



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

Centro de Ciências Sociais

Instituto de Ciências Sociais

Paula de Carvalho Neves

**O sexo do parto e o parto social**

Rio de Janeiro

2018

Paula de Carvalho Neves

**O sexo do parto e o parto social**



Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Sociologia.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Clara de Oliveira Araújo

Rio de Janeiro

2018

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CCS/A

N518      Neves, Paula de Carvalho.  
              O sexo do parto e o parto social / Paula de Carvalho Neves. – 2018.  
              184 f.

              Orientadora: Clara de Oliveira Araújo.  
              Tese (Doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro,  
              Instituto de Ciências Sociais.

              1. Gestantes – Teses. 2. Parto normal – Teses. 3. Direitos reprodutivos –  
              Teses. I. Araújo, Clara Maria de Oliveira, 1958-. II. Universidade do Estado do  
              Rio de Janeiro. Instituto de Ciências Sociais. III. Título.

CDU 396

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese desde que citada a fonte.

---

Assinatura

---

Data

Paula de Carvalho Neves

**O sexo do parto e o parto social**

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de Concentração: Sociologia

Aprovada em 12 de novembro de 2018.

Banca Examinadora:

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Clara de Oliveira Araújo (Orientadora)  
Instituto de Ciências Sociais - UERJ

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Bila Sorj  
Universidade Federal do Rio de Janeiro

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Moema Guedes  
Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Andrea de Sousa Gama  
Faculdade de Serviço Social - UERJ

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Claudia Barcellos Rezende  
Instituto de Ciências Sociais - UERJ

Rio de Janeiro

2018

## **DEDICATÓRIA**

Ao meu companheiro de aventuras e à minha família, somente o amor faz superar todos os desafios.

## AGRADECIMENTOS

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

À Clara Araújo, que desde o início desse processo acreditou nos meus esforços, primeiro como professora e depois como amiga. Foi um privilégio passar todos estes anos contigo como sua orientanda. Aprendizado e vigor acadêmico inesgotáveis.

Ao corpo docente do PPCIS/UERJ e às companheiras do NUDERG/UERJ, em todas as aulas e reuniões eu guardei algo muito valioso da vida acadêmica, o amor pela democracia e a luta incessante pela justiça social através do conhecimento.

A todos/as da SSEVP que me ensinam todos os dias que políticas públicas se constroem com trabalho em equipe e competência.

Às minhas amigas Giulia, Marisa e Verlaine, pelos inúmeros abraços e pela delicadeza dos gestos na convivência. Aprendo todos os dias as melhores lições ao lado de vocês, juntas formamos elos fortes que nos empoderaram e levantam outras mulheres. Um aprendizado diário sobre o que é o feminismo.

À Tânia, minha psicóloga, que me ajudou muito com gestos simples e sábios. Nada disso, seria possível sem as nossas reflexões nas tardes de quinta.

Ao meu padrinho e amigo Fábio, uma pessoa iluminada na minha vida, que me ajudou a organizar meus sentimentos nas horas que mais precisei.

Agradeço à família Maia Duarte, que me recebeu sempre de braços abertos todos estes anos, confiando em mim e me aceitando como mais um membro.

À minha irmã Claudia, pela determinação e coragem incessantes, todos os meus dias são melhores quando eu lembro que para ti, cada dia é uma excelente oportunidade de para ser feliz. À minha irmã Flavia pela força de caráter e por seu coração caridoso, eles me fazem acreditar que quebrar barreiras é uma característica feminina.

À minha madrinha Moema, é um privilégio tê-la em minha vida, sua luz e delicadeza nas relações são, por vezes, a minha esperança no ser humano.

À minha mãe Lucia, uma mãe que está sempre disposta ao carinho e ao amor. Esta tese tem muito da perseverança que você nos ensinou e da bondade que você coloca nas relações. Ao meu pai Ney, pelo carinho e vibração de sempre, com você aprendi que ter fé na vida é o primeiro passo para o sucesso. À Clea que me recebe sempre com coração e olhos de mansidão.

Ao meu querido companheiro Daniel. Nossa união é um dos maiores presentes que recebi da vida. Juntos conquistamos o melhor pudemos até aqui, nós mesmos.

À natureza perfeita e aos meus mentores espirituais, por me transmitirem calma e equilíbrio para oferecer o melhor de mim na construção desse trabalho.

O termo “gênero” começou a ser utilizado como categoria de análise a partir de 1970 com o objetivo de dar visibilidade às desigualdades entre homens e mulheres. Logo, tanto na origem da sua criação, quanto no uso corrente em debates sobre a superação das desigualdades, falar de “gênero” tem como finalidade promover a devida atenção e crítica das discriminações sofridas pelas mulheres, e tentar achar meios para que todas e todos possamos juntos enfrentar este cenário. Desde quando falar sobre uma opressão, que gera tantas mortes, é falar sobre alguma doutrinação?(Discurso que ia ser proferido na votação do dia 27 de março de 2018, na Câmara Municipal do Rio de Janeiro sobre o Plano Municipal de Educação)

*Marielle Franco*

## RESUMO

NEVES, Paula Carvalho. **O sexo do parto e o parto social**. 2018. 184 f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Instituto de Ciências Sociais, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

A presente pesquisa analisa a assistência ao parto no Rio de Janeiro, tendo por base, o discurso do parto normal no atendimento particular a gestantes desta cidade. Para isto, como fontes de pesquisa foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com profissionais que estão envolvidas na assistência ao parto no âmbito privado e observações de campo em rodas de gestantes nas regiões da Zona Sul e Zona Norte da cidade, no período de agosto a dezembro de 2017. O foco da análise é a compreensão do discurso do parto normal como uma categoria que pode ser entendida sob o viés dos direitos reprodutivos e das questões que envolvem a discussão de gênero, classe e raça, no que tange ao acesso a estes direitos. A pesquisa foi realizada na cidade do Rio de Janeiro e levou em consideração as diferenças sociais entre o acesso à assistência ao parto de gestantes da Zona Norte da cidade e da Zona Sul. Para tecer considerações a este respeito, foram levantados dados sociodemográficos de cada região, acrescido a isso, dados sobre a própria assistência.

Palavras-chave: Gênero. Direitos Reprodutivos. Assistência ao Parto.



## ABSTRACT

NEVES, Paula Carvalho. **The sex of childbirth and social childbirth**. 2018. 184 f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Instituto de Ciências Sociais, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

The present research analyses the assistance to the parturition in Rio de Janeiro, based on the discourse of child birth at the private attendance to the pregnant women of the city. As sources of survey, semi-structured interviews were done with professionals who are involved in the assistance to the childbirth in the private sphere and field observations with groups of pregnant women in the South and North regions of the city, from August to December, 2017. The focus of the article is the comprehension of the speech of normal child birth as a category which can be apprehended under the point of reproductive rights and the questions which encompass gender discussion, class and race, considering the Access to the services. The research was carried out in the city of Rio de Janeiro and took into account the social differences between Access to child birth care for pregnant women in the North Zone of the city and the South Zone, added to this, data on the assistance itself.

Keywords: Gender. Reproductive rights. Childbirth assistance

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Exemplo de notícia de parto ligado às publicações em páginas do Facebook, 2017.....	23
Figura 2 – Exemplo de fotos de parto normal ligado às publicações em páginas do Facebook, 2017 .....	23
Figura 3 – Município do Rio de Janeiro, segundo Áreas de Planejamento de Saúde, 2013 .....	93
Figura 4 – Maternidades públicas no município do Rio de Janeiro, localização territorial, 2018 .....	96
Figura 5 – Regiões de Planejamento por IDS, ordenadas pelos valores de 2010 .....	98

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Síntese das informações sobre as visitas nas rodas de gestantes, Rio de Janeiro, agosto a novembro de 2017 .....	26
Quadro 2 – Informações sobre as publicações nas páginas dos grupos visitados no período de julho a dezembro de 2017 .....	27
Quadro 3 – Síntese das informações sobre as entrevistas, 2017 .....	29
Quadro 4 – Normativas nacionais que se relacionam com os direitos reprodutivos no Brasil .....	60
Quadro 5 – Síntese das informações das visitas às rodas de gestantes, Rio de Janeiro, agosto a dezembro de 2017 .....	154
Quadro 6 – Categorias, direitos e exemplos de violência obstétrica .....	166

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Taxa de mortalidade materna por 100 mil nascidos vivos, no município do Rio de Janeiro, Áreas Programáticas em Saúde, 2016-2017 .....	100
Tabela 2 – Nascidos vivos, segundo raça/cor, Área de Planejamento (AP) e de residência, Rio de Janeiro, 2015 .....	105
Tabela 3 – População residente por cor ou raça, segundo as Áreas de Planejamento (AP), no Município do Rio de Janeiro, 2010 .....	106

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 –	Distribuição da população por Área de Planejamento, Município do Rio de Janeiro, 2012 .....	94
Gráfico 2 –	Distribuição da população do município do Rio de Janeiro por Áreas de Planejamento, Censo2010 .....	95
Gráfico 3 –	Distribuição proporcional dos nascimentos vivos por tipo de prestador, município do Rio de Janeiro, 2006 a 2016 .....	97
Gráfico 4 –	Distribuição proporcional por nascimentos vivos por tipo de parto, município do Rio de Janeiro, 2006 a 2016 .....	97
Gráfico 5 –	Razão de mortalidade materna segundo dados informados pelos países à Organização Panamericana de Saúde, 2015 .....	102
Gráfico 6 –	Partos de adolescentes na rede de saúde pública do município, por Áreas de Planejamento, Rio de Janeiro, 2016 e 2017 .....	104

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	13
<b>1. MULHERES NA HISTÓRIA: MATERNIDADES E ASSISTÊNCIA AO PARTO</b> .....	35
1.1 <b>Mulheres, cidade e costumes: discursos populares e científicos</b> .....	35
1.2 <b>Cientificismo e maternalismo</b> .....	43
1.3 <b>Saúde materno-infantil: a institucionalização da reprodução</b> .....	49
<b>2 AUTONOMIA E DIREITOS REPRODUTIVOS: A CIDADANIA DAS MULHERES</b> .....	55
2.1 <b>Tratados internacionais, compromissos nacionais</b> .....	55
2.2 <b>Humanização</b> .....	66
<b>3 FEMINISMOS: BASES DA AUTONOMIA</b> .....	78
3.1 <b>Patriarcado: mulheres, maternidade e desigualdades</b> .....	78
3.3 <b>Divisão sexual do trabalho e relações de cuidado: participação do Estado na autonomia feminina</b> .....	84
<b>4 AS ESTATÍSTICAS DO PARTO: INCOERÊNCIAS REPRODUTIVAS</b> .....	90
4.1 <b>Cenário brasileiro e carioca</b> .....	90
4.2 <b>Questões reprodutivas no Rio de Janeiro</b> .....	99
4.3 <b>Mulheres, parto e raça</b> .....	105
<b>5 O QUE É O PARTO NORMAL? PROFISSIONAIS, ASSISTÊNCIAS E SIGNIFICADOS</b> .....	108
5.1 <b>Enfermagem Obstétrica</b> .....	113
5.2 <b>Medicina Obstétrica</b> .....	125
5.3 <b>Doulas</b> .....	141
<b>6 AS RODAS GESTANTES: MULHERES, PARTOS E EXPERIÊNCIAS</b> .....	151
6.1 <b>Rodas das mulheres: perfis e desigualdades</b> .....	152
6.2 <b>Roda das experiências: as intervenções e a violência obstétrica</b> .....	161
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	171
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	175

## INTRODUÇÃO

Nascer é um fenômeno que, fora seu aspecto materialmente biológico, assume significado diferenciado em culturas, cronologias e relações sociais. No entanto, nascer é o que diz do outro, antes há o sujeito que concebe, gesta a sua preparação e seu descolamento. Parir e nascer são verbos que atrelam dois sujeitos, dizem respeito às mulheres e aos bebês e à nossa própria origem como seres humanos. Nós, mulheres, somos afetadas diretamente por estes fenômenos, sobretudo, o parir, que remete ao corpo a sua materialidade.

O parto pode inaugurar uma série de perspectivas em mulheres, e/ou em homens, maternidades e/ou paternidades que se realizam nos cuidados com os bebês. No que tange às mulheres, a via de parto importa para a maternidade? Se compreendermos que a via de parto e a assistência estão no campo da saúde e no âmbito das relações sociais, inscritos como forma de conceber também a maternidade, sim importa. Sobre a via de parto, existem algumas possibilidades, a mais conhecida é pela vagina, podendo ser assistida em unidades de saúde e em domicílios; e, a cirúrgica, cesarianas, na qual o feto é retirado pela barriga da mulher por meio de cirurgia realizada em hospitais pela equipe médica. O aprofundamento desta discussão da via de parto possui aspectos específicos no contexto brasileiro da assistência, que passa, principalmente, pelo reconhecimento da autonomia das mulheres enquanto sujeitos.

Como se chegou a este estudo sobre a via de parto e suas implicações sociais no contexto brasileiro da assistência? No mestrado me deduzi sobre a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde das Mulheres (PAISM), criado em 1983. Busquei a compreensão de como foi criada a política pública e de que maneira foi implantada no município do Rio de Janeiro através das suas idealizadoras e gestoras a época. O que se pretendia no doutorado era entender um pouco da realidade do atendimento em saúde das mulheres atualmente, focando na parte assistencial. Os caminhos de pesquisa se desdobraram para a temática do parto pela coincidência ou não de estar próxima aos trinta anos e de encontrar nas redes sociais muitas reportagens de mulheres falando sobre a temática do *parto normal*.

A ideia era estudar sob quais perspectivas a procura pelo *parto normal* estava se destacando, tendo em conta as informações virtuais que entrei em contato. Uma coisa era certa, o discurso deste tipo de parto, na maneira como via nas reportagens e comentários na rede social do Facebook era algo novo, pelo menos para mim. Então, fui atrás de entender como se operava este discurso e me questioneei se este poderia ou não dar novos contornos à

maternidade tão generificada que pese ao cuidado dos bebês, algo caro à autonomia feminina. O *parto normal* enquanto discurso, emitido nas reportagens, estaria atrelado a alguma visão de mundo sobre maternidade? Essa foi a primeira questão que iniciou a pesquisa.

Para a realização do estudo levantei o que havia sido publicado sobre assistência ao parto, incluindo neste rol de leituras principalmente da área da saúde, aquilo que pudesse me trazer informações sobre a via de parto e os discursos que envolvem o parir. Com este processo poderia entender como as informações que entrei em contato no Facebook<sup>1</sup> sobre *parto normal* se encaixavam neste contexto e, por fim, como se manifestam na assistência ao parto da cidade do Rio de Janeiro. O segundo passo era compreender como este discurso dialogava com a questão da maternidade, minha dúvida incidia sobre quais perspectivas de gênero o discurso do *parto normal* se encaixava. O objetivo da pesquisa, desta maneira, foi formulado: conhecer o discurso do *parto normal* na cidade do Rio de Janeiro, seu contexto de assistência, as estratégias argumentativas para sua destacada atenção na rede social e qual a sua relação com as questões de gênero e maternidade.

Cabe expressar de onde estou saindo para a compreensão de parto e minha preocupação com o acesso a estes discursos. Sob o ponto de vista pessoal, o tema tem pouca relação empírica com a minha vida: não possuo filhos/as e não tenho muitos antecedentes familiares de parto normal. No entanto, é importante colocar que este discurso que entrei em contato sobre *parto normal*, especialmente pela rede social do Facebook, traz uma discussão feminista latente. A construção de uma autonomia que tenha como ponto primeiro o corpo e o conhecimento do mesmo em potencialidades e limites é uma das chaves do feminismo radical e socialista. Algo que diz respeito da minha trajetória profissional enquanto pesquisadora, e da minha trajetória pessoal, enquanto mulher e feminista.

Sobre a pesquisa, encontrei muitas fontes que poderiam auxiliar na compreensão do *parto normal* a partir do que entrei em contato pelo Facebook. Nas fontes virtuais encontradas podem ser listados: vídeos autorais de partos, filmes sobre parto, séries de televisão paga, *sites* e *blogs* pessoais, páginas e fóruns no Facebook, bem como revistas eletrônicas. Para se ter uma ideia de como o território é vasto com relação ao *parto normal*, ao todo assisti mais

---

<sup>1</sup> O Facebook é uma rede social virtual criada em 2004, nos Estados Unidos, pelos estudantes à época da Universidade de Harvard, Mark Zuckerberg, Dustin Moskovitz e Chris Hughes. Nesta reportagem é explicada a sua origem: <https://oglobo.globo.com/sociedade/tecnologia/a-origem-do-facebook-4934191> Em janeiro de 2018, o Facebook tinha 2,13 bilhões de usuários no mundo segundo reportagem: <http://link.estadao.com.br/noticias/empresas,facebook-quega-a-2-13-bilhoes-de-usuarios-em-todo-o-mundo,70002173062> No Brasil, foram calculados em 2017, cerca de 117 milhões de usuários, como consta na matéria: <https://www.techtudo.com.br/noticias/2017/06/facebook-quega-a-2-bilhoes-de-usuarios.ghtml>



de 10 vídeos autorais de parto na rede social do Youtube, 3 filmes disponíveis em cadeia nacional sobre o assunto, 4 documentários, 3 séries em canais pagos pela televisão, foram encontradas 87 páginas e 14 fóruns de discussão fechados no Facebook que se referenciavam na cidade do Rio de Janeiro.

Como as fontes eram diversas e continham um número significativo de informações<sup>2</sup>, foi feito um recorte, pensando como as fontes virtuais se relacionavam com o contexto das práticas de assistência a este parto na cidade do Rio de Janeiro. Uma questão que foi muito observada como prática para a discussão deste tipo de parto no Facebook eram os encontros ou rodas de gestantes que eram marcados de forma virtual e realizados em localidades da cidade. O recorte, portanto, foi pensando a partir desta questão, saber onde eram marcadas as rodas de gestantes na cidade, para compreender como o discurso operava na prática com as mulheres que buscavam este tipo de parto.

Seguindo o objetivo do estudo, o enfoque foi dado ao contexto da assistência, ou seja, das profissionais e estruturas envolvidas a trabalhar esta perspectiva a partir de suas práticas. Conhecendo a assistência, entraria em contato com o perfil de mulheres que mais procurava este discurso e em qual localidade da cidade ele possuía mais adeptas. De antemão, é importante ressaltar que o *parto normal*, conforme entrei em contato desde o início é um discurso que está no âmbito de uma assistência particular. Sabendo disso, meu interesse se debruçava em identificar os aspectos que eram trabalhados pelas profissionais a compreender o porquê deste discurso se concentrar em âmbito particular. Seria apenas um serviço prestado por profissionais para mulheres que poderiam pagar ou apontava para questões que estariam ligadas à assistência ao parto de uma forma mais ampla? De outra forma, ao compreender o perfil das mulheres que o acessavam, também poderia perceber como este discurso se dialogava ou não com as questões de gênero e maternidade.

A metodologia adotada para isto foi, analisar as referências na literatura de saúde e nos estudos de gênero sobre o contexto de parturição no Rio de Janeiro e no Brasil; conhecer *in loco* como este discurso se manifestava nas rodas de gestantes na interação entre mulheres e profissionais, através da observação de campo; e, por fim, entrevistar as profissionais que coordenavam as rodas de gestantes, a compreender sob quais práticas este discurso se

---

<sup>2</sup> Outras referências aparecem com relação ao parto. Artistas mulheres que optaram pelo *parto normal* tiveram grande exposição de suas escolhas na mídia e expuseram nas redes sociais Instagram e Facebook os seus relatos. Nesta reportagem de uma revista de bastidores do mundo artístico foram publicados 7 relatos de famosas que tiveram *parto normal*: <http://caras.uol.com.br/bebe/7-relatos-comoventes-de-partos-de-mamaes-famosas.phtml> Também ficou muito conhecido o primeiro parto em 2013 de Kate Middleton, Duquesa de Cambridge casada com o Príncipe William da família real britânica, a diferença é que este tipo de parto é uma opção comum em mulheres britânicas, conforme reportagem: <http://www1.folha.uol.com.br/mundo/2013/07/1315755-partos-normais-como-o-de-kate-middleton-sao-maioria-no-reino-unido.shtml>

manifesta na assistência. Desta maneira, poderia compreender o perfil das mulheres que o acessam, bem como o contexto social que se inserem e analisar qual a ligação do discurso do *parto normal* com discursos de gênero e maternidade.

A hipótese que levantei no início do estudo era que mesmo que a busca por uma via de parto tivesse como premissa a autonomia das mulheres, a discussão sobre maternidades e divisão de cuidados não era algo potencialmente problematizado, tanto quanto o parir, ainda pendendo, desta forma, para uma continuidade no binômio, mulheres e cuidados. Ao longo do estudo esta hipótese foi sucessivamente revisada e os resultados encontrados, como esperado, extrapolam a sua formulação, para a sorte desta pesquisa. A pesquisa acabou se encaminhando para compreender as questões que envolvem mais a assistência ao parto, sua relação com os direitos reprodutivos e questões sobre autonomia das mulheres enquanto sujeitos, do que a discussão sobre maternidades. A principal explicação para esta guinada foi que a discussão da assistência ao parto envolve aspectos de gênero, classe e raça e estes aspectos, a meu entender, careciam de um aprofundamento, a partir da literatura explorada para este estudo.

Como esta dimensão pesou mais na análise das fontes, a questão entre parto e maternidades ficou secundária, embora ainda assim tenha sido mantida. Veremos que ela auxilia na compreensão de como se opera a autonomia das mulheres com relação aos direitos reprodutivos. O cenário da assistência atual apresenta desafios que dizem respeito a como as mulheres podem ter mais ou menos acesso à autonomia sobre seus corpos e suas vidas. Assim, o pilar que sustenta este estudo tem como base a discussão sobre gênero e autonomia, mas não nos moldes do debate de maternidades e cuidados, porque o reconhecimento da autonomia das mulheres sobre seus corpos é ainda muito subsumido pelas questões estruturais de atendimento que estão presentes na assistência ao parto.

Os estudos sobre parto no campo das humanidades não são numerosos, isso inclusive observado por Muller e Pimentel (2015). A maior parte dos trabalhos que encontrei sobre *parto normal* se concentra na área da saúde. Nas ciências humanas, a antropologia se destaca neste processo, analisando muitas vezes as mulheres que optam por parir sob estes discursos. Como meu enfoque se concentrou na assistência considere ambas as áreas para se pensar uma análise do campo sociológico, compreendendo a presente discussão como constitutiva dos estudos que analisam a relação entre Estado, demandas sociais, políticas públicas e mercado.

Parti do princípio, portanto, que a sua designação, *parto normal*, ofereceria elementos discursivos a se pensar as práticas na assistência. A Organização Mundial da Saúde veiculou

um conceito de *parto normal* em 1996, que está presente em muitos documentos que orientam a assistência ao parto em saúde no Brasil:

Na definição de parto normal, dois fatores devem ser considerados: o risco da gestação e evolução do trabalho de parto. Como já foi discutido, o valor preditivo de escores de risco está longe de ser 100% - uma gestante de baixo risco no início do trabalho de parto pode vir a ter complicações. Por outro lado, muitas gestantes de alto risco ao final têm uma evolução sem complicações. O foco primário deste documento é o grande grupo de gestações de baixo risco. Definimos parto normal como de início espontâneo, baixo risco no início do trabalho de parto, permanecendo assim durante todo o processo, até o nascimento. O bebê nasce espontaneamente, em posição cefálica de vértice, entre 37 e 42 semanas completas de gestação. Após o nascimento, mãe e filho em boas condições. Entretanto, como o trabalho de parto e o parto de muitas gestantes de alto risco têm um curso normal, várias recomendações deste documento também se aplicam à assistência dessas mulheres<sup>3</sup>.

Para a definição da OMS, *parto normal* possui relação com o risco da gestante e do feto. Conforme exposto no trecho, o curso normal de seu desfecho é, após o nascimento, mães e fetos em boas condições. Há, no entanto, outras interpretações que podemos trabalhar sobre *parto normal*. Ainda que o curso normal do parto atinja ao desfecho de saúde previsto, a forma como essa experiência é acessada e reivindicada escapa de uma universalização simplificada, ou seja, do que é *normal*.

Chamo atenção para três aspectos que estão presentes quando se trata da discussão do parto no âmbito da saúde e das humanidades: natureza, cultura e historicidade. Situo qualquer forma de parir no âmbito dos costumes e me desfaço da discussão sobre mulher, natureza e comportamentos. Quando situo nos costumes as formas de parto, situo o seu modo de experiência vivida e trago para discussão ainda a historicidade da sua realização.

Por que a discussão mulher e natureza não é bem vinda mesmo que esteja próxima do que está situado no âmbito do *parto normal*? Porque a associação entre natureza do corpo que pare e natureza feminina se torna para esta temática uma falsa associação, do ponto de vista sociológico. O parto é um evento de interação social, existe uma pessoa que gesta e pare, outra que pode auxiliar e outra associada à origem também deste feto ou associada ao contexto que vive a pessoa que pare. Levando-se em consideração as questões de gênero, estas interações estão situadas no tempo e nas formas de encarar culturalmente aspectos ligados ao feminino e masculino.

