveu, grifo da autora**), era o que importava. E se passava por cima das questões da violência obstétrica. Um dos principais ganhos foi o empoderamento feminino e, com isso, toda a sociedade acaba ganhando. Uma mulher que luta pelos seus direitos, descobre uma força que nem ela sabia que tinha (notas de campo, out., 2019).

Diante do quadro histórico brasileiro da saúde reprodutiva, e considerando a proposição de que as práticas sociais e os discursos resultam de seus contextos, e análises situadas, podemos afirmar que, diante de um campo de conflitualidades, e numa perspectiva dialética, o movimento de humanização do parto e do nascimento se ancora em certas bases dos movimentos feministas, como: autonomia feminina, cidadania das mulheres, direitos reprodutivos, entre outros. Laura, uma jovem militante da humanização do parto, apropria-se da percepção relacional da maternidade, que possibilita a sua abordagem nos seus múltiplos ângulos.

Atualmente, num contexto de redução do número de mulheres que desejam ser mães e maternar, da queda do número de filhos por casal, e da ampliação do acesso à reprodução humana assistida, Scavone (2001) nos informa que as ponderações sobre a maternidade ficaram cada vez mais abrangentes. As discussões adquirem novos matizes, passando a ser pensadas também sob a perspectiva do uso de tecnologias reprodutivas e da problematização da medicalização do corpo feminino.

Diante disso, Laura nos aponta algumas conquistas do movimento de humanização do parto frente às pressões realizadas sobre Estado brasileiro, e também devido à própria participação de mulheres engajadas em consultorias feitas ao Ministério da Saúde.

Com tudo isso, a gente tem estruturas físicas melhores. E pensando em outros ganhos, atualmente a gente tem o quarto PPP pra uma mulher ganhar o seu bebê. Então, ela vai ser admitida, vai ficar nesse quarto em trabalho de parto, durante o parto e no pós-parto no mesmo ambiente, que é pra ser único pra ela. Às vezes em algumas maternidades, com a superlotação, acaba não acontecendo dessa forma. Mas é mais confortável, mais privativo, e foge da lógica anterior da mulher ficar em uma maca e vai “pingando” dentro do hospital. Pensando em estrutura e ambiente físico, houve muita melhora. Houve muita melhora com a questão do conforto e da privacidade. Pensando na família, desde 2005 a gente vem trabalhando para garantir que o acompanhante possa entrar com a

parturiente. Hoje já mudou muito, já tivemos mais hospitais que não permitiam entrar (notas de campo, out., 2019).

Laura nos fala de uma luta por justiça social e reconhecimento. Levando-nos a pensar sobre um aspecto parental simbolizado pela mãe, uma mulher que depois da maternidade acabou deixando a vida pública e seu trabalho. E que, ao sofrer violência obstétrica, não encontrar possibilidades de representação, acabou sendo percebida como parideira. Essa violência, mesmo que apareça na narrativa de Laura como aspecto subestimado, parece ter se constituído como disposição para que ela buscasse ressignificar as condições do seu próprio nascimento. Além disso, cabe ressaltar que a trajetória de Laura não é um desdobramento simplório do projeto parental. Ao contrário disso, ela recusa seguir os caminhos profissionais do pai, e, sem referências familiares de profissionais atuantes na área da saúde, opta por estudar enfermagem em nome do cuidado que poderia ofertar às pessoas. O engajamento e a militância tampouco faziam parte do seu horizonte de vida. Mas foi por meio deles, além dos demais recursos que dispunha, incluindo sua subjetividade e origem social, que ela encontrou abertura social e política para acessar um tema que lhe é tão originário.

5.5 Mietta Santiago

Mietta Santiago nasceu em Brasília, na década de 1980. É uma mulher branca, médica ginecologista e obstetra, casada e mãe de uma criança. Ela nos fala pouco das suas referências familiares, mas diz que desde muito jovem ela tinha um desejo de mudar o mundo, de contribuir pra mudar o mundo, e logo que escolheu a obstetrícia ela lembra de ter falado para a sua mãe: “os bebês ainda vão nascer sorrindo na minha mão” (notas de campo, out., 2019). Ela diz que até então, não conhecia Leboyer⁹³, “não sabia de nada” (notas de campo, out., 2019).

Para Mietta, ser militante pela humanização do parto e do nascimento no Brasil simboliza a sua própria existência no mundo, atualmente. Ela não saberia se localizar de outro jeito. De modo que todas as esferas da sua vida, privada e pública, são perpassadas pela militância.

Isso começou quando ela escolheu fazer ginecologia e obstetrícia. Muito embora tenha tido uma interrupção em seu processo de apropriação e engajamento pela humanização do parto e do nascimento, sobre a qual ela relata detalhadamente. Mietta estava no final da faculdade de medicina na Universidade de Brasília (UnB), já no último semestre, realizando os últimos estágios. Havia um estágio em medicina social, e as(os) alunas(os) iam fazer o seu internato na cidade de CeresGO, no Hospital São Pio X. Nesse hospital se desenvolveu uma importante iniciativa de humanização do parto e do nascimento no Brasil, era, portanto, uma referência no tema.

Entretanto, quando Mietta foi realizar o internato, havia tido uma mudança na gestão do Pio X e sua turma acabou realizando o estágio em saúde da família, em Ceres mesmo. Ela e seus colegas de turma iniciaram o estágio na Unidade Básica de Saúde, faziam visitas domiciliares, rodas de conversa sobre hipertensão e diabetes, fitoterapia, atividades bem típicas da medicina de família. Segundo ela, estar em Ceres foi tão impactante que houve um momento em que ela desejou se especializar em saúde da família. E mesmo não fazendo estágio no Pio X, Mietta passou a transitar por ele e começou a se sentir encantada com o local. Ela nos conta sobre a farmácia de fitoterapia do hospital, e do Centro de Humanização das Práticas Terapêuticas (CHPT).

⁹³ Médico obstetra e autor francês, que ficou conhecido pelo seu livro “Nascer Sorrindo”.

Um dia eu lembro que eu falei assim com a minha amiga, bora lá ver isso, vamos conhecer o hospital. Eu nem sabia, que tinha parto x ou y lá. E eu entrei no hall tinha umas fotos lindas. Aquelas mulheres naquela cadeira, nuas, maravilhosas, parindo, com o menino no colo, cortando o cordão e eu comecei a chorar e falei: é isso que eu vou fazer da minha vida (notas de campo, out., 2019).

Antes de ir para Ceres, Mietta tinha dúvidas quanto a escolha da sua especialidade médica, não sabia se optaria por ginecologia e obstetrícia ou otorrinolaringologia. O que alimentava a sua dúvida era o medo da rotina do trabalho com obstetrícia, que poderia ser durante o dia, a noite e até se estender aos finais de semana.

O estágio terminou, ela voltou à Brasília, mas depois de um tempo retornou a Ceres para participar de um curso sobre Taoísmo, com uma filósofa chinesa. Nesse curso, Mietta conversou com uma médica obstetra do Pio X, referência para a humanização do parto no Brasil, a quem perguntou: “você me ensina? E ela me disse: ‘claro’” (notas de campo, out., 2019). A subjetividade de Mietta é perpassada pela projeção do modelo de *ideal do eu* nessa obstetra do Pio X, que representará para ela uma figura significativa.

Aquilo que Mietta chama de interrupção no seu processo de engajamento, se inicia quando ela passa na residência médica em São Paulo. Nessa cidade, Mietta estudou acupuntura, e residência médica em ginecologia e obstetrícia. A residência foi relatada como um período massacrante. Tecnicamente, e do ponto de vista da intervenção sobre as doenças, do tratamento altamente especializado, da realização de diagnósticos e cirurgias complexas, foi muito boa. Mas, do ponto de vista humano, foi massacrante. E do ponto de vista das evidências científicas relacionadas ao parto e ao nascimento, absolutamente defasadas. Nos levando a cogitar que as formas institucionais de se conceber a saúde-doença-cuidado não favoreciam a abertura de espaços para um sujeito desejante por mudanças.

Algumas memórias, segundo ela, lhes são muito claras. A ambiência inadequada, sobrecarga de trabalho, realização de práticas proscritas, como manobra de Kristeller, que era realizada frequentemente. Ela era, inclusive, obrigada a fazer o Kristeller. A episiotomia, desde a época em que fez residência, já era considerada como um procedimento pouquíssimo recomendado, mas que, na

prática, primigestas (parturientes de primeiro filho) estavam todas com o períneo cortado.

eu fiz muito fórceps na residência e eram fórceps que a princípio poderiam não ser realizados porque a vagina descola total, e ainda chamava de PTR, parto para treinamento do residente. É ruim falar isso, ultimamente eu tenho estado nesse momento, me questionando como que eu passei por tudo isso sem crítica. Naquele tempo/espaço que eu estava vivendo eu não tinha, não tive a capacidade de um olhar crítico, eu acho (notas de campo, out., 2019).

Mietta estava embarçada em um sofrimento moral, preocupada em resistir, levada à submissão e, provavelmente, ao medo do fantasma da exclusão do grupo de futuros ginecologistas e obstetras. Ocorria ali a neutralização da mobilização coletiva e individual contra a dominação, o próprio sofrimento e o do outro (**incluindo o das parturientes; grifo da autora**). Esse cenário, produz indivíduos que recorrem a estratégias defensivas, como o silêncio e o agir não reflexivo, no impulso para resolver problemas, negando o sofrimento alheio e calando o seu próprio. Cada um está às voltas com a preocupação de “resistir” ao cotidiano. E triunfam o individualismo e o “cada um por si” (Dejours, 2005, p. 51).

Nesse cenário, ela passa quase toda a residência medicada com antidepressivos, sem conseguir associar a sua dor com o seu cotidiano na residência.

Eu não sabia, mas eu acho que tudo aquilo me deixava adoecida. Mas eu repetia aquelas coisas de gritar, de subir em cima da mulher, cort(ar, **interrompe a própria fala e não termina de dizer palavra; grifo da autora**). Às vezes, você nem queria fazer episiotomia na mulher, e tinha um chefe em cima de você falando: “corta!”. Sabe? É, aquela ideia de que se a mulher não colabora, é “cala a bô(ca, **interrompe novamente e não termina de dizer palavra; grifo da autora**), eu via isso. Isso era cotidiano ali. Eu me lembro que teve um plantão, isso era bem no comecinho da residência, e aí eu estava num centro obstétrico de outro hospital que a gente cobria lá. E tinha uma parturiente se queixando de dor e eu perguntei para o meu Staff o que que a gente podia fazer pra ajudar. E ele respondeu assim: não preocupa não, elas sentem menos dor. “Elas” eram as mulheres negras. Isso tudo só foi se tornando elaborado muito tempo depois, mas olha o quê que foi o ambiente de formação que eu tive (notas de campo, out., 2019).

Ressalta-se aqui que, no Brasil, a mortalidade materna é consideravelmente maior entre as mulheres negras. Mais da metade, ou 54,1% das mortes maternas no país ocorre entre as mulheres negras de 15 a 29 anos de idade, tendo como uma das principais causas a hipertensão arterial, que poderia ser identificada no pré-natal realizado com qualidade (MS/SGEP; 2016). Além disso, em fala pública na 4ª Conferência Nacional da Promoção da Igualdade Racial (Conapir), realizada em Brasília em 2018, Fernanda Lopes, doutora em Saúde Pública, visibilizou e denunciou que as mulheres negras têm menos acesso a recursos de alívio à dor durante o trabalho de parto. De acordo com informações apresentadas por ela, as mulheres negras também acessam menos o direito de ter um(a) acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto, além de serem mais vulneráveis à violência obstétrica. Coaduna com esse argumento, a pesquisa “Nascer no Brasil”, coordenada pela professora Maria do Carmo Leal, da Fiocruz, e pelo estudo realizado por Rebecca Theophilo, Daphne Rattner e Éverton Pereira (2018) sobre a “Vulnerabilidade de mulheres negras na atenção ao pré-natal e ao parto no SUS: análise da pesquisa da Ouvidoria Ativa”, da Universidade de Brasília.

Mietta terminou a residência médica, fez uma pós-graduação em acupuntura, e logo na sequência ela foi aprovada em concurso da Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Tendo a família toda morando em Brasília, ela voltou a morar nessa cidade. E começou a dar plantão em hospital do Distrito Federal, o qual qualificou como “máquina de moer gente” (notas de campo, out., 2019).

A essa altura, ela já consegue compreender melhor porque seu cotidiano é tão massacrante. Para ela, o modelo é todo inadequado, e favorece a reprodução de práticas não recomendadas e até mesmo violentas. Por exemplo,

Tínhamos três médicos obstetras escalados (**incluindo ela, uma médica mulher; grifo da autora**) pra atender um hospital com volume de 400 partos por mês, sem uma enfermeira obstetra na equipe. Sabe quando vai ficando assim... E aquilo não tava... eu... estava infeliz. E aí eu pensava que aquilo que eu tinha visto em Ceres era um negócio localizado lá, que não era possível de ser realizado em outro lugar. Eu não conseguia enxergar como atuar, como fazer. E aí eu atendia plano de saúde numa clínica que atendia um monte de plano de saúde, e minha agenda lotada. Financeiramente o que eu recebia era muito pouco diante de tanta dedicação, era tanta coisa pra isso? Não, não quero isso! (notas de campo, out., 2019).

Sobre Mietta pesava uma gestão do trabalho perversa e devastadora de trabalhadoras(res), e com desdobramentos na assistência às parturientes. Sem encontrar uma saída possível no exercício daquela medicina, em 2013, ela decidiu dar um outro direcionamento em sua carreira. Mietta voltou à São Paulo, mas desta vez para participar de um *workshop* sobre como reinventar carreiras. Ela sorri ao falar sobre isso, e diz: “E lá fui eu pra São Paulo” (notas de campo, out., 2019). No *workshop* havia uma diversidade de profissionais, como economista, administrador, publicitário, e ela, a única profissional de medicina. As pessoas se surpreendiam com a presença de uma médica naquele grupo, e perguntavam: “o quê que uma médica está fazendo aqui?” (notas de campo, out., 2019).

E justamente o que possibilitou o início da reinvenção da sua carreira foi o fato de ter conhecido uma das facilitadoras daquele *workshop*. Uma mulher feminista, que atualmente é presidente de uma empresa social feminista, cujos princípios vão desde o respeito aos Direitos Humanos e a busca pela promoção da autonomia das mulheres, defendendo direitos constituídos, até o repúdio aos preconceitos e discriminações. A empresa, tem como uma de suas finalidades a prevenção e a erradicação da violência obstétrica.