O parto é uma experiência material, mas não pode ser concebido fora do tempo e das construções sociais de gênero. A qualificação *normal* para este estudo é a qualificação dos costumes que assim o forjaram, ou seja, *normal* será a regra social aludida. Em que momento

---

<sup>3</sup> O Relatório da Organização Mundial da Saúde emitido em 1996 pôde ser encontrado na íntegra no seguinte endereço eletrônico: <http://abcdoparto.com.br/site/assistencia-ao-parto-normal/> Apesar de amplamente difundido como marco para o incentivo ao parto normal, não há uma ampla difusão do seu material em rede virtual.

a qualificação da ação (parir) foi necessária para se criar a regra? Essa é uma pergunta importante, mesmo que inicial. Na via dos costumes há autores que trabalham com estas discussões a partir dos pontos de inflexão e de controle. De antemão, Elias e Foucault podem ser citados. A linha de análise desta pesquisa não será pela abordagem do controle, aquilo que diz do seu lado normatizado pelas instituições e a entrada do Estado para reforçar a sua estrutura, mas, sim, dos costumes que o garantem enquanto manifestação aceita ou não, produzindo desdobramentos sociais sobre esta experiência vivida. O reconhecimento das relações de poder que disputam o discurso do parto é importante, porém, neste estudo, não se trata de compreender que tipos de relações são essas, mas o porquê elas se colocam em disputa.

Além disso, o *parto normal* conforme observado na pesquisa é também uma experiência social de interação entre mulheres, fetos, companheiros/as, família e outras mulheres, como no caso das rodas de gestantes. Assim, o parto será defendido como um momento que integra também visões sobre maternidade. Ainda que neste estudo esta parte não será aprofundada, mantive a decisão de deixá-las presentes de forma secundária, porque a categoria mulher é a principal dentre outras a ser acionada nas fontes pesquisadas sobre *parto normal*. Dessa maneira, a forma como se pare traz consigo implicações sobre as escolhas das mulheres em ter filhos/as e o perfil que estas escolhas geralmente se encaixam. Isto porque a literatura em saúde vai privilegiar os aspectos que são mais relevantes do processo de construção do parto como experiência. Enquanto as pesquisas de saúde trabalham esta experiência exaustivamente como segura, fisiologicamente possível e “natural” do corpo feminino ou do sujeito que possui o sistema reprodutivo na sua biologia, estes estudos não se pretendem dar conta do fato de que ao parto também se relacionam as experiências sociais que incluem as rotinas de cuidado e os relacionamentos afetivos.

Ainda que se tenham experiências de parto que não inauguram maternidades/paternidades, como nos casos de interrupção da gravidez, morte do feto, abandono ou a prática da barriga de aluguel, o que se configura mais comum sobre o desfecho de gestações e partos é a presença do bebê na família seja qual for o arranjo. Assim, o que advém nestes casos é a dedicação dos adultos e envolvidos na família em possibilitar que o desenvolvimento aconteça para o bebê. As discussões de gênero acerca desta mobilização estão no âmbito da divisão sexual do trabalho, dos estudos sobre cuidado e autonomia das mulheres.

O acesso das mulheres, porém, ao discurso do *parto normal*, como pude observar e será visto ao longo da pesquisa, é restrito. Mais uma vez, cabe ressaltar sob qual lente está

sendo analisado o discurso do *parto normal*. Cabe a pergunta, ainda que se tenha um alcance restrito, os pontos que o sustentam são descartáveis em uma análise mais ampla sobre a assistência? O principal aspecto que sustenta o discurso do *parto normal*, que entrei em contato, é a compreensão das mulheres como sujeitos detentores de direitos. Parir sob esta forma torna-se uma experiência social. Duas questões, portanto, podem ser trabalhadas: a necessidade de se estudar o que esta experiência produz em termos de sociabilidades e, ainda que de maneira secundária, analisar em qual visão de mundo se orienta para se encaixar, romper ou manter as relações de gênero vigentes.

Por isso, a abordagem a partir dos estudos de gênero para se analisar a questão do acesso ao *parto normal* e sua aceção como uma experiência social será da consubstancialidade de Kergoat (2010). Dialogando com a literatura feminista interseccional, a autora vai trabalhar os aspectos que aproximam e diferem as mulheres pelas questões que envolvem gênero, classe e raça. A sua análise se debruça sobre a divisão sexual do trabalho, porém utilizo o conceito neste estudo para vislumbrar estes pontos e trabalhar ao mesmo tempo a sua relação com Estado, demandas sociais, políticas públicas e mercado a pensar a emancipação das mulheres em relação às desigualdades de gênero. Com a quantidade de informações sobre *parto normal* que entrei em contato é justificável que este discurso tenha tal atenção.

Por fim, há algo que precisa ser especificado com relação à designação *parto normal*. Esta é uma expressão ampla. Muitas vezes eu me deparei com as expressões *parto humanizado*, *parto normal sem intervenções* e *parto natural* e, busquei nas entrevistas, estes esclarecimentos. A categoria *parto normal*, funciona como uma guarda-chuva de significados, esta expressão abrange praticamente todas as outras expressões, foi a mais encontrada no campo e também é a referência mais citada em documentos nacionais e internacionais. Sobre o *parto normal*, neste estudo, cabe afirmar por enquanto que é um discurso situado no âmbito dos direitos reprodutivos, que preza pela autonomia das mulheres ao parir, ao que na sua prática tem mais ou menos abrangência entre as mulheres de diferentes classes sociais.

Desta maneira, pôde-se pensar na estrutura deste estudo a atender ao seu objetivo: conhecer o discurso do *parto normal* na cidade do Rio de Janeiro, seu contexto de assistência, as estratégias argumentativas para sua destacada atenção na rede social e sua relação com as questões de gênero e maternidade.

Os dois primeiros capítulos vão se deter na compreensão de como a construção da autonomia das mulheres foi obtida levando-se em consideração a dissociação entre a condição social de mães para o reconhecimento do sujeito mulher e seus direitos no âmbito da saúde

reprodutiva. O primeiro capítulo trabalhará os aspectos históricos e sociais de como a assistência ao parto sai do ambiente doméstico e ganha corpo em ambientes hospitalares e o que isto denota da construção da autonomia feminina sobre seus corpos. Veremos que a assistência ao parto, neste capítulo, possui diferentes concepções para mulheres de classes mais abastadas e mais pobres. Estas diferenças compõem de questões a institucionalização do parto nos ambientes hospitalares assistida por profissionais da medicina obstétrica. As mulheres mais pobres serão as primeiras entrarem neste sistema de assistência, porém o discurso maternalista não somente as contempla, como será também difundido, por distintas entradas, para todas naquele período.

No segundo capítulo, veremos como a linguagem dos direitos reprodutivos é materializada em políticas públicas de assistência ao parto levando-se em consideração a autonomia das mulheres. Um ponto relevante que será discutido é a bifurcação da assistência ao parto no país, pública e privada, representando um divisor de águas no que tange aos resultados desta assistência para as mulheres de classes mais abastadas e mais pobres.

No terceiro capítulo, será discutida mais especificamente a questão da autonomia das mulheres nas correntes feministas. Veremos neste capítulo que as temáticas do cuidado e da maternidade serão tônicas a se pensarem como a discussão da autonomia leva em conta diferentes entendimentos da relação das mulheres com a reprodução.

No quarto capítulo, teremos um levantamento de dados estatísticos sobre a assistência ao parto no contexto brasileiro, alguns dados do contexto internacional e no Rio de Janeiro. Este levantamento aponta as questões que mais aparecem na abordagem da consubstancialidade de Kergoat (2010), a desigualdade de gênero marcada por questões de classe e raça. A partir deste levantamento foram pensadas as questões trabalhadas abaixo na Metodologia.

No quinto capítulo, foi analisada a categoria *parto normal* a partir das entrevistas. Veremos que cada classe de profissional envolvida na assistência ao *parto normal* agrega a esta categoria um significado específico, que tem a ver com as suas práticas profissionais e com o reconhecimento dos direitos das mulheres ao parir.

No sexto capítulo, estarão presentes as análises acerca da observação nas rodas de gestantes, com especial atenção ao público que frequenta estas rodas e suas questões relativas a gênero, classe e raça, bem como aos relatos que estas mulheres ofereciam nas rodas. Veremos que estes relatos se concentram na dificuldade das mulheres em encontrar reconhecimento dos seus anseios na assistência, isto é uma parte relevante da discussão da

categoria *parto normal*, assim, foi trabalhada de forma mais específica a temática da violação dos direitos reprodutivos.

Por fim, as considerações finais do estudo, resumindo as discussões da pesquisa e apontando alguns aspectos que não entraram na análise, mas que contribuíram para a concepção deste estudo.

A pesquisa centra-se, portanto, na análise da assistência ao parto no Rio de Janeiro, tendo por base, o discurso do *parto normal* no atendimento particular a gestantes desta cidade. Para isto, como fontes de pesquisa foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com profissionais que estão envolvidas na assistência ao parto no âmbito privado e observações de campo em rodas de gestantes nas regiões da Zona Sul e Zona Norte da cidade, no período de agosto a dezembro de 2017. Ao total foram entrevistadas 15 profissionais e feitas observações simples de 7 rodas de gestantes na cidade. A metodologia de tratamento das fontes será detalhada a seguir.

## **Metodologia**

A primeira fonte que consultei para adentrar na análise do *parto normal* foi, conforme mencionando, a rede social do Facebook. Com meu perfil pessoal, comecei explorando livremente nesta fonte páginas e informações que remetessem ao *parto normal*, com a finalidade de conhecer um pouco deste discurso por meio desta fonte. Conforme minha busca pela temática do *parto normal* foi aumentando em 2016 e 2017, frequentemente abria a minha página no Facebook e vinham várias referências das páginas que curti sobre o tema com informações sobre amamentação, parto cesárea e *parto normal*, vídeos explicativos (brasileiros e estrangeiros), fotos, reportagens e relatos de parto de usuárias da internet. Na medida em que isso foi se acumulando, foram sendo sugeridos pela própria rede<sup>4</sup> os encontros de parto nas áreas da cidade. A maior parte dos eventos é coordenada por equipes de parto, da enfermagem e medicina obstétrica e grupos de doulas. A chamada do evento vinha sempre

---

<sup>4</sup> O Facebook possui um algoritmo matemático que relaciona as suas preferências com os conteúdos que são visualizados na sua página, nesta reportagem são explicadas as formas como este algoritmo funciona e algumas consequências da maneira como é utilizado pelos responsáveis pela rede social:

<https://super.abril.com.br/tecnologia/o-lado-negro-do-facebook/> Com relação à pesquisa, acredito que a intensidade de referências a partos e medicinais naturais na minha página de notícias tenha relação com o funcionamento deste algoritmo. De certa forma, me ajudou a conhecer várias páginas, mas de outra tornou a minha página inicial um imenso noticiário sobre parto e nascimento.

com uma foto de mulheres grávidas, com as barrigas pintadas e companheiros próximos, geralmente em ambientes abertos como parques ou em salas com decorações que fazem um estilo de estúdios de yoga ou pilates.

A rede social foi fundamental para que pudesse conhecer as rodas de gestantes. Se por um lado temos que a busca por um serviço que atenda às mulheres gestantes no privado seja tradicionalmente a busca por um/a médico/a obstetra nas listas dos planos de saúde, no caso do *parto normal*, como a enfermagem obstétrica é a maior propulsora deste atendimento, seguida das doulas, a rede social serve também como uma forma de entrar em contato com as profissionais, já que estas não estão presentes nas listas de profissionais cadastrados nos planos de saúde. A utilização da rede social como um canal de exposição e conhecimento do trabalho das profissionais é um tema que inclusive apareceu nas entrevistas. As entrevistadas indicaram este como um canal de comunicação mais privilegiado, seguido das redes de contato entre as clientes que vão indicando para outras mulheres através de suas experiências de parto.

Com as informações do Facebook pude conhecer quais eram as equipes e grupos de profissionais que coordenavam as rodas de gestantes e, a partir disso, escolher os locais onde eram realizadas os encontros para realizar a visita. Primeiro busquei com meu perfil no Facebook, páginas que se relacionavam no Rio de Janeiro com o *parto normal*. Nesta rede social podem ser acionadas as informações através dos seguintes filtros já oferecidos pela rede: “tudo”, “publicações”, “pessoas”, “fotos”, “vídeos”, “páginas”, “locais”, “grupos”, “aplicativos” e “eventos”. Como um banco de dados, os filtros organizam qualquer informação nas categorias mediante os descritores inseridos no campo de busca. O principal descritor que utilizei foi *parto normal*.

Os eventos de rodas de gestantes foram encontrados nas páginas das equipes que os coordenavam. As equipes de *parto normal* podem ser constituídas pela enfermagem obstétrica somente, médico/as e enfermeiras obstétricas, já as doulas trabalham individualmente ou pertencem a algum grupo<sup>5</sup>. No que tange às páginas, são conteúdos abertos, organizados em forma de publicações, que podem sugerir acesso a conteúdos publicados na internet por jornais, revistas, *sites* pessoais ou até outras formas de compartilhamento de experiências pessoais, como no caso do Youtube, que é uma rede social de publicação de vídeos. O filtro

---

<sup>5</sup> A diferença entre equipe e grupo foi apresentada nas entrevistas pelas profissionais. As profissionais que trabalham em equipe são aquelas ligadas diretamente à área de saúde, nestas não há presença de doulas. As doulas trabalham individualmente, geralmente dividindo as clientes com uma outra doula, ou em um grupo que podem ter quatro ou mais doulas. Há ainda uma rede de doulas que atuam sob a mesma alcunha que possui grupos em vários estados.



do Facebook escolhido para a busca de informações nesta pesquisa foi o “tudo”, na expectativa de conhecer e analisar como estas informações são disponibilizadas pela rede social e em que meio mais utilizadas. O que pude perceber era que os filtros “publicações” e “páginas” eram os mais ofertados no que tange ao *parto normal*.

As páginas de *parto normal* eram identificadas mediante alguns aspectos, eventos de rodas de gestante e publicações remetendo ao *parto normal*. Para ter acesso aos eventos de rodas de gestantes na cidade, fui curtindo o maior número de páginas possível relativas ao Rio de Janeiro. A seguir, alguns exemplos sobre como os conteúdos são trabalhados nas páginas de equipes de parto ou grupos de doulas que coordenam rodas de gestante de *parto normal*.

Figura 1 – Exemplo de notícia de parto ligado às publicações em páginas do Facebook, 2017



Fonte: Facebook, 2017.

Figura 2 - Exemplo de fotos de parto normal ligado às publicações em páginas do Facebook, 2017



Fonte: Facebook, 2018.

Assim, um primeiro movimento foi de buscar as informações na rede social e receber os avisos de cada página no meu mural de notícias pessoal (*feed de notícias*), para depois marcar os eventos de rodas de gestantes das páginas sugeridas, a fim de visitá-los fisicamente. O critério escolhido para a visita e observação das rodas foi a localização geográfica, entendendo que isto denunciaria também sobre o perfil das mulheres que freqüentavam e das questões que envolvem a assistência ao parto. A questão do território influi no perfil das mulheres quando se trata do Rio de Janeiro, pois a cidade é fortemente marcada pelas questões de raça e classe, ligadas ao território. Desta maneira, o entendimento era conhecer as rodas de gestantes de diferentes Zonas da cidade (Sul, Norte e Oeste) e observar que tipos de discursos eram oferecidos. O ponto mais privilegiado neste processo não foi acompanhar a regularidade de um grupo somente, mas o território no qual estas rodas aconteciam, para que pudessem ser pensadas as questões ligadas ao perfil das mulheres e que implicações se teria para a assistência.

Para isto me baseei no levantamento estatístico, realizado nesta pesquisa, junto às bases de dados da Secretaria Municipal do Rio de Janeiro e do Instituto Pereira Passos a conhecer os dados de partos relacionando-os com os dados sociodemográficos das mulheres cariocas. A fim de entender como o Rio de Janeiro se relaciona, na sua assistência com o resto do país, busquei pesquisas nacionais de peso, como a Pesquisa Nascer Brasil (2014) que detalhava um pouco da assistência em âmbito nacional, junto a isso trabalhei com algumas estatísticas de âmbito internacional, compreendendo que algumas das políticas públicas ligadas à assistência ao parto no país tem por base a assinatura de documentos internacionais que levam em conta estas taxas.

Este levantamento, que estará presente no Capítulo 4 da pesquisa, foi muito importante para se verificar os gargalos da assistência através dos dados apresentados e compreender também no Rio de Janeiro como a assistência no privado se relaciona com a assistência no público. Além disso, puderam ser verificadas as relações entre assistência ao parto, perfil de mulheres e localidades no tecido da cidade, que trouxeram importantes achados para a análise da observação das rodas e das entrevistas.

Sobre a escolha das regiões a serem visitadas, Zona Oeste ofereceu um complicador de análise, já que a sua dinâmica social de ocupação do território é muito desigual. Esta região possui características diferenciadas, temos bairros que se assemelham ao padrão de vida da Zona Sul, porém nas mesmas Áreas Programáticas existe uma desigualdade social muito aprofundada, a ponto que se pudesse observar com a mesma metodologia deveria ser pensado um estudo que contemplasse estas duas realidades somente. Assim, a pesquisa concentrou

seus esforços nas Zonas Sul e Norte da cidade, que ofereciam alguns critérios, mediante o levantamento do Capítulo 4, a serem pensados enquanto oferecimento de serviços de assistência ao parto no privado.

Na Zona Sul da cidade temos elevados padrões de qualidade de vida, uma quantidade alta de partos cesárea e uma reduzida taxa de partos em adolescentes, o que já denuncia que há uma proporção maior de mulheres que utilizam os serviços de plano de saúde e possuem uma condição de renda superior em comparação às outras regiões da cidade. Na Zona Norte da cidade, encontramos um percentual alto de partos realizados pelo serviço público, o que denota que não sejam partos cesárea, encontramos um elevado percentual de partos em adolescentes, o que denuncia outro ponto da realidade de mulheres nesta região, possuem uma condição social menos abastada que as mulheres da Zona Sul. Estas questões serão mais bem analisadas no levantamento dos dados no Capítulo 4.

Sobre a observação das rodas, a estética dos eventos fora da experiência virtual é muito parecida às rodas que tive a oportunidade de visitar, aludindo a um ambiente calmo, com presença da natureza, de preferência pela manhã de sábado ou de domingo. Os eventos são lançados na internet pedindo às vezes que se levem cangas para sentar ao chão e lanches rápidos para serem compartilhados com todos. Geralmente, são gratuitos e com forte intenção de comparecimento, variando de 50 a 200 confirmações virtuais, porém com pouca presença física como será abordado no estudo. Cabe ressaltar que, assim como Salem (2009) e Rezende (2011), a presença dos companheiros das mulheres é algo que compunha o público, apesar de pouco interagirem.

Ao todo visitei sete rodas. A visita nas rodas de gestantes não pode ser classificada como uma observação participante, no sentido de que não foram eleitas uma ou mais rodas de gestantes específicas para serem acompanhadas ao longo de um período. Gil (2008) cita que esta observação não participante pode oferecer conteúdos interessantes para se pensar como a atividade se desenvolve no campo e como os/as atores se relacionam com determinada situação em locais públicos:

A observação simples é muito útil quando é dirigida ao conhecimento de fatos ou situações que tenham certo caráter público, ou que pelo menos não se situem estreitamente no âmbito das condutas privadas. É, pois, muito apropriada para o estudo das condutas mais manifestas das pessoas na vida social, tais como: hábitos de compra, de vestuário, de conveniência social, de frequência a lugares públicos etc (GIL, 2008, p.102).

Tive a oportunidade de visitar uma roda de gestante em Niterói pela indicação de uma enfermeira amiga que conhecia este trabalho em Niterói e me indicou para visitar. Interessei-

me em ir, pois havia encontrado algumas referências no Facebook sobre rodas de gestantes em Niterói e, isto, me levou querer compreender se seguiam a mesma linha de trabalho que as que visitei no Rio de Janeiro. No caso, a roda de gestante visitada foi de coordenação de uma equipe de enfermagem. Pelo perfil das mulheres, a comparação pode ser feita com a roda de gestante coordenada por enfermeiras e médicas na Zona Sul do Rio, mas optei por colocar no presente estudo, pois não correspondia ao método citado. Abaixo, encontra-se a relação das rodas visitadas na pesquisa.

Quadro 1- Síntese das informações sobre as visitas nas rodas de gestantes, Rio de Janeiro, agosto a novembro de 2017

<b>PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS<sup>6</sup></b>	<b>DATA</b>	<b>LOCAL<sup>7</sup></b>	<b>TEMA DA RODA</b>
Doulas	12/08/2017	Zona Norte	Questões sobre o Pós-parto.
Médicas obstetras e enfermeiras obstétricas	23/09/2017	Zona Sul	Questões sobre parto idealizado e parto “real”.
Doulas	17/10/2017	Zona Norte	Questões sobre o trabalho da doula.
Enfermeiras obstétricas	21/10/2017	Zona Norte	Questões relativas à atividade física na gestação.
Doulas	21/10/2017	Zona Norte	Questões relacionadas ao plano de parto normal.
Enfermeiras obstétricas e psicóloga <sup>8</sup>	18/11/2017	Zona Sul	Questões relacionadas às famílias.
Doulas	27/11/2017	Zona Sul	Questões relacionadas ao parto na rede

<sup>6</sup> As equipes de parto e os grupos de doulas não serão referenciados na análise pelos bairros, isto porque muitos deles são referenciados pela localidade, o que revelaria quais equipes estaria analisando e exporia o trabalho das profissionais as quais me colocaram como condição em assistir às rodas e concederem seus testemunhos o sigilo de suas informações. Assim, mesmo que eu tenha feito menção aos bairros no texto, a referência pelas datas e pela região será mais importante na análise que os bairros.

<sup>7</sup> Ao final de algumas entrevistas, com o gravador desligado, elas me perguntavam quais rodas eu tinha passado e em se dando a informação alguns comentários eram realizados. Duas rodas de gestantes foram acrescentadas na Zona Norte pela indicação nas entrevistas, a do dia 17/10 e a do dia 21/10. Estas rodas foram indicadas por duas entrevistadas, uma médica obstetra que entrevistei na Zona Sul e a outra uma enfermeira obstétrica que atua na Zona Norte. A ênfase dada pelas profissionais para se conhecer estas rodas foi pela temática a ser discutida no dia, a primeira era uma roda de apresentação do que é o trabalho das doulas e a outra era para se conhecer o que é o plano de parto. Coincidentemente, as rodas estão localizadas na parte da Zona Norte que mais se assemelha aos dados da Zona Sul. As outras rodas que fui na Zona Norte não foram comentadas pelas entrevistadas.

<sup>8</sup> Mesmo grupo de 23/09/2017. O convite para assistir esta roda veio por meio da equipe que ficou com o meu contato. Como o tema ainda não tinha sido contemplado e se diferenciava das outras rodas de gestantes, acabei visitando novamente.

			pública.
--	--	--	----------

Fonte: A autora, 2018.

Ao eleger a roda de gestante a conhecer, comparecia ao evento e pedia autorização para as coordenadoras para observar a reunião explicando, para isso, o tema da pesquisa e a relevância de se ter escolhido aquela roda para a observação. Mediante a aceitação das coordenadoras, o que ocorreu em todos os casos, a próxima etapa era realizar a observação me situando como uma pessoa de fora da roda, ainda que na maioria dos casos fosse pedido pelas coordenadoras a minha presença na roda. Assim, as notas destas observações seguiram alguns critérios mencionados por Gil (2008):

Embora não existam regras fixas acerca do que observar, há itens que, em virtude de serem significativos, costumam ser considerados pelos pesquisadores:

- a) Os sujeitos. Quem são os participantes? Quantos são? A que sexo pertencem? Quais as suas idades? Como se vestem? Que adornos utilizam? O que os movimentos de seu corpo expressam?
- b) O cenário. Onde as pessoas se situam? Quais as características desse local? Com que sistema social pode ser identificado?
- c) O comportamento social. O que realmente ocorre em termos sociais? Como as pessoas se relacionam? De que modo o fazer? Que linguagem utilizam? (GIL, 2008, p.102).

Sobre as anotações do campo, esta análise encontra-se no capítulo 6. No processo de entendimento de como o discurso do *parto normal*, encontrava o seu potencial de comunicação com as mulheres, retomei à rede social após as observações para observar quais os conteúdos mais emitidos pelas profissionais nas suas páginas. Considerando o período de julho de 2017 a dezembro de 2017 (um semestre), sistematizei as publicações a partir das informações analisadas de cada publicação:

Quadro 2 - Informações sobre as publicações nas páginas dos grupos visitados no período de julho a dezembro de 2017

PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS	LOCAIS	PUBLICAÇÕES						
		Reportagens e Informações sobre parto	Fotos/ Vídeos de parto	Relatos de Parto	Eventos para gestantes	Campanhas sobre parto e amamentação	Cursos e aperfeiçoamento das profissionais	Sobre as profissionais e o trabalho ofertado
Doulas <sup>9</sup>	Zona Norte/ Zona Sul	-	-	-	91	1	-	-
Médicas obstetras e	Zona Sul	1	-	-	22	-	-	-

<sup>9</sup> Este grupo pertence a uma rede de doulas que atende em todo estado do Rio de Janeiro, por isso as publicações de eventos se destaca das outras.

enfermeiras obstétricas								
Doulas <sup>10</sup>	Zona Norte	2	3	-	42	1	12	
Enfermeiras obstétricas	Zona Norte	36	8	4	34	12	-	11
Doulas <sup>11</sup>	Zona Norte	8	1	1	32	5	-	2

Fonte: A autora, 2017.