Mietta conversou com essa facilitadora, e lembrou de ter experimentado, já no final da residência e como plantonista contratada de hospital diferente daquele onde realizada esse estágio de pós-graduação, a não fazer episiotomia. E percebeu que, de fato, o períneo ficava bem. Mas, ainda assim, ela não tinha recursos suficientes para mudar totalmente as suas práticas. A facilitadora a escuta e diz: “mas tem muita violência obstétrica aí” (notas de campo, out., 2019). E Mietta ficou se perguntando sobre o que ela estava falando.

A facilitadora compartilha com Mietta o contato de uma doula de Brasília. As duas se conhecem, e Mietta relata que foi muito bem acolhida pela doula, que a aprofundou nessa questão da violência obstétrica. Durante esse processo, ela se sentia dividida. Uma parte de si tinha certeza absoluta de que tinha feito tudo errado, remontando a um sentimento de desvalor de si. E outra parte se sentia pessoalmente ofendida. Em busca da revalorização de si, ela se perguntava: “como que agora, depois desses anos todos de dedicação, você vem me falar que eu sou violenta?” (notas de campo, out., 2019)

Importante ressaltar que toda essa mobilização de Mietta na busca por novas formas de atuação profissional encontra eco em políticas públicas de saúde das mulheres, de humanização do parto e do nascimento, e enfrentamento à violência contra as mulheres, que tinham ganhado evidência nacional a partir de 2011. Os termos humanização do parto e violência obstétrica, por sua vez, passavam a circular com mais frequência na internet e nas redes sociais exatamente a partir desse ano.

Naquele momento, ela assumiu um processo de desidentificação com o modelo medicalizado e violento, Mietta estava dividida entre dois grupos sociais antagônicos. Entre a fidelidade identificatória com um paradigma médico dominante e o da construção de uma trajetória no mundo do “saber”. Ancorada na chamada Medicina Baseada em Evidências Científicas, ela escolhe a segunda opção. E inicia, assim, a busca por um novo jeito de atuar profissionalmente.

Permanecendo em contato com a doula, e ela percebendo que Mietta já estava compreendendo melhor do que se tratava a assistência humanizada, e não indicaria uma cesariana desnecessária, a doula passa a lhe indicar pacientes. Com o tempo o consultório foi ganhando mais movimento, e Mietta se desvinculou profissionalmente dos planos de saúde.

Mas foi ao assistir o filme Renascimento do Parto, em setembro de 2013, que ela se percebeu identificada ao grupo de mulheres que estava problematizado uma assistência intervencionista e medicalizada do parto e do nascimento. Mietta conta que chegou atrasada na sala do cinema e, quando entrou, a primeira pessoa que viu na tela foi a médica de Ceres, a sua primeira referência de profissional humanizada.

Aí, sabe quando caem todas as fichas? Naquele momento eu acho que eu me reconheci. Entendi o quê que eu queria fazer da vida. E o que eu tivesse que fazer eu ia fazer, pra ficar fazendo aquele negócio alí do filme. Ia mudar o que realmente não fazia muito sentido. E aí eu fui ficando feliz de novo. Exercendo a medicina que eu queria. Aquela que eu achava que não era possível (notas de campo, out., 2019).

Mietta encontrou muitas dificuldades para seguir esse caminho. Mas, ainda em 2013, quando ela estava acompanhando o pré-natal de uma gestante, que estava

com 32 ou 34 semanas da gestação, Mietta foi interpelada sobre parto domiciliar. E, na sequência, no hospital onde ela dava plantão, acabou se encontrando com um amigo de infância, também ginecologista e obstetra, casado com uma enfermeira obstetra. Dali em diante, os três começaram a conversar sobre o assunto. Então, os temas da humanização, da desmedicalização, e de partos domiciliares começaram a alcançá-la de diversas outras formas.

Essa enfermeira obstetra trabalhava em dupla com outra colega de profissão, e tinham começado a atender partos domiciliares em 2012. O tema do parto domiciliar “começou a chegar mais, aí quando ela (**a enfermeira obstetra casada com seu amigo; grifo da autora**) falou disso, eu já estava nessa querendo virar” (notas de campo, out., 2019). Elas conversavam muito sobre medo, e Mietta dizia: “Nossa, o parto é fora do hospital, né? Mas eu já estava querendo virar a chave” (notas de campo, out., 2019).

Nesse contexto, ela foi convidada pra acompanhar um parto domiciliar. E, então: “eu falei, beleza, eu vou, mas eu sou uma formiga lá. Não sou nada, não sei fazer nada, beleza? Não tenho responsabilidade sobre nada. Aquele medo, né? De médico, do olhar para complicações, sei lá (notas de campo, out., 2019).

Uma das categorias constitutivas do campo da assistência obstétrica é o risco. Para Last (1989) o risco se relaciona com a probabilidade de acontecer alguma intercorrência, ocasionando morbidades ou até mesmo o óbito. É um termo que considera as probabilidades de “desfechos desfavoráveis” em saúde. Para David Castiel, é nisso em que:

(...) está calcada a abordagem dos ‘fatores de risco’, isto é, ‘marcadores’ que visam à predição de morbimortalidade futura. Deste modo, poder-se-ia identificar, contabilizar, e comparar indivíduos, grupos familiares ou comunidades em relação às exposições a ditos fatores (já estabelecidos por estudos prévios) e proporcionar intervenções preventivas (CASTIEL, 1996, p. 240).

Mietta conta que o parto foi “pelejado”, “partejado”, e, na madrugada do seu acontecimento, naquela casa, ela diz ter aprendido mais sobre parto, sobre como é acompanhar uma mulher, “do que com o resto”. Aquele parto foi um acontecimento tão significativo, que todo o aprendizado anterior virou “resto”, ou um excesso intervencionista desnecessário.

Durante o trabalho de parto,

Elas sabiam sobre como estava a evolução sem tocar, e eu ficava, mas... e não precisa ficar fazendo toque vaginal? E não precisa mesmo! Eu via que elas falavam e que em seguida acontecia o que elas tinham falado, né? “Tá com 8, daqui a pouco vai estar no expulsivo” (notas de campo, out., 2019).

E Mietta perguntava: Como vocês sabem? É... (**silêncio, grifo da autora**)
E aí foi isso (notas de campo, out., 2019).

Depois de oito anos de formada, em 2014, já com uma carga horária de trabalho suave, ela decidiu ir a uma palestra gratuita da Janet Balaskas⁹⁴, realizada na Universidade de Brasília. Ela soube da palestra por meio das redes sociais, e quando buscou mais detalhes sobre o evento, viu que a debatedora seria a médica de Ceres, que depois desses anos, estava trabalhando no Ministério da Saúde.

Mietta foi à Universidade, assistiu a palestra, todas da mesa falaram e

Eu parecia aquela esponja seca que você fica assim, né? Qualquer gota de água você fica... Caramba... O que que eu vou fazer, eu pensava em uma pergunta, e eu pensava não tenho nenhuma pergunta, e o quê que eu vou fazer? Vou tentar falar com ela (**a médica de Ceres; grifo da autora**). Aí, eu falei: oi, tudo bem? Eu sou Mietta, eu te conheci no internato, lá em Ceres, eu fiz ginecologia e obstetrícia. Ela disse:

- Você fez internato em Ceres?
- Fiz.

Aí ela falou assim:

- Você fez ginecologia e obstetrícia?
- Fiz.
- Você não quer trabalhar lá no Ministério da Saúde, não? Eu tô precisando tanto de alguém assim lá.
- Quero. E eu comecei a chorar.
(notas de campo, out., 2019).

Então, ela foi trabalhar com a Rede Cegonha no Ministério da Saúde. E nos diz que, durante os dois anos em que trabalhou nesse local, mais aprendeu do que contribuiu. Lá, ela teve contato com a complexidade das políticas públicas de saúde, com a gestão, com os movimentos feministas. Esse período da sua trajetória

⁹⁴ Autora do livro Parto Ativo e defensora da noção de liberdade de movimento das parturientes durante o trabalho de parto, ao invés de serem colocadas em estribos ou em posição horizontal, ou litotômica, em macas.

figura como o ponto alto de identificação com um grupo de profissionais humanizadas, muitos deles considerados como dissidentes. Para ela,

foi libertador, e eu acho que preencheu a minha atuação profissional de um significado que eu nunca tinha tido antes. Aí, eu vesti a camisa de vez, e ficou tudo bem eu falar que eu era ativista, militante, feminista, que é isso mesmo, tô identificada com isso. Com esse jeito de atuação e de existência (notas de campo, out., 2019).

Mietta, foi solicitada pelo Ministério da Saúde à Secretaria de Saúde do Distrito Federal, muitos trâmites e meses depois, ela assumiu posto de trabalho nesse Ministério. E lá, ela conseguiu entender exatamente o que estava ruim e o que não gostava, conseguiu organizar melhor uma narrativa sobre si mesma e elaborar o sofrimento “e acho que até uma coisa de auto-perdão em exercício, atualmente, de tudo que a gente fez e reproduziu” (notas de campo, out., 2019).

Conforme ia trabalhando com gestoras de políticas de saúde para as mulheres, ela também ia compreendendo aquilo que tinha faltado na sua formação, tudo o que deveria ter aprendido, e ter exercido. No Ministério da Saúde, e em meio a toda essa intensidade existencial, Mietta trabalhou com formulação e acompanhamento da implementação de políticas de públicas em atenção obstétrica. Participou da formulação e revisão de protocolos clínicos e de outras publicações do Ministério da Saúde, como: Protocolo de Atenção à Saúde e Resposta à Ocorrência de Microcefalia Relacionada à Infecção pelo Vírus Zika, O projeto Parto Adequado⁹⁵, e do Projeto de Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia (ApiceOn)⁹⁶. Segundo Mietta,

⁹⁵ O Projeto Parto Adequado foi criado em 2015, Pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), *Institute for Healthcare Improvement*, Hospital Israelita Albert Einstein e Ministério da Saúde, envolve 42 hospitais e 34 operadoras de planos saúde, em resposta à ação civil pública ajuizada pelo Ministério Público Federal nesse mesmo ano contra a ANS. A ação induziu a ANS a agir mais incisivamente para a redução do percentual de cesarianas desnecessárias no Brasil (ANS, 2015). Um dos seus desdobramentos foi a promulgação da Resolução Normativa nº 398, publicada em Diário Oficial da União em 11 de fevereiro de 2016, que obriga as operadoras de planos de saúde e hospitais a contratarem obstetras e enfermeiras(os) obstétricas(os) em sua rede assistencial. Links: http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/nota-atuacao-projeto-parto-adequado.pdf, <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/consumidor/3192-ans-publica-novas-regras-para-o-parto-na-saude-suplementar>

⁹⁶ Propõe a qualificação nos campos de atenção / cuidado ao parto e nascimento; planejamento reprodutivo pós-parto e pós-aborto; atenção às mulheres em situações de

Eu aprendi demais. E aí veio esse entendimento de que eu fazendo atendimento eu aprendia demais, mas fazendo política pública se fazia diferença exponencialmente. Essa satisfação, sem querer ser vaidosa, nada disso, mas é uma satisfação muito grande. Então me trouxe muito aprendizado. Aprendizado de negociação de superar dificuldades, de saber priorizar, de formular estratégias. Eu pude entender muito mais o quanto que o SUS é potente e importante, o tanto que ele produz coisas muito boas, o tanto que, de fato, com todas as dificuldades ele conseguiu, né? Até agora à pouco tempo atrás, melhorar concretamente a vida das pessoas. Era difícil, a gente se estressava, tinha que fazer reunião, responder documentos, e produzir relatórios. Mas a gente fazia coisas muito importantes para as mulheres, para as pessoas, para as vidas, então é um copo total cheio. Eu aprendi muito e fico feliz por achar que eu posso ter colaborado um pouco, com alguma coisa, tanto na fala como na escrita. O ApiceOn mesmo, eu queria tanto que esse negócio existisse, e hoje eu contribuo com o Apice On lá de outro lugar, então eu gosto, gosto muito. Foi bom demais, é bom (notas de campo, out., 2019).

Mietta orgulha-se do trabalho que desenvolveu enquanto estava lotada no Ministério da Saúde. Percebe-se aqui que, de alguma forma, há uma satisfação por se saber ouvida, de poder se fazer ouvida. E, paralelamente a essa atuação no Ministério, ela continuou atendendo as mulheres no consultório. Esse trabalho clínico é visto por ela como outra forma de ativismo, uma espécie de micro-ativismo, no “um pra um”, e muito aproximada à atuação das doulas, das enfermeiras obstétricas, porque “elas ensinam muito, né? Ensinam muito pra médico” (notas de campo, out., 2019). Em sua concepção a humanização do parto redefine as relações humanas, que tem como principais agendas a autonomia, o protagonismo das mulheres, a equipe multidisciplinar e as evidências científicas. “Essa coisa da redefinição das relações humanas cabe muito aqui. Porque como é que você vai se relacionar com essa mulher, potente e autônoma protagonista nesse processo?” (notas de campo, out., 2019).

Além disso, há muita representação dessa mudança de papéis sociais de profissionais médicos e parturientes nos espaços físicos e nas posições de parto. Já que, de acordo com o paradigma de assistência obstétrica centrado nas mulheres, a

violência sexual, de abortamento e aborto legal; em hospitais com as seguintes características: de ensino, universitários e / ou que atuam como unidade auxiliar de ensino, no âmbito da Rede Cegonha (Instituto Fernandes Figueira, FIOCRUZ, 2018). Link: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/apice/o-projeto/>

posição de parto ideal é aquela que a própria mulher se sente mais confortável, inclusive se esta for no chão, de cócoras, agachada e etc.

A primeira vez que eu sentei no chão para assistir um parto a sensação que eu tive foi: caramba, era aqui que eu tinha que estar o tempo inteiro. E só que não é isso que a gente aprende e é ensinado de forma convencional. A evidência científica, eu não estou na academia, não estou na Universidade mais, mas eu te digo que na minha graduação e na minha residência, ou seja, 9 anos ali, não é uma coisa que seja pauta. Protocolo do Ministério da Saúde? Boas práticas da OMS? Eu mesma tive contato com isso só depois. Pauta não, não era currículo. Eu acho que a forma como você aprende sobre uma coisa constrói o seu modo de olhar. E aí eu acho que isso é uma coisa que pega bastante. Agora, se bem que eu já vejo muita diferença, né? Eu vejo porque eu tenho contato com algumas residentes, e eu as vejo mais questionadoras, com mais consciência, sabe? O ApiceOn ajudou a trazer a discussão pra dentro dos serviços mesmo, já vejo isso avançando (notas de campo, out., 2019).

Atualmente, além de ter retornado para a Secretaria de Saúde do Distrito Federal, Mietta trabalha em um Centro de Parto Normal privado de Brasília, ao qual ela chama de Casa de Parto, e o caracteriza como sendo um local onde a política pública é aplicada no setor privado. Importante evidenciar que, no Brasil, tendo em vista a Constituição Federal de 1988, e a Lei Orgânica da Saúde, constituída pela Lei 8.080/1990 e 8.142/1999, são consideradas no bojo das ações e políticas de saúde, tanto as atividades específicas em saúde pública como outras atividades junto ao setor privado, que têm caráter complementar ao setor público. Portanto, o SUS tem uma estrutura híbrida assentada, concomitantemente, no funcionamento de uma rede de atendimento pública e nas atividades do setor privado. Estas, por sua vez, devem atuar de modo complementar e coerente com as diretrizes do SUS.

No Distrito Federal existem, atualmente, dois Centro de Parto Normal em funcionamento. Um público, localizado em São Sebastião, e um privado, localizado na Asa Sul. E, para implantação desse serviço de saúde privado, foram utilizadas as referências da RDC nº 36 de 2013, as normativas de Centro de Parto Normal, para embasar toda a construção, para convencer a Vigilância em Saúde de que era possível a oferta desse tipo de serviço por parte de rede privada. A Vigilância, segundo Mietta tinha um déficit de RDCs. Ou seja, não tinham entendimento do que as proprietárias do Centro de Parto Normal estavam propondo. Além disso, ela narra que:

É uma coragem do ponto de vista de eu estar sujeita a sofrer alguma retaliação, e eu assumi isso, né? Bora lá. Eu acho que o nosso desejo, o nosso sonho, o tanto que a gente acredita na causa é tão forte que quando a gente viu estava lá o negócio. E as coisas também foram fluindo, se encaixando, e vamos lá, mas é isso, exige coragem. E a coerência, eu realmente acredito que a atenção ao parto e ao nascimento de baixo risco não de médico. Eu ainda estou lá dividindo o pré-natal com elas porque no Brasil ainda tem uma exigência de que plano de saúde não aceita solicitação de pedido de exame de enfermeira, e fora do Brasil onde um outro modelo é consolidado, não tem isso, elas fazem tudo, as *midwives*, as obstetrias fazem tudo. Então ainda fica um pouco mais necessário do que eu seria, num outro país, por exemplo. Mas eu gosto também. Eu gosto de estar lá atendendo as mulheres, é... Acabei me tonando médica, mas quando eu fico localizando o que as parteiras fazem o que médico faz... Mas tem uma função, acaba que tem uma função. Ser médica nos confere um poder é uma categoria poderosa. É uma pena que ficam usando esse poder de forma contraproducente, porque se conseguisse sair desse lugar de pessoalmente ofendida, saísse dessa necessidade de reserva de mercado ou de segurar o poder, o modelo já estava anos luz na frente do que tá hoje. Porque parte de uma categoria que é forte, partiria, de uma categoria que é forte, estar junto das enfermeiras. E eu acredito nisso e eu fui lá no CRM e conversei, fiz esse movimento de conversar, e perguntei o que vocês querem saber mais, querem o protocolo, querem ir lá conhecer? Perguntaram: Você não atende parto lá? Não atendo e nem quero atender. Pra mim, isso não é da boca pra fora, porque o nosso saber médico contamina o nosso olhar. Eu vejo porque eu partejo com as meninas (**enfermeiras; grifo da autora**) há muitos anos e os nossos olhares são diferentes pra mesma mulher. Aquele parto que elas assistiram tranquila, na minha cabeça tá cheio de risco um burburinho danado de milhões de possibilidade e de complicações, e essas milhões de possibilidades não devem estar fora do hospital, é pra estar dentro. Ou seja, eu preciso atender dentro do hospital. Médico existe pra cuidar de patologia, de doença. A parte principal está com profissionais não médicos. E estamos investindo nisso, de deixar isso forte, legítimo (notas de campo, out., 2019).

Para Mietta, o SUS não atende toda a demanda existente. E, pode-se inferir que sim, se pensarmos que o Centro de Parto Normal público, devido a regionalização do sistema de saúde, desde 2014, vem atendendo exclusivamente às gestantes e parturientes de sua área adscrita. Mas, para além disso, Mietta defende grande parte da demanda ainda não está consciente da importância do parto normal, tampouco desconsidera-o como possibilidade.

Ainda precisa furar uma bolha para que elas percebam que isso é uma demanda. A gente (**equipe do Centro de Parto Normal privado; grifo da autora**) tá percebendo isso. Eu fico brincando que a gente prega pra convertido. A gente fala pra uma bolha que já está meio afim de saber isso. Mas como é que você sai dessa bolha e vai naquela mulher que, de repente, quer marcar uma cesariana ou até quer um trabalho de parto, mas depois vai pra cesariana? Então, como é que a gente chega nessas outras pessoas e de repente desperta pra outras possibilidades? Eu percebo que ainda tem essa coisa. Respirar muito o movimento deixa a gente com o olhar viciado também, porque acaba que a gente está no meio de ativistas, de mulheres de usuárias, que tá falando todo mundo a nossa língua. E aí, agora a gente tá nesse movimento de buscar quem não fala a nossa língua, quem não tá ligada nesse negócio de parto normal e de casa de parto. É uma outra forma de ativismo, e até de legitimar a política pública, a assistência da enfermagem obstétrica, e colocar a categoria médica em outro lugar. Eu não atendo parto na casa de parto, parto de baixo risco fora do hospital não é pra médico, entendeu? Procuo manter essa coerência (notas de campo, out., 2019).

Atualmente, Mietta também desenvolve um trabalho de militância por meio da realização de falas públicas em Universidades. Ela se recorda que pouco antes da nossa entrevista em profundidade ela participou de um evento na Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, que constituiu um projeto de extensão, cujo professor responsável o chama de extensão inversa. Nesse formato, não é a Universidade que vai para comunidade, mas a comunidade que mostra a sua realidade, e o que tem a oferecer para Universidade. Ela se recorda que na mesma semana desse evento, também participou da Liga de Humanização do Parto e do Nascimento nessa mesma Universidade, e de um evento sobre Enfrentamento da Mortalidade Materna no Instituto de Ciências Sociais da UnB.

E sempre assim, a universidade lotada. E isso foi tão simbólico pra mim porque foi naquela semana que foi feito o anuncio de contingenciamento de recursos para Universidades públicas brasileiras, é... e atacando a Universidade, a produção científica, e a gente está lá falando disso, sobre autonomia das mulheres sobre nós mesmas, sobre nossos corpos, sobre a nossa potência, e com prazer. É muito significativo, porque apesar de tudo a gente está lá, a gente existe (notas de campo, out., 2019).

Mietta passou a compreender melhor o mundo social onde vive, as relações de poder no campo da obstetrícia, percebe as dificuldades às quais estava

submetida, e que não eram insuperáveis. Ao contrário, passa a buscar alternativas para transpô-la. Nesse processo, ganha evidência o encontro com a médica de Ceres, que funciona como contraponto à representação dos médicos em geral. A categoria médica, ao lado do machismo, aparece em seu discurso como os dois grandes desafios a serem enfrentados pelo Movimento de Humanização do Parto e do Nascimento no Brasil.

Essa coisa da resistência, né? Da categoria médica e de outras categorias. É porque a categoria médica é muito forte. Acho que a própria cultura nossa machista, patriarcal, porque as mulheres estão se colocando num outro exercício de sexualidade (notas de campo, out., 2019).

A militância, e a identificação com profissionais de saúde “humanizados”, é tão forte que possibilita à Mietta a intermediação de percepções e emoções muitas vezes contraditórias. Ao se colocar ao lado das(os) profissionais humanizados, ela identifica as dificuldades, inclusive a possibilidade de sofrer retaliações das corporações médicas, mas ela diz “é do lado de cá que eu gostaria mesmo de estar, não do lado de lá” (notas de campo, out., 2019). Mas, concomitantemente, aponta que um dos desafios futuros desses profissionais é não adoecer fisicamente e emocionalmente devido aos combates típicos da militância. Entretanto, é no próprio percurso da militância que o seu processo de subjetivação é engendrado, buscando dar sentido ao trabalho em medicina, sem ser consumida por ele. E vai da culpa ao auto-perdão. Como militante ela conseguiu ressignificar aquilo que a anulava e a adoecia, uma vez que reencontrou “seu orgulho na resistência ao que vive como opressão e na adesão a uma ideologia que contesta os valores de poder que o oprimem” (**que a oprime, grifo da autora**) (GAULEJAC, 2006, p. 205).

Conclusões

Debruçar-se sobre a trajetória militante de mulheres representou um desafio significativo. As mulheres feministas e também aquelas que não se identificam, a priori, com os feminismos, vêm há tempos politizando o corpo feminino e a vida que se realiza no âmbito do privado. Há algo no contemporâneo que aponta para a ampliação da atuação das mulheres nas mais diversas esferas da política. Assim, pesquisar sujeitos políticos mulheres e movimentos sociais implicou, necessariamente, em fazer escolhas audaciosas. Isso porque os diversos elementos que apontam para a efervescência política de movimentos sociais e ações coletivas de mulheres tendem a se espalhar pelo texto, se proliferar em novas possibilidades e percursos de escrita.

Portanto, encaminhar este trabalho de pesquisa para a finalização foi tarefa intensa, considerando as multiplicidades de questões e a complexidade de aspectos que emergiram como achados do campo. Muitos espaços de reflexões foram abertos, mas nem todos puderam ser considerados dadas as questões óbvias que se impõem a todo trabalho de pesquisa, notadamente de tempo e de recursos. Isso, no entanto, não exclui a possibilidade de que o restante do material seja trabalhado em oportunidades futuras. Tendo isso em perspectiva, foram realizados recortes que conferissem coerência e consistência epistemológica à tese.

Como o pano de fundo desta investigação são os modos de se fazer políticas de corpo e parto, foi necessário, primeiramente, apresentar aportes conceituais importantes que contribuíssem para a reflexão sociológica do fenômeno do parto, localizando-o, num só tempo, frente aos seus aspectos socioculturais e fisiologicamente significativos.

Tratando-se dos achados da pesquisa, um primeiro aspecto a ser destacado aqui são as características mais relevantes das atoras do Movimento de Humanização do Parto e do Nascimento no Brasil, que são: singularidade e diversidade. Em razão deste trabalho, pude me aproximar e conhecer mulheres bem diferentes entre si, as particularidades das suas trajetórias militantes, profissionais, formas conjugais, local de moradia, experiências com gestação, parto e nascimento e aspectos geracionais.

Ainda assim, mesmo que de modo geral, foi possível engendrar um perfil das atoras: elas demonstram postura crítica frente a regramentos sociais, compõem camadas médias, têm alta escolaridade, e a maioria das militantes contatadas durante o campo é branca, e se apresenta sensível à amplitude racial e étnica da sociedade. É claro que esse é o perfil encontrado por este estudo situado e sem quaisquer pretensões de validade estatística e generalizações de cunho macro.

Um segundo aspecto a ser considerado é o de que o escopo desta pesquisa – militantes que se tornaram formuladoras ou executoras de políticas públicas – nos remeteu a um significativo achado: é por meio do discurso do parto humanizado que as mulheres vão perscrutando e lutando, em diversos espaços de poder, por reconhecimento, autonomia e singularidade. Esse modo de fazer política está alinhado à proposição de recusa à uma identidade única e determinada (à mulher no singular), e, por consequência à universalidade. Em não havendo possibilidades de se extrair um traço com capacidade de constituir um conjunto de mulheres, a própria objeção ao universal expressaria uma política das singularidades, na configuração de uma política não totalitária.

Esse modo de fazer política expressa diferenças radicais dos modos usuais de se fazer política. Trás à cena elementos do corpo, da dimensão sexual, e da reprodução, e apresenta algo de indeterminado que perturba aquilo que foi instituído como político, ampliando a sua noção. Assim, tende-se a afirmar que a noção devida ao universalismo não sai incólume. Nesse sentido, aponta-se para as questões realizadas por Christiane Girard (2002) no contexto do Dossiê Globalização e Trabalho - perspectivas de gênero: “(..) como equacionar direitos políticos que nos tornam iguais, se somos desiguais socialmente? Ou ainda, como realizar socialmente a igualdade política?” (GIRARD, 2002, p. 20). Vejamos dois exemplos desse dilema paradoxal.

Ao nos debruçarmos sobre as trajetórias militantes das participantes desta pesquisa, e, conseqüentemente, sobre suas falas acerca das diretrizes e objetivos da política que preconiza a mudança de modelo da atenção obstétrica, denominada por RC, foi possível perceber as diferentes concepções de saúde, doença e humanização do parto. Foi Laudelina Campos quem destacou fortemente o fato de que as metas e modos de atuação da RC não reconheciam uma concepção ampliada e diversa do parto, sobretudo daqueles que ocorrem na Amazônia Legal e no Nordeste brasileiro,

onde há a incidência de parteiras tradicionais, curandeiras e benzedoras, que permanecem atuando.

Já na narrativa de Valentina Patrício, esse dilema - de um lado, autonomia e singularidades, de outro, a universalidade - emerge de maneira ainda mais evidente. Ela diz:

Então, eu lutei pra isso ser para todas e para qualquer uma das mulheres. E isso não ser um comércio. E cada pessoa foi tomando o seu rumo, mas eu acho que o eixo do movimento do parto se manteve em torno da autonomia das mulheres, das boas práticas e do parto enquanto um evento natural (notas de campo, jan. 2020).

Nesse sentido, a Rede Cegonha emergiu como política pública nacional posicionada em defesa dos direitos fundamentais e universais à saúde, versados na Constituição Federal de 1988, e na Lei Orgânica da Saúde (Leis 8.080/1990 e 8.142/1990). E, como consequência, tendeu a homogeneizar corpos, não atentando, concretamente, às singularidades, às diferenças e desejos de autonomia, que tão recorrentemente aparecem nas narrativas das atoras do MHPN. Além disso, como se sabe, esses elementos são caros aos movimentos feministas, tal como o apresentado por Rosamaria Carneiro:

Em razão da crítica à concepção de feminista somente como mulher branca, heterossexual, letrada e classe média, despontaram correntes feministas que demandavam o reconhecimento da pluralidade que atravessava as mulheres feministas, bem como suas peculiaridades; entre elas, estavam as lésbicas, as negras, as camponesas e as indígenas. Esse movimento de pulverização ou pluralização da categoria mulher, com a pressão do pensamento pós-estruturalista, teria reforçado, nos anos de 1990, não somente a diferença, mas a multiplicidade e a subjetividade enquanto temas de agenda política (CARNEIRO, 2013, p. 55).