O que o quadro nos mostra são meios e estratégias de chegar as informações dos serviços prestados para as mulheres. A sistematização levou em conta cada publicação, portanto, terão eventos que foram divulgados mais de uma vez, campanhas que tiveram mais de uma postagem e assim por diante. O que se desejou em expor as publicações e traçar e separá-las pelas suas temáticas, era conhecer de forma mais macro as estratégias de veiculação de informação mediante as páginas. Neste caso, pode-se dizer sem erro, que o campo de eventos é o campeão desta estratégia, como uma forma privilegiada de interação proposta com as mulheres.

A parte das entrevistas cumpria com o objetivo de aprofundar com as coordenadoras das rodas as questões observadas. A realização de entrevistas semi-estruturadas pode ser justificada pelo motivo de captar as percepções das coordenadoras, numa fala mais livre, sobre a assistência ao parto no privado através de cinco eixos de análise: i) tipos partos e categorias, ii) grupos de parto e rede virtual, iii) relação entre sistema público e privado, iv) perfil de mulheres que atendem, v) experiências pessoais de parto. Estes eixos respondem às seguintes perguntas, respectivamente: i) como se define o *parto normal* para elas?; ii) de que forma é incentivado e quem acessa esta experiência?; iii) há alguma relação entre este serviço no privado com o sistema público (já que o *parto normal* é preconizado também no público)?; iv) quem são as pessoas que acessam e consomem este discurso no público e no privado?; v) como as profissionais viveram os seus partos? Aquelas que possuíam filhos/as.

Ao todo foram realizadas quinze entrevistas. Entre este grupo, sete eram da enfermagem obstétrica, duas médicas obstetras e seis doulas. Uma das metodologias utilizadas para se chegar às profissionais foi através das rodas de gestantes: ao comparecer a

<sup>10</sup> Também atendem na Zona Oeste.

<sup>11</sup> O evento em que compareci era de um grupo de doulas, mas o evento era apenas um de outros que elas realizavam, porém este era em um local específico para encontros sobre questões gerais da maternidade. Neste caso, levei em consideração a página do grupo das doulas, já que este local reúne atividades muito variadas que não se restringem aquelas que foram visitadas.

uma roda se teria a oportunidade ao final de pegar os contatos das coordenadoras e marcar depois uma entrevista. Esta metodologia atingia o objetivo em aprofundar o observado nas rodas de gestante e, sob este método, foram entrevistadas seis profissionais.

Outras profissionais foram sugeridas pelas próprias entrevistadas, na metodologia bola de neve. Estas foram contatadas para observar questões que poderiam auxiliar no entendimento sobre *parto normal* e a assistência no Rio de Janeiro. Desta maneira, é que se chegou a nove entrevistas: duas enfermeiras que trabalham na gestão de saúde do Estado e na Rede Cegonha do Rio de Janeiro; uma enfermeira obstétrica que trabalha na Casa de Parto David Capistrano Filho no bairro de Realengo; uma enfermeira que está fazendo residência em obstetrícia em uma maternidade municipal do Rio de Janeiro; uma enfermeira que faz parte de uma equipe que atende ao *parto normal* em domicílio no Rio de Janeiro e atua na Rede Cegonha no município; uma médica obstetra que trabalha em maternidade pública de referência no *parto normal* no Rio de Janeiro e atende no privado; uma doula que coordena rodas de gestantes e é atuante na regulamentação desta profissão; uma doula que coordena uma roda de gestantes na Zona Oeste da cidade; e, uma doula ativista feminista, com ênfase nos direitos reprodutivos.

Quadro 3 - Síntese das informações sobre as entrevistas, 2017

<b>CLASSE DE PROFISSIONAIS</b>	<b>DATA DE REALIZAÇÃO DA ENTREVISTA</b>	<b>ATUAÇÃO PROFISSIONAL</b>	<b>NOMES FICTÍCIOS<sup>12</sup></b>
Doulas	12/08/17	<b>Trabalham no grupo de doulas observado na Zona Norte</b>	Ruth e Nise
Enfermeiras	12/09/17	Trabalham na gestão de saúde do Estado e atuam no município na Rede Cegonha.	Concita e Fátima
Enfermeira Obstétrica	21/09/17	Realiza residência em uma maternidade do município e já trabalhou na Casa de Parto de Realengo. Atende gestantes no privado.	Elza

<sup>12</sup> Os nomes foram escolhidos a partir do livro de CHARF, C. Brasileiras Guerreiras da paz. Editora Contexto. São Paulo, 2006. Nesta publicação são apresentadas 52 mulheres brasileiras que possuem ou possuíram uma atuação importante na luta pelos direitos das mulheres no nosso país. Os nomes foram escolhidos mediante características pessoais que as entrevistadas ofereceram. No caso de referência à Marielle, se deve à vereadora assassinada no dia 14 de março de 2018, Marielle Franco, que aprovou, dentre outros projetos, a Lei Nº 265/2017 que estabelece as diretrizes para a criação das Casas de Parto e Centros de Parto de Parto Normal no Rio de Janeiro e a Lei Nº 6305/2017, que permite a presença de doulas nos estabelecimentos hospitalares no período de trabalho de parto. O nome do enfermeiro é uma homenagem ao obstetra Fernando Magalhães.

Enfermeiro Obstétrico	01/10/17	<b>Trabalha na equipe de parto observada na Zona Sul, é enfermeiro do corpo de bombeiros e tem experiência em maternidades no município e no Estado.</b>	Fernando
Enfermeira Obstétrica	07/10/17	Trabalha em uma equipe que realiza <i>parto normal</i> em domicílio na Zona Norte e também atua no município pela Rede Cegonha.	Silvia
Médica Obstetra	17/10/17	<b>Trabalha na equipe de parto observada na Zona Sul.</b>	Albertina
Doula	18/11/17	Trabalha num grupo de doulas que atua em Niterói e na Zona Norte do Rio de Janeiro.	Maria Amélia
Doula	22/11/17	<b>Trabalha em um grupo de doulas observado na Zona Norte</b>	Berenice
Médica Obstetra	24/11/17	Trabalha na maternidade do município de referência para o parto humanizado no Rio de Janeiro	Lair
Doula	27/11/17	Trabalha no grupo de doulas que atua na Zona Oeste.	Nilza
Enfermeira Obstétrica	29/11/17	<b>Trabalha na equipe de parto observada na Zona Norte e em maternidade municipal.</b>	Mayana
Enfermeira Obstétrica	29/11/17	Trabalha na Casa de Parto de David Capistrano Filho em Realengo e também realiza partos domiciliares.	Marielle
Doula	06/12/17	<b>É ativista de um movimento feminista de mães.</b>	Margarida

Fonte: A autora, 2018.

No quadro acima foram destacados em negrito as entrevistas a profissionais que coordenavam as rodas de gestantes. Sobre a atuação profissional, o tempo de carreira das/o entrevistadas/o da enfermagem obstétrica e das médicas variava, todas estavam acima de 5 anos de prática profissional, sendo Fátima com mais de 10 anos de profissão. No caso das doulas este tempo era menor, em torno de 2 a 5 anos de prática, destaca-se Ruth que tem mais de 10 anos de prática, pois começou sua carreira na Europa. Com relação à idade, as entrevistadas tinham entre 30 a 40 anos de idade, somente Ruth e Fátima entre 40 a 50 anos. Todas/o parecem ser de classe média e mesmo as doulas possuem ensino superior<sup>13</sup>. Com relação às doulas, a formação superior anterior à formação de doula variava, cientista social,

<sup>13</sup> Cabe a lembrança que não é necessário ensino superior para ser doula.



musicóloga, professora de artes, professora de português e administradora. Apenas Ruth, Maria Amélia e Nilza trabalham de forma integral na profissão de doula.

Com relação à enfermagem obstétrica, todas/o trabalham no meio público e particular, somente as entrevistadas que trabalham na gestão do governo não estão envolvidas com o *parto normal* no privado. A médica obstetra presente na roda da Zona Sul trabalha apenas por meio particular, mas já trabalhou na maternidade pública de referência no *parto normal* durante cinco anos.

As entrevistas foram realizadas de forma semi-estruturada, com duração média de uma hora e meia, o que dava uma possibilidade de elencar eixos de análise, deixando as entrevistadas mais à vontade para discorrerem sobre as perguntas. Foram eleitos cinco eixos que coadunam com o que a pesquisa trabalhou: i) tipos partos e categorias, ii) grupos de parto e rede virtual, iii) relação entre sistema público e privado, iv) perfil de mulheres que atendem, v) experiências pessoais de parto. Estes eixos foram pensados para responder às seguintes perguntas, respectivamente: i) como se define o parto normal atualmente enquanto discurso?; ii) de que forma é incentivado e quem acessa esta experiência?; iii) há alguma relação entre este serviço no privado com o sistema público (já que o *parto normal* é preconizado também no público)?; iv) quem são as pessoas que acessam e consomem este discurso no público e no privado?; v) como as profissionais viveram os seus partos?. Não houve distinção entre as entrevistas, os eixos foram aplicados em cada entrevista para que pudesse ser trabalhado os temas centrais da pesquisa. Ainda que as duas enfermeiras da gestão de saúde não estivessem circulando nos grupos de parto do Rio de Janeiro, a manutenção destes eixos serviria para saber se estes também eram de conhecimento das mesmas mediante suas atuações.

Sobre a análise das fontes acima, algumas considerações. Os trabalhos de pesquisa no âmbito das Ciências Sociais que abordam a temática do *parto normal* analisam, geralmente, os discursos sobre parir aliando a questão da autonomia das mulheres e a autoridade médica sobre os corpos femininos. Ainda que para adentrar na temática há que se fazer esta menção necessária para a compreensão da maneira como o discurso do *parto normal* ganhou corpo política e socialmente, não será esta a opção de abordagem no presente estudo. Isto, porque, há considerável literatura que realiza este trabalho e porque não foi desta forma que a temática se apresentou na pesquisa.

A discussão da categoria *parto normal* como um guarda chuva de significados, propõe uma relação, conforme mencionado, com o serviço prestado pelas profissionais. Assim, no que tange à regulamentação do serviço das profissionais tomei como base para análise dois

documentos nacionais e um documento internacional. Estes documentos foram elaborados pelo Ministério da Saúde e pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e me auxiliaram na percepção de como a área da saúde se orienta para estabelecer os parâmetros da assistência ao parto. As profissionais que trabalham nas rodas de gestantes que compareci pertencem, com algumas exceções, ao sistema público e privado simultaneamente. Este duplo pertencimento traz consigo aspectos da regulamentação de suas ações no âmbito público para o privado.

Assim, os documentos escolhidos são: Assistência ao Parto Normal: Um Guia Prático da OMS (1996), o Programa de Humanização do Pré-Natal, Parto e Nascimento (2002), a portaria que cria a Rede Cegonha (2011) e as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal (2017). O relatório da OMS é um documento marca a questão da assistência ao *parto normal*. A sua importância é capital para a fundamentação das questões sobre assistência ao parto pelas classes de profissionais da saúde no país e também serve de referência para os documentos criados posteriormente sobre assistência ao parto no país. O PHPN (2002) é a primeira política, conforme explicitada anteriormente, que vai trabalhar na regulamentação da assistência ao parto no país, e que guarda estreita relação com o que é preconizado na Rede Cegonha em 2011. Para compreensão das rotinas de assistência ao parto no setor público, temos nestes dois documentos o passo a passo destas rotinas como são preconizadas, e me ajudaram inclusive a perceber os elementos discursivos que eram evidenciados nas falas ao se referir à assistência ao parto. Com base nestes documentos pude explorar nas entrevistas alguns detalhes relacionados à assistência.

As Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal (2017), se apresentam como um documento mais detalhado do nível da assistência às mulheres pela parte técnica e, menos gerencial, conforme o PHPN e a Rede Cegonha. Neste documento, pude perceber os procedimentos considerados adequados para a realização do atendimento às gestantes. Este documento vai conter boa parte das indicações que o relatório da OMS de 1996 aponta.

Os documentos em saúde no país regulamentam, juntos às determinações dos Conselhos de Ética, a assistência em saúde. Vamos perceber que a construção de um discurso sobre *parto normal* é tanto relevante de ser tecnicamente trabalhado nas suas minúcias pelas profissionais quanto pelas normativas. Este detalhamento pode ser entendido nesta pesquisa como sendo o artifício utilizado por estas profissionais para confrontarem discursos sobre assistência ao parto: a condução massiva às cesáreas e o *parto normal* com muitas intervenções.

Uma questão importante de ser verificada nos documentos é que tanto o PHPN (2002) e a Rede Cegonha possuem uma explícita preocupação com o âmbito gerencial da assistência

ao parto, ou seja, a organização das unidades e profissionais para a assistência, apontando para prevenir as questões que dizem respeito à percepção de risco e que podem gerar uma morte materna. A explicação mais plausível desta preocupação nestes documentos é a meta de redução da mortalidade materna objetivada nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), estabelecidos entre 2000 a 2015, no qual a meta 5, *melhorar a saúde da gestante*, tinha um componente de se criar uma gestão para a prevenção e redução da mortalidade materna no país. Segundo o relatório dos ODM, emitido pela ONU<sup>14</sup>, o Brasil reduziu entre 1990 a 2011, 55% dos óbitos maternos. A agenda atual 2016-2030, passou a ser chamada dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, no qual a meta 5, corresponde à igualdade de gênero e a meta 5.6 corresponde ao atendimento dos direitos reprodutivos preconizados pela Conferência do Cairo (1994).

Ou seja, há tanto um atendimento aos compromissos ao qual o país é signatário com as Organizações das Nações Unidas, que se refletem nas questões que dizem respeito na criação de políticas públicas internas. Este enfoque vai aparecer nos documentos do PHPN (2002) e da Rede Cegonha (2011), porém não obedecem à mesma lógica do relatório da OMS (1996) e as Diretrizes para o Parto Normal (2017). Estes podem ser atrelados ao que consta no documento da Conferência do Cairo (1994), o qual detalha as questões da assistência no âmbito dos direitos reprodutivos.

Uma consideração deve ser feita com relação aos documentos nacionais. Estes são produzidos pelo Ministério da Saúde e isto, denota uma parte do processo a que se verifica como ponto de partida para a discussão de assistência ao parto no privado: ainda que haja um número elevado de partos que fogem às diretrizes mencionadas, o sistema público de saúde, SUS, desponta em relação ao privado no que tange à regulamentação de seus serviços e no atendimento aos direitos reprodutivos. O Ministério da Saúde no país tem na sua trajetória de criação de políticas públicas para a saúde das mulheres, desde a década de 1980, um histórico de ser aderente às discussões feministas sobre corpo e sexualidade. Esta aderência, que se materializa na realização de Conferências Nacionais de Saúde, Conselhos locais e nacionais, além de comissões, e proporciona que haja um debate mais democrático a respeito do direito a saúde como sendo basilar do oferecimento de serviços do sistema, embora na prática, encontre desafios de implementação pela difícil discussão entre orçamento e políticas sociais no nosso país.

---

<sup>14</sup> Ver: <https://nacoesunidas.org/mortalidade-materna-cai-55-no-brasil-aponta-relatorio-sobre-objetivos-do-milenio/>

Sobre o uso de fontes secundárias, nos capítulos 1 e 2, em que se prevê uma análise mais historicizada sobre a assistência ao parto e sobre a criação dos direitos reprodutivos, foram consultadas estas fontes para se trabalhar, a base do que se desenvolveria, enquanto discussão, sobre parto e autonomia das mulheres. Assim, foram escolhidos estudos que dialogam esta assistência com a discussão de gênero.

Por fim, algumas considerações preliminares sobre o contato com as fontes utilizadas neste estudo. Um dos pontos que observei ao longo da pesquisa é que o discurso do *parto normal* tem uma potência em trazer um olhar mais compreensivo sobre as relações sociais. A potência deste discurso justamente pode ser lida pelo respeito à autonomia das mulheres, algo que aparece como ponto de partida da fala de profissionais tanto nas rodas, quanto nas entrevistas. Reforço, ainda, que o destaque das subjetividades no mundo público é uma das questões mais importantes desta experiência do parir, apesar de ter sido um tema que não pôde ser desenvolvido nesta pesquisa, pelo tempo hábil e pela escolha do recorte de análise.

A questão da autonomia é fundamental, porém o acesso a ela é igualmente relevante. Pelos moldes vistos, o perfil de mulheres que tem acesso a uma assistência que promova a sua autonomia é ainda muito restrito. A questão do acesso denuncia a desigualdade social que marca fortemente as mulheres na nossa cidade, por isso, a presente pesquisa foi desenhada levando em consideração a autonomia das mulheres enquanto sujeitos sociais que pelas suas trajetórias de vidas carregam consigo maior ou menor acesso a determinados serviços.

Este estudo me trouxe à tona ainda outras questões. Não há como não se emocionar com todo o material visto para esta pesquisa, não há como não se envolver com a busca das mulheres pela superação de memórias tristes sobre a gestação e parto. A pesquisa produziu igualmente em mim o acesso a memórias importantes na minha vida e da trajetória da minha família. Acredito que estas impressões estão presentes em cada parte da pesquisa e agradeço a oportunidade que tive em acessá-las.

## 1. MULHERES NA HISTÓRIA: MATERNIDADES E ASSISTÊNCIA AO PARTO

Hoje podemos falar em um discurso sobre *parto normal* porque temos a premissa dos direitos reprodutivos a balizar a assistência ao parto no meio público e no privado. No entanto, a construção dos direitos reprodutivos é algo que podemos pensar em termos de trinta anos atrás. Em que base era pensada a assistência ao parto antes disso? Este capítulo se debruça sobre a temática desta assistência numa perspectiva histórica. Vamos perceber que maternidade foi acionada enquanto discurso antes que o sujeito mulher. O que já nos diferencia do processo atual.

A análise vai considerar os séculos XVIII, XIX e XX, sob a perspectiva da assistência ao parto no Brasil. Os séculos XVIII e XIX (em um esforço de resumo), possuem olhares distintos dos atuais para as mulheres, sobrepondo costumes sociais sobre seus corpos. Já no século XX, veremos surgir a ideia de cidadania oferecendo à saúde o reconhecimento de um direito social e modificando, desta forma, o acesso aos serviços concernentes ao parto. Neste caso, destacam-se as políticas públicas voltadas para a saúde das mulheres do ponto de vista integral, invertendo o pólo maternidade e parto, para parto e maternidade.

### 1.1 Mulheres, cidade e costumes: discursos populares e científicos

Se pudéssemos nos perguntar sobre a experiência do parto e sua historicidade, no meu entendimento começaria por: qual a história da relação entre as mulheres e a maternidade no Brasil? Não é de se estranhar que ao revisar a literatura sobre história das mulheres e o parto, apareçam às questões ligadas à maternidade. O levantamento do tema como um construto é recente. Muller, Rodrigues e Pimentel (2015), trazem esta discussão da criação de um campo de estudos sobre parto e nascimento como algo recente nos estudos sociológicos e antropológicos.

O motivo de ser recente, segundo as autoras, tem a ver com o lugar que a temática possui e problemáticas que levanta. Cabe frisar, no entanto, que as temáticas também são fruto de seu tempo, estão inscritas em processos que se dinamizam com a diversidade dos atores e atrizes que estudam e que trazem para este campo questões que dizem também respeito às suas vivências sociais. As autoras trabalham com a categoria *tabu* para evidenciar

a exceção de debates sobre o parto. Prefiro dialogar com esta literatura pelo garante ao parto o seu destaque como temática e, menos, com a sua excepcionalidade nos estudos do campo das humanidades. A história das mulheres se confunde um pouco com a temática da maternidade até bem pouco tempo. É começando por esta premissa que, a meu ver, podemos chegar hoje e falar com mais segurança de um debate sobre parto, tanto da perspectiva histórica, quanto das outras discussões nas ciências humanas.

A assistência ao parto no Brasil tem como início da sua história o final do século XIX. A medicina popular, no âmbito da saúde das mulheres era prevalente antes deste período e o modelo de medicina científica aos moldes da Europa era algo a rivalizar com as técnicas e saberes populares. Tornquist (2004) avalia bem esta situação apontando aspectos discursivos que estavam à prova neste século:

A estigmatização das parteiras pobres, camponesas e negras fazia parte do processo mais amplo de combate às práticas populares de cura vigentes no país, alvo dos olhares implacáveis e persecutórios dos higienistas e governantes. Todavia, mesmo com o advento da República e a prioridade que foi dada ao disciplinamento das condutas, sobretudo urbanas, as práticas populares persistiam e, não raro, eram procuradas até mesmo por pessoas das elites (TORNQUIST, 2004, p.103).

A adversidade promovida pelas classes mais abastadas que faziam seus estudos na segunda metade do século XIX, não era presente apenas no que tange à assistência ao parto. Os filhos destas famílias dos centros urbanos do Império tinham na sua formação um cabedal de conhecimentos que estavam também em voga pelo cientificismo do século XIX. A rivalidade com os saberes populares era a “conquista” de um discurso médico cientificista baseado na perspectiva do progresso. O contraponto com a medicina popular era justamente com aquelas/es detentores destes saberes, as mulheres do campo e/ou escravizadas e/ou as irmãs católicas, ou seja, o saber tradicional não sistematizado e a presença da Igreja nas relações sociais. Rohden (2001) explica como esta perspectiva da medicina acaba pautando no nosso universo brasileiro o discurso do progresso,

Durante toda a primeira metade do século XIX, a Academia de Medicina defenderá o seu projeto de uma sociedade medicalizada no qual o direito, a educação, a política e a moral seriam condicionados à verdade primeira definida pela medicina. Isso se expressa, por exemplo, na defesa da medicina legal. Desde a década de 30 a academia se empenha em criticar a legislação e a administração da Justiça como incompetentes. Em contraposição, pretende que a justiça seja baseada na verdade e imparcialidade científicas, a única garantia inquestionável para a liberdade e segurança do indivíduo. A medicina legal deveria ser chamada não só para estabelecer a verdade sobre um crime mas também para orientar e regular a época do casamento e da maioridade, a legitimidade dos filhos, o direito de paternidade etc. Quanto à política, os médicos associam medicina e patriotismo, tentando mostrar a importância para a nação de contar com cidadãos saudáveis. Ao mesmo tempo, defendem a sua entrada nas instituições públicas, como as câmaras municipais. O privilégio da educação, nem sempre apoiado pelas famílias, também é pregado pelos médicos, que a percebem como meio fundamental para se avançar em direção ao

progresso e à civilização. A moral interessa aos médicos na medida em que ela faz parte, juntamente com o físico, do estabelecimento do equilíbrio ou das doenças do indivíduo. É com base nesse equilíbrio que todos os excessos, as paixões, os vícios precisam ser disciplinados. E como a medicina é a detentora do conhecimento sobre o homem e seu organismo, incluindo as influências que ele sofre em função do estado social em que vive, ela deve ocupar o posto de frente na batalha em prol de uma sociedade organizada, livre das desordens provocadas pelos desregramentos individuais (ROHDEN, 2001, p.70).

O século XIX, foi significativo em formar a base de pensamento filosófica a qual moldou tanto os sistemas políticos quanto sociais. A noção de indivíduo é o ponto de partida, porém é importante perceber quais indivíduos, para estes autores, eram capazes de perfazer uma história que aluda ao descolamento de um sistema baseado em crenças religiosas. Lacqueur (2001), ao trabalhar a construção do discurso da diferenciação sexual auxilia a compreender a ascensão da razão iluminista e da crescente legitimidade deste discurso:

Ao discutir a menstruação, ovulação e desejo cíclico durante o século XIX, pretendo descrever como os fatos, ou o que eram considerados fatos, tornaram-se os blocos sólidos das visões sociais: as descobertas insensíveis e aparentemente objetivas do laboratório, da clínica ou do “campo” tornaram-se, dentro das disciplinas praticadas lá, o material da arte, da nova representação de mulher como uma criatura profundamente diferente do homem. Essa “arte”, envolta no prestígio da ciência natural, por sua vez, tornou-se o suposto fundamento do discurso social. Eu não estou muito interessado nos pronunciamentos nitidamente polêmicos dos ginecologistas ou outros médicos sobre as mulheres, embora haja uma abundância deles. Dos médicos pouco conhecidos aos gigantes da medicina do século XIX – Charcot, Virchow, Bischoff – surgiram os rumores clamando que a igualdade entre os sexos era baseada em uma profunda ignorância das imutáveis diferenças físicas e mentais sobre os sexos e que isso, e não os caprichos legislativos, determinavam a divisão social do trabalho e dos direitos. Os métodos certos e imparciais da ciência provavam, segundo a maioria dos médicos, que as mulheres não eram capazes de fazer o que os homens faziam, e vice-versa (inclusive estudar medicina) (LACQUEUR, 2001, p. 254)<sup>15</sup>.

As motivações pelas quais as mulheres não poderiam ascender ao discurso da razão científica, seja em qual campo do conhecimento se estivesse tratando, passavam pela diferença em sua biologia (presença de útero e ovários), das conseqüências desta diferença (menstruação e gravidez), bem como da associação comportamental que poderiam desempenhar mediante isso, ou seja, mulheres menos propensas aos desejos sexuais e mais próximas de serem virtuosas e castas. Desta maneira, os médicos tinham uma entrada privilegiada nas dinâmicas sociais, quando associavam biologia a comportamentos, isso por conta do evolucionismo darwiniano que era utilizado enquanto discurso para combater a visão religiosa, quanto para refletir uma ordem social baseada na estratificação. Conforme Rohden (2001):

---

<sup>15</sup> Grifos do autor.

Outro aspecto importante seria um clima geral de apreensão e pessimismo sobre a condição da natureza humana e da civilização ocidental em particular que caracterizava o *fin de siècle*. Constatava-se que alguns grandes problemas, como a pobreza, os ‘vícios’, a doença mental, percebidas como ameaças ao futuro da humanidade, não haviam sido resolvidas. Além disso, privilegiava-se a hereditariedade sobre a influência do meio conformando um quadro geral no qual se destacava a noção de fragilidade da natureza humana. Em particular, o predomínio da teoria da hereditariedade teve conseqüências graves na elaboração de uma visão da impossibilidade de igualdade social e política. Liberdade, igualdade e fraternidade passavam a ser vistas como ficções metafísicas desacreditadas, herdadas do século XVIII ainda não ‘científico’. Os cientistas do século XIX acreditavam que a natureza era eminentemente hierárquica e não democrática (ROHDEN, 2001, p.39)<sup>16</sup>.

Vale lembrar que a hierarquização de esferas pública e privada e sua divisão entre homens e mulheres, respectivamente, foi construída enquanto discurso entre os séculos XVIII e XIX. A isso também se deve a ideia do progresso civilizatório que tem como suas raízes a distinção de raça e sua hierarquização predatória. Coincidentemente, vamos ter a criação dos dois primeiros cursos de medicina no país no século XIX, com forte atenção para as atividades médicas higienistas no Rio de Janeiro como controle de epidemias, ações de saneamento, inspeção sanitária e de portos (MAIA, 2010).

Se o ofício de assistência ao parto das mulheres abastadas era realizado por mulheres populares, muitas delas escravizadas e negras, era evidente que o discurso médico importado da Europa fosse rivalizar com este tipo de atendimento. Ainda que isto pudesse ocorrer na assistência ao parto, não se restringia ao mesmo, tendo em vista que as ações higienistas do fim do século XIX também se opunham para outros campos de assistência em saúde. Cabe ressaltar, porém, que a diferença entre o olhar médico para as mulheres abastadas era de uma forma geral perpassado pelas características da diferenciação sexual (colocando-as em patamar inferior aos homens), porém no que condiz do aspecto da “civildade”, esse mesmo discurso não poderia ser utilizado ao relacionar-se com as questões de raça. Havia hierarquização de gênero e, sobretudo, de raça.

O que permite fazer esta comparação entre mulheres? As mulheres de camadas mais abastadas eram cobradas socialmente pela manutenção de sua virgindade antes do casamento e, após, pela capacidade de gerar herdeiros legítimos. As duas características não eram esperadas das mulheres de camadas mais pobres, principalmente, as escravizadas. Era tanto uma exigência social para as camadas médias e altas que muitas vezes filhos/as não legítimos eram abandonados nas rodas da Santa Casa da Igreja Católica. Venâncio (2018) traça um panorama destes abandonos e aponta algumas questões importantes:

---

<sup>16</sup> Grifos da autora.



[...] o abandono de crianças raramente ocorria no meio rural; a condição feminina também variava de uma região para outra. Na pacata Ubatuba de fins do século XVIII, habitada por pescadores pobres e camponeses sem escravos, o índice de enjeitados não ultrapassava 1% dos nascimentos. Em áreas de agricultura de exportação ao redor do Rio de Janeiro, o mesmo percentual oscilava entre 3% e 4%. Na mesma época, no meio urbano das cidades mineiras, o abandono atingia 10% das crianças batizadas; alcançando índices que variavam entre 20% e 25% nas áreas portuárias e cariocas (VENÂNCIO, 2018, p. 192).

A questão que diferenciava as mulheres rurais das mulheres urbanas era a utilização das crianças como força de trabalho desde cedo em atividades ligadas à terra. A alta porcentagem de filhos/as abandonados nas rodas da Santa Casa alarma para, pelo menos, dois pontos relevantes: as mulheres de camadas médias e altas possuíam relações sexuais ilegítimas com frequência e a sociedade urbana tolerava que houvesse mecanismos que sustentassem essas relações. Apesar disso, o valor da castidade era importante no Brasil colonial e imperial. Prevalcia como valor pela importância inclusive do casamento, instituição que coordenava vidas, heranças, patrimônios e prestígio social.

Cabe a lembrança que estes valores eram próprios de camadas sociais específicas, não valendo como uma regra para as outras mulheres, mais pobres e/ou livres. A mulher branca de camada média ou alta que assumisse o filho ilegítimo estava sujeita às mais diversas formas de condenação e exclusão social, o mesmo não poderia ser dito às mulheres mestiças e negras, que não pesava sobre elas a instituição do casamento, ainda mais no caso das mulheres escravizadas. Apesar disso, pode-se dizer que a alta taxa de filhos/as ilegítimos era algo que denotava muito da sociedade à época e da forma como a família era considerada enquanto instituição:

O mundo colonial conviveu com índices de 30% a 60% de bastardia entre os livres e de 50% a 100% entre os escravos. A mãe solteira ou concubina acabou sendo um personagem aceito nas cidades e vilas do século XVIII. Na capital baiana, os censos do século XIX indicam que de cada três mães brancas uma havia tido filho fora das fronteiras matrimoniais. O levantamento da população carioca de 1799 arrolou cerca de oitocentas mulheres brancas chefiando domicílios. O modelo patriarcal que contrapõe o recato da mulher branca à promiscuidade das escravas é uma grosseira simplificação da realidade (VENÂNCIO, 2018, p.199).

A condição de gerar filhos/as nos séculos XVIII e XIX estava relacionada à condição de poder registrar estes/as filhos/as e/ou da capacidade de criá-los. Muitas vezes o sistema de abandono era também facilitado pelas parteiras que destinavam os bebês ilegítimos/as a famílias sem filhos/as e/ou às irmãs de caridade. Sabia-se nesta época que a taxa de sobrevivência das crianças nas instituições e famílias de criação era muito baixa e, ainda assim, o abandono era uma prática comum nos centros urbanos. Vamos perceber, portanto,

que as dinâmicas urbanas se diferenciam das rurais também por algumas formas de uso deste espaço.

O Brasil dos séculos XVIII e XIX era um território basicamente das relações rurais, ao que o aumento das cidades trouxe assim como a circulação de novas ideias e possibilidades de trocas, novos usos deste espaço. O entendimento de que a rua representava aquilo que é público, tanto do ponto de vista político quanto daquilo que prevalecia do discurso médico higienista, tornou-se uma forma de diferenciar as classes sociais nos meios urbanos brasileiros. A abertura da Faculdade de Medicina no Rio de Janeiro, em meados do século XIX, reforça a perspectiva higienista nos centros urbanos, na medida em que seu discurso atravessado pela influência política, acaba delimitando os usos e costumes da rua para classes mais baixas.

Essa concepção calhou muito com a vinda da família real para o Rio de Janeiro. As regulamentações do uso do espaço eram muito variadas:

Os espaços para o abate de animais domésticos e para a lavagem de roupas, as fontes centrais, bem como os terrenos para criação de animais e locais para cortar a lenha foram reduzidos ou transferidos dos centros das cidades para a periferia. A arquitetura dos sobrados se desenvolveu fazendo da rua ‘uma serva da casa’; portas e janelas abriam-se diretamente para ela. Autoridades públicas limitaram o ‘mau uso’ da casa e tenderam a estabelecer uma nova atitude em relação às ruas, agora consideradas ‘lugares públicos’ e que por isso deveriam manter-se limpas. Com isso, o lugar público ganha, então, um significado oposto ao do uso particular (D’INCAO, 2018, p.224).

Estas delimitações influenciava no comportamento das mulheres nestes centros urbanos. Das mulheres de classes abastadas era esperado que pudessem garantir a sobrevivência dos filhos/as e sua educação moral e religiosa até os sete anos de idade. Ainda assim, destas mulheres dependiam os maridos o sucesso social, mediante o novo entendimento do espaço doméstico como forma de proporcionar, conforto, convívio familiar e *status* social.

Apesar do rigor dos discursos médicos de relegar às mulheres de classes abastadas as “guardiãs” da casa, pela ocupação em afazeres domésticos, o ócio feminino das famílias burguesas era comum. Muitas delas utilizavam o interior do espaço doméstico como uma maneira de convivência entre mulheres:

As leituras animadas pelos encontros sociais, ou feitas à sombra das árvores ou na mornidão das alcovas, geraram um público leitor eminentemente feminino. A possibilidade do ócio entre as mulheres de elite incentivou a absorção das novelas românticas e sentimentais consumidas entre um bordado e outro, receitas de doces e confidências entre amigas. As histórias de heroínas românticas, langorosas e sofredoras acabaram por incentivar a idealização das relações amorosas e das perspectivas de casamento (D’INCAO, 2018, p.229).

A construção do privado para as mulheres de classes abastadas vai passar pela criação de espaços para o convívio social e familiar a proporcionar *status* social. A vida doméstica ganha uma acepção de um mundo habitado e construído por mulheres, no caso das camadas mais abastadas. É na casa que se realizam as refeições, as diversões em sociedade, o encontro entre as amigas e a educação dos filhos/as. O parto em casa, neste contexto, era uma necessidade pela não existência de serviços que o coordenassem fora do ambiente doméstico, ainda que lentamente os homens fossem assumindo a sua dianteira à frente de parteiras tradicionais que mais se ligavam aos costumes populares que os “civilizados”.

Muito diferente será a vida das mulheres mais pobres. A renda das famílias pobres não podia depender apenas do marido. A vida na cidade era muitas vezes difícil inclusive para os homens, pela pouca estabilidade de emprego. As mulheres pobres trabalhavam para garantir que a renda complementar pudesse sustentar a sobrevivência da família. Ainda assim, a renda do marido era a mais importante para a sobrevivência familiar, mesmo que fosse menor do que a das mulheres. Lavadeiras, quituteiras, empregadas domésticas, costureiras, parteiras, estas representavam a maior parte das ocupações femininas. A saída do seu ambiente doméstico impedia que os valores burgueses das famílias abastadas pudessem ser a regra destas mulheres, ocasionando que as mesmas tivessem outras alternativas para a sobrevivência dos filhos/as:

Estratégia comum às mães pobres consistia em socializar os filhos através de uma rede de vizinhança e parentela. Meninos e meninas circulavam de lar em lar, de casebre em casebre, de senzala em senzala, estabelecendo relações de ‘parentesco espiritual’, via compadrio, ou informais, como no caso dos ‘filhos de criação’. A assistência ao invés de subverter esse costume, acabou por reforçá-lo com um módico pecúlio financeiro quem acolhesse enjeitados na própria casa. Ao longo dos anos, o envio de uma criança a outra família foi se tornando um gesto cada vez mais aceito e praticado (VENÂNCIO, 2018, Pp.201-202)<sup>17</sup>.

Estas mulheres ao final do século XIX e início do XX, moravam em casas pobres nos centros urbanos quando casadas, mas separadas podiam viver em cortiços e algumas vezes eram acolhidas em lugares de prostituição, ainda que esta não fosse a sua ocupação. A própria construção dos cortiços facilitava que a convivência fosse compartilhada entre os/as seus/as moradores/as, os preços ajudavam às mães solteiras (seja pela separação dos maridos, seja pelo sumiço destes) e às famílias muito pobres.

A distância entre os costumes das classes mais abastadas ia aprofundando às formas de sobrevivência de cada grupo. Podemos compreender que a rigidez dos valores e à necessidade de cumprimento de regras sociais para mulheres abastadas representavam mais a

---

<sup>17</sup> Grifos da autora.

estratificação social do que aquilo que era considerado impróprio socialmente, não higiênico, não europeu e, por fim, não civilizado.

[...] com a ajuda de educadores e moralistas, difundiu-se do alto para baixo da pirâmide social, a criança foi uma peça-chave. A necessidade de educá-la e prepará-la para o futuro fez com que seus pais virassem as costas às antigas sociabilidades, da rua, do parentesco extenso, entregando-se à privacidade do lar e do seu complemento, a escola. A nova visão da família tornou-se brasão da burguesia, legitimando uma distinção que se alastrava das sensibilidades para a vida material. A organização familiar dos grupos populares seguiu uma linha de evolução diferente. A enorme variedade de costumes que caracterizava a Europa pré-moderna diminuiu a partir da Revolução Industrial. Em torno dessa época, é possível identificar certas tendências em todo o subcontinente: casamentos ‘precoces’, um aumento da proporção de uniões consensuais, frequentemente instáveis, e taxa alta de bastardia e crianças *em circulação*. A interpretação destas mudanças se estende até as lamentações sobre o arrasamento da moralidade familiar. Nós tendemos a simpatizar com os historiadores que, esquivando-se a tais julgamentos, interpretam essas práticas como o resultado do surgimento de uma nova classe com suas próprias formas de organização social (FONSECA, 2018, Pp. 520-521).

A hierarquização moderna construía, assim, seus muros entre as classes sociais. O público e o privado como separações dicotômicas foram mais sentidas pelas mulheres de classes mais altas que vão começar aos poucos a criticar esta condição. As mulheres pobres entram por outra porta para a compreensão desta separação. São separadas pela sua condição material, sofrem as cobranças de manutenção de uma vida doméstica sem a sua presença física, possuem pouco apoio na relação conjugal e ainda por cima são desprezadas em seus costumes e raça.

A partir desse aprofundamento de extremos sociais e rigidez dos costumes que a assistência ao parto lentamente vai saindo do campo do saber popular para o discurso médico, o mesmo acontecendo com as outras assistências em saúde. Vale lembrar que mesmo no contexto social e familiar que as mulheres de classes abastadas viviam no século XIX, é lançada a semente<sup>18</sup>, que funda as críticas feministas sobre associação biológica e comportamental com conseqüências sociais. A diferenciação sexual neste sentido leva em conta o fato das mulheres poderem menstruar e parir, conseqüentemente, a maternidade acabava sendo uma das chaves que explicariam e justificariam a separação das esferas pública e privada.

---

<sup>18</sup>Olympe de Gouges (1748-1793) foi atuante na busca pela igualdade das mulheres durante a Revolução Francesa e Mary Wollnecraft (1759-1797) foi atuante na Inglaterra. Ambas perseguindo a igualdade e liberdade das mulheres. Apesar de, cronologicamente estarem anteriores à discussão do século XIX, suas críticas visavam os principais pensadores da época que insistiam nas diferenciações sexuais para a exclusão das mulheres dos ambientes políticos.

## 1.2 Cientificismo e maternalismo

A que pese a inauguração de um modelo de vida baseado na divisão público e privado, cabendo às mulheres a manutenção da vida e à reprodução e aos homens ao que se diz respeito à produtividade, o discurso médico estava calcado ainda em outras bases. O cientificismo entra como um discurso de higiene e prevenção de doenças, mas a conjuntura de seu aparecimento também se deve à Revolução Industrial e à progressiva substituição do fazer manual para o que é produzido nas fábricas e indústrias.

A entrada deste modelo que também altera a noção de tempo e espaço, com a presença de transportes mais rápidos (trens, carros, navios) transforma a vida no Ocidente europeu e reflete suas mudanças também ao final do século XIX no Brasil. A assistência em saúde é afetada por este modelo e os hospitais antes relegados às instituições religiosas vão passando lentamente para as mãos políticas do Estado em formação. Esta passagem de forma alguma foi tranqüila, a própria concepção de nascer em hospitais era problemática segundo MARTINS (2004), pois a maioria dos partos ao fim do século XIX, eram realizados em casa, sendo que os hospitais de caridade eram considerados atendimentos para mães solteiras, ao que criar mais hospitais poderia incentivar tais práticas condenadas à época (MARTINS, 2004). Apesar do ensino em obstetrícia já ser uma realidade no Rio de Janeiro, havia poucos hospitais para a realização dos partos.

É interessante notar que não era só a péssima fama do hospital da Santa Casa que afastava as mulheres, mas a situação de expor-se aos alunos nas aulas de clínica obstétrica. Este comportamento foi observado também nos hospitais de mulheres e maternidades européias e norteamericanas, nas quais a maior parte das pacientes era de mulheres pobres, das classes trabalhadoras e imigrantes que não se submeteram facilmente aos protocolos hospitalares nem aceitaram sem resistências a transformação de seus partos em casos descritos pelos professores e observados pelos estudantes. Entretanto, parece que a aceitação das mulheres em dar à luz nos hospitais de Salvador e do Rio de Janeiro esteve relacionada à melhoria das instalações e do atendimento, bem como à divulgação dos serviços obstétricos prestados pelos médicos e parteiras diplomadas que passaram a integrar as equipes obstétricas dos hospitais (MARTINS, 2004, Pp.149-150).

A estranheza ao modelo hospitalar se dava não somente pela observação do corpo feminino pelos alunos, pelas más condições dos hospitais, mas inclusive pela rotina imposta pelos profissionais de saúde a atender à clientela. As rotinas foram adotadas conforme o modelo europeu, mas este também apresentava alguns efeitos negativos. A realização do parto em casa pela maioria das mulheres conferia segundo a autora um número de mortalidade materna menor que os países europeus que adotaram o modelo hospitalar. As mortes maternas

na Europa deviam-se às infecções hospitalares, algo pouco experimentado em fins do século XIX na realidade brasileira.

Embora a maioria das mulheres continuasse a chamar as parteiras para atendê-las no momento de dar à luz, também no Brasil deu-se o mesmo movimento em direção aos médicos-parteiros, cuja clientela era inicialmente bastante diferenciada. Feijó atendia tanto as mulheres muito pobres na enfermaria de partos da Santa Casa, como as esposas de Ministros do Império e a própria filha do Imperador. O mesmo se dava com outros médicos parteiros, que, ao longo da segunda metade do século XIX, adquiriram fama e foram conquistando clientela. No entanto, o costume de chamar o médico para atendimento domiciliar permaneceu restrito às elites e às camadas médias urbanas até o século XX, quando os obstetras brasileiros começaram uma verdadeira campanha de convencimento sobre as vantagens e a segurança do parto hospitalar em relação ao domiciliar. Até então, os médicos-parteiros atendiam somente mulheres sem nenhum recurso, na Santa Casa e depois nas maternidades, ou as senhoras brancas endinheiradas que podiam pagar o atendimento exclusivo junto ao seu leito (MARTINS, 2004, p.178).

Às mulheres que poderiam pagar, havia, portanto, uma assistência médica obstetra ou por uma parteira reconhecida, mas aquelas que tinham poucos recursos, procuravam os serviços de parteiras que poderiam pagar, as mulheres em condições miseráveis iam para a Santa Casa serem atendidas pela assistência disponível (MARTINS, 2004). A procura por uma obstetrícia social que pudesse chegar às diferentes mulheres de classes sociais foi aventada por médicos obstetras brasileiros em fins do século XIX. Seria a busca de uma primeira assistência social pelo Estado para que fosse assegurada uma assistência análoga às mulheres de classe mais abastada. Dentre os médicos que estavam engajados nesta vertente, encontrava-se Fernando Magalhães, que pautou na sua carreira também o discurso de uma assistência às mulheres trabalhadoras antes e depois do parto.

A que se deviam a construção de maternidades para mulheres trabalhadoras? A autora sugere analisando as questões levantadas pelos médicos à época que a construção de uma assistência se devia em muito às questões relacionadas à maternidade tão severamente cobrada às mulheres. Se aquelas que não possuíam ocupação fora de casa tinham o privilégio do tempo destinado ao cuidado de si e do bebê, as mulheres trabalhadoras não compartilhavam a mesma realidade.

Neste ponto também é de se destacar a condição destas mulheres e sua relação exaustiva com o trabalho. O discurso higienista, ainda que menos agressivo no Brasil do que em outros países, era fundamentado em um modelo civilizatório que primava pela maternidade como o cuidado primeiro com o bebê e a manutenção da vida da mulher para este fim.

Em 1918, Fernando Magalhães, Stella de Carvalho Guerra Durval e mais 14 senhoras da sociedade carioca criaram a Associação Pró-Matre, com finalidade assistencial visando a 'proteger a mulher desamparada e a criança desvalida sem

distinção de credos religiosos ou posição social'. A função das senhoras da sociedade era angariar fundos para manter o hospital e a creche, que funcionava num anexo. Em 1919, o hospital foi inaugurado, inicialmente com 40 leitos distribuídos nas enfermarias de obstetrícia e ginecologia, consultórios, sala de partos e de cirurgias. Stella Durval comenta que pelos consultórios da Pró-Matre que prestavam atendimento gratuito passavam em média 162 mulheres por semana, logo nos primeiros meses em que começou a funcionar. Ao mesmo tempo em que criara uma maternidade-modelo na região portuária da cidade, Magalhães criou pequenos ambulatorios ligados à Pró-Matre em vários bairros do Rio de Janeiro. Dessa forma, ampliava-se o número de mulheres atendidas pela maternidade, algo que vinha ao encontro do ideal de Fernando Magalhães – expandir o atendimento obstétrico-ginecológico, chegando até as mulheres que viviam em bairros muito distantes (MARTINS, 2004, p.209).

Estas mulheres trabalhadoras encontravam na informalidade a sua fonte de renda. Pouco havia mudado com a virada do século, apenas é importante ressaltar que o fato de se encontrarem na informalidade conferia a elas um compromisso maior com a sua sobrevivência e, dessa forma, a aceitação a quaisquer condições de trabalho impostas. Segundo Samara (2002), a chefia majoritária dos lares pobres serem de mulheres indicava a sua participação ativa no mercado de trabalho, mesmo que a presença da parentela e filhos no mercado de trabalho ajudasse a manter a renda familiar. Neste caso, cabe lembrar que a população mais pobre não tinha a mesma condição de acesso ao casamento formal que as famílias burguesas, o que também ocasionava que se destinassem olhares enviesados para esta população por parte da elite brasileira pelos valores que predominavam na época.

Um ponto salta aos olhos nesta associação de fatores ligados à assistência ao parto no início do século XX, no Rio de Janeiro. Se parir em casa era comum, as condições para isso dependiam em muito do tipo de assistência que podiam pagar. A entrada da parteira vinha a contribuir não somente para o parto, mas a sua preparação, realização e visitas no pós-parto para verificar a saúde das mulheres. Ainda que isso pudesse acontecer a uma parcela das mulheres, incomodava ao discurso médico da época não o procedimento em si do parto, mas a importância da maternidade e dos cuidados que as mães deveriam relegar aos filhos nos primeiros momentos de vida. Assim, o parto entra para o modelo de assistência hospitalar primeiro pela importância de uma assistência materno-infantil e segundo, pela importância do exercício da maternidade com a conotação dos valores burgueses.

A República nos seus anos iniciais tinha como destino próprio a equiparação com as nações européias, trazendo para a perspectiva interna a questão nacional de forma premente. Que imagem venderia o Brasil para os países “civilizados”? A ideia de apagar um passado colonial, escravista e negro tinha suas raízes na eugenia, pois associava-se comportamentos sociais com “tipos” biológicos, incluindo neste rol negros, povos tradicionais indígenas e, sem

duvidas, as mulheres. Às mulheres em especial pela sua condição de poderem gerar filhos/as e a ideia de uma nação repousava também na criação de uma geração que viesse refletir o progresso e a civilidade tão desejadas para o reconhecimento brasileiro. A maternidade ganha um aporte social importante. O seu veículo discursivo está presente em revistas femininas que estão ligadas ao “universo feminino”, trazendo assuntos como moda e questões domésticas. Estas revistas acabam tendo boa difusão na década de 1920 no Brasil.

Freire (2008) analisa duas revistas de grande circulação no Rio de Janeiro, capital da República, “Vida Doméstica” e “Revista Feminina”. Destaca-se, nesse ínterim, a noção de que a maternidade deveria ser aprendida pelas mulheres a partir do discurso enunciado pela ciência médica, em contraponto, às questões tradicionais passadas pela cultura popular:

Sintonizados com a discussão que se travava sobre o ensino feminino, dentro de um debate mais amplo sobre a educação escolar, os articulistas criticavam a educação tradicional, fundamentada numa cultura ‘antiga’ que reservava às mulheres papel meramente decorativo. Tais matérias partiam invariavelmente de um eixo comum: a crítica a práticas tradicionais, ‘atrasadas’, em oposição à valorização da ciência como signo de modernidade e progresso. Aplicava-se à condição feminina em geral e, em particular, à maternidade a classificação por oposição antigo/novo e tradicional/moderno – polarização usada desde o século XIX como recurso preferencial para explicar as transformações da sociedade brasileira. Intelectuais como Ramalho Ortigão expressaram sua disposição pedagógica e seu pensamento nacionalista nas páginas das revistas femininas, defendendo a educação das mulheres para a maternidade com base na racionalidade científica moderna. Em matéria intitulada “A função social da mulher”, o escritor Luiz Amaral atribuía às mulheres, através da maternidade, a responsabilidade de resolver o “problema da humanidade”, porque “mil homens, mil aias, não substituem uma mãe de família”, concordando com os demais articulistas que “a mãe não pode, porque não sabe nem lhe ensinaram, ocupar o lugar que a natureza lhe impõe” (Revista Feminina, n.170, jul. 1928) (FREIRE, 2008, p.159)<sup>19</sup>.

A associação de um ensino sobre a maternidade para a consumação desta posição, tinha espaço para uma consagração, inclusive, espiritual.