Frente a isso, como operacionalizar esse dilema, no contexto de um país como o Brasil em que as políticas nacionais de saúde se mostram tão necessárias? Como operacionalizar, de maneira equânime, o direito universal à saúde num país diverso como o Brasil? Embora essas questões pareçam estar longe de serem equacionadas, tendo a concordar com Carneiro (2013), segundo a qual:

Trata-se de uma questão de cidadania, de direitos e de igualdade de oportunidades e, por consequência, de algo que parte da igualdade entre todas as brasileiras, e que, em minha leitura, deveria mesmo

partir. Entretanto, de outro lado, par a par com a cidadania, vem a necessidade de se reconhecerem as diferenças entre as mulheres, ponto também bastante merecedor de atenção e consideração. E, nesse sentido, parece mesmo ser frutífera a leitura de Brah, ao tematizar a diferença em termos de experiência, subjetividade, relação social, mas, também, como identidade. Porque, caso contrário, à custa da igualdade, mulheres diferentes serão tratadas de modo pasteurizado (CARNEIRO, 2013, p. 57).

Tendo isso em conta, duas perguntas saltam aos olhos. De um lado, questiona-se como seria possível conceber políticas que, de fato, levem em conta as singularidades ou particularidades das mulheres brasileiras? De outro lado, como se eximir da formulação de políticas nacionais e universais num cenário em que, segundo Estela Aquino (2014) “não se garante o direito à informação nem se respeita a autonomia das mulheres, fere-se a integridade corporal e nega-se o direito previsto em lei ao acompanhante, tornando o parto solitário, inseguro e doloroso (AQUINO, 2014, p.8). Ao considerar questões próximas a essas apresentadas aqui, Carneiro (2013) conclui que,

considerando o caráter de urgência de uma política de saúde orientada ao nascimento, poderíamos aventar a hipótese de, no Brasil de hoje, ser primeiro preciso que as mulheres tenham acesso ao SUS, aos leitos e aos exames pré-natais, para que, depois, uma vez lá instaladas, possam e tenham embasamento para demandar o atendimento diferenciado que as atendidas na rede privada já têm questionado. No entanto, quando nos referimos ao Estado, às políticas governamentais e à proteção da liberdade dos sujeitos de direitos, e, nesse caso, à Rede Cegonha, a questão de como abordar a diferença parece-nos um tema importante a ser tematizado, dado que decisivo, como bem vimos a partir de leituras antropológicas e feministas (CARNEIRO, 2013, p. 57 e 58).

Safatle (2016), também nos oferece pistas reflexivas à essas questões. Segundo o autor, a existência de um corpo político é essencial para se fazer política. É preciso, então, “fazer um corpo político da multiplicidade de demandas sociais” (SAFATLE, 2016, p. 14). Em outras palavras, é necessário levar em conta as multiplicidades reais, sem que isso provoque um processo de unificação, mas, sim, de síntese. Isso porque, das proposições de unificação, podem emergir as práticas de exclusão e apagamento do(a) outro(a) às custas da coesão, ou na somatória de multiplicidades de vozes, que exclui a diversidade dos corpos que as enuncia

Para o filósofo, é necessário construir um corpo político em “que a perda do antigo corpo não produza apenas a fragmentação paralisante de demandas em processo de autonomia” (SAFATLE, 2016, p. 14), atentando para um dos riscos subsequentes às ocasiões de insurgência em que não se tem formado um corpo político na configuração de uma constelação, em que as disposições e propósitos políticos se tornam “demandas de autorrealização pessoal e coletiva” (SAFATLE, 2016, p. 20).

Assim, e me aproximando novamente de Carneiro (2013), não se trata de refutar marcos legais e civilizatórios. Ao contrário, trata-se de lidar com eles sem despojar os sujeitos de suas insígnias, quiçá convidando os corpos a se abrirem para a singularidade.

Um terceiro aspecto, diz respeito à trajetória militante, as relações de estima de si e estima dos outros, e identidade do sujeito. Mais precisamente, aos conflitos de identidade que se relacionam com os fenômenos de promoção e regressão sociais. Entendendo por identidade do sujeito “o que o constitui como membro integral de uma sociedade, afirmando, ao mesmo tempo, sua singularidade e sua inclusão” (GAULEJAC, 2006, p. 231). Evidencia-se daí que as transformações e contradições de natureza social perpassam as histórias pessoais, ecoando sobre a vida psíquica dos sujeitos. E, de outra parte, os sujeitos também corroboram com a formação dos sistemas sociais, ancorando-se em seus desejos, expectativas e traços psíquicos. Ou seja, o universo psíquico e o mundo social se relacionam reciprocamente, como um espiral de estímulos múltiplos.

A militância proporcionou a construção identitária entre profissionais de saúde dissidentes, e a formação de novos laços com outras pessoas, concepções de mundo e a ressignificação da experiência de insulamento vivenciada, sobretudo, pelas militantes mais antigas. As narrativas demonstram que as experiências vivenciadas no contexto da militância relacionam-se com diversos ganhos que envolvem a estima de si, imagens positivas que lhes atribuem e reconhecimento social. As emoções que assumem um sentido mais desagregador, ou associados à construção de uma identidade desvalorizada, como intimidação, culpa, inferioridade, angústia e outros, também são recorrentes nas narrativas. Mas eles são muito mais evidenciados em contextos que antecedem a trajetória militante, ou, em alguns casos, para relatar as experiências com a gestão de políticas públicas.

Quando essas emoções emergem no contexto das falas sobre a militância, elas acabam assumindo outros sentidos. Sugerindo, com isso, que a experiência militante teceu uma identidade vigorosa, possibilitando ao sujeito se posicionar frente a esses sentimentos. Como nos disse Mietta Santiago: “É uma coragem do ponto de vista de eu estar sujeita a sofrer alguma retaliação, e eu assumi isso, né? Bora lá. Eu acho que o nosso desejo, o nosso sonho, o tanto que a gente acredita na causa é tão forte (...)” (notas de campo, out., 2019).

A realização de eventos, conferências e congressos relacionados à temática da humanização do parto e do nascimento, que ocorreram no país desde a década de 1980, contribuíram com o processo de construção de identidades e narrativas coletivas. Além de valorizar, divulgar e disseminar práticas assistenciais pouco intervencionistas e que favoreciam o processo de parto, mas ainda pouco divulgadas naquele momento. Esses encontros também funcionavam como espaços para trocas de experiências, apoio e suporte para a construção de novas formas de se assistir partos, sem intervenções desnecessárias e uso abusivo de tecnologias e fármacos. Segundo as atoras entrevistadas, a participação nesses encontros lhes proporcionaram o acesso ao cenário da humanização do parto, o que as mobilizou internamente. A exemplo disso, Laudelina de Campos diz: “mexeu com as minhas carnes”, Nízia Floresta relatou que: “esse discurso eu introjetei e isso passou a ser uma coisa da minha célula”.

O capital cultural incorporado por meio da socialização nesses contextos, vai sendo adquirido ao longo do tempo, e contribuindo para que as atoras passassem a transitar cada vez mais para outras instâncias como Universidades, Secretarias de Saúde, Ministério da Saúde, e outros, fazendo de algumas delas interlocutoras do Movimento de Humanização do Parto e do Nascimento Brasileiro nas instâncias governamentais. Foi justamente esse trânsito por espaços institucionalizados de poder, e a formação de novos laços sociais, ou de um capital social específico com atores externos ao movimento, que estimulou e fomentou a construção de políticas de humanização do parto. Foi justamente a articulação entre o capital cultural com o capital social que possibilitou a ampliação dos espaços de atuação desse movimento social. À medida que isso ocorria, o reconhecimento, a influência, ou o capital simbólico das atoras também adquiria mais proeminência.

A noção de capital social torna-se interessante aqui quando observamos que, nas trajetórias das entrevistadas, é justamente a formação de novos laços, as redes de

contatos, que possibilitaram importantes transformações em seus percursos, possibilitando a conexão entre o Movimento de Humanização do Parto e do Nascimento Brasileiro e a setores da administração pública federal de políticas de saúde e da humanização. Com Valentina Patrício isso pode ser visibilizado quando a coordenadora do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar a convida para ser referência técnica do programa na região Centro-Oeste. No caso de Laudelina de Campos, percebe-se que o contato inicial com a presidente do Grupo Curumim e, de posteriormente, ter conhecido várias outras pessoas que passaram a trabalhar na administração pública federal de políticas de saúde, influenciou na sua inserção no Ministério da Saúde. Fato similar ocorrer com Nísia Floresta e Mietta Santiago. Elas tiveram contato com militantes que, à época, trabalhavam na administração pública federal, e isso contribuiu para mudanças nos modos de se colocarem no movimento social. Foi a formação desses novos laços que possibilitou, a cada uma delas, acessar meios e recursos que não estavam presentes na rede de sociabilidade do movimento social.

Resgatando aqui a ideia da constituição identitária das militantes, pode-se afirmar que ela se dá num processo de múltiplas disposições, como a relacional, o biográfico, e psíquico. Uma vez que as trajetórias militantes no Movimento de Humanização do Parto e do Nascimento Brasileiro nos remontam a referências pessoais, relacionais e existenciais/subjetivas. Desse modo, além dos elementos explorados acima, abre-se espaço para mencionar que é por meio do exercício da militância, da participação de eventos e encontros, que as participantes da pesquisa vão elegendo alguém ou um valor para possibilitar a conformação do ideal de Eu.

Na narrativa de Valentina Patrício, observa-se dois valores reincidentes que são a luta contra a opressão e a reafirmação da vida. No caso de Laudelina Campos, embora a figura militante do pai permaneça presente, é uma instituição, o Grupo Curumim, que vai representar o ideal de Eu em sua narrativa. Para Nísia Floresta, é Angela Gehrke, a parteira do Monte Azul, que, simbolicamente, representará esse ideal. No caso de Laura Rehder, evidenciam-se os valores da luta por reconhecimento e justiça social. E, por último, para Mietta Santiago, o Ideal de Eu é simbolizado pela “médica de Ceres”, a sua primeira referência em profissional de saúde “humanizada”.

Entretanto, na medida em que vai se constituindo a formação identitária das atoras do movimento, vão se dando também os conflitos de identidade relacionados

aos fenômenos de regressão e ascensão sociais. De modo que, por um lado, a eleição de ideais de Eu, a construção de novos laços sociais, e a inserção em novos espaços sociais, contribuíram para proporcionar mobilidade social às atoras. Mas, por outro lado, quando elas passam a trabalhar na administração pública federal, acabam ocorrendo perdas de legitimidade e invalidação frente a alguns setores do movimento social. Esse conflito se faz presente sobretudo nas trajetórias das militantes mais antigas, que se fizeram em paralelo com a formação do próprio movimento.

Isso porque, o trabalho na administração pública federal exigia novas maneiras de agir frente às expectativas institucionais. Como resultado desse processo, ocorre a formação de uma instância interna de controle e proibição, um habitus, equivalente ao supereu, cuja função é obrigar o sujeito a realizar renúncias. Nas palavras das próprias atoras:

Então, atuar dentro do Ministério não é uma tarefa fácil. Você tem nos documentos as orientações técnicas, você sabe o que é pra fazer, você tem propostas e você não faz, você não consegue fazer. Quantas vezes eu tinha muita certeza do que seria disparador pra acontecer alguma coisa e fui completamente amarrada. Nesse sentido que eu digo que foi adoecedor (notas de campo, nov. 2019).

Mas eu estava lá, eu falei: eu não quero carreira, eu não quero disputar poder aqui, eu não quero o reconhecimento dessas pessoas, o que eu quero é dar passagem pra essa coisa que eu acho que é importante. E ao mesmo tempo eu me senti muito vulnerável muitas vezes (notas de campo, jan. 2020).

Nessas circunstâncias conflituosas, o sujeito encontra-se dividido. Havia exigências que obrigava as atoras a se atentarem às expectativas institucionais do seu local de trabalho. “Diante das identificações e dos habitus desses dois mundos, instala-se uma clivagem do Eu na qual coexistem esses contrários diferentes” (GAULEJAC, 2014, p. 107). Entretanto, tal como o observado por Christiane Girard em estudo sobre globalização e trabalho a partir de uma perspectiva de gênero (2002), isso não significa que nossas atoras tenham se tornado alienadas, menos combativas ou desacreditadas dos valores e princípios estruturantes das suas lutas, mas sim que os mecanismos de defesa pareciam funcionar menos.

Com isso, evidencia-se as configurações dos conflitos psicossociais que desafiaram e confrontaram as participantes desta pesquisa, ao longo de suas trajetórias militantes. Além de destacar os fenômenos de promoção e regressão sociais proporcionados pela militância, que emergem de maneira singular em cada uma das trajetórias, já que “os conflitos internos nunca são um reflexo exato daqueles do ambiente, na medida em que também provêm de necessidade internas: ‘É repetir que a pessoa é um sistema ativo, regido por leis próprias, e acrescentar que sua crença e equilíbrio são necessariamente tensionais, porque têm de conciliar desejo e interdição’ (idem, p.31)” (GAULEJAC, 2014 p. 115). Nesse sentido, as trajetórias militantes das atoras do Movimento de Humanização do Parto e do Nascimento evidenciam inúmeras singularidades e ambivalências, nos levando a perceber injunções paradoxais particularmente importantes para se compreender os sentidos dessas trajetórias, a complexidade da constituição do social, e às construções permanentes de dimensões políticas e da vida de sujeitos. Nos remete, portanto, a permanentes e inegotáveis “Reparir-se”.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALONSO, Angela. As teorias dos movimentos sociais: um balanço do debate. *Lua Nova*, n. 76, 2009, p. 49-86.

ALVES, Branca M; PITANGUY, Jacqueline; BARSTED, Leila L. *et al.* Espelho de Vênus: identidade social e sexual da mulher. Grupo Ceres. Ed. Brasiliense. 1981.

AMORIM, Torcata. O resgate da formação e inserção da enfermeira obstétrica na assistência ao parto no Brasil. Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem. Tese de Doutorado. São Paulo, 2010.