O princípio da maternidade espiritual chegou mesmo a ser acionado por Lutz em sua atividade parlamentar, para defender a enfermagem como profissão essencialmente feminina. Em alguns de seus depoimentos na imprensa periódica, Bertha Lutz negava a alega da incompatibilidade entre os ideais feministas e a função doméstica, insistindo ser “um engano pensar que o feminismo afasta a mulher de casa” (Revista Feminina, n.181, jun.1929). Ratificando a permeabilidade entre as fronteiras dos espaços público e privado, declarou em seu discurso, ao ingressar na Câmara dos Deputados: “O lar é a base da sociedade e a mulher estará sempre integrada ao lar. Mas o lar não se limita ao espaço de quatro paredes. O lar é também a escola, a fábrica, o escritório” (citado em Soihet, nov.-dez. 2000, p.107). A matéria da Revista Feminina de agosto de 1922 sintetizava essa ideia, ao afirmar: “A maternidade é a casa da nação” (FREIRE, 2008, p.159).

O lar como uma extensão para o privado dá a ideia de que está depositado no universo feminino a reprodução não só da prole e a construção de valores que refletisse um ideal

---

<sup>19</sup> Grifos da autora.



“civilizatório”, a sua extensão estava também voltada para a construção de uma nova inserção social feminina, a da mãe pátria, aquela que salvaguarda o futuro dos filhos/as da nação. Assim, a ciência médica se investiu de tornar pormenorizada as ações ligadas à maternidade destituindo a oralidade tradicional e os costumes populares, com a apresentação de dados estatísticos, pesquisas e estudos que buscavam identificar na higiene o ponto chave a criação dos/as filhos/as. Ganha corpo, nesta época, os discursos valorizando a posição do médico como figura que detem os saberes sobre como proceder com o cuidado com os filhos/as.

A ação pedagógica da medicina em ensinar às mulheres a como cuidar dos filhos/as era premente, segundo a autora, mas admitia-se ao mesmo tempo a noção de que as mulheres tinham em si o “instinto maternal”. No debate de maternidade encontramos mais uma vez a ideia de natureza como uma justificativa biológica a tendências de certos comportamentos. O reconhecimento do instinto não implicava neste caso a contradição com a pedagogia da maternidade, na verdade acabava sendo este um alvo para a sua liberação de forma correta com a vida e valores impostos pela cientificidade e eugenia. Uma nova maternidade deveria ser aprendida e interiorizada para o futuro da pátria.

Ao insistirem na tese de que a mulher devia se instruir para poder exercer sua função de mãe, os colaboradores das revistas anunciavam uma aparente contradição com a propalada existência de uma predestinação natural das mulheres para a maternidade. Tratava-se, entretanto, agora, de exercer ‘outra’ maternidade, que implicava superar uma dimensão meramente instintiva e acrescentar elementos de outros domínios além do biológico, como a moral e o patriotismo, alcançando dimensão mais elevada, de civilidade e modernidade – sob supervisão médica. O doutor Antonio Gouveia sintetizou a concepção da parceria proposta no título da sua matéria: “O médico e a mulher, dois grandes fatores do progresso da pátria” (Revista Feminina, n.107, abr. 1923). O argumento da superioridade da ciência era sistematicamente invocado pelos articulistas para justificar as novas práticas maternas, seguindo o esquema explicativo de oposição binária entre atraso e progresso, instinto e técnica, crença e conhecimento. Tal argumento foi possivelmente um dos responsáveis pela incorporação do ideário da maternidade científica por mulheres das classes média e alta urbanas, pois além de gozar de prestígio na sociedade, a ciência se identificava com a esfera pública, domínio essencialmente masculino (FREIRE, 2008, p.166).

O olhar atento de médicos e mulheres sobre a questão da infância continha também preocupações com relação a alta mortalidade infantil da época. A concepção de que a higiene e condições melhores de vida da população proporcionaria melhores taxas foi alvo do movimento feminista maternalista da época. É importante ressaltar de que mulheres estamos falando quando dizemos da inserção social feminina nos debates públicos enquanto mães. As mulheres de classe alta e média, que tiveram acesso à educação completa foram as pioneiras em adentrar nos assuntos públicos a reivindicação de políticas voltadas para a educação, saúde materno-infantil e proteção da infância.

O discurso maternalista, representava uma forma ambígua de emancipação feminina da inferiorização social a que eram acometidas as mulheres na época. O reconhecimento da maternidade como uma forma de postular à mulher um exercício socialmente importante, foi utilizado como uma ponte para a educação superior de mulheres abastadas em áreas que diziam respeito a essa seara. Nutricionistas, médicas, enfermeiras, professoras, dentre outras, eram as mulheres de classes altas que se utilizavam da “função” social da maternidade para poderem ascender a determinados espaços que antes não eram previstos.

Na virada do século XX, o reconhecimento da importância das mulheres devido à maternidade já estava solidificado na sociedade brasileira e era aceito por homens e por mulheres. O discurso das esferas separadas tinha cumprido seu papel. Se essa qualidade – a “natureza feminina” – foi usada em muitos casos para segregar as mulheres ao lar e como argumento para impedir a obtenção de direitos civis, políticos, econômicos, intelectuais e sociais, começou também a ser usada num sentido inverso: para lhes abrir as portas e levar as aptidões maternas para fora de casa, para o exercício de determinadas profissões consideradas próprias às mulheres, como a assistência social compatível com a “missão altruística” das mães e, até mesmo, para o exercício dos direitos políticos devido a uma “moralidade” específica ao sexo feminino (MOTT, 2001, 211)<sup>20</sup>.

O discurso maternal é o meio ao qual fortalece de forma ambígua o privado e o público, já que a inserção feminina das camadas médias e altas em profissões liberais e na vida política adquirem esta feição, ao passo que a sua porta de entrada é também o seu encarceramento, as mulheres deveriam cumprir com o que era esperado como mães. O discurso maternal fortaleceu, ainda, que direitos às trabalhadoras pudessem ser criados para poderem garantir a maternidade a estas mulheres. Mott (2001) elucida este ponto com o exemplo de educadoras conquistarem a licença maternidade após o parto para que fossem lhes dada a oportunidade do cuidado com os filhos.

Temos, portanto um feminismo brasileiro, no início do século passado, que prima pelas questões ligadas à maternidade. Havia, no entanto, formas de atuação diferenciadas das feministas, neste momento.

Pelo menos três vertentes são claras. A primeira delas, a mais forte e organizada, é a liderada por Bertha Lutz, que tem como questão central a incorporação da mulher como sujeito portador de direitos políticos. Esse feminismo constitui um verdadeiro movimento de alcance nacional, chegando a uma institucionalização surpreendente. Porém, como veremos adiante tem limites muito precisos: nunca define a posição de exclusão da mulher como decorrência da posição do poder do homem [...] sem mexer com a posição do homem, as mulheres lutavam para ser incluídas como cidadãs [...] A segunda vertente é que se poderia chamar de feminismo difuso, o qual se expressa nas múltiplas manifestações da imprensa feminista alternativa. São mulheres cultas com vidas públicas excepcionais, na grande maioria professoras, escritoras e jornalistas. Preocupadas ou não com os direitos políticos, essas mulheres tem um campo mais vasto de questões, defendem a educação da mulher e falam em dominação dos homens e no interesse em deixar a mulher fora do mundo público.

---

<sup>20</sup> Grifos de autora.

Em seus textos, tocam em temas delicados para a época, como sexualidade e divórcio [...] A terceira vertente se manifesta no movimento anarquista e, posteriormente, no Partido Comunista. Trata-se de mulheres trabalhadoras e intelectuais, militantes destes movimentos de esquerda que defendem a liberação da mulher de forma radical, tendo na maioria das vezes a questão da exploração do trabalho como central, articulando as teses feministas aos ideários anarquistas e comunistas (PINTO, 2003, Pp.14-15).

A lutas das feministas, neste momento, era travar as brigas para ampliar o acesso às mulheres ao espaço público e, isso, se deu de maneira mais concentrada na busca pelos direitos políticos. As anarquistas, entretanto, questionavam esta e outras pautas, destacando as questões relacionadas ao excesso de trabalho e à dupla jornada.

O primeiro, e o mais importante deles, é a clara presença da identificação de uma relação de dominação entre homens e mulheres: o poder dos homens se calcava sobre a exploração das mulheres [...] o segundo ingrediente importante nas manifestações das costureiras anarquistas é a centralidade da questão do trabalho. Trata-se, aqui, de mulheres que tem o trabalho em posição central em suas vidas e que associam suas condições especialmente difíceis ao fato de serem mulheres [...] O original no texto das costureiras é a busca de tempo para aprimoramento pessoal, por meio da educação, e não, como se poderia esperar na época, uma reivindicação associada aos seus papéis de esposa e mãe (PINTO, 2003, p. 36).

Neste trecho, a autora comenta um texto original do movimento União das Costureiras, Chapeleiras e Classes Anexas do Rio de Janeiro década de 1920. Não se pode deixar de mencionar que a atuação das mulheres repercute bastante, mas ganha notoriamente o discurso maternalista. A maternidade e os cuidados materno-infantis estão no conjunto dos primeiros mecanismos estatais para a construção de uma saúde pública, na década de 1920 e isso se estendeu ao longo da década até a criação das unidades de atendimento à população, os Centros de Saúde, que tinham como característica atender às questões ligadas à prevenção de doenças.

O sistema de saúde pública ia avançando conforme os rumos políticos iam deixando para trás o passado colonial e oligárquico. A vida nas cidades vai ganhando força e as migrações européias de trabalhadores para trabalharem nas recentes indústrias brasileiras vão modificando cenário de assistência em saúde, se baseando nos pressupostos da saúde para o trabalho.

### **1.3 Saúde materno-infantil: a institucionalização da reprodução**

Os primeiros mecanismos criados para regulamentar a saúde materno-infantil estabeleceram novas formas de se pensar o acesso à saúde das mulheres e sua relação com o esperado delas socialmente. Se as primeiras maternidades tinham cunho filantrópico pelo fato de mulheres mais pobres terem acesso a uma assistência em casa precária, a assistência em saúde passa a cumprir neste momento para o Estado uma função importante que é a regulação das epidemias, o aprofundamento nas questões sanitárias e a redução da taxa de mortalidade infantil no país.

Podemos pensar que esta virada social em muito contrasta com a realidade do século XVIII e início do XIX, quando o abandono de crianças pela manutenção de um rígido sistema social baseado na conservação de *status* e de patrimônio se modificou para um sistema baseado na prevenção em saúde de forma a cobrir uma massa de trabalhadores/as para o crescimento do país, novos/as cidadãos/ãs que representariam o “avanço moral” intelectual de uma nação. Cabe a ressalva, que os valores acionados para esta leitura de prevenção, eram calcados no discurso positivista que embasava a medicina na época e que entendiam o progresso também como a manutenção de valores sociais baseados na autoridade dos maridos e na domesticidade para as mulheres.

O Departamento Nacional da Criança (DNCR) em 1940, foi o primeiro órgão voltado para a saúde materno-infantil, que tinha em si dois objetivos principais, o primeiro moral, a reprodução se constituía em uma função essencialmente social, interessando muito mais à sociedade que às mulheres; a outra era a que encarava as práticas de higiene como defesa e conservação da vida (NAGAHAMA, SANTIAGO, 2005).

Durante do Estado Novo (1937-1945), a saúde era regida pelo modelo previdenciário de assistência que, de uma forma geral, era pautado na arrecadação dos trabalhadores formais para conferir assistência de saúde. Cobertos os trabalhadores e suas famílias era excluída deste sistema a população que não participava da regulação formalizada de emprego. Costa (2002), explica que este modelo de saúde associado ao trabalho formal era uma das heranças autoritárias da Era Vargas, estabelecendo uma cidadania “regulada” pelo trabalho formal e equivalência a direitos. Este modelo continua até final da década de 1970, sendo o setor privado o mais acessado para cobrir aqueles que não estavam sob a situação do sistema previdenciário.

Maia (2010) traz para a perspectiva a separação que era realizada para se pensar a assistência em saúde na segunda metade do século XX, o modelo preventivo e o modelo curativo. Na década de 1960, reservava-se ao Ministério da Saúde o modelo preventivo (não-patogênico), enquanto que ao Ministério da Previdência Social, se reservava o modelo

curativo (patogênico). Ressaltar esta característica aponta para que tipos atendimentos eram realizados e como eram distribuídos os recursos: enquanto que o Ministério da Saúde se encarregava de combater epidemias e tinha menor orçamento, o Ministério da Previdência Social se encarregava da assistência médica com orçamento maior. Esta característica faz alusão a um modelo que pensa a saúde como uma ausência de doença, conforme a autora explica:

Retomando o argumento inicial, pode-se constatar que o modelo de assistência à saúde no Brasil privilegiou e consolidou as práticas curativas médico-hospitalares individuais, financiadas pelo sistema previdenciário, em detrimento das ações coletivas de prevenção e promoção da saúde. Obviamente que tal desenho estimula e reforça uma cultura que valoriza a doença, a especialização médica e as intervenções da alta tecnologia, em detrimento da promoção da saúde, da clínica médica básica e das ações de baixa tecnologia. Articula-se ao modelo curativo-hospitalar o fato de a assistência à saúde no Brasil ser oferecida por um mix de serviços públicos e privados (MAIA, 2010, p.29).

A redemocratização, ao final dos anos de 1970 e, mais precisamente, na década de 1980, é um momento que reúne várias reivindicações sociais, sendo que na área da saúde temos como marco a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, que levantou com força a bandeira da Reforma Sanitária, movimento de profissionais de saúde que primavam pela universalização da assistência de saúde, sendo que os serviços deveriam ter por princípios de atuação a integralidade e equidade, além de um sistema que fosse descentralizado, para atendimento das demandas locais de saúde e maior participação social no fazer saúde (MAIA, 2010). A criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher - PAISM neste mesmo ano vinha de encontro a esta bandeira e foi uma das suas materializações antes de se criar o Sistema Único de Saúde.

Em que sentido o PAISM era inovador frente ao modelo anterior? A criação do PAISM se insere em um rol de reivindicações feministas sobre a questão do corpo e atuação social em contraponto ao que se esperava do posto de mães as quais os discursos cientificistas apontavam como sendo primordiais aliados inclusive a um desenvolvimento nacional. A reivindicação de um Programa que pudesse compreender a noção individual feminina em relação às suas demandas pessoais em qualquer que fosse a idade era o rompimento com um sistema social de assistência às mulheres reprodutoras, da vida e do ambiente doméstico.

A transformação que o PAISM propõe é a transformação social de entendimento que as mulheres são detentoras de seus corpos e vidas e esta visão é bastante concernente com o momento social que se estabelecia no período de redemocratização, movimentos contestatórios pós-68 e busca por direitos dos indivíduos por todo o mundo. A transformação na assistência em saúde representava inclusive a transformação de uma das questões políticas

mais importantes que estava sendo contestada, a ditadura civil-militar e o autoritarismo. Neste ínterim, as mulheres contestavam também a imposição de uma maternidade. Com isso, vemos o crescimento dos discursos de planejamento familiar e uso de contraceptivos como a pílula anticoncepcional.

É neste tecido social que se rompe com o seguimento materno-infantil para se pensar uma política que prima pelas mulheres na sua integralidade, tanto do ponto de vista da sua idade, quanto do seu atendimento não ser mais pautado na reprodução. A crítica exposta era contra o enclausuramento das mulheres pela sua atuação como mães e desconhecedoras das suas potencialidades na vida pública e, conseqüentemente, desconhecedoras do seu corpo e sexualidade.

O PAISM objetivava um atendimento em saúde mais integral e condizente com a realidade das mulheres brasileiras usuárias da rede pública de saúde. O programa trouxe diretamente do movimento feminista brasileiro todo um rol de conhecimentos sobre o corpo e a saúde das mulheres dando ensejo a outras ações em saúde que pudessem ser executadas no âmbito das políticas públicas. As principais críticas feministas aos programas de saúde materno-infantil versavam sobre a relação autoritária dos médicos/as perante o corpo das mulheres, passando pela perda de autonomia das mesmas no momento do parto e pelo pouco ou nenhum acesso às unidades de saúde com vagas para as mulheres parirem. Conforme Pedrosa (2005), a assistência às mulheres até a criação do PAISM era baseada apenas no que condizia seu “papel social”:

No Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, sendo limitada, nesse período, às demandas relativas à gravidez e ao parto. Os programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 30, 50 e 70, traduziam uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares (PEDROSA, 2005, Pp.4-5).

O PAISM abriu espaço, portanto, para que se pensasse uma assistência baseada na identificação de um sujeito (as mulheres) na sua integralidade, reconhecendo a porção ativa em diferentes fases da vida e de relação com o meio social. Ainda assim, o PAISM abre espaço para a crítica à forma como era levada a política de assistência em saúde por parte dos órgãos responsáveis à época e, esta crítica, foi reforçada no seu documento de criação:

O atendimento à mulher pelo sistema de saúde tem-se limitado, quase que exclusivamente, ao período gravídico-puerperal, e mesmo assim, de forma deficiente. Ao lado de exemplos sobejamente conhecidos, como a assistência preventiva e de diagnóstico precoce de doenças ginecológicas malignas, outros aspectos, como a prevenção, detecção e terapêutica de doenças de transmissão sexual, repercussões biopsicossociais da gravidez não desejada, abortamento e

acesso a métodos de controle da fertilidade, tem sido relegados a plano secundário (BRASIL, 1984, p. 5).

Interessante pensar que a abertura do cânone de saúde da mulher na criação do PAISM se dava justamente pelo reconhecimento das mesmas enquanto sujeitos de transformação política e social. Esta era preocupação dos movimentos feministas deste período, porém representa um rompimento no discurso médico científico que vimos anteriormente. Neste trecho do PAISM temos ainda a preocupação biopsicossocial aliada à assistência de saúde e esta será mais tarde um dos aspectos importantes para se pensar humanização em saúde. O PAISM era em si um divisor de águas para se pensar a assistência.

Ainda cabe lembrar que o PAISM é gestado e nasce enquanto programa que vem de um discurso feminista das camadas médias e altas da sociedade para as mulheres de camadas médias e empobrecidas que careciam de assistências adequadas com relação à saúde. A utilização dos serviços públicos era de forma maciça de mulheres que não tinham condições nem de realizarem consultas mediante pagamentos, quanto pagarem de forma regular os custos de um plano privado em saúde. Mais uma vez nos deparamos com uma assimetria social entre mulheres que diz muito das questões que envolvem o acesso a direitos, bem como a assistência ao parto no Brasil. Nisto podemos depreender algumas questões.

Se em um momento da história víamos que o parto para as mulheres mais abastadas não era uma questão em si, já que era algo coberto pelos recursos materiais, em outra ponta vemos que as mulheres pobres eram, portanto, os alvos desta assistência hospitalar já que os recursos que tinham para sobreviver e a seus filhos eram inexistentes ou muito escassos. Mesmo assim, o que não se modifica em relação a mulheres de classes mais abastadas e mulheres pobres é forma como vão acessar os serviços de assistência ao parto.

Retomando a discussão do tópico anterior, as revistas femininas do início do século XX se referiam um público de mulheres pertencentes a classes sociais que poderiam dispor em suas vidas de tempo e custos necessários para o cuidado higienista proposto. Mulheres que não tinham tempo e recursos pela precariedade de suas condições materiais entraram a reboque nessa discussão com a criação de espaços que pudessem regularizar e prevalecer as normas sociais. Por outro lado, no que diz respeito ao PAISM, este acaba sendo o resultado material do rompimento de uma classe abastada com os discursos do maternalismo e sua ponte de acesso a outras mulheres se estabelece, portanto, através do discurso que, ao mesmo tempo em que une também separa, a assistência em saúde.

O que vemos dentro deste processo é que a conquista dos direitos das mulheres acompanha ao mesmo tempo uma institucionalização do parir, porém as formas pelas quais as

mulheres são assistidas diferem muito. As mulheres de classes abastadas continuam a utilizar um sistema privado de saúde e as mulheres sem recursos são atendidas no meio público. Destaco que há neste processo um aprofunda desigualdade social que separa as mulheres sobre as mesmas questões que versam sobre seu reconhecimento enquanto sujeitos. No próximo capítulo veremos um pouco de como estes dois sistemas de saúde influem nos resultados da assistência para as mulheres no parto. Veremos também, que a criação dos direitos reprodutivos é um marco no processo de reconhecimento da autonomia das mulheres no parto.



## 2 AUTONOMIA E DIREITOS REPRODUTIVOS: A CIDADANIA DAS MULHERES

Neste capítulo, ganha destaque a criação dos conceitos de direitos reprodutivos e saúde reprodutiva. Neste ínterim, serão privilegiadas as questões condizentes com o acesso à assistência de saúde das mulheres. O reconhecimento destes direitos é um dos fatores que desponta para se pensar a importância atual dos discursos sobre o *parto normal*.

Do ponto de vista da saúde será observado que os direitos reprodutivos possuem uma discussão mais próxima da assistência, mas do ponto de vista da categoria mulher, o sujeito destes direitos, serão trazidas as discussões que remetem à escolha ou não de se ter mais ou menos filhos/as. Pois, mesmo que estejam atendidas as questões concernentes ao parto, não se pode perder de vista o debate sobre a autonomia nas decisões, algo que diz respeito também à maternidade. No primeiro tópico, veremos como foram criados estes direitos e como se refletem nas normativas nacionais relacionadas ao parto e ao apoio à autonomia das mulheres no que tange à maternidade. No segundo tópico, veremos como a assistência trabalha a questão da saúde reprodutiva e a autonomia das mulheres, sob a perspectiva da humanização dos serviços.

### 2.1 Tratados internacionais, compromissos nacionais

Na década de 1990, ocorreu o Ciclo Social da Organização das Nações Unidas que marcou o momento de integração mundial para a repactuação dos direitos humanos em termos internacionais. Foram realizadas diversas conferências<sup>21</sup> que traçaram um novo panorama para as ações internacionais pós-Guerra Fria e ascensão dos movimentos sociais. Neste momento serão definidos os parâmetros internacionais de leitura dos direitos humanos para garantir o desenvolvimento sustentável, a diminuição das desigualdades e da pobreza. As duas Conferências Internacionais mais importantes para se pensar a questão da reprodução e da

---

<sup>21</sup> Conferência Mundial da Criança (1990), Nova York; Conferência Mundial sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento (1992), Rio de Janeiro; II Conferência Mundial de Direitos Humanos (1993), Viena; III Conferência sobre População e Desenvolvimento (1994), Cairo; Conferência Mundial para o Desenvolvimento Social (1995), Copenhagen; IV Conferência Mundial sobre as Mulheres (1995), Beijing; II Conferência sobre Assentamentos Humanos Habitat (1996), Istambul; Conferência Mundial sobre Alimentação (1996), Roma.

diminuição da igualdade de gênero são a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (1994), no Cairo e IV Conferência Mundial sobre as Mulheres (1995), em Beijing.

Do ponto de vista do Cairo, a preocupação era garantir que as questões demográficas tivessem como pilares os direitos humanos e o desenvolvimento das cidades de forma sustentável, diminuindo a desigualdade social, de gênero e firmando o compromisso de se criarem mecanismos políticos de uma reprodução baseada na autonomia com acesso a meios seguros para isso. Sobre o contexto social, destacamos do documento da Conferência:

As próximas duas décadas trarão provavelmente mais mudanças de populações rurais para áreas urbanas, assim como constantes e elevados níveis de migração entre os países. Essas migrações são parte importante das transformações econômicas que ocorrem em todo o mundo e põem novos e sérios desafios. Essas questões, por conseguinte, devem ser abordadas com mais ênfase nas políticas demográficas e de desenvolvimento. É provável que, por volta do ano 2015, cerca de 56 por cento da população global estarão morando em áreas urbanas, em comparação com os índices de menos de 45 por cento em 1994. Os índices mais rápidos de urbanização ocorrerão nos países em desenvolvimento. A população urbana das regiões em desenvolvimento era de apenas 26 por cento em 1975, mas está previsto seu aumento para 50 por cento pelo ano 2015. Isto representará uma enorme pressão sobre os atuais serviços e infra-estrutura sociais, dos quais uma grande parte não terá condições de crescer na mesma proporção da urbanização (BRASIL, 2006,p.40).

Neste trecho, estão ressaltadas as questões que dizem respeito a um crescimento social nas áreas urbanas e, conseqüentemente, o crescimento da população que necessitará de empregos formais e de meios de vida que abarquem uma condição digna. Dos eixos trabalhados na Conferência, portanto, destaca-se para a presente pesquisa o eixo Igualdade dos Sexos, Equidade e Empoderamento da Mulher. Neste eixo vamos encontrar a presença dos direitos reprodutivos ligados à autonomia feminina em meio às questões relativas à diminuição da desigualdade entre homens e mulheres nas sociedades contemporâneas.

Em todas as partes do mundo, as mulheres sofrem ameaças a sua vida, a sua saúde e a seu bem-estar em conseqüência de sua sobrecarga de trabalho e por carecerem de poder e de influência. Na maior parte do mundo, as mulheres recebem menos educação formal que os homens e, ao mesmo tempo, sua capacidade, saber e mecanismos de luta muitas vezes não são reconhecidos. As relações de poder que impedem a mulher de alcançar uma vida sadia e plena operam em muitos níveis da sociedade, desde os mais pessoais até os mais altamente públicos. Conseguir uma mudança requer ações de política e programas que melhorem o acesso da mulher a meios de vida seguros e a recursos econômicos, aliviem sua excessiva responsabilidade com relação aos encargos domésticos, removam impedimentos legais a sua participação na vida pública e promovam a conscientização social por meio de eficientes programas de educação e de comunicação de massa. Ademais, a melhoria do status da mulher reforça também sua capacidade de tomar decisões em todos os níveis das esferas da vida, especialmente na área da sexualidade e da reprodução. Isto, por sua vez, é essencial para o sucesso, de longo prazo, de programas de população. A experiência demonstra que programas de população e

desenvolvimento são mais eficientes quando, simultaneamente, se tomam providências para melhorar a situação da mulher (BRASIL, 2006, p.50)

Nesta Conferência vemos que se enquadram, então, como direitos humanos o acesso à saúde reprodutiva de forma livre, autônoma e garantida pelos Estados, ou seja, são delimitados os direitos reprodutivos. A criação de uma linguagem dos direitos reprodutivos internacionalmente, na década de noventa, abarcou as críticas e reivindicações feministas responsabilizando os Estados que assinaram o compromisso com a agenda da Conferência do Cairo (1994) em proporcionar às mulheres, dentre outros direitos, a um parto seguro em que a autonomia de decidirem como parir seria primordial.

A partir da CIPD, as políticas e os programas de população deixaram de centrar-se no controle do crescimento populacional como condição para a melhoria da situação econômica e social dos países, e passaram a reconhecer o pleno exercício dos direitos humanos e a ampliação dos meios de ação da mulher como fatores determinantes da qualidade de vida dos indivíduos. Nesta perspectiva, delegados de todas as regiões e culturas concordaram que a saúde reprodutiva é um direito humano e um elemento fundamental da igualdade de gênero. Além desta mudança de paradigma, a comunidade internacional chegou a um consenso sobre três metas a serem alcançadas até 2015: a redução da mortalidade infantil e materna; o acesso à educação, especialmente para as meninas; e o acesso universal a uma ampla gama de serviços de saúde reprodutiva, incluindo o planejamento familiar (BRASIL, 2006, p.34).

Sobre o princípio da autonomia inerente a estes direitos e o afastamento das questões ligadas ao controle populacional, Corrêa, Januzzi e Alves (2003), destacam:

Os direitos reprodutivos se opõem, por um lado, a qualquer tipo de controle coercitivo da natalidade e, por outro, a qualquer tipo de imposição natalista que implique a proibição de uso de métodos contraceptivos. Assim, os direitos reprodutivos implicam que toda pessoa tenha a liberdade de escolha para definir como, quando e quantos filhos quer ter (incluindo não ter filho algum, isto é, o direito “não-reprodutivo”), além de poder contrair matrimônio de maneira livre e com o pleno consentimento de ambas as pessoas (CORRÊA, JANUZZI, ALVES, 2003, p.9)

Assim, os direitos reprodutivos, segundo os autores, diz respeito a uma conquista internacional importante quando se trata do desenvolvimento populacional e o incentivo de políticas que estão calcadas também na igualdade de gênero. Leva em consideração a autonomia das mulheres, salvaguarda as escolhas reprodutivas destas mediante as preferências pessoais e implica, ao mesmo tempo, que haja um sistema de apoio que possa oferecer às mesmas as informações necessárias para exercer a sua autonomia.

Assim, nos encaminhamos mais especificamente para a assistência em saúde. Segundo Ventura (2009), os temas concernentes à saúde sexual e reprodutiva presentes no relatório da Conferência, são: planejamento familiar, violência sexual, aborto voluntário, mortalidade

materna e doenças sexualmente transmissíveis. Para compreender como se trabalha a materialização destes direitos em políticas de saúde, Cook, Dickens e Fathalla (2004) citam a lista de indicadores propostos pela Organização Mundial da Saúde para o acompanhamento da questão da saúde reprodutiva.

- Taxa de fecundidade total.
- Taxa de prevalência do uso de métodos contraceptivos.
- Taxa de mortalidade materna.
- Percentagem de mulheres grávidas atendidas por profissionais capacitados, pelo menos uma vez, durante a gravidez.
- Percentagem de partos acompanhados por pessoal de saúde capacitado.
- Número de estabelecimentos com serviços obstétricos primários essenciais para cada 50.000 habitantes.
- Taxa de mortalidade perinatal.
- Percentagem de nascidos vivos com peso abaixo da média.
- Prevalência de sorologia positiva para sífilis em adolescentes grávidas atendidas no acompanhamento pré-natal.
- Percentagem de mulheres em idade reprodutiva que, pelos níveis de hemoglobina, são classificadas como anêmicas.
- Percentagem de admissões obstétricas e ginecológicas por aborto.
- Prevalência de mulheres com incisão genital feminina (mutilação).
- Percentagem de mulheres em idade reprodutiva que estão tentando engravidar há dois anos ou mais.
- Incidência registrada de uretrite em homens (idade entre 15 e 49 anos), e de prevalência de HIV em mulheres grávidas (COOK, DICKENS, FATHALLA, 2004, p. 9).

A lista nos ajuda a perceber como são mensuradas as questões ligadas à saúde reprodutiva que possuem conexão com a dimensão dos direitos reprodutivos. Este fator é importante, pois percebemos que a prática destes direitos depende muito da promoção de saúde reprodutiva medida a partir do acompanhamento destes indicadores na assistência através da criação de políticas públicas.

No Brasil, retomando a discussão do capítulo anterior, as denúncias feministas durante as décadas de 1980 e 1990 culminaram em várias diretrizes na área da saúde que tiveram como mote os direitos reprodutivos, e, principalmente, o pilar da autonomia. Um dos resultados na assistência ao parto é o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (2002), que tem como metas: o acompanhamento durante a gravidez pelo sistema de saúde público, a adoção de uma classificação de risco mediante o quadro de saúde das gestantes e a diminuição dos índices de mortalidade materna no país. Dentro desse programa foram criadas as Casas de Parto (2004)<sup>22</sup>, que tem por finalidade oferecer atendimento às gestantes de baixo

---

<sup>22</sup> A criação da Casa de Parto no Rio de Janeiro antecede à normativa federal que garante as Casas de Parto Normal no país. Os documentos de criação são: Resolução SMS nº 971 25/03/2003 e Resolução SMS nº 1041 11/02/2004.

risco um parto com técnicas diferenciadas de parir que proporcionam mais conforto às mulheres nesse momento.

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento fundamenta-se nos preceitos de que a humanização da Assistência Obstétrica e Neonatal é condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério. A humanização compreende pelo menos 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 e a organização da instituição de modo a criar um ambiente acolhedor e a instituir rotinas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher. O outro se refere 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, 2002, p.6).

Podemos ter em conta que os preceitos do programa descendem daqueles presentes no PAISM: incluem um atendimento integral às mulheres gestantes e puérperas baseado nas suas demandas pessoais (condições de vida e de saúde), sendo esse atendimento médico/enfermagem acompanhado de práticas de saúde que possam trazer segurança e conforto tanto para as mulheres quanto para os bebês. Sobre a humanização do parto, Tornquist (2002) apresenta as seguintes características:

Em linhas gerais, pode-se dizer que esse movimento propõe mudanças no modelo de atendimento ao parto hospitalar/medicalizado no Brasil, tendo como base consensual a proposta da Organização Mundial de Saúde (OMS), de 1985, e que inclui: incentivo ao parto vaginal, ao aleitamento materno no pós-parto imediato, ao alojamento conjunto (mãe e recém-nascido), à presença do pai ou outra/o acompanhante no processo do parto, à atuação de enfermeiras obstétricas na atenção aos partos normais, e também à inclusão de parteiras leigas no sistema de saúde nas regiões nas quais a rede hospitalar não se faz presente. Recomenda também a modificação de rotinas hospitalares consideradas como desnecessárias, geradoras de risco e excessivamente intervencionistas no que tange ao parto, como episiotomia (corte realizado no períneo da mulher, para facilitar a saída do bebê), amniotomia (ruptura provocada da bolsa que contém que líquido amniótico), enema (lavagem intestinal) e tricotomia (raspagem dos pelos pubianos), e, particularmente, partos cirúrgicos ou cesáreas. A proposta da OMS não é eliminar tais intervenções, mas reduzi-las apenas às situações de necessidade comprovada, uma vez que se entende que o modelo de atenção ao parto e ao nascimento hospitalar estaria abusando de práticas prejudiciais à saúde da mulher e do bebê, a curto, médio e longo prazos. O conjunto de medidas tidas, então, como *humanizadoras* busca desestimular o parto medicalizado, visto como tecnologicado, artificial e violento, e incentivar as práticas e intervenções biomecânicas no trabalho de parto, consideradas como mais adequadas à fisiologia do parto, e, portanto, menos agressivas e mais naturais (TORNQUIST, 2002, Pp.484-485)<sup>23</sup>.

A autora menciona no artigo que a humanização do parto seria um movimento pela necessidade das mulheres terem acesso a situações menos agressivas aos seus corpos e atendimentos mais focados no seu bem-estar que ofereçam conforto tanto no momento do

---

<sup>23</sup> Grifos da autora.

parto quanto após esse momento. Antes de adentrar na discussão sobre a humanização no sistema público de saúde e posturas médicas, listamos as políticas brasileiras que se aproximam às questões ligadas aos direitos reprodutivos.

Considerando que a autonomia das mulheres em relação ao número de filhos/as (ou não filhos/as) guarda relação com as políticas sociais que apóiam à maternidade no Brasil, proponho um olhar sobre estes direitos sob duas perspectivas: de um lado a assistência em saúde e, de outro, o suporte às decisões das mulheres para poderem realizar as suas escolhas no âmbito da reprodução. Esta proposição se baseia no princípio que sustenta os direitos reprodutivos, a autonomia.

Considerando que a autonomia tem por base também a forma como as mulheres trabalham as suas vidas e a opção (ou não) por filhos/as, enxerto a estes direitos alguns outros elementos que são discutidos sob a perspectiva da igualdade de gênero. Podemos conceber que a não realização de políticas que cubram o apoio às mulheres na maternidade poderia interferir na decisão livre e protegida de ter filhos/as por parte das mesmas, já que a elas ainda recaem os cuidados com os bebês, para além das consequências fisiológicas da gestação.

A mulher não é um útero, mas possui um. Para as mulheres, a saúde vai além da saúde reprodutiva. O fato de ser mulher traz implicações para saúde. As necessidades de saúde das mulheres podem ser classificadas em quatro categorias gerais. Primeiramente, elas tem necessidades específicas relacionadas às suas funções sexuais e reprodutivas que se expressam no campo da saúde reprodutiva. Em segundo lugar, as mulheres possuem um sistema reprodutivo complexo, que é vulnerável a disfunções e a doenças, mesmo antes do início do seu funcionamento ou após o seu término. Em terceiro lugar, as mulheres estão também sujeitas a doenças provenientes de outros sistemas do corpo humano que podem afetar aos homens, mas seu padrão de adoecimento frequentemente difere daquele do homem por sua constituição genética, por fatores hormonais ou por comportamentos e estilos de vida ligados ao gênero. Algumas doenças provenientes de outros sistemas do corpo humano, ou mesmo o seu tratamento podem interagir com as condições ou funções do sistema reprodutivo. Em quarto lugar, pelo simples fato de serem mulheres, elas estão sujeitas a disfunções sociais que afetam a sua saúde física, mental e social. Alguns dos exemplos incluem a incisão genital feminina, frequentemente descrita como mutilação, o abuso sexual, e a violência doméstica (COOK, DICKENS, FATHALLA, 2003, p. 17).

É desta maneira, que a questão dos direitos reprodutivos, no presente estudo, se apóia também em uma discussão mais abrangente na igualdade de gênero. Abaixo, foram listadas as normativas em âmbito nacional a partir do modelo proposto por Ventura (2009) ao analisar a materialização dos direitos reprodutivos no Brasil.

Quadro 4- Normativas nacionais que se relacionam com os direitos reprodutivos no Brasil

NORMATIVAS	COMENTÁRIOS
------------	-------------

Código Penal de 1940	<p>Art. 128 - Não se pune o aborto praticado por médico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aborto necessário</li> </ul> <p>I - se não há outro meio de salvar a vida da gestante;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aborto no caso de gravidez resultante de estupro</li> </ul> <p>II - se a gravidez resulta de estupro e o aborto é precedido de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal.</p>
Decreto-Lei n.º 5.452/ 1943	<p>Consolidação das Leis Trabalhistas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Na Seção V estão os artigos voltados para a Proteção à Maternidade, entre eles o Art.392, que garante a licença-maternidade por 120 dias sem prejuízo do emprego e do salário.</li> </ul>
Lei nº 6.202/1975	<p>Atribui à estudante em estado de gestação o regime de exercícios domiciliares instituído pelo Decreto-lei nº 1.044, de 1969, e dá outras providências.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Garante afastamento legal mediante atestado a partir do oitavo mês de gestação, sendo de responsabilidade médica o fim do período de afastamento.</li> </ul>
Lei nº 7.853/1989	<p>Dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência e sua seguridade social, dentre outras.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No Art.2 da lei vemos previstos o que cabe ao Poder Público para assegurar os direitos básicos das pessoas com deficiência, nas áreas da educação, saúde, formação profissional e trabalho, recursos humanos e edificações.</li> <li>• Não área da saúde, ressalta-se a preocupação com os cuidados da gestação, parto e puerpério, bem como o planejamento familiar.</li> </ul>
Lei nº 8.069/1990	<p>Estatuto da Criança e do Adolescente</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Os art. 7 a 10 tratam do direito à vida e à saúde referindo-se à oferta de um amplo leque de serviços de assistência reprodutiva que permita à criança nascimento digno.</li> <li>• A lei é omissa em relação a assistência à saúde reprodutiva de adolescentes.</li> </ul>
Lei nº 9.029/1995	<p>Proíbe a exigência de atestados de gravidez e esterilização, e outras práticas discriminatórias, para efeitos admissionais ou de permanência da relação jurídica de trabalho, e dá outras providências.</p>

Lei nº9.263/1996	<p>Lei do Planejamento Familiar</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Traz para o âmbito dos direitos garantidos pelo Estado o planejamento familiar;</li> <li>• Conceitua como planejamento familiar um conjunto de ações de regulação da fecundidade;</li> <li>• Garante a liberdade de opção mediante a disposição de todos métodos seguros de prevenção da fecundação;</li> <li>• Regulamenta as formas de acesso à esterilização, sendo vedada a esterilização no momento do parto ou aborto;</li> <li>• Limita a esterilização enquanto método contraceptivo;</li> <li>• Limita a autonomia individual mediante a permissão consensual do casal para a realização da esterilização.</li> </ul>
Portaria do Ministério da Saúde nº569/2000	<p>Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde.</p>
Lei nº 10.048/2000	<p>Dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e dá outras providências.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No Art.1, encontra-se a especificação: as pessoas com deficiência, os idosos com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, as gestantes, as lactantes, as pessoas com crianças de colo e os obesos terão atendimento prioritário, nos termos desta Lei.</li> </ul>
Lei nº 10.223/2001	<p>Altera a Lei no 9.656, de 3 de junho de 1998, para dispor sobre a obrigatoriedade de cirurgia plástica reparadora de mama por planos e seguros privados de assistência à saúde nos casos de mutilação decorrente de tratamento de câncer.</p>
Lei 10.224/2001	<p>Altera o Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal, para dispor sobre o crime de assédio sexual e dá outras providências.</p>
Lei nº 10.289/2001	<p>Institui o Programa Nacional de Controle do Câncer de Próstata.</p>
Lei nº 10.516/2002	<p>Institui a Carteira Nacional de Saúde da Mulher</p>
Lei nº 10.778/2003	<p>Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados.</p>
Aguição de Descumprimento de Preceito Fundamental	<p>Reconhece o direito constitucional da gestante em submeter-se à interrupção da gravidez nos casos de fetos anencefálicos.</p>



(Med.Liminar)/2004	
Lei nº 11.108/2005	<p>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.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A parturiente terá direito a escolher um (1) acompanhante de sua preferência para acompanhar durante todo trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.</li> </ul>
Lei 11.340/2006	<p>Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mais conhecida como Lei Maria da Penha, no Art.7, classifica como violência sexual forçar à gravidez, o aborto, ao uso de método contraceptivo, ou qualquer coerção que anule os direitos sexuais e reprodutivos.</li> </ul>
Lei nº 11.633/2007	<p>Altera a Lei no 9.434, de 4 de fevereiro de 1997.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Art. 9º-A: É garantido a toda mulher o acesso a informações sobre as possibilidades e os benefícios da doação voluntária de sangue do cordão umbilical e placentário durante o período de consultas pré-natais e no momento da realização do parto.</li> </ul>
Lei nº 11.634/2007	<p>Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde.</p>
Lei 11.770/2008	<p>Cria o Programa Empresa Cidadã, destinado à prorrogação da licença-maternidade mediante concessão de incentivo fiscal, e altera a Lei no 8.212, de 24 de julho de 1991.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Caso a empresa prorrogue por mais 60 dias além do previsto para licença maternidade, e para 15 dias, além do previsto para a licença paternidade, poderá deduzir imposto fiscal.</li> </ul>
Lei nº 11.935/2009	<p>Altera o art. 36-C da Lei no 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Torna obrigatória a cobertura dos atendimentos nos casos de urgência resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional e de planejamento</li> </ul>

	familiar, dentre outros previstos em lei.
Portaria Ministério da Saúde, nº1.944/2009	<p>Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Na política encontra-se uma parte destinada aos direitos sexuais e reprodutivos que trazem para as ações a preocupação dos homens participarem do planejamento reprodutivo e do acompanhamento da gravidez, parto e pós-parto.</li> </ul>
Lei nº 11.942/2009	Dá nova redação aos arts. 14, 83 e 89 da Lei no 7.210, de 11 de julho de 1984 – Lei de Execução Penal, para assegurar às mães presas e aos recém-nascidos condições mínimas de assistência.
Portaria do Ministério da Saúde nº 1.459/2011	<p>Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Art. 1º A Rede Cegonha, instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde, consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis, denominada Rede Cegonha.</li> </ul>
Portaria do Ministério da Saúde nº 77/2012	Dispõe sobre a realização de testes rápidos, na atenção básica, para a detecção de HIV e sífilis, assim como testes rápidos para outros agravos, no âmbito da atenção pré-natal para gestantes e suas parcerias sexuais.
Emenda Constitucional 72/2013 (PEC das Domésticas)	<p>Altera a redação do parágrafo único do art. 7º da Constituição Federal para estabelecer a igualdade de direitos trabalhistas entre os trabalhadores domésticos e os demais trabalhadores urbanos e rurais.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Equiparados os direitos com a CLT, as trabalhadoras domésticas possuem direito à licença-maternidade vigente para as demais trabalhadoras.</li> </ul>
Portaria do Ministério da Saúde, nº904/2013	Estabelece 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.
Lei nº 13.257/ 2016	Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e altera a Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), o Decreto-Lei no 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código de Processo Penal), a Consolidação das

	<p>Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei no 5.452, de 1o de maio de 1943, a Lei no 11.770, de 9 de setembro de 2008, e a Lei no 12.662, de 5 de junho de 2012.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Esta lei é mais conhecida como o Marco Legal para a Primeira Infância, que coloca no bojo dos direitos da primeira infância as questões ligadas à gestação, parto e pós-parto.</li> </ul>
Lei nº 13.467/ 2017.	<p>Altera a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei no 5.452, de 1o de maio de 1943, e as Leis nos 6.019, de 3 de janeiro de 1974, 8.036, de 11 de maio de 1990, e 8.212, de 24 de julho de 1991, a fim de adequar a legislação às novas relações de trabalho.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Permite que as mulheres durante a gestação permaneçam trabalhando em lugares insalubres, algo não previsto na legislação de 1943.</li> </ul>
Lei nº 13.434/2017	<p>Acrescenta parágrafo único ao art. 292 do Decreto-Lei no 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código de Processo Penal), para vedar o uso de algemas em mulheres grávidas durante o parto e em mulheres durante a fase de puerpério imediato.</p>

Fonte: A autora, 2018. As informações utilizadas foram obtidas também partir da síntese de Ventura (2009, Pp.81-82).

Para esta lista foram consultados os endereços eletrônicos do Ministério da Saúde, bem como listas de ONGs voltadas para este fim. Podemos perceber que tiveram avanços sobre a questão do parto e alguns retrocessos com relação à maternidade reconhecida e coberta em lei. Dentre os avanços destaca-se o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (2002) que estabelece as rotinas de atendimento dos estabelecimentos de saúde, conforme vimos acima. O reforço desta política de atenção vem na criação da Rede Cegonha (2012) que estabelece novas diretrizes deste atendimento e sua logística entre as esferas de gestão.

Outros avanços também podem ser sentidos na licença maternidade com a aprovação da PEC das Domésticas (2013), porém retrocedemos quando em legislação se permite que gestantes possam trabalhar em lugares insalubres. Assim, no que tange à dimensão dos direitos, a sua conquista não significa que se retroceda e, ao mesmo tempo, podemos perceber que as conquistas estão inscritas em cenários políticos e sociais favoráveis para que possam se concretizar.

Abaixo será trabalhado olhar sobre assistência em saúde, na perspectiva dos direitos reprodutivos, tendo como foco as questões ligadas à humanização no SUS. Entendendo que, as posturas de profissionais de saúde no atendimento às mulheres no sistema público, bem

como as estruturas deste serviço influem no maior ou menor acesso aos direitos, pelas mulheres, propomos adentrar sobre esta discussão pelo conceito da humanização. Veremos que este conceito agregará questões fundamentais para se compreender o *parto normal* enquanto um discurso que se encontra dentro dos direitos reprodutivos.

## 2.2 Humanização

A humanização pode ser considerada um movimento dentro SUS. Um movimento de profissionais que se materializa em políticas fundamentais no que tange à assistência ao parto pela rede pública no Brasil. Por isso, antes de entrar nos pontos específicos da humanização cabem algumas considerações sobre a criação e implementação do SUS, para se compreender o pano de fundo das discussões que baseiam as políticas de humanização no país, principalmente em relação ao parto.

No período da redemocratização que data do final da década de 1980, a Assembleia Constituinte traz à tona múltiplos movimentos sociais que vão entrar para a construção de uma nova Constituição. A criação do SUS se deve também a este momento e aos pertencentes da reforma sanitária, que reivindicam um atendimento de saúde baseado na integralidade, equidade e universalidade. Na execução destes princípios a descentralização era um ponto importante, pois permitia a divisão de esforços entre união, estados e municípios para cobrir tanto a assistência básica preventiva, quanto aquela considerada de média e alta complexidade. O SUS inaugurou ainda mecanismos institucionais de comunicação com a sociedade que permitem a presença interativa entre sociedade civil e Estado. A criação do SUS é regulamentada na Lei Nº 8.080/1990, e seus princípios e diretrizes constam no Art.7:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;VIII - participação da comunidade;IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos

da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população; XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos (BRASIL, 1990).

Desta maneira o SUS se insere no rol dos direitos sociais que responsabiliza o Estado em provê-lo e promover acesso ao mesmo. No modelo do SUS a assistência integral vem a complementar o sentido da cidadania para usuários/as que farão uso do sistema. A cidadania que se difere do modelo de assistência da metade do século XX na qual atendia, principalmente, aqueles/as que tinham acesso ao emprego. A cobertura universal do SUS permite que o direito à saúde seja uma obrigação de provimento do Estado. A criação do SUS e seus mecanismos de desenvolvimento e relacionamento com os cidadãos/ãs é uma construção inclusive da ideia de um país democrático, que adentra nas perspectivas do Estado de bem-estar social em prover a partir de sua arrecadação a educação, saúde e assistência. A cobertura destes direitos e o amplo acesso pelos/as cidadãos/ãs são frutos da construção de uma Constituição baseada na cidadania irrestrita, fundamentada nos direitos humanos, os quais o Brasil é signatário em tratados internacionais.

A política internacional, entretanto, não segue a mesma tendência de consolidação dos direitos sociais, pelo contrário, há um declínio destes com a ascensão das políticas neoliberais. A perda sistemática dos direitos sociais para atrair capitais e controlar a economia mediante a diminuição a qualquer custo da inflação foi se alastrando nos mercados internacionais. A hegemonia do pensamento neoliberal nos meios de comunicação de massa permitiu ‘martelar’ na opinião pública que déficit orçamentário e juros baixos levam sempre a mais inflação (SINGER, 2014), ou seja, a economia baseada na regulação do mercado financeiro tinha como prioridade o controle da inflação o que garantia a cobertura do Estado para que os mesmos pudessem ser seguros o suficiente para as transações, mas com um custo social enorme. Não à toa os investimentos em saúde sofreram com esta situação, além disso, nos anos de 1980 o Brasil enfrenta crises econômicas e desemprego sucessivos.

Disso decorre o crescimento no Brasil da assistência privada em saúde, apesar da criação do SUS. Isso, segundo Maia (2010) se deu por três motivos, pela não adesão prática do discurso do SUS por parte do Estado, no que tange à universalização dos serviços, pela não ampliação da rede de atendimento, fortalecendo os convênios com os hospitais particulares conforme modelo anterior de assistência e, por fim, pelo crescimento da medicina de grupo (formação de uma rede de hospitais e laboratórios), cooperativas que prestavam seus serviços de forma complementar, seguros de saúde (das seguradoras para empresas) e formas de

autogestão para a prestação de serviços médicos (organizações sociais sem fins lucrativos que gestam nas empresas os serviços relacionados à assistência em saúde). Sobre este aspecto Mercadante (2002) explica,

O sistema de saúde no Brasil, em sua estrutura e funcionamento institucional, apresenta, de um lado, forte participação do setor privado na assistência hospitalar e, de outro, forte participação do setor público na assistência ambulatorial. As entidades privadas de assistência à saúde também participam de forma complementar ao SUS, dando-se preferência, de acordo com diretriz constitucional, às organizações não lucrativas. Uma investigação realizada, em 1998, pelo Instituto Brasileiro de Opinião Pública (IBOPE), mostrou que 40% da população utilizava exclusivamente o SUS para seus cuidados de saúde, 44% utilizava o SUS e outros sistemas e 16% não era usuária do SUS (MERCADANTE, 2002, p.267).