AQUINO, Estela M. Para reinventar o parto e o nascimento no Brasil: de volta ao futuro. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, sup. 1, 2014.

ARANTES, Cássia. I. S; *MESQUITA, Camila; MACHADO, Maria Lúcia T.; OGATÁ, Márcia N.* O Controle Social no Sistema Único de Saúde: concepções e ações de enfermeiras da atenção básica. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 470-478, jul./set. 2007.

ASKOFARÉ. Sidi. Da subjetividade contemporânea. *A Peste: revista de psicanálise e sociedade*. São Paulo: EDUC, 1 (1). 165-175, 2009.

ARAÚJO, A. M. El interjuego de lo psíquico y lo social; en Benedetti, A., Ruiz, M. y Secco, R. (comps.): *Materiales de sociología clínica*; Montevideo: Grupo de Sociología Clínica, pp. 45-48. 1998.

ASSIES, Willem.; BURGWAL, G.; SALMAN, T. *Structures of Power, Movements of Resistance*. Amsterdã: CEDLA, 1990.

AVILA, Liziani I., SILVEIRA, Rosemary Silva da., LUNARDI. Implicações da visibilidade da enfermagem no exercício profissional. In: *Revista Gaúcha de Enfermagem*. V. 34, n. 3. 2013.

BAGGIO, Maria Aparecida; ALACOQUE, Lorenzini. Acontecendo o cuidado 'do nós' nos movimentos e ondulações dos processos interativos no ambiente hospitalar. *Texto Contexto Enfermagem*, 2016; 25(1).

BARBOSA, A. M. G. Políticas de Saúde e Participação Social. *Revista Profissão Docente*, Uberaba, v. 9, n. 21, p. 41-69, jan./jul. 2009.

BARUS-MICHEL, Jacqueline. *Souffrance, sens et croyance. L'effet thérapeutique*. Ramonville Saint-Agne, éditions érès. 2004.

BARUS-MICHEL, Jacqueline; ENRIQUEZ, Eugène. Lévy, André. *Vocabulaire de Psychosociologie*. Ramonville Saint-Agne, éditions érès, 2006.

BARUS-MICHEL, Jacqueline, ENRIQUEZ, Eugène. Lévy, André. *Psicosociología. Nociones y autores fundamentales*. Santiago de Chile, ediciones UCSH, 2009.

BARUS-MICHEL, Jacqueline. O Sujeito Social. Belo Horizonte. Editora PUC Minas, 2004.

BARUS-MICHEL, Jacqueline. Implication, significations et engagement. In: GAULEJAC, Vincent de; HANIQUE, Fabienne; ROCHE, Pierre (orgs.). La sociologie clinique: Enjeux théoriques et méthodologiques. Toulouse: Érès, 2012.

BEAUVOIR, Simone de. Na Força da Idade, v.I. Tradução Sérgio Milliet. São Paulo: Difusão Européia do Livro, 1961.

BEAUVOIR, Simone de. O Segundo Sexo, v.I, II. Tradução Sérgio Milliet. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1980.

BECKER, Gay & NACHTIGALL, Robert D. 'Eager for medicalisation: the social production of infertility as a disease', *Sociology of Health and Illness*, Vol. 14b, No. 4, pp. 456-471, 1992.

BERGER, Peter L.; LUCKMANN, Thomas. A Construção social da realidade: tratado de sociologia do conhecimento. 30. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2009.

BERTAUX, D. Les Récits de Vie. Paris: Éditions Nathan. 1997.

BESSA, Lucineide F. Condições de trabalho de parteiras: Algumas características no contexto domiciliar rural. Dissertação (Mestrado em enfermagem). Salvador: UFBA, 1997.

BIROLI, Flávia. Autonomia, opressão e identidades: a ressignificação da experiência na teoria política feminista. In: *Estudos Feministas*, Florianópolis, 21(1): 81-105, janeiro-abril/2013.

BLONDEL, F. (2005) "L'approche clinique dans les dispositifs de recherche-action" en Gaulejac V., Hanique F., Roche, P. *La sociologie clinique. Enjeux théoriques et méthodologiques*. Ramonville Saint-Agne, éditions érès, pp.201-216.

BOERMA, Ties; RONSMANS, Carine *et al.* Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections. In: *The Lancet*. p. 1341-1348, 2018.

BOLTANSKI, L. As classes sociais e o corpo. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

BOURDIEU, Pierre. Razões Práticas. Sobre a teoria da ação. Campinas: Papirus, 1996.

BOURDIEU, Pierre; CHAMBOREDON, Jean-Claude; PASSERON, Jean Claude. Ofício de sociólogo: metodologia da pesquisa na sociologia. Petrópolis: Vozes, 2004.

BORDO, Susan R. O corpo e a reprodução da feminilidade: uma apropriação feminista de Foucault. In: *Gênero, Corpo e Conhecimento*. Orgs. Alison M. Jaggar e Susan R. Bordo; tradução de Britta Lemos de Freitas. Rio de Janeiro; Record: Rosa dos Tempos, 1997.

BORJA, Jordi. Movimentos sociales urbanos. Buenos Aires. Ed. SIAP, 1975.
BOSI, Ecléa. Memória e Sociedade: lembrança de velhos. 9ª ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2001.

_____. Tempo Vivo da Memória: ensaios de psicologia social. São Paulo: Ateliê Editorial, 2003.

BRASIL. Presidência da República. Decreto Nº 94.406/87. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências. Brasília, 1987.

BRASIL. Congresso Nacional. *Relatório final da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito Destinada a Examinar a Incidência de Esterilização em massa de Mulheres no Brasil*. Brasília. Centro Gráfico do Senado Federal. Brasília: Congresso Nacional; 1993.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde. Projeto Parto Adequado. Brasília, ANS. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de *Assistência Integral à Saúde da Mulher: Bases de Ação Programática*. Brasília: Centro de Documentação, Ministério da Saúde. 1983.

_____. Constituição Federal de 1988, Artigo 226, pr. 7º. Trata do planejamento familiar no âmbito dos direitos da família, da criança, do adolescente e do idoso. Brasília-DF. 1988.

_____. Lei nº 8.080. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF. 1990.

_____. Lei nº 8.142. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF. 1990.

_____. Lei Federal nº 9.263. Regulamenta o planejamento familiar. Brasília, DF. 1996.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 985. Cria o Centro de Parto Normal-CPN, no âmbito do Sistema Único de Saúde/SUS, para o atendimento à mulher no período gravídico-puerperal. Brasília, DF. 1999.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral de Planejamento. Programa de Humanização do Pré-Natal e do Nascimento. Brasília-DF, Ministério da Saúde, 2000.

_____. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes*. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, 2004. (Série C – Projetos, Programas e Relatórios).

_____. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde. Brasília: Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento, 2004.

_____. Lei Federal nº 11.108. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, DF. 2005.

_____. Lei Federal nº 11.634. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF. 2007.

_____. Resolução Nº 36. Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. Ministério da Saúde: Brasília, DF. 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. [SÉP] Formação e intervenção / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010. [SÉP] 242 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos HumanizaSUS; v. 1)

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 1.459. Institui a Rede Cegonha no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral de Saúde das Mulheres. Parto e Nascimento Domiciliar Assistido por Parteiras. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 92 p.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução – RDC Nº 36. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília, DF. 2013.

_____. Ministério da Saúde, Ministério da Justiça e Secretaria de Políticas para as Mulheres. Norma Técnica de Atenção Humanizada às Pessoas em Situação de Violência Sexual com Registro de Informações e Coleta de Vestígios, 2015. 44p.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 11. Redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento, em conformidade com o Componente PARTO E NASCIMENTO da Rede Cegonha, e dispõe sobre os respectivos incentivos financeiros de investimento, custeio e custeio mensal. Brasília, DF. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolo de atenção à saúde e resposta à ocorrência de microcefalia relacionada à infecção pelo vírus zika [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 45 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral de Saúde das Mulheres. Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia (ApiceOn). Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. Temático Saúde da População Negra. Painel de Indicadores do SUS; v. 7, n. 10. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 82 p.

_____. Ministério da Saúde. Manual Prático Para Implementação da Rede Cegonha. 2011. Disponível em: www.saude.mt.gov.br/arquivo/3062. Acesso em: maio de 2017.

BRENES, Anayansi C. História da Parturição no Brasil, Século XIX. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.7, n.2, p.135-149, ab/jun, 1991.

CALDEYRO-BARCIA, Roberto. Bases fisiológicas y psicológicas para el manejo humanizado del parto normal. Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano, Montevideú, 1979.

CARNEIRO, Marinha do Nascimento F. *Ajudar a Nascer: parteiras, saberes obstétricos e modelos de formação (séculos XV - XX)*. 2003. Tese (Doutorado em Ciências da Educação). Universidade do Porto, Porto – Portugal.

CARNEIRO, Rosamaria G. *Cenas de parto e políticas do corpo: uma etnografia de práticas femininas de parto humanizado*. Tese de doutoramento em Ciências Sociais. Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2011.

_____. Dilemas antropológicos de uma agenda de saúde pública: programa Rede Cegonha, pessoalidade e pluralidade. Brasília: Interface Comunicação, *Saúde e Educação*, v.17, n.44, p.49-59, jan./mar, 2013.

CARRANZA, María. De cesáreas, mulheres e médicos: uma aproximação médico-antropológica ao parto cesáreo no Brasil. Brasília: Departamento de Pós-graduação em Antropologia Social da UnB, 1994, 159 p. (Dissertação).

CARRETEIRO, Teresa C. *Exclusão Social e Construção de Identidade*. Paris: L'Harmattan, 1993.

_____. Vinculações entre romance familiar e trajetória social. In: FÉRES-CARNEIRO T. (Org.). *Casamento e família: do social à clínica*. Rio de Janeiro: Nau, 2001.

_____. Historia de una vida, historia de una sociedade de exclusión. *Revista Perfiles Latino-Americanos*, 21: 11- 33, 2002.

_____. História de vida: da genealogia a um estudo. *Revista da Faculdade de Psicologia da PUC Rio Grande do Sul*, 34(2): 281-295, 2003.

CASSELL, Catherine; SYMON, Gillian. *Qualitative methods in organizational research*. London: Sage Publications, 1994.

CASTIEL, David Luis. Vivendo entre exposições e agravos: a teoria da relatividade do risco. In: Manguinhos, vol. III(2), Jul-Out. 1996. p. 237-264

CASTORIADIS, Cornélius. A instituição imaginária da sociedade. São Paulo, Paz e Terra, 1982.

CECATTI, José G. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n.5, p. 1281-1289, set-out, 2004.

CENSO DEMOGRÁFICO 2010: características da população e dos domicílios: resultados do universo. In: IBGE. Sidra: sistema IBGE de recuperação automática. Rio de Janeiro, 2011a. Disponível em: <<http://www.sidra.ibge.gov.br/cd/cd2010universo.asp?o=5&i=P>>. Acesso em: mar. 2019.

CHANG, Virginia W. & CHRISTAKIS, Nicholas A. 'Medical modelling of obesity: a transition from action to experience in a 20 th century American medical textbook', *Sociology of Health and Illness*, Vol. 24, No. 2, pp. 151-77, 2002.

CHASSEGUET-SMIRGEL, Janine. *O ideal do ego*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

COCHRANE, Archie. Foreword. In: I Chalmers, M Enkin & MJNC Keirse (eds.) 1989. *Effective care in pregnancy and childbirth*. Oxford University Press, Oxford, 1989.

COMAROFF, Jean. 'Conflicting paradigms of pregnancy: Managing ambiguity in antenatal encounters'. In: A. Davis and G. Horobin (editors) *Medical encounters: The experience of illness and treatment*. London: Croom Helm, 1977.

COMAROFF, John, COMAROFF, Jean. *Ethnography and the historical imagination*. Boulder: Westview Press, 1992.

CONRAD, Peter. Medicalization and social control. In: *Annual Review os Sociology*, Vol. 18, 1992. P. 209 – 232.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. *Para entender a gestão do SUS*. Brasília: CONASS, 2003. 248 p.

CORRÊA, Sonia. “Saúde Reprodutiva”, gênero e sexualidade: Legitimação e novas interrogações. In: GIFFIN, Karen; COSTA, Sarah H. (Orgs.). *Questões de Saúde Reprodutiva*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999, p. 39-50.

COSSETIN, A. *Controle Social na Estratégia de Saúde da Família: avaliação participativa das ações em Saúde Mental*. 2010.155f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

COSTA, Ana Maria; AQUINO, Estela. Saúde da mulher na reforma sanitária brasileira. In: Costa AM, Merchan E, Tajer D, organizadores. *Saúde, equidade e gênero: um desafio para as políticas públicas*. Brasília: UnB; 2000. p. 199.

COSTA, Ana Maria; BAHIA, Lígia; CONTE, Danielle. A Saúde da Mulher e o SUS: laços e diversidades no processo de formulação, implantação e avaliação das políticas de saúde para as mulheres no Brasil. *Revista Saúde em Debate* 2007; 31(75/76/77):13-24 .

COSTA, Ana Maria. *PAISM: uma política de assistência integral à saúde da mulher a ser resgatada*. São Paulo: Comissão de Cidadania e Reprodução; 1992.

_____. Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil. In: *Ciência & Saúde Coletiva*, 14 (4). p. 1073-1083, 2009.

COSTA, Lucia Helena Rodrigues da. *Memórias de Parteira: Entrelaçando gênero e história de uma prática feminina de cuidar*. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Florianópolis: UFSC, 2002.

CUNHA, Patrícia J.; ZAGONEL, Ivete P.S. As relações interpessoais nas ações de cuidar em ambiente tecnológico hospitalar. *Acta Paul Enferm.* 2008 Jul-Set; 21(3):412-9.

CUSSET, Y. Lutte sociale et éthique de la discussion. *Actuel Marx*, Paris, 25, 1999, p.123-135.

DANTAS, Cauby. Capítulo I. In: Gilberto Freyre e José Lins do Rego: diálogos do senhor da casa-grande com o menino de engenho [online]. Campina Grande: EDUEPB, 2015. Substractum collection, pp. 27-51. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/y4x7f/pdf/dantas-9788578793296-03.pdf>. Acessado em: maio de 2019.

DAVIS-FLOYD, Robbie. Culture and Birth: The Technocratic Imperative. *International Journal of Childbirth Education*, 9(2):6-7, 1994.

_____. The Technocratic, Humanistic, and Holistic Paradigms of Childbirth. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, Vol 75, Supplement No. 1, pp. S5-S23, November 2001.