Apesar do dado estatístico corresponder a uma realidade de vinte anos atrás, na próxima parte do capítulo serão apresentados dados que dialogam ainda com esta realidade, no que tange à assistência ao parto. Com relação ao que enuncia o autor, é significativa a presença do setor privado na assistência à saúde, mesmo com a criação do SUS. A dimensão reguladora deste processo cabe ao Ministério da Saúde e as agências criadas para este fim, porém há a ressalva que a dimensão básica da assistência é ainda prioritária no âmbito da saúde pública, e isto terá impacto no oferecimento de serviços que fazem menção aos princípios norteadores do SUS, principalmente no que dizem respeito aos direitos reprodutivos.

Cabe ainda mencionar, que correm em paralelo duas formas de assistência em saúde e, neste ponto, vão influir formas também diferenciadas do fazer saúde ainda mais no caso da saúde das mulheres. Se voltarmos à questão da criação do PAISM e, posteriormente do SUS, vemos que as duas políticas dizem respeito a uma extensa camada da população que não possuem acesso à saúde, muito por conta do sistema previdenciário não atender a todos – a massa de desempregados resultado da desastrosa economia na ditadura civil-militar – e do crescimento exponencial nas cidades de bolsões de pobreza vindas também da migração do meio rural. No outro extremo desta balança vemos a adesão crescente das classes abastadas da assistência privada, o que refletia uma desconfiança do atendimento no serviço público e da falta de vagas e acesso a todos/as cidadãos/ãs.

O aumento dos serviços privados de saúde entra como uma forma de captar esta clientela, mas ao mesmo tempo em que se privatiza este acesso, são relegados os princípios de sua assistência. Incidindo diretamente nas questões que envolvem a qualidade do atendimento e a participação social no fazer em saúde, do ponto de vista do sistema público, é que a humanização será implementada como política, a fim de restabelecer os aspectos inicialmente

colocados na criação do SUS. A humanização diz respeito ao acolhimento e à gestão participativa dos seus membros e sociedade:

Por se compreender que as ditas “práticas de desumanização” e “práticas desumanizadoras” são expressões de formas precárias de organização do trabalho, pertinentes, portanto, aos temas da gestão e das condições concretas de trabalho, a pauta da humanização se desloca imediatamente para novas ofertas de formação. Mas este deslocamento ocorre também por outra razão de natureza metodológica: o método da humanização. Entendendo o método como “modo de caminhar”, a PNH define a humanização como um modo de fazer inclusão, como uma prática social ampliadora dos vínculos de solidariedade e co-responsabilidade, uma prática que se estende seguindo o Método da Tríplice Inclusão. Assim, a feitura da humanização se realiza pela inclusão, nos espaços da gestão, do cuidado e da formação, de sujeitos e coletivos, bem como, dos analisadores (as perturbações) que estas inclusões produzem. Em outras palavras: humanização é inclusão (BRASIL, 2010, p.7).

Assim, a Política Nacional de Humanização – PNH (2003), trata tanto daqueles/as envolvidos com a assistência quanto dos/as gestores/as que estão na coordenação do sistema de saúde. Humanizar é incluir. Na medida em que se necessita de integração entre a formulação das políticas com quem está na assistência, procura-se desta forma, trabalhar as transformações das práticas através de uma metodologia coletiva que promova intercâmbio e aprendizagem de novas maneiras de encarar a assistência em saúde. As formas de intervenção para a promoção de uma assistência humanizada é o apoio às equipes pela gestão, criando ambientes de corresponsabilidade coletiva dos desafios da assistência, retirando da esfera individual o encargo das situações que envolvam o atendimento, qualificando também os espaços de trabalho, oferecendo pertencimento e realização profissional, estabelecendo-se, por fim, compromisso com as mudanças necessárias para uma assistência baseada no acolhimento aos/às cidadãos/ãs (BRASIL, 2010).

Os princípios norteadores da PNH consistem: na transversalidade, estar presente em todas políticas e programas do SUS; indissociabilidade entre atenção e gestão, conhecimento por parte dos/as trabalhadores/as e usuários/as do funcionamento da gestão e dos serviços de saúde; e, protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e dos coletivos, ou seja, corresponsabilização sobre a o cuidado em saúde, tanto por parte da equipe de saúde quanto de usuários/as, que se tornam protagonistas neste processo<sup>24</sup>. Com a humanização há um forte apelo para a transposição de um modelo baseado na assistência vertical e hierarquizada do saber em saúde para tratamento de doenças, a uma assistência baseada no reconhecimento dos direitos de usuários/as e trabalhadores/as de saúde, aos quais se deve uma

---

<sup>24</sup> Sobre os princípios norteadores e outras informações, acessar: <http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/humanizausus/sobre-o-programa>

assistência e formas de trabalho mais horizontais a respeitar seus protagonismos e necessidades.

A humanização do SUS responde também aos processos negativos de resposta da assistência para com trabalhadores/as e usuários/as. Por isso, sua importância está em trabalhar tanto com os/as profissionais quanto com a gestão, de maneira a planejar e estabelecer processos de formação que estejam ligados fundamentalmente no reconhecimento dos/as profissionais para a transformação da assistência, quanto dos/as usuários/as em cidadãos/ãs que possuem autonomia sobre seus corpos e decisões.

Disso, podemos depreender que o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, ainda que criado anteriormente à PNH, esteja no rol desta política, pois possui em seu cerne a importância de considerar as mulheres com dignidade e oferecê-las uma assistência que cubra tanto o período gravídico-puerperal, quanto seus anseios pessoais ligados aos corpos e experiência de parto. Assim, a humanização do parto e a humanização dos serviços de saúde se implementam como uma resposta ambígua à assistência de saúde no país, de um lado o reconhecimento da realidade de atendimentos de baixa qualidade para os/as usuários/as pelo sistema público de saúde, de outro, há a prevalência de um discurso de participação democrática que adere às questões impostas pela sociedade, conforme veremos adiante.

Dentro deste processo da humanização, temos como exemplo a Lei nº 11.108/2005, que garante a presença de acompanhante da preferência da mulher gestante na assistência à gravidez e parto. A presença de acompanhante pode ser tanto companheiro/a escolhido/a pela mulher, quanto parente e amigo/a, inclusive se for adolescente. Na cartilha desenvolvida pelo Ministério da Saúde sobre a Lei, que se dirige mais propriamente ao pai, a presença de acompanhante pode:

garantir um melhor atendimento para a sua parceira; estimular o parto normal; diminuir a duração do trabalho de parto; diminuir o medo, a tensão e, conseqüentemente, aliviar a dor; aumentar a sensação de prazer e satisfação no parto; diminuir a ocorrência de depressão pós-parto; favorecer o aleitamento materno; fortalecer o vínculo entre você, sua parceira e o bebê (BRASIL, 2014).

Importante considerar que mesmo que a Lei do Acompanhante estabeleça uma relação direta com o pai, a escolha de acompanhante, principalmente no momento do parto é livre para a mulher gestante. Sobre a humanização, assim como na reforma sanitária, profissionais da área de saúde fizeram coro para trabalhar os princípios acima levantados. Dentre as ações defendidas na assistência ao parto por esses grupos de profissionais temos: um parto com menos intervenções médicas, o reconhecimento das enfermeiras obstétricas na realização de



partos, a participação de doulas acompanhando as gestantes e instruindo as mulheres durante o parto e a ideia do *parto normal* em casa como sendo algo seguro e possível para as mulheres (CASTRO, 2014). Sobre os atores e atrizes envolvidos nas reivindicações de um parto humanizado para as mulheres brasileiras está a ReHuNa.

A Rede pela Humanização do Parto e Nascimento – ReHuNa, foi criada por profissionais de saúde enquanto movimento da sociedade civil em 1993, com associados em todo o país. A sua atuação consiste em divulgar, reivindicar a prática do atendimento humanizado ao parto e nascimento em todas as suas etapas, da unidade mãe/bebê à medicina baseada em evidências (RATTNER ET AL, 2010). A ReHuNa se baseou no Relatório emitido pela Organização Mundial da Saúde – OMS, em 1996, sobre parto para fundamentar suas ações e preconizar uma assistência no âmbito brasileiro baseada nas evidências científicas da OMS. Em outubro de 1996, foi realizado um encontro em Campinas/SP que reuniu os/as principais profissionais da área de saúde obstétrica no país para discutir a assistência ao parto e nascimento sob um modelo que respeitasse as mulheres do ponto e vista da autonomia. O documento emitido neste encontro foi a Carta de Campinas e apontou as suas principais críticas:

O Brasil é hoje, o país que apresenta a maior taxa mundial de cesáreas (vários hospitais paulistas apresentam 80% ou mais de cesáreas) e este passou a ser o método normal de parir e de nascer, uma inversão total da naturalidade da vida. Quando o parto é vaginal, a violência da posição, das rotinas e interferências médicas perturbam e inibem o desencadeamento dos mecanismos fisiológicos naturais de parto. Parto e nascimento passaram a ser sinônimo de doença, de patologia e de intervenções cirúrgicas. Estes fenômenos vitais e existenciais cruciais tornaram-se momentos de terror, angústia, impotência alienação e dor. Seu custo social, psicológico e econômico é muito alto e a sociedade é vítima indefesa desta realidade. Não espanta que as mulheres passaram a introjetar a cesárea como a melhor forma de nascer, buscando um parto sem dor, sem medo e sem risco. A cesárea é também a via de acesso à ligadura de trompas, método anticoncepcional que vem esterilizando definitivamente grandes massas de mulheres brasileiras. Ninguém informa as gestantes que as cesáreas desnecessárias lhes trazem um risco de 3 a 30 vezes maior de morrer no parto além de uma morbidade muito maior que a do parto normal. Também ninguém lhes diz que a cesárea desnecessária traz risco 13 vezes maiores de morbimortalidade para o bebê. Ninguém lhes informa ainda que o parto é tecnicamente o pior momento para a realização da laqueadura, expondo a mulher a grandes riscos. Segundo a OMS 10% é a taxa máxima de cesáreas, encontrada em serviços e países que apresentam os menores valores de mortalidade perinatal<sup>25</sup>.

Neste documento podemos perceber sob qual pano de fundo as reivindicações sobre *parto normal* começaram de forma latente no nosso país. O que a Carta está denunciando igualmente é a aderência inclusive ao modelo de parto, percebendo a atitude das mulheres

---

<sup>25</sup> O documento pode ser encontrado no site: <http://ongamigasdoparto.blogspot.com.br/2011/05/carta-de-campinas-ato-de-fundacao-da.html>

pela cesárea como uma reação à cena do *parto normal* violento. A maciça indicação de cesáreas tem a ver tanto com a forma pedida de passar por este momento, retirando o componente da dor, ao mesmo tempo em que a sua indicação era pautada por rotinas preferenciais de médicos/as obstetras.

A Carta traça as suas linhas de ação baseadas nestas críticas e evidentemente que a informação qualificada sobre parto, a comprovação das técnicas e as reais necessidades de realização cesárea serão os principais pilares que sustentarão seu trabalho; outro ponto igualmente importante é a valorização deste momento do parto como uma valorização da vida e da subjetividade dos atores envolvidos, conseqüentemente influenciando em técnicas de assistência que primam por este caminho, bem como o reconhecimento da autonomia das mulheres neste momento. A Carta converge para os fundamentos da assistência humanizada e para um paradigma de saúde que prioriza a cidadania na assistência.

O movimento pela humanização proposto pela ReHuNa não procura através dos seus documentos arbitrar contra a realização de cesáreas, mas contra a maciça indicação de cesáreas em detrimento de partos que seriam mais benéficos para as mulheres.

Assim, podemos dizer que no Brasil, o parto cesárea adquiriu uma relevância notória no debate da assistência. Sobre sua notória discussão salta aos olhos a conotação negativa a que se pode atribuir um excesso de cesáreas que atende a interesses ligados às dimensões individuais de profissionais, “favorecendo” uns em detrimento de outras. A problemática enfoca a imposição de cirurgias sob a negação dos direitos às mulheres. O que é importante conhecer do parto cesárea?

A cirurgia em si não se configura como um problema, isso porque o seu aparecimento é consequência de sobrevivência de muitas mulheres ao longo da história. A sua realização sem que haja prescrições fundamentadas para isso no âmbito da saúde é que se sobrepõem aos direitos reprodutivos atuais, ou podemos dizer com mais transparência, à autonomia feminina mediante à saúde reprodutiva. Do ponto de vista da saúde, cabem os estudos que produzem as bases ou não para a sua prescrição por obstetras. Neste trabalho cabem observações sobre os aspectos sociológicos produzidos pelo o que organismos internacionais de saúde acusam de uma “epidemia de cesarianas”. É importante destacar em que contexto a cesárea se torna uma cirurgia que pode “salvar” mulheres da morte de um parto complicado por via vaginal ao que em outro contexto ela se torna um fenômeno que os estudos da saúde acusam como sendo causadora de alguns males relacionados às mulheres atualmente.

Em relação à história do parto cesáreo o seu surgimento e conseqüente realização em mulheres vivas representa a possibilidade de morte de mulheres em menor número, ao passo

que em outro contexto a sua realização excessiva proporciona um risco. Nas questões de ordem social existem mulheres que acessam com facilidade as cesáreas, outras não. A regulamentação de alguma forma está mais próxima de mulheres que utilizam o sistema público de saúde e menos próxima de mulheres que frequentam os serviços privados. O imbróglio que esta questão suscita para as/os ativistas do parto “normal” é a falsa sensação de que as mulheres escolhem um parto cesárea. A literatura das humanidades e na saúde vão argumentar que esta escolha é imposta pelos/as obstetras, mas existem questões que também se imiscuem para que o parto “normal” não seja o caminho habitual de gestações de mulheres no serviço privado.

Tão antigo quanto o parto vaginal é também a cesariana. Parente et al (2010) explicam um pouco do seu surgimento que data de mil e setecentos anos antes de Cristo, sendo realizado em mulheres mortas para o salvamento do feto.

As primeiras referências à retirada do feto pela via abdominal vêm de épocas milenares, cuja história nos chegou pelos relatos da mitologia greco-romana em inscrições nos manuscritos persas e assírios, e nos papiros egípcios. ‘Ibiq-iltum, filho de Sin-magir, nascido por cesariana e filho da mulher morta Atkasim’. A expressão original em acadiano (língua dos mesopotâmios da época), *silipremin*, pode significar tanto cesariana quanto o uso de um fórcepe. Como o uso do fórcepe só é relatado na Idade Média, presume-se que essa referência seja à cesariana. Esse texto, datado do ano 23 de Hamurabi da Babilônia (1795-1750 a.C), é provavelmente o primeiro relato de uma cesariana feita em mulher morta ou em vias de. Cesarianas em mulheres mortas eram realizadas provavelmente por egípcios antigos. SageSusruta, que viveu em aproximadamente 600 a.C e um dos fundadores da Medicina Hindu, refere-se a uma cesariana post-mortem no seu tratado médico SusrutaSamhita. Na civilização ocidental, inicialmente, era realizada apenas em mulheres mortas e moribundas, em uma tentativa de salvar o feto ou por motivos religiosos, para permitir o batismo e com a finalidade de enterrá-lo separadamente de sua mãe. Era um último recurso e não tinha a finalidade de salvar a vida materna. A origem exata da operação cesariana é desconhecida (PARENTE ET AL, 2010, p.481).

Os autores vão continuar este trecho trazendo a dimensão da cultura oral para a transmissão dos conhecimentos relativos à cirurgia. A sua antiguidade no tempo faz refletir sobre alguns pontos. Primeiro, que a cirurgia não traduz apenas um discurso médico científico mais ligado à modernidade. Segundo, a realização desta cirurgia, ainda que mais associada à morte das mulheres estava também na pauta dos assuntos relacionados com o parto há bastante tempo. A nomenclatura nesta situação também alude a um passado distante.

O nome “César” se originou, de acordo com Plínio, de um antepassado que nasceu por cesariana. A História Augusta (biografia de imperadores romanos) sugere três explicações alternativas: que o primeiro César tinha uma cabeça cheia de cabelos (do latim, caesaries); que tinha brilhantes olhos cinzentos (do latim, oculiscaesiiis), ou que ele matou um elefante (caesai, em mouro) na batalha. César emitiu moedas com imagens de elefantes, sugerindo que ele favoreceu essa interpretação do seu nome. A segunda teoria atribui o termo cesárea à Lex Regia, ou lei dos reis, proclamada por Numa Pompilius, antigo rei romano (716-673 a.C.) que ordenava a

execução do procedimento com o objetivo de salvar a criança quando a morte da mãe ocorria nas últimas semanas de gestação. Em caso de falecimento, esta não poderia ser enterrada antes que o feto fosse extraído de seu ventre. Mais tarde, essa lei foi denominada Lex Caesarea, dando origem ao termo cesariana. A terceira teoria afirma que a palavra cesárea teria derivado do verbo latino caedere, que significa cortar. Crianças nascidas por cesárea postmortem ficavam conhecidas como caesones ou caesares. Essas crianças foram consideradas “não-nascidas” até meados do século XVII. Outra hipótese seria a de que Nero (37-68 d.C.), um dos 12 Césares, teria mandado assassinar sua própria mãe, Agripina, e abrir-lhe o ventre para ver onde ele havia sido gerado (PARENTE ET AL, 2010, p.481).

A não ser pela primeira explicação, neste contexto a realização das cesáreas teria proximidade com a morte das mulheres e com o possível salvamento dos fetos. O texto que se segue pelos autores que traçam um panorama histórico sobre a realização da cesárea em mulheres mortas até próximo ao século XIX com a criação de novas técnicas e medicamentos que permitissem salvaguardar a vida das mulheres mães. De um modo mais crítico, Freitas (2008) analisa um pouco o advento das especialidades médicas para as mulheres ao longo dos séculos que sucedem o crescimento da medicina no Ocidente europeu.

A perspectiva crítica da autora se centra no quanto estas especialidades influenciaram nas questões ligadas à associação de comportamentos sociais com a fisiologia do corpo. A perspectiva crítica de estudos como o de Freitas (2008) estão fundamentados na dissociação entre sexo e gênero. A realização de cesarianas pode ter salvado a vida de muitas mulheres a partir do século XIX, mas a própria concepção de que a cirurgia deveria ser realizada em mulheres vivas também representa a ascensão de um discurso que privilegia que estas descobertas científicas pudessem ser realizadas. De fetos que deveriam ser salvos para serem antes batizados, passamos para a criação de um campo na medicina que se especializa na assistência dos corpos considerados femininos.

A autora vai argumentar que a realização das cesarianas vai estar associada ao crescimento das áreas de ginecologia e obstetrícia o país. Entretanto, se verificarmos no capítulo anterior, veremos que institucionalização da reprodução se deu a partir de meados do século XX, ou seja, o crescimento de cesarianas apontado pelos profissionais da humanização do parto, aponta para um fenômeno que é muito recente na nossa história. Apesar disso, veremos no próximo capítulo que as taxas de cesarianas não são baixas, o que inclina este processo também para o crescimento de um mercado envolvendo médicos e profissionais de saúde para a realização e arrecadação com estes serviços.

A atuação da ReHuNA possui uma relação direta em denunciar as cesarenas abusivas através de informações sobre parto e nascimento, essa perspectiva envolve profissionais que estão no âmbito do SUS na assistência e gerência, como foi o caso do Rio de Janeiro:

A Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ), sob a coordenação de Cristina Boaretto e Katia Ratto e com a participação de Diana Valadares, foi a primeira a integrar em suas políticas de saúde projetos concretos de humanização, como a instalação em 1994 de um hospital para o exercício dessas práticas, a Maternidade Leila Diniz. Marcos Dias, que a dirigiu com o apoio de Rosa Domingues, implantou nessa maternidade do Rio de Janeiro práticas consideradas ousadas e revolucionárias à época, a exemplo da atriz que inspirou seu nome: presença de acompanhante com a mulher, possibilidade de escolha de posição de parto, parto assistido por enfermeiras obstetras.... havia até uma banheira para parto (RATTNER ET AL, 2010, 217).

Rattner et al (2010) demonstram neste artigo a importância da difusão da ReHuNa para a modificação do modelo de parir, através da informação qualificada e das trocas realizadas em encontros em diversas partes do país. De humanização podemos destacar o componente eminentemente democrático presente na inclusão de profissionais da ponta com a área de gestão, porque a sua inclusão envolve de forma basilar o reconhecimento da autonomia dos sujeitos assistidos. Como compreender os sujeitos sem que se tenha reconhecimento na sua prática?

A humanização do parto segue a mesma linha de raciocínio, compreender mulheres autônomas e que podem parir pelas vias “normais” com suporte da tecnologia não farmacológica e intervencionista para isto, privilegiando métodos menos invasivos e que promovam mais conforto às parturientes. Podemos considerar que as bases da humanização são as mesmas que norteiam as práticas do *parto normal*, conforme observado no campo. Dois pontos podem ser considerados sob a perspectiva da humanização do parto: partos realizados de forma violenta em mulheres no sistema público de saúde e um número alto de mulheres tendo partos cesáreas na assistência de saúde particular. Estes dois pontos refletem bastante a discussão a dificuldade que o SUS ainda possui na sua implementação, considerando todos os seus princípios. Neste sentido, a não adesão de mulheres de classe média em considerar seus serviços acaba por estimular a assistência privada ao parto. Quando estas se encaminham a esta assistência encontram uma recorrente indicação para a realização de cesáreas. A discussão sobre os direitos reprodutivos na assistência ao parto ganha certa complexidade.

Desta maneira, podemos levantar algumas questões abordadas neste capítulo. Atrela-se ao reconhecimento das mulheres enquanto sujeitos sociais os direitos concernentes à reprodução, deste ponto de vista interessa sumamente como esta reprodução será assistida. Na prática da assistência em saúde as mulheres se dividem, aquelas que vão acessar a serviços particulares e aquelas que vão acessar aos serviços públicos. Neste caso, a solução do mercado é pouco aderente ao atendimento dos direitos reprodutivos, e, no caso do sistema

público, os poucos incentivos que recebe por decisões políticas afetam diretamente às mulheres que vão parir pelo SUS. A humanização do parto renova as esperanças em se pactuar novamente os direitos reprodutivos pela prestação do serviço que reconhece a autonomia das mulheres em parir, tanto no particular quanto no público. A sua materialização enquanto política no SUS é importante, porém veremos neste estudo que os resultados deste movimento dependem também na mudança dos paradigmas de assistência nos dois âmbitos.

No tópico anterior, vimos como se operam os direitos reprodutivos mediante a sua assistência e o caráter da autonomia feminina em relação à maternidade. O reconhecimento dos direitos das mulheres incide sobre a materialização também de políticas públicas que diminuam as desigualdades de gênero e, neste caso, ainda que tenhamos avançado com muitas normativas, retrocessos também ocorreram, sem contar a questão do aborto que não é contemplada como um serviço legalizado em todos os casos pelo Estado.

Se considerarmos as discussões destes dois capítulos anteriores, veremos que o reconhecimento da autonomia das mulheres abre um fosso nas políticas de assistência ao parto. Saímos de políticas centradas na concepção materno-infantil, para políticas centradas no sujeito mulher. Temos, portanto, na assistência ao parto as principais questões que também dizem do processo de construção da cidadania das mulheres: a autonomia sobre seus corpos e vidas e o reconhecimento do Estado em promover políticas públicas que cubram esta premissa. Retomando as motivações iniciais que moveram esta pesquisa, podemos perceber que há uma relação entre a forma de parir e o entendimento das mulheres enquanto sujeitos.

Na medida em que as mulheres foram reconhecidas como sujeitos socialmente, a dimensão do parto vai surgindo como uma discussão que interfere neste reconhecimento, através das práticas assistenciais. No entanto, podemos perceber que as práticas não dependem apenas de profissionais, dependem igualmente de incentivos financeiros e políticos, bem como do desenvolvimento do processo democrático para promover cada vez mais acesso às mulheres aos seus direitos.

Um ponto que merece ainda ser destacado neste processo é que a construção de cidadania das mulheres também é motivada pelo entendimento de que as mulheres não devam reconhecidas pelo Estado apenas como mães, mas como sujeitos independentes. Por isso atrelar aos direitos reprodutivos as normativas que dizem respeito à maternidade é tão importante. Porque possibilita também pensar a decisão de se ter ou não filhos/as pela possibilidade de ter mais ou menos acesso ao apoio necessário que retire das mulheres a responsabilidade quase única do cuidado com os/as filhos/as.

No capítulo a seguir, serão estudadas as correntes feministas que trabalham a categoria mulher, enquanto detentora de direitos, com as questões relacionadas à maternidade. Estas discussões são o pano de fundo do que trabalhamos até aqui e oferecem alguns elementos importantes a serem considerados na parte da análise das fontes.

### 3 FEMINISMOS: BASES DA AUTONOMIA

A autonomia das mulheres, conforme vimos, se constrói na medida em que o reconhecimento do sujeito mulher se desatrela de uma condição generificada de mães. A discussão da maternidade está no cerne da teoria feminista por várias entradas: as que trabalham os aspectos ligados à domesticidade das mulheres e seu isolamento; aquelas que trabalham a divisão sexual do trabalho atrelada à divisão público e privado, bem como as hierarquias presentes nas relações entre homens e mulheres; outras vão compreender a maternidade enquanto discurso para aplacar os conflitos sociais; dentre aquelas que não vão discutir maternidade, mas corpo e sexualidade. Os vários entendimentos sobre a maternidade vão ser encampar as diferentes formas de ativismos e as gerações feministas desde o final do século XIX até a contemporaneidade.