_____. Prefácio. In: JONES, Ricardo. *Memórias do Homem de Vidro: Reminiscências de um Obstetra Humanista*. Porto Alegre: 2a edição, Idéias a Granel, 2008.

_____. Daughter of time: the postmodern midwife. *Rev Esc Enferm USP*, 2008; 42(1):168-72.

_____. *Birth as an American Rite of Passage*. Berkeley: University of California Press, 1992.

DAVIS-FLOYD, Robbie & SARGEANT, Carolyn. Introduction. In: Davis-Floyd & Carolyn Sargeant (eds.). *Childbirth and authoritative knowledge – cross-cultural perspectives*. Berkeley and Los Angeles, University of California Press. 1997.

DAVIS-FLOYD, Robbie; JOHN, Gloria. *From doctor to healer: transformative journey*. New Jersey: Rutgers University Press, 1998.

DE CERTEAU, Michel. A invenção do cotidiano: Artes de fazer. Petrópolis: Vozes, 1996.

DEJOURS, Christophe. A Banalização da Injustiça Social. Rio de Janeiro: Editora FGV, 6ª Ed. 2005.

DEL PRIORE, Mary. Ao sul do corpo: condição feminina, maternidades e mentalidades no Brasil Colônia. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1993.

DELEUZE, Gilles. Spinoza – Philosophie Pratique. Paris: Les Éditions de Minuit, 2003, 24-30.

DENZIN, Norman. & LINCON, Yvonna. (Eds.). The Sage Handbook of Qualitative Research. Thousand Oaks: Sage Publications, 2005.

DEVEREUX, Georges. De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement. Aubier: Flammarion, 2012.

DHESCA BRASIL - PLATAFORMA DE DIREITOS HUMANOS ECONÔMICOS, SOCIAIS CULTURAIS E AMBIENTAIS. Relatório sobre Mortalidade Materna no contexto do processo de implementação da decisão do Comitê CEDAW contra o Estado brasileiro no caso Alyne da Silva Pimentel. Plataforma Dhesca Brasil, Curitiba – PR. 2014. Link: http://www.unfpa.org.br/Arquivos/Relatorio_caso_alyne_pimentel.pdf. Acessado em agosto de 2019.

DIAS, Maria Djair. Mãos que acolhem vidas. As parteiras tradicionais no cuidado durante o nascimento em uma comunidade nordestina. Tese (Doutorado em Enfermagem). São Paulo: USP, 2002.

DIMEN, Muriel. Poder sexualidade e intimidade. In: Gênero, Corpo e Conhecimento. Orgs. Alison M. Jaggar e Susan R. Bordo; tradução de Britta Lemos de Freitas. Rio de Janeiro; Record: Rosa dos Tempos, 1997.

DINIZ, Carmen Simone G. Assistência ao parto e relações de gênero: elementos para uma releitura médico-social. Dissertação de mestrado. Faculdade de Medicina/USP, São Paulo, 1997.

_____. Maternidade voluntária, prazerosa e socialmente amparada. In: ARAÚJO, M. J. O. et. al. Saúde das mulheres: experiência e prática do Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde. São Paulo: Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, 2000.

_____. *Entre as técnicas e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto*. Tese (Doutorado). Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2001.

_____. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.10, n.3, p. 627-637, 2005.

_____. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, v. 19, p. 313-326, 2009.

DINIZ, Carmen Simone G. & CHACHAM, Alessandra S. O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. In: *Questões de Saúde Reprodutiva*, 2006; I(1):80-91.

DUBET, François. *Sociologie de l’experience*. Paris: Seuil, 1994.

_____. *Sociologie du sujet et sociologie de l’experience*. In: TOURAINE, d’A. *Penser le sujet: colloque de Cerisy*. Paris: Fayard, 1995.

DUBET, François e MARTUCCELLI, Danilo. *Dans quelle société vivons-nous?* Paris: Seuil, 1998. Ed. Argentina: ¿ *En qué sociedad vivimos?* Buenos Aires: Losada, 2000.

DURKHEIM, Émile. The dualism of human nature and its social conditions. In: BELLAH, Robert (Ed). *Emile Durkheim on morality and society*. Chicago: The University of Chicago Press. 1973.

_____. DURKHEIM, Émile. *As regras do método sociológico*. 17ª ed. Tradução de Maria Isaura Pereira de Queiroz. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 2002.

ELIAS, Norbert. *A solidão dos moribundos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor. 2001.

ELIAS, Norbert. *O processo civilizador*. Volumes 1 e 2. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor. 1994.

ENRIQUEZ, Eugène. (1998a) “La aproximación clínica: génesis y desarrollo en Francia y en Europa del Oeste” en Benedetti, A., Ruiz, M. y Secco, R. (comps.): *Materiales de sociología clínica; Grupo de Sociología Clínica, Montevideo*, pp. 5-12.

ENRIQUEZ, Eugène. (1998b) “El análisis clínico en ciencias humanas” en Benedetti, A., Ruiz, M. y Secco, R. (comps.): *Materiales de sociología clínica; Grupo de Sociología Clínica, Montevideo*, pp. 13-19.

ENRIQUEZ, Eugène. *O vínculo grupal*. In: Lévy, A. Et. Al. (orgs.). *Psicossociologia: análise social e intervenção*. Petrópolis: Vozes, 1994.

EVERS, Tilman. *Identidade: a face oculta dos novos movimentos sociais*. *Revista Novos Estudos Cebrap*, São Paulo, v. 2 nº 4, p. 11-23, 1984.

FLEISCHER, Soraya R. *Parteiras, buchudas e aperreios: Uma etnografia do atendimento obstétrico não oficial em Melgaço, Pará*. 1. ed. Santa Cruz do Sul/RS – Belém/PA: EDUNISC e Paka Tatu, 2011. v. 500. 352p.

FONSECA, Luciana N. *A (RE)INVENÇÃO DA AÇÃO COLETIVA: participação urbana, conflitualidades e segregação sócio-espacial em Goiânia*. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-graduação em Sociologia. Universidade de Brasília. Brasília-DF, 2008.

FONSECA SOBRINHO, Décio. *Estado e população: uma história do planejamento familiar no Brasil*. Rio de Janeiro: CEDEPLAR/Rosa dos Tempos; 1993. p. 137. [SEP]

FOUCAULT, Michel. *Vigiar e Punir: nascimento da prisão*. Petrópolis: Vozes. 2010.

FOUCAULT, Michel. *História da Sexualidade*. Volume 1. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. Rio de Janeiro, 13ª Ed. Edições Graal, 1988.

FREIDSON, Eliot. *Profissão médica: um estudo de sociologia do conhecimento aplicado*. São Paulo: Unesp, 2005.

FREUD, Sigmund. Observações sobre o amor transferencial. In: Coleção standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (vol. 12, pp. 208-221). Rio de Janeiro: Imago, 1969.

_____. Conferências introdutórias sobre psicanálise. Conferência XXVII – Transferência. In: Coleção standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (vol. 16, pp. 503-521). Rio de Janeiro: Imago, 1976.

SANCHES, G.P. Sigmund Freud e Sándor Ferenczi. In: S.A. FIGUEIRA (org), *Contratransferência: de Freud aos contemporâneos* (pp. 33-59). São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. *Gravidez, filhos e violência institucional no parto*. 2010. Disponível em: <http://www.fpa.org.br/galeria/gravidez-filhos-e-violencia-institucional-no-parto>. Acesso em: agosto de 2019.

GAULEJAC, Vincent de. Desafios sociais e abordagens sócio-clínicas. Tradução: Norma Takeuti. *Cronos*, Natal-RN, v. 1, p. 75-86, jan./jun. 2000.

_____. Psicossociologia e sociologia clínica. In: *Cenários Sociais e Abordagens Clínicas*. (Orgs.) ARAÚJO, José Newton G; CARRETEIRO, Teresa Cristina. São Paulo: Escuta, Belo Horizonte, Fumec, 2001.

_____. "Lo irreductible social y lo irreductible psíquico" en *Perfiles Latinoamericanos*; N° 21, pp. 49-71. 2002.

_____. O âmago da discussão: da sociologia do indivíduo à sociologia do sujeito. Tradução: Norma Takeuti. *Cronos*, Natal-RN, v. 5/6, n.1/2, p. 59-77, jan./dez. 2004/2005.

_____. *As origens da vergonha*. São Paulo: Via Leterra Editora e Livraria, 2006.

_____. *Gestão como doença social, ideologia, poder gerencialista e fragmentação social*. Ed. Ideias e Letras. São Paulo, 2007.

_____. *Qui est je? Sociologie clinique du sujet*. Paris: Seuil, 2009.

_____. Aux sources de la sociologie clinique. In.: GAULEJAC, Vincent de; HANIQUE, Fabienne; ROCHE, Pierre (orgs.). La sociologie clinique: Enjeux théoriques et méthodologiques. Toulouse: Érès, 2012.

_____. A neurose de classe: trajetória social e conflitos de identidade. Tradução: Maria Beatriz de Medina, Norma Takeuti. 1ª ed. - São Paulo: Via Lettera, 2014.

_____. La sociologie clinique entre psychanalyse et socioanalyse. Sociologies. Théories et recherches. Abril de 2008. <<http://sociologies.revues.org/1713>>. Acesso: outubro de 2019.

GAULEJAC, Vincent & LÉVY, André. Récits de Vie et Historie Social. Paris: Eska Editions, 2000.

GERARD, Jules B. 'The medical model of mental illness: Its application to the insanity defence'. In: International Journal of Law and Psychiatry, Vol. 22, No.1, pp.65-78, 1999.

GIDDENS, Anthony. As consequências da modernidade. Tradução: Raul Fiker. São Paulo: Editora UNESP, 1991.

_____. Sociologia. Tradução: Ronaldo Cataldo Costa. 6ª ed. Porto Alegre: Penso, 2012.

GIRARD, Christiane F. N. Globalização e Trabalho: perspectivas de gênero. Brasília: CFEMEA; FIG/CIDA, 2002.

GIUST-DESPRAIRIES, F. Raconter sa vie: la quête ontologique du sujet contemporain. In: GAULEJAC, Vincent & LÉVY, André (Orgs.). Récits de Vie et Historie Social. Paris: Eska Editions, 2000.

GOHN, Maria da Glória. Teoria dos movimentos sociais: paradigmas clássicos e contemporâneos. 3a ed. São Paulo, Edições Loyola 2002.

GOMIDE, Maria F. O trabalho de enfermeiras/os obstetras na assistência ao parto e nascimento em Goiânia: Políticas de humanização, desafios de mercado e relações de trabalho. Dissertação (Mestrado em Sociologia). UFG, Goiânia, 2015.

GRAMSCI, Antonio. La política y lo Estado moderno. Barcelona, Península. 1971.

_____. Los intelectuales e la organización de la cultura. Buenos Aires, Ed. Nueva Visión. 1972.

_____. Concepção dialética da história. Rio de Janeiro, Ed. Civilização Brasileira. 1979.

HABERMAS, Jürgen. "New social movements". Telos, New York, n. 49, 1981.

_____. "A nova intransparência". *Novos Estudos Cebrap*, nº 19, setembro de 1987.

HARVEY, David. *Condição pós-moderna: Uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural*. São Paulo: Loyola, 1992.

HERN, Warren M. 'The illness parameters of pregnancy', *Social Science and Medicine*, vol. 9, pp.365- 372, 1975.

HOBSBAWM, Eric. *Rebeldes primitivos*. Rio de Janeiro, Zahar. 1970.

HONNETH, Axel. *Luta por Reconhecimento: a gramática moral dos conflitos sociais*. Trad. Luiz Repa. 2a ed. São Paulo: Ed. 34, 2008.

_____. The social dynamics of disrespect: situating critical theory today. In: DEWS, Peter (Org.). *Habermas: a critical reader*. Oxford: Blackwell Publishers, 1999.

HOULE, G. A sociologia como ciência da vida: a abordagem biográfica. In: POUPART, J. *et al* (Orgs.). *A Pesquisa Qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. Petrópolis: Vozes, 2008).

IANNI, Octavio. A sociologia e o mundo moderno. *Tempo Social, São Paulo*, v. 1, n. 1, pp. 7- 27, 1989.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Sistemas de estatísticas vitais no Brasil: avanços, perspectivas e desafios*. Org. Antônio Tadeu Ribeiro de Oliveira; Rio de Janeiro: IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais, 2018. 70 p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101575.pdf>. Acesso em julho de 2019.

JAGGAR, Alison M.; BORDO, Susan R. *Gênero, Corpo e Conhecimento*. Orgs. Alison M. Jaggar e Susan R. Bordo; tradução de Britta Lemos de Freitas. Rio de Janeiro; Record: Rosa dos Tempos, 1997.

JORDAN, Brigitte. *Birth in four cultures. A crosscultural investigation of childbirth in Yucatan, Holland, Sweden and the United States*. Prospect Heights: Waveland Press, Inc. 1993.

_____. Authoritative Knowledge and its construction. In: DAVIS-FLOYD, Robbie; SARGENT, Carolyn F. (Orgs.) *Childbirth and authoritative Knowledge: Cross-cultural perspectives*. Berkeley: University of California Press, 1997, p. 55-79. KELLY, Michael., DAVIES, John.K. & CHARLTON, Bruce.G. 'Healthy cities: a modern problem or a postmodern solution', in M. Sidell, L. Jones, J. Katz and A. Peberdy (editors) *Debates and Dilemmas in Promoting Health: A Reader*. Houndsmills, Basingstoke: Macmillan Press Ltd. 1997.

KUMAR, Krishan. *Da Sociedade Pós-Industrial à Pós-Moderna*. Novas Teorias sobre o Mundo Contemporâneo. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1997.

LACAN, Jacques. *O Seminário, livro 1: os escritos técnicos de Freud (1953-54)*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. 1996.

_____. *O Seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*

(1964). Rio de Janeiro: Zahar. 2008.

LAHIRE, Bernard. L'homme pluriel: Les ressorts de l'action. Paris: Fayard, 2011.

LAPLANCHE, Jean; PONTALIS, Jean-Bertrand. Vocabulário de psicanálise. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

LASSONDE, Louise. Los desafios de la demografía. ¿que calidad de vida habrá en el siglo XXI? México: Fondo de Cultura Económica/UAM; 1997. p. 52. [SEP]

LAURENTI, Rui, MELLO-JORGE, M. Helena P. de & GOTLIEB, Sabina L. D. Reflexões sobre a mensuração da mortalidade materna. Cad. Saúde Pública, vol.16, n.1, pp. 23-30. Jan 2000. ISSN 0102-311X.

LE BRETON, David. Adeus ao Corpo: antropologia e sociedade. Campinas: Papirus. 2003.

LEGRAND, Michel. L'approche biographique. Paris: Desclée de Brouwer; Marseille: Hommes et perspectives, 1993.

LÉVI-STRAUSS, Claude. Antropologia estrutural. Tradução de Chaim Samuel Katz e Eginardo Pires. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro. 1975

_____. Introdução à obra de Marcel Mauss. In: MAUSS, Marcel. Sociologia e Antropologia. São Paulo: Cosac e Naify. 2003.

LEVY, André. Ciências Clínicas e Organizações Sociais: sentido e crise de sentido. Belo Horizonte: Autêntica, Fumec, 2001.

LIMA, Kátia M.R. Maternidade Leila Diniz (1994-1996): nascimento de um novo profissional de saúde? [dissertação] Rio de Janeiro (RJ): Fundação Instituto Oswaldo Cruz. Instituto Fernandes Figueiras; 1997.

LIMA, Nei C. (2003). Narrativas orais: uma poética da vida social. Brasília: EDUNB.

LIPOVETSKY, G. La tercera mujer. Barcelona: Anagrama, 1999.

LUKÁCS, Georg. História e consciência de classe. Tradução: Rodnei Nascimento. Martins Fontes: São Paulo, 2003.

MANNHEIM, Karl. *Ideologia e Utopia*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1972.

MARTINS, Cleusa; MATTOS, Diego. Parto domiciliar planejado. In: AMARAL, W. N. ; VIGGIANO, M.G.; MOREIRA, S. F. Assistência ao *Assistência ao Parto Humanizado e neonatal*. Goiânia: In: AMARAL, W. N.; Contato Comunicação, 2014. p. 86 -97.

MARX, Karl. Crítica da filosofia do direito de Hegel, São Paulo, Boitempo. p. 155-156, 2005.

_____. O Capital, Livro I. São Paulo: Boitempo, 2013.

MAUSS, Marcel. As técnicas do corpo. In Sociologia e Antropologia. São Paulo: Cosacnaif. 2003.

McADAM, Doug. Political process and the development of black insurgency. Chicago: University of Chicago Press, 1999.

McCARTHY, John. D.; ZALD, Mayer N. Resource mobilization and social movements: a partial theory. In: American Journal of Sociology, vol. 82, nº 6. 1977.

MELUCCI, Alberto. "The new social movements: a theoretical approach." Social Science Information, v. 19, n. 2, 1980.

_____. Getting Involved: Identity and Mobilization Social Movements. Klandermans, Kriesi e Tarrow, in: International Social Movement, vol. 1. Greenwich Cnn, JAI Press, p. 305-348.

_____. Challenging codes: collective action in the information age. Cambridge: Cambridge University Press, 1996.

_____. Nomads of the present: social movements and individual needs in contemporary society. London: Hutchinson, 1989.

_____. A invenção do presente: movimentos sociais nas sociedades complexas. Petrópolis: Vozes, 2001.

MENZIEZ, Isabel.E.P. A case-study in the functioning of social systems as a defense against anxiety: a report on a study of the nursing service. In: Human Relations. Vol. 13 issue: 2, p. 95-121. 1960.

MERLEAU-PONTY, Maurice. *O visível e o invisível*. 3. ed. São Paulo: Perspectiva, 1992.

MERLEAU-PONTY, Maurice. Fenomenologia da percepção. 2ª.ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

MEYER, Dagmar E. Direitos Reprodutivos e educação para o exercício da cidadania reprodutiva: Perspectivas e desafios. In: FONSECA, Claudia; TERTO JR, Veriano; ALVES, Caleb F. (Orgs.). Antropologia, diversidade e direitos humanos: Diálogos interdisciplinares. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2004, p. 87-101.

MILLS, Charles Wright. The sociological imagination. Oxford: Oxford University Press, 1957

MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento científico: pesquisa qualitativa em saúde. 2. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1994.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. DATASUS. Sistema de Informações de Nascidos Vivos – SINASC, 2016.

_____. DATASUS. Sistema de Informações de Mortalidade – SIM, 2016

_____. DATASUS. Sistema de Informações Hospitalares – SIH/SUS, 2016.

_____. A Vigilância da Mortalidade Materna e Infantil no Brasil. In: Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília, p. 2, 2013. Link: <https://slideplayer.com.br/slide/338886/> Acessado em: agosto de 2016.

MITCHELL, Geoffrey D. *A New Dictionary of Sociology*. London: Routledge & Kegan Paul., 1979.

MOTT, Maria L. Fiscalização e formação das parteiras no Estado de São Paulo (1880 – 1920). *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 46-53, mar, 2001.

_____. Parteiras: o outro lado da profissão. *Revista Gênero*. Niterói, v. 6, n. 1, p. 117 -140, 2. sem., 2005.

_____. Madame Durocher, modista e parteira. *Estudos Feministas*. N. 1, 1994.

_____. O curso de partos: deve ou não haver parteiras? *Cadernos de Pesquisa*, São Paulo, n. 108, p. 133-160, 1999.

MOUTA, Ricardo J.; PROGIANTI, Jane M. Estratégias de lutas das enfermeiras da maternidade Leila Diniz para implantação de um modelo humanizado de assistência ao parto. In: *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2009 Out-Dez; 18(4): 731-40.

MOUTA, Ricardo J. A reconfiguração do espaço social da Maternidade Leila Diniz: a luta das enfermeiras obstétricas pela implantação do modelo humanizado de assistência ao parto [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem; 2009.

NASCER NO BRASIL. Inquérito Nacional sobre parto e nascimento. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, 2014.

NASH, Aneidith & NASH Jeffrey E. 'Conflicting interpretations of childbirth: The medical and natural perspectives', *Urban Life*, Vol. 7, No. 4, pp.493-512, 1979.

NONATO, Ticiania Ramos. *Humanização do parto nos contextos público e privado no Distrito Federal*. Brasília: Departamento de Sociologia da Universidade de Brasília, 2007, 230p. (Dissertação, mestrado).

NUNES, Jordão H. “A seu dipor!”: identidade e interação no trabalho em serviços. In: *A seu dipor!: Sociologia do trabalho em serviços*. Goiânia: Ed. da PUC-Goiás, 2011, p. 15-48.

_____. Interacionismo simbólico e movimentos sociais: enquadrando a intervenção. In: *Revista Sociedade e Estado*, v. 28, n. 2, maio/agosto de 2013.

NUNES, Jordão H. & GOMIDE, Maria F. *O trabalho de Enfermagem na humanização da atenção a nascimentos e partos em Goiânia, Brasil*. In: Revista da ABET, v. 15, n. 2, julho a dezembro de 2016.

OAKLEY, Ann. *Becoming a Mother*. Oxford: Martin Robertson, 1979.

_____. *Women Confined: Towards a Sociology of Childbirth*. Oxford: Martin Robertson, 1980.

_____. *The Captured Womb: A History of the Medical Care of Pregnant Women*. Oxford: Basil Blackwell, 1984.

OFFE, Claus. *New social movements: challenging the boundaries of institutional politics*. *Social Research*, New York, v. 52, n. 4, p. 817-868, 1985 b.

OLDMAN, Christine. 'Later life and the social model of disability: a comfortable partnership?' In: *Ageing & Society*, Vol. 22, pp. 791-806, 2002.

OLSON, Mancur. *A Lógica da Ação Coletiva*. Trad. Fabio Fernandez. São Paulo. Edusp, 1999.

ONOKO CAMPOS, R & Furtado, J.P. *Narrativas: apontando alguns caminhos para a sua utilização na pesquisa qualitativa em saúde*. In: ONOKO CAMPOS, R. et al. São Paulo: Adraldo & Rothschild, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Assistência ao Parto Normal: um guia prático*. Genebra: OMS, 1996. 54 p

_____. *Declaração de prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto*. OMS, 2014.

_____. *Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas*. OMS, 2015.

_____. *Estatísticas da força de trabalho em saúde é produzida pelo Departamento de Recursos Humanos para a Saúde*. OMS, 2008. Link: https://www.who.int/hrh/statistics/Spotlight_2_PO.pdf?ua=1. Acessado em dezembro de 2019.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). *Folha informativa – Mortalidade materna*. OPAS, 2018.

OSAWA, Ruth H., RIESCO, Maria Luiza G., TSUNECHIRO, Maria Alice. *Parteiras-enfermeiras e Enfermeiras-parteiras: a interface de profissões afins, porém diferentes*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 59, n. 5, pp. 699-70, 2006.

OSIS, Maria José M. *Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil*. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 14, Sup 1, p. 25 -32, 1998.

PAGÈS, Max. *O sistema sócio-mental do hospital*. In: *Cenários Sociais e Abordagem Clínica*. São Paulo: Escuta; Belo Horizonte, Fumec 2001.

PAIS, J.M. *Vida cotidiana: enigmas e revelações*. São Paulo: Cortez, 2003.

PAIS, José Machado. Cotidiano e reflexividade. Educ. Soc., Campinas, vol. 28, n. 98, 2007, p. 23-46.

PERUSSI, Artur (org). *Mapeamento e identidade do profissional do PSF na cidade de João Pessoa*. Relatório de Pesquisa. Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa-PB, 2013.

PINEU, G. & LEGRAND, J.L. *Les Histoires de Vie*. Paris: Presses Universitaires de France, 1993.

PITANGUY, Jacqueline. O movimento nacional e internacional de saúde e direitos reprodutivos. In: GIFFIN, Karen; COSTA, SarahHawker (Org.). *Questões de Saúde Reprodutiva*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 19-38, 1999.

PNDS 2006: Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher: relatório. In: Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Brasília, 2008. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/pnds/img/relatorio_final_pnds2006.pdf>. Acesso em: 10 julho de 2019.

QUINET, Antônio. *Os outros em Lacan*. Rio de Janeiro: Zahar. 2012.

RABÊLO, Francisco C.E. Dilemas da sociologia como autoconsciência em tempos de reflexividade. Aula de boas-vindas ao Programa de Pós-Graduação de Sociologia da Universidade Federal de Goiás. Mimeo. 2014.

RATTNER, Daphne; BELTRÃO, Renata S.; DINIZ, Simone G.; JONES, Ricardo H.; LOPES, Tatiana C.; SANTOS; Silvéria. Os Movimentos Sociais na Humanização do Parto e do Nascimento do Brasil. In: *Cadernos Humaniza SUS. v. 4: Humanização do parto e do nascimento*. Ministério da Saúde. Brasília-DF, 2014. P. 109 -132.

RATTNER, Daphne; THEOPHILO, Rebecca; PEREIRA, Éverton. Vulnerabilidade de mulheres negras na atenção ao pré-natal e ao parto no SUS: análise da pesquisa da Ouvidoria Ativa. In: *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(11):3505-3516, 2018.

REDE DE HUMANIZAÇÃO DO PARTO E DO NASCIMENTO – REHUNA. Carta de Campinas. 1993. Link: <http://ongamigasdoparto.blogspot.com/2011/05/carta-de-campinas-ato-de-fundacao-da.html>. Acessado em janeiro de 2020.

REZENDE, Cláudia B. Emoção, corpo e moral em grupos de gestante. *RBSE – Revista Brasileira de Sociologia da Emoção*, v. 11, n. 33, pp. 830-849, dezembro de 2012.

RHÉAUME, Jacques. *Quand l’histoire devient agissante*. GAULEJAC, Vincent de (org.). *Intervenir par le récit de vie: Entre histoire collective e histoire individuelle*. Toulouse : Éditions Érès, 2010.

RIBAUT, Thierry. Cuidadoras domiciliares: que tipo de profissionalização?. In: GUIMARÃES, Nadya; HIRATA, Helena (orgs). *Cuidado e cuidadoras: as várias faces do trabalho do care*. São Paulo: Editora Atlas, 2012, p. 119 – 132.

RODRIGUEZ NETO, Eleutério. Saúde: promessas e limites da Constituição. In: Rodrigues Neto, E, Temporão, José Gomes, *et al*, (orgs.). *Saúde: promessas e limites da Constituição*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 122.

ROHDEN, Fabíola. Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2001.

ROOKS, Judith P. 'The context of nurse-midwifery in the 1980s: our relationships with medicine, nursing, lay-midwives, consumers and health care economist'. In: *Journal of Nurse-midwifery*, Vol. 28, No. 5, pp.3-8, 1983.

ROTHMAN, Barbara k. *Encyclopedia of Childbearing: Critical Perspectives*. The Oryx Press, Nova York. 1993.

ROUSH, R. E. The development of midwifery - Male and Female, Yesterday and Today. *Journal of Nurse-Midwifery*, Silver Spring, v. 24, n. 3, p, 27-37, may/june 1979.

SAFFIOTI, Heleieth. A ontogênese do gênero. In: *A Construção dos Corpos. Perspectivas Feministas*. STEVENS, Cristina e SWAIN, Tânia (orgs.). Florianópolis, Editora das Mulheres, 2008.

SARTRE, Jean-Paul. Prefácio. In FANON, Franz. *Os condenados da terra*. 2 ed. Trad. J. L. de Melo. Rio de Janeiro: Civilização brasileira, 1979, p. 3-21.

SAFATLE, Vladimir P. Quando as ruas queimam: manifesto pela emergência. São Paulo: n – 1 edições. 2016.

SCAVONE, Lucila. A maternidade e o feminismo: diálogo com as ciências sociais. *Cadernos Pagu*, 16: 137-150, 2001.

_____. *Dar a vida e cuidar da vida: Feminismo e Ciências Sociais*. São Paulo: Editora UNESP, 2004.

SCAVONE, Lucila & BATISTA, Luís. E. *Pesquisas de Gênero: entre o público e o privado*. Araraquara: Faculdade de Ciências e Letras Unesp, Laboratório Editorial, 2000.

SCHERER-WARREN, Ilse. *Movimentos sociais: um ensaio de interpretação sociológica*. 2a ed. Florianópolis, Ed. da UFSC, 1987- 2a ed.

_____. *Redes de movimentos sociais*. 2a ed. São Paulo, Edições Loyola, 1996.

SCHNECK, Camilla Alexsandra; RIESCO, Maria Luiza G.; BONADIO, Isabel C.; DINIZ, Carmem Simone G.; VASCONCELOS DE OLIVERA, Sonia Maria J. Resultados maternos e neonatais em centro de parto normal peri-hospitalar e hospital. *Rev. Saúde Pública* vol.46 no.1 São Paulo Feb. 2012.

SCHRAIBER, Lílian B. O médico e seu trabalho: limites da liberdade. São Paulo: Hucitec, 1993.

_____. Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica. *Revista de Saúde Pública*, 29(1):63 -74, 1995.

_____. Medicina Tecnológica e Prática Profissional Contemporânea: novos desafios, outros dilemas. Tese de Livre-Docência, São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 1997.

_____. O médico e suas interações: a crise dos vínculos de confiança. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008.

SCOTT, James. *Domination and the arts of resistance: Hidden transcripts*. New Haven: Yale University Press, 1990.

SCHILLING, Chris. *The Body and Social Theory*. London: Sage Publications. 1993.

SCHMIDT, Denise R.C.; DANTAS, Rosana Aparecida S.; MARZIALE, Maria Helena P. Ansiedade e depressão entre profissionais de enfermagem que atuam em blocos cirúrgicos. *Rev Esc Enferm USP*. 2011 Abr; 45(2):487-93.

SCHIRMER, Janine *et al.* A formação da enfermeira obstetra na Universidade de Pernambuco, Brasil: 35 anos de história. *Acata Paulista de Enfermagem*, v. 21, n. 2, p. 31- 366, 2008.

SERRUYA, Suzanne. A Experiência do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) do Ministério da Saúde no Brasil, 2003. Tese de Doutorado, Campinas: Universidade Estadual de Campinas.

SERRUYA, Suzanne; CECATTI, José Guilherme; LAGO, Tania di Giacomo do. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20(5):1281- 1289, set-out, 2004.

SÉVIGNY, R. Abordagem Clínica nas Ciências Humanas. In: *Cenários Sociais e Abordagem Clínica*. São Paulo: Escuta; Belo Horizonte, Fumec 2001.

SILVA, Hélio Alexandre; RAVAGNANI, Herbert Barucci. Estruturas e fundamentos sociais: a leitura honnethiana de Habermas. *Trans/formação*, Marília, v. 36, n. 2, p.155-178, Maio/Agosto, 2013.

SILVA, Pedro H. O que fazemos do que fazem de nós: trajetórias sociais e militância entre os catadores de matérias recicláveis no Brasil. Tese de Doutorado. Programa de Pós-graduação em Sociologia. Universidade de Brasília. Brasília-DF, 2015.

SNOW, David. A. “Framing Processes, Ideology, and Discursive Fields”, In: SNOW, D. A.; SOULE, S.A. & KRIESI, Hanspeter (Ed.). *The Blackwell Companion to Social Movements*. Oxford: Blackwell, 2004. p. 380-411.

SOBHY, Soha, ARROYO-MANZANO, David; MURUGESU, Nilaani et al. Maternal and perinatal mortality and complications associated with caesarean section in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. In: *The Lancet*. Vol. 393, p. 1973 -1982. 2019.

TAVOLARO, LÍLIA G. M.; TAVOLARO, SERGIO B. F. O corpo, protagonista da modernidade? Os desafios epistemológicos do discurso pela humanização do parto. XV Congresso Brasileiro de Sociologia. Curitiba-PR, 2011.

TEIJLINGEN, Edwin van. A Critical Analysis of the Medical Model as used in the Study of Pregnancy and Childbirth. *Sociological Research Online*, Volume 10, Issue 2, 2005. Disponível em: www.socresonline.org.uk/10/2/teijlingen.html. Acesso em: agosto de 2019.

TILLY, Charles. From mobilization to revolution. Newberry Award Records, 1978.

TORNQUIST, Carmen S. *Parto e poder: análise do movimento pela humanização do parto no Brasil*. Tese de doutorado. Programa de Pós-Graduação em Antropologia, UFSC. 2004.

TOURAINÉ, Alain. Os movimentos sociais. In: FORACCHI, M. M.; MARTINS, J. de S. *Sociologia e sociedade*. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos Editora. 1977.

_____. La voix et le regard. Paris: Seuil, 1978.

_____. Palavra e sangue. *Política e sociedade na América Latina*. Campinas: Ed. Unicamp, 1989.

_____. El sujeto. Un nuevo paradigma para comprender el mundo de hoy. Buenos Aires: Paidós, 2006.

UNFPA – Fundo de População das Nações Unidas. 214 milhões de mulheres não têm acesso a métodos contraceptivos no mundo. UNFPA; 2017. Disponível em: <https://brazil.unfpa.org/pt-br/news/214-milh%C3%B5es-de-mulheres-n%C3%A3o-t%C3%A3o-acesso-m%C3%A9todos-contraceptivos-no-mundo>. Acesso em agosto de 2018.

VANDERBERGHE, Frédéric. Globalização e individualização na modernidade tardia. Uma introdução teórica à sociologia da juventude. *Mediações*, Londrina, V. 19 N. 1, P. 265 – 316, Jan./ Jun. 2014.

VIEIRA, Marisa R. Resgate de práticas de parteiras leigas: A humanização da atenção ao parto. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Porto Alegre: UFRGS, 2004.

WAGNER, Marsden. 1997. Confessions of a dissident. In: R Davis-Floyd & C Sargeant (eds.). *Childbirth and authoritative knowledge – cross-cultural perspectives*. University of California Press, Berkely e Los Angeles. p. 366 - 495, 1997.

WEBER, Max. *Ciência e Política: duas vocações*. São Paulo: Editora Cultrix, 1996.

WILSHIRE, Donna. Os usos do mito, da imagem e do corpo da mulher na re-imaginação do conhecimento. In: *Gênero, Corpo e Conhecimento*. Orgs. Alison M. Jaggard e Susan R. Bordo; tradução de Britta Lemos de Freitas. Rio de Janeiro; Record: Rosa dos Tempos, 1997.

WIRTH, Louis. (1931) "Clinical sociology"; en: *The American Journal of Sociology*, Vol. 37, Nº 1, jul., pp. 49-66.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *The world health report 2005: Make every woman and child count*. Geneva: WHO; 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Care in normal birth; a practical guide*. Maternal and Newborn Health / Safe Motherhood Unit. Family and Reproductive Health. Geneva: WHO. 1996.

OUTROS SITES VISITADOS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ORGANIZAÇÕES NÃO GOVERNAMENTAIS - ABONG. Link: <https://abong.org.br/associadas/grupo-curumim/>. Acessado em setembro de 2019.

AGÊNCIA BRASIL DE COOPERAÇÃO – ABC. Link: <http://www.abc.gov.br/treinamentos/informacoes/oqueetcp.aspx>. Acessado em setembro de 2019.

CASA DE PARTO NOVE LUAS, LUA NOVA; 2012. Link: <http://casadopartonoveluasluanova.blogspot.com/?fbclid=IwAR1DuZMmc2dsf6tnihr4xQapPEOVrEgcg10FDwfJdN7CUG9cc5eIRJB2rOk>). Acessado em dezembro de 2019.

GRUPO CUMURIM. Link: http://www.grupocurumim.org.br/index.php/?page_id=15. Acessado em dezembro de 2019.

HOSPITAL SOFIA FELDMAN. Link: <http://www.sofiafeldman.org.br/o-hospital/historia/>. Acessado em setembro de 2019.

INSTITUTO MICHEL ODENT. Link: <https://institutomichelodentorgbr.wordpress.com/biografia/>. Acessado em agosto de 2019.

ONG AMIGAS DO PARTO (Carta de Campinas). Link: <http://ongamigasdoparto.blogspot.com/2011/05/carta-de-campinas-ato-de-fundacao-da.html>. Acessado em janeiro de 2020.

PARTO ALTERNATIVO. Link: <http://partoalternativo.blogspot.com/p/sobre-o-gpa.html>. Acessado em dezembro de 2019.

PROJETO RELEITURAS ARNALDO NOGUEIRA. Link: http://www.releituras.com/jregio_cantico.asp. Acessado em janeiro de 2020.

PRIMAL HEALTH RESEARCH DATABANK. Link: primalhealthresearch.org. Acessado em maio de 2019.

REDE FEMINISTA DE SAÚDE DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS. Link: <http://redesaude.org.br/institucional/>). Acessado em março de 2020.

ANEXOS

Imagem 1 – Casa Angela, Centro de Parto Humanizado.



Fonte: Site Institucional da Casa Angela: <http://www.casaangela.org.br/historia.html>. Consultado em dezembro de 2019.

Imagem 2 – Casa Angela, Centro de Parto Humanizado



Fonte: Site Institucional da Casa Angela: <http://www.casaangela.org.br/historia.html>. Consultado em dezembro de 2019.

Imagem 3 – Hospital São Pio X, Ceres – GO, sem registro de data.



Fonte: Catálogo da biblioteca do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Série: Acervo dos municípios brasileiros - <https://biblioteca.ibge.gov.br/biblioteca-catalogo.html?id=439090&view=detalhes>. Consultado em dezembro de 2019.

Imagem 4 – Hospital São Pio X, Ceres – GO, 1983



Fonte: Catálogo da biblioteca do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Série: Acervo dos municípios brasileiros - <https://biblioteca.ibge.gov.br/biblioteca-catalogo.html?id=439099&view=detalhes>. Consultado em: Dezembro de 2019.

Imagem 5 – Hospital Sofia Feldman, Belo Horizonte - MG



Fonte: Acervo da autora, 2019.

Imagem 6 – Hospital Sofia Feldman, Belo Horizonte - MG



Fonte: Acervo da autora, 2019.

Imagem 7: Comemoração do quarto ano de existência da Casa de Parto Nove Luas, Lua Nova, Niterói-RJ



Fonte: Blogspot da Casa de Parto Nove Luas, Lua Nova: <http://casadopartonoveluasluanova.blogspot.com/?fbclid=IwAR24Y0hSqtbnplmoOiVlcoVRRnRhqxi3WPrStnsbkUfC1hnBNINzKD42TZs>. Consultado em dezembro de 2019.

Imagem 8: Comemoração do quarto ano de existência da Casa de Parto Nove Luas, Lua Nova, Niterói-RJ.



Fonte: Blogspot da Casa de Parto Nove Luas, Lua Nova: <http://casadopartonoveluasluanova.blogspot.com/?fbclid=IwAR24Y0hSqtbnplmoOiVlcoVRRnRhqxi3WPrStnsbkUfC1hnBNINzKD42TZs>. Consultado em dezembro de 2019.

Imagem 9: Publicação da Casa de Parto Nove Luas, Lua Nova. Ano 2, Nº 8. Dezembro de 1996.



Fonte: Blogspot da Casa de Parto Nove Luas, Lua Nova:
<http://casadopartonoveluasluanova.blogspot.com/?fbclid=IwAR24Y0hSqtbnplmoOiVlcoVRRnRhqxi3WPrStnsbkUfC1hnBNINzKD42TZs>. Consultado em dezembro de 2019.

Imagem 10: Grupo de Parto Alternativo, 2004.



Fonte: Jornal da Unicamp, Edição 272 – de 25 a 31 de 2004

Imagem 11 – Oficina de Trocas de Saberes com Parteiras Tradicionais, realizada em outubro de 2013, em Brasília-AC.



Fonte: Acervo da Autora.



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA
DOUTORADO EM SOCIOLOGIA

Pesquisa - “RE-PARIR-SE”: Sujeito Político, Engajamento e Trajetórias Militantes no Movimento de Humanização do Parto e do Nascimento no Brasil

Instrumento para Coleta das Informações

Nome: _____

1. Quem é a militante _____? (Falar da sua trajetória pessoal, familiar, e seu engajamento com o MHPNB);
 - 1.1 Explorar aqui a percepção da posição social que o movimento lhes possibilita.
2. Por favor, poderia falar um pouco sobre o MHPNB? Como se iniciou e como foi se constituindo?
3. Na sua opinião, qual a principal “agenda” /aspectos fundamentais do MHPNB?
4. Ainda sobre o MHPNB, quais foram os principais impedimentos encontrados e as dificuldades enfrentadas pelo movimento?
5. E ao longo da sua trajetória militante? Quais foram os principais impedimentos encontrados e as dificuldades enfrentadas?
 - 5.1 Explorar aqui o como as militantes vivenciaram e articularam contradições.
6. Por favor, poderia me contar como foi/é sua vivência junto à administração pública (formulação e execução de políticas públicas)?
7. Quais os principais desdobramentos do MHPNB? Você acha que eles ofereceram ganhos para as mulheres brasileiras?
8. Como você percebe a mobilização em torno do/participação no MHPNB, por parte das mulheres brasileiras?
9. Na sua visão, quais são os desafios que o MHPNB tem pela frente? Qual o futuro dos profissionais “humanizados”?



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Convidamos a senhora a participar voluntariamente do projeto de pesquisa “RE-PARIR-SE’: **SUJEITO POLÍTICO, ENGAJAMENTO E TRAJETÓRIAS MILITANTES NO MOVIMENTO DE HUMANIZAÇÃO DO PARTO E DO NASCIMENTO NO BRASIL**”, sob a responsabilidade da pesquisadora Luciana Nunes Fonseca. O objetivo desta pesquisa é o de compreender os sentidos do engajamento militante de atoras do Movimento de Humanização do Parto e do Nascimento (MHPN) no Brasil, que, por sua vez, também tiveram expressão nacional na formulação de políticas públicas de saúde reprodutiva para as mulheres, desde 2011 até os dias atuais. A senhora receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá, sendo mantido o mais rigoroso sigilo de quaisquer informações que permitam identificá-la. A sua participação se dará por meio de uma entrevista.

Os riscos relacionados à sua participação serão o de possível desconforto em relação à exposição durante a entrevista, porém todos os cuidados serão tomados de forma a garantir a confidencialidade e a privacidade da entrevistada, de forma a minimizar os riscos. Se você aceitar participar, estará contribuindo para ampliar os conhecimentos e a visibilidade sobre o movimento de humanização do parto e do nascimento no Brasil, oferecendo possibilidades para a construção de novas narrativas sociais e política acerca do tema.

A senhora pode se recusar a participar do presente estudo por qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo. Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda da pesquisadora por um período de cinco anos, após isso serão destruídos.

Se a senhora tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, a pesquisadora poderá ser contatada na Faculdade de Ciências Sociais da Universidade de Brasília, no telefone (61) 3107-1508 e (61) 98282-0678, disponível inclusive para ligação à cobrar, ou por e-mail: fonseca.luciana@gmail.com.

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com a senhora.

Nome / assinatura

Pesquisadora Responsável
Nome e assinatura

Brasília, ____ de _____ de 2019.