As formas de se pensar a autonomia podem se diferenciar a partir de cada corrente. Trazer as perspectivas feministas que discutem a questão da autonomia das mulheres mediante o debate da maternidade é alargar um pouco a discussão que poderia apenas encontrar-se no acesso aos direitos reprodutivos. É compreender que estas discussões fundamentam a própria construção dos direitos das mulheres.

Trata-se também em perceber que na questão relativa ao parto, mesmo que a temática com o advento do conceito de direitos reprodutivos tenha se delimitado no campo da saúde, a discussão não está apenas neste âmbito e no acesso a estes direitos, mas se situa no campo das questões de gênero ligadas à temática da maternidade e outros direitos. Porque a experiência do parir está, para além da sua dimensão individual e material, centrada, nas discussões sobre como a maternidade é vista socialmente. Foram trazidas, portanto, as correntes feministas que embasam este estudo e fornecem o arcabouço teórico a se pensar a autonomia das mulheres como sujeitos detentores de direitos.

#### 3.1 Patriarcado: mulheres, maternidade e desigualdades

Na literatura que trabalha a visão do patriarcado como uma questão que fere a autonomia feminina, vamos perceber que os principais temas correlatos são o surgimento da família moderna (nuclear) e sua massificação nas relações de gênero com valores que pendem



para o discurso da domesticidade para as mulheres, bem como questão do casamento como um momento de perda de direitos para as mulheres que ficam subordinadas às relações maritais.

Badinter (1985), confronta a ideia de amor maternal presente na feminilidade trabalhando principalmente o argumento de que as diferentes relações familiares e formas de lidarem com o parto e os recém-nascidos obedecem a costumes diversos que em muito dependem da localidade e do momento histórico. Nesse livro, a autora faz uma viagem pelos séculos XVIII, XIX e XX, na sociedade francesa, e através de fontes históricas consegue demonstrar comportamentos muito distintos dos que hoje se costumam atribuir da relação entre mães e filhos/as:

1780: o tenente de polícia Lenoir constata, não sem amargura, que das 21 mil crianças que nascem anualmente em Paris, apenas mil são amamentadas pela mãe. Outras mil, privilegiadas, são amamentadas por amas-de-leite residentes. Todas as outras deixam o seio materno para serem criadas no domicílio mais ou menos distante de uma ama mercenária. São numerosas as crianças que morrerão sem ter jamais conhecido o olhar da mãe. As que voltarão, alguns anos mais tarde, ao teto familiar, descobrirão uma estranha: aquela que lhes deu à luz. Nada prova que esses reencontros tenham sido vividos com alegria, nem que a mãe tenha se apressado em saciar uma necessidade de ternura que hoje nos parece natural. Lendo os números do tenente de polícia da capital, não podemos deixar de fazer uma pergunta: como explicar esse abandono do bebê numa época em que o leite e os cuidados maternos representam para ele uma maior possibilidade de sobrevivência? Como justificar tamanho desinteresse pelo filho, tão contrário aos nossos valores atuais? As mulheres do Antigo Regime terão agido sempre assim? Por que razões a indiferente do século XVIII transformou-se em mãe coruja nos séculos XIX e XX? Estranho fenômeno, essa variação das atitudes maternas, que contradiz a ideia generalizada de um instinto próprio tanto da fêmea como da mulher! O amor materno foi por tanto tempo concebido em termos de instinto que acreditamos facilmente que tal comportamento seja parte da natureza da mulher, seja qual for o tempo ou o meio que a cercam (BADINTER, 1985, Pp. 18-19).

Embora a autora ofereça uma saída para se repensar o “amor maternal”, Badinter (1985) considera como mães, as mulheres casadas e de filhos legítimos e isso é um dado importante. Esse dado da análise diz muito sobre em que bases Badinter está desenvolvendo a sua argumentação, ao considerar o poder marital (BADINTER, 1985) na família e as relações de poder que fazem com que as mulheres sejam relegadas ao espaço privado e do cuidado. O sistema patriarcal é o pano de fundo dessa análise:

Por mais longe que remontemos na história da família ocidental, deparamos com o poder paterno que acompanha sempre a autoridade marital. A acreditar nos historiadores e nos juristas, essa dupla autoridade teria sua origem remota na Índia. Nos textos sagrados dos Vedas, Árias, Bramanas e Sutas, a família é considerada como um grupo religioso do qual o pai é o chefe. Como tal, ele tem funções essencialmente judiciárias: encarregado de velar pela boa conduta dos membros do grupo familiar (mulheres e crianças), é o único responsável pelas ações destes frente à sociedade global. Seu poderio exprime-se portanto, em primeiro lugar, por um direito absoluto de julgar e punir. Os poderes do chefe de família, magistrado doméstico, reapresentam-se quase inalterados em toda a Antiguidade, embora

atenuados na sociedade grega e acentuados entre os romanos. Cidadã de Atenas ou de Roma, a mulher tinha durante toda a sua vida, uma condição jurídica de menor, pouco diferente da condição de seus filhos (BADINTER, 1985, Pp.28-29).

A primeira frase indica o caminho ao qual a autora escolheu para desenvolver sua perspectiva histórica sobre a maternidade. Antes de ater-me à parte da família moderna como modelo, vou focar um pouco na busca da autora em desconstruir o amor materno pela sua primeira correlação: um amor biológico e natural/instintivo. Quando Badinter (1985) desenvolve esse estudo pensando a sociedade francesa, está buscando também um olhar mais acurado sobre as mulheres em geral no momento da maternidade. Ao defender a tese de que o amor maternal é um sentimento humano descolado do aspecto biológico a autora ratifica essa posição ao considerar o amor paterno como sendo igual em sentimento ao amor materno. “Resolvida” a questão biológica separada do sentimento, a conclusão da autora e sua previsão para futuras análises se centra agora no corpo em que o engendra:

Do ponto de vista psicológico, já não se sabe muito bem hoje o que distingue o menino da menina. O Congresso Internacional de Psicologia da Criança realizado em Paris sobre esse tema, em julho de 1979 teve dificuldade em circunscrever as diferenças. Segundo suas conclusões, nada prova que a passividade esteja reservada às meninas, como tampouco a receptividade à sugestão ou à tendência a se subestimar [...] Os psicanalistas são unânimes em ver nessa identificação dos papéis uma fonte de confusão para a criança. Como, dizem eles, poderá ela tomar consciência de seu sexo e de seu papel? A quem se identificar para tornar-se adulto? A criança, menino ou menina, só adquire uma sólida estrutura mental após superar o complexo de Édipo, isto é, uma relação triangular e oposicional. Que será dela se papai e mamãe forem a mesma coisa e não oferecem mais referenciais sexuais diferenciados? (BADINTER, 1985, Pp. 367-368).

Badinter (1985) conclui que uma espécie de *unissexismo*, a qual ela entende a não profusão de papéis de gênero seria a saída para sociedades que pudessem se desenvolver como prioritárias nas relações de sentimento e, não, de poder e dominação pelo gênero. A provocação que a autora faz com essa conclusão à teoria psicanalítica é de que não é o sexo o determinante para o desenvolvimento de atitudes e percepções sobre o mundo, mas sim as relações interpessoais e os sentimentos. Dentro dessa perspectiva, a noção de sexo sai de cena prevalecendo os discursos sobre esse cuidado e, é dessa forma, que a autora pretende resolver o binômio maternidade/feminilidade. Ao constatar que o cuidado pode ser engendrado por ambos os sexos, não há necessidade de considerá-los analiticamente.

Sobre a base a qual se apoia o estudo de Badinter (1985), a família moderna, o feminismo do patriarcado trabalha bastante essa perspectiva. Dentro da visão patriarcal, em suma, as mulheres estão em desigualdade em relação aos homens porque o pensamento racional e, principalmente, político presente no contratualismo, está assentado na divisão entre

público e privado, essa é a defesa de Pateman (2008). A noção de sujeito moderno, na teoria contratual, é engendrada pela noção de um sujeito não relacional que despojado das relações e ligações pode assumir liberdade, e autonomia. Esse sujeito seria o homem porque as mulheres, inclusive para Hobbes, estariam ligadas naturalmente com a prole/filhos/as, ou seja, são relacionais porque justamente não conseguem se desvencilhar do vínculo natural com a prole o que deslegitima a sua liberdade e autonomia. O contrato de casamento não é literalmente um contrato dentro dessa premissa, porque não é feito por livres, já que as mulheres não são assim consideradas. O casamento pode ser comparado, segundo a análise da autora, com a servidão, a relação de senhor/escravo, porque ainda que não seja feito por iguais, as mulheres submetem seus corpos para a formação e desenvolvimento da família.

O resultado dessa confluência de fatores é que na concepção liberal o público (aquilo que pode ser universalizado), seria identificado com o “masculino” e a esfera privada com o “feminino”. Essa dicotomia presente no papel tanto do pai, autoridade maior, pois é identificado como o provedor, quanto da mãe, a cuidadora, estabelece uma hierarquização entre as esferas e, assim, se justifica o poder patriarcal para se entender uma série de comportamentos sociais que não consideram as mulheres. O patriarcado se transforma num sistema, no qual os homens são livres e subordinam ou oprimem as mulheres mediante as suas vantagens sociais. Como um sistema, o que o identifica como elemento primordial para que ocorra é a prevalência do modelo de família: mãe, pai e filhos/as. Em relação à família, o sistema patriarcal enxerga o poder do homem, o patriarca, como o epicentro que rege as relações dentro da família e fora dela. Confrontar esse poder e superá-lo, para as mulheres, é estabelecer a condição de emancipação.

O aspecto cultural da análise dos discursos sobre a maternidade moderna pode ser encontrado na pesquisa de Therborn (2006) que, estudou a formação da família nuclear em diversas partes do mundo no período entre 1900 a 2000. Essa pesquisa contemplou diferentes, mas também similares, formas de entender como essa estrutura de família tornou-se um padrão que reforça o controle social dos membros e, principalmente, das mulheres. Nesta obra, Therborn (2006), aponta para a centralidade do patriarcado (autoridade do pai sobre filhos/as e esposas) como uma força presente no cotidiano, embora decadente no novo século. Apesar da sua diminuição enquanto força social, a sua identificação como elemento similar em diversas culturas ainda faz com que o poder do pai (sexo masculino) tenha influência importante sobre as mulheres e a sua relação com esfera pública.

No campo da ciência médica, a construção dos discursos sobre maternidade e sobre a vida das mulheres na sociedade ocidental é tema de diversas obras. O livro de Laqueur (2001)

expõe como a ciência médica buscou aliar ao discurso biológico o discurso comportamental, o que até hoje, é algo que em muito impede avanços na busca da autonomia das mulheres, seus corpos e suas vidas, pois, muitas das práticas relacionadas aos cuidados de saúde estão de alguma forma pautadas nessa associação.

Levando-se em conta que a família moderna é elemento fundamental de análise social a partir do século XIX, podemos perceber que a visão do patriarcado é bastante pertinente para se explicar as desigualdades entre homens e mulheres. As mulheres para se emanciparem, se libertarem da opressão, devem ter acesso a trabalho (renda) e serem autônomas sobre seus corpos e suas vidas. Isso inclui políticas públicas que garantam o cuidado com os/as filhos/as, como as creches públicas, e que priorizem a decisão das mulheres sobre seus corpos: aborto, acesso a contraceptivos, uma assistência ao parto que garanta as suas demandas pessoais. O “inimigo” a ser combatido seria o sistema patriarcal que as relega à esfera do privado e que coíbe as possibilidades de terem o controle sobre suas vidas. Dentro dessa perspectiva, o patriarcado pode ser pensado como uma estrutura que está presente em todas as esferas da vida tanto das mulheres que saem perdendo, quanto dos homens que sustentam as relações de dominação.

Apesar de ser abrangente, o conceito não dá conta das relações sociais como um todo. A unidade familiar moderna não é tão prevalente e unívoca que represente as uniões atualmente. Muitos avanços foram erigidos na construção dos direitos das mulheres e de políticas que garantam a autonomia, no entanto, há ainda um lastro importante de desigualdade que subestima em muito a presença das mulheres nas esferas de decisão. Um dos pontos que entra para explicar as desigualdades é o cuidado com os/as filhos/as, por parte das mulheres. Ainda que o conceito de patriarcado não seja a saída geral para os problemas das mulheres com respeito à dicotomia público/privado, alguns aspectos permanecem ativos e abertos para discussão.

Turner (2014), nessa pesquisa, aborda como um dos temas a questão do poder do patriarca e o sistema patriarcal. O capítulo que trata diretamente essa temática se intitula: “O fim do patriarcado?” e o autor levanta, dessa forma, os principais pontos que regem o sistema patriarcal tanto da perspectiva feminista quanto da teoria social, localizando esse sistema de poder em momentos históricos bem distintos dos atuais. Na teoria feminista, como Turner (2014) pontua, há a frequente ligação da corrente do patriarcado com o ativismo de base marxista, trazendo a concepção de que o capitalismo é um sistema de exploração que reforça o patriarcado. Essa correlação é condenada pelo autor pelo fato de que o capitalismo na sua

fundamentação está na contramão do patriarcado, já que este sobrevive através de relações parciais e do poder autoritário. Sobre a análise de Turner a respeito do patriarcado:

As mulheres ainda provam o sexismo em sua vida cotidiana, mas esse é um patriarcalismo defunto, uma estratégia interpessoal de dominação de homens que percebem suas fontes tradicionais de poder cada vez mais sujeitas a dúvidas. O patriarcalismo sexista desses homens é uma reação de defesa da crise de identidades numa sociedade em que os valores machistas estão sendo questionados por uma legislação estatal permissiva para a homossexualidade, os direitos das crianças e a liberação das mulheres. A gerontocracia genuína, juntamente com o verdadeiro patriarcalismo, está morta pelo simples motivo de que não existem patriarcas. O que resta é uma intensificação da luta ideológica da cidadania (TURNER, 2014, p.210).

Patriarcado como um discurso e menos como sistema é a posição adotada pelo autor. Apesar de ser um conceito que perde força pelo seu caráter incisivamente sistêmico, ao mesmo tempo, consegue trazer construtos importantes sobre as relações hierarquizadas de poder entre homens e mulheres. Existem, contudo, algumas questões que envolvem às críticas ao conceito do patriarcado e a sua utilização de forma a criticar os modelos econômicos e sociais sobre as esferas pública /privada.

Delphy (2015) analisa como o conceito ainda é importante de ser utilizado quando aponta a algumas questões presentes nos sistemas capitalistas. Neste caso a autora elucida bem como os sistemas capitalistas operam com a questão do trabalho doméstico, primeiro pela gratuidade deste trabalho pela exploração das mulheres no casamento e, segundo, o classificando fora das atividades produtivas, uma vez que estes trabalhos não são alvos de trocas e passíveis de serem comercializados pelo seu uso.

Constata-se a existência de dois modos de produção em nossa sociedade: a maioria das mercadorias é produzida no modo industrial; os serviços domésticos, a criação dos filhos e algumas mercadorias são produzidos no modo familiar. O primeiro dá lugar à exploração capitalista. O segundo, à exploração familiar, mais exatamente, patriarcal. 307 mil homens (ajudantes familiares) em cerca de 15 milhões de homens adultos são submetidos à exploração familiar em 1970: eles efetuam – principalmente na agricultura – serviços profissionais gratuitos em casa. Todas as mulheres casadas, ou seja, a qualquer momento 80% das mulheres adultas (nos dias de hoje, mais de 90% das mulheres estão ou já estiveram casadas ou em relação de concubinato ao longo de sua vida), são submetidas a essa exploração: elas fornecem gratuitamente pelo menos serviços domésticos e criação dos filhos em casa. O status de criança ou de segundo filho mais velho, base da propriedade familiar para os homens, é temporário, ao passo que o status de mulher é permanente. Além disso, os ajudantes familiares do sexo masculino não são explorados em sua condição de homens, ao passo que é na condição de mulheres (esposas) que elas o são. Embora o trabalho agrícola, manual ou comercial gratuito possa ser fornecido tanto por homens quanto por mulheres por serem membros da família, o trabalho doméstico gratuito é efetuado exclusivamente por elas, na qualidade de mulheres do chefe de família (DELPHY, 2015, p.111).

Ainda que os arranjos familiares atuais não sigam à risca o proposto pela família nuclear moderna, a responsabilidade e a carga deste trabalho ainda pesam sobre os ombros das mulheres. Isto mantém o argumento levantado pelos estudos do patriarcado, pois não

desestabiliza, mesmo com os distintos arranjos familiares a ideia generificada de mulheres atreladas ao trabalho doméstico e de cuidado.

### **3.3 Divisão sexual do trabalho e relações de cuidado: participação do Estado na autonomia feminina**

Os estudos atrelados à divisão sexual do trabalho descendem das reflexões do patriarcado, mas vão centrar suas análises menos sobre os aspectos sistêmicos que o conceito trabalha e mais com as questões que se evidenciam nas hierarquizações de esferas pública/privada. Estes estudos também apontam como a literatura do patriarcado, que o sistema capitalista de produção é o principal vetor desta hierarquização e a busca por políticas públicas que mais se aproximam daquelas implementadas pelas economias do estado bem-estar social podem ser algumas das saídas para a diminuição desta desigualdade de gênero. Estes estudos se debruçam no que tange aos cuidados e a manutenção da vida reprodutiva. Por isso, boa parte de suas tônicas vão privilegiar a atuação do Estado para a diminuição das desigualdades e garantia de uma autonomia maior para as mulheres e homens nas relações de cuidado e igualdade de gênero no que condiz às tarefas domésticas.

A busca pela igualdade de gênero é ampla quando se pensa que nas esferas públicas e privadas as relações sociais estão conjugadas por complexos avanços, estagnações e retrocessos. Ao que tudo indica, os estudos sobre o cuidado estão no ponto de convergência deste processo, no sentido de compreender que trata tanto de um trabalho que está no âmbito da reprodução humana, quanto na sua sustentabilidade. Por ora, uma definição simples de cuidado é um importante ponto de partida:

O cuidado não é apenas uma atitude de atenção, é um trabalho que abrange um conjunto de atividades materiais e de relações que consistem em oferecer uma resposta concreta às necessidades dos outros. Assim, podemos defini-lo como uma relação de serviço, apoio e assistência, remunerada ou não, que implica um sentido de responsabilidade em relação à vida e ao bem-estar de outrem (KERGOAT, 2016, p.17).

Com a temática do cuidado deparamo-nos com a nossa própria condição de seres sociais e interdependentes e disso decorre certo esforço para pensar soluções possíveis considerando a sua porção subjetiva:

Sem pretender entrar no debate sobre as “necessidades básicas”, acredito ser conveniente começar essa reflexão lembrando uma coisa que, mesmo sendo de bom senso, usualmente se esquece: as necessidades humanas são de bens e serviços, mas

também de afetos e relações. Precisamos nos alimentar e vestir, proteger do frio e das doenças, estudar e educar, mas também precisamos de carinhos e cuidados, aprender a estabelecer relações e viver em comunidade. ) isso requer algo mais do que somente bens e serviços. Com , isso quero dizer que as necessidades humanas têm o que poderíamos chamar uma dimensão mais objetiva que responderia mais às necessidades biológicas e outra mais subjetiva que incluiria os afetos, cuidados, a segurança psicológica, a criação de relações e laços humanos etc., aspectos tão essenciais para a vida como o alimento mais básico (CARRASCO, 2003, p.2)

Partindo do entendimento que o cuidado é um trabalho que pode ser ou não remunerado, mas que envolve vínculo e subjetividade, na lógica de gênero, é importante compreender social e historicamente o que este trabalho se constitui nas relações sociais, qual o local de sua realização, a quem cabe a responsabilidade a ele atribuído e, por conseguinte, quem irá executá-lo. O conceito de divisão sexual do trabalho nos responde alguns destes aspectos relacionados ao cuidado:

A divisão sexual do trabalho é a forma de divisão do trabalho social decorrente das relações sociais entre os sexos; mais do que isso, é um fator prioritário para a sobrevivência da relação social entre os sexos. Essa forma é modulada historicamente e socialmente. Tem como características a designação prioritária dos homens à esfera produtiva e das mulheres à esfera reprodutiva e, simultaneamente, a apropriação pelos homens das funções com maior valor social adicionado (políticos, religiosos, militares etc.) (HIRATA, KERGOAT, 2007, p.599)

Sob o ponto de vista das autoras a mera distribuição não se basta enquanto definição sobre a divisão sexual do trabalho, pois há uma valorização de um em detrimento do outro, ou, segundo Hirata e Kergoat (2007), uma hierarquização do masculino sobre o feminino. Ao masculino aquilo que diz da produção da vida e ao feminino à reprodução. Não será novidade compreender que ambas as esferas se separam e hierarquizam conforme a negação da reprodução, isto porque, remete-se às mulheres este trabalho. No entanto, três outros pontos podem ser destrinchados desta relação entre trabalho remunerado e não remunerado e cuidado: i) o que diz respeito ao aspecto material e sua valorização; ii) o local privilegiado para as atividades ligadas à reprodução acontecerem, o ambiente doméstico; e, iii) sobre quem recai a sua responsabilização.

Valorização do material como produção de troca e acumulação são aspectos necessários a serem revisados criticamente sob o ponto de vista da divisão sexual do trabalho e, conseqüentemente, do cuidado. O que se desprende destes estudos está no âmbito da revisão de jornadas de trabalho, de deslocamento nas cidades e de distribuição de renda e apoio do Estado. Os outros dois pontos acima merecem estar em conjunto para serem analisados. Considerando o ambiente doméstico e sua responsabilização, sob este ponto de

vista, falaciosamente o cuidado estaria ligado ao lar e, por fim, sob a condição de provimento pela família, independente do arranjo familiar. A entrada cada vez maior de mulheres nas carreiras profissionais antes consideradas masculinas, neste milênio, apontam para uma diminuição frequente do tempo disponível para as atividades da reprodução da vida. Com menor apoio de iniciativas estatais que possam prover a responsabilização do cuidado, a saída ao mercado envolve a desigualdade social de forma marcante.

O que se observa são mulheres em situação precária, sob a chefia de mulheres em busca dos seus objetivos pessoais e profissionais. Assim, além do cuidado e das tarefas domésticas estarem no âmbito do privado, estão ainda sob a responsabilidade das mulheres: na execução e na gerência. A separação estabelecida entre aquelas que executam estas atividades torna-se ainda mais desigual, confrontando uma situação de desigualdade social baseada na raça e na origem. Com o avanço da presença feminina no mercado de trabalho e ocupação de cargos, por fim, não há um avanço em relação à situação deste tipo de trabalho, permanece em aberto a ser organizado e executado por um modelo persistente de hierarquização, recriando desigualdades quando mascarado por soluções de delegação a outrem.

A delegação destas atividades que Hirata e Kergoat (2007) analisam, é, conforme as autoras, um ponto cego da responsabilização sobre a manutenção da vida. Isso, porque afeta diretamente à luta feminista da igualdade entre as mulheres, ao que Kergoat (2016), analisa sob a perspectiva da consubstancialidade, pensando a emancipação como primazia para utilizar tal conceito para o cuidado. No trecho a seguir, a autora utiliza a consubstancialidade para analisar a situação de delegação de cuidado e trabalho doméstico das mulheres do hemisfério Norte, ao contratarem mulheres em condições precárias do Hemisfério Sul:

*Duas relações entre mulheres*<sup>26</sup>, historicamente inéditas, assim se estabelecem: uma relação de classe entre as mulheres do Norte, empregadoras, e essa nova classe servil; uma relação de concorrência entre mulheres em condições precárias, mas em diferentes condições de precarização. As *relações étnicas* estão, portanto, se remodelando por meio de migrações femininas e do crescimento explosivo dos serviços à pessoa. *Quanto às relações de gênero*, elas também se apresentam de maneira inédita: a externalização do trabalho doméstico tem uma função de apaziguamento das tensões nos casais burgueses e também permite uma maior flexibilidade das mulheres conforme as demandas de envolvimento das empresas. Em um nível mais macro, isso permite evitar uma reflexão sobre o trabalho doméstico. Mas, essa pacificação das interações sociais nos casais e nas empresas não faz avançar um milímetro a luta pela igualdade entre mulheres e homens. Ao contrário, ela tem função regressiva a esse respeito, pois funciona no âmbito da dissimulação e da negação (KERGOAT, 2016, Pp.23-24).

---

<sup>26</sup> Grifos da autora.



Partindo da consubstancialidade, podemos apreender que a precarização se dá tanto entre as mulheres quanto nas relações étnicas. O que torna mais interessante o entendimento deste processo que conjuga uma série de questões relacionadas a gênero, raça e classe é perceber o pouco avanço da distribuição das tarefas e de responsabilidades neste processo, ou seja, a participação dos homens e do Estado. No que tange ao envolvimento com a manutenção e reprodução da vida os homens ainda não internalizaram o suficiente a responsabilidade no âmbito privado e, no caso do Estado, cabe lembrar que a proposição de políticas públicas do cuidado para dependentes retira do ambiente doméstico a única e exclusiva saída para a sua manutenção e reprodução.

O entendimento do conceito de consubstancialidade de Kergoat (2010), auxilia a compreender este complexo processo de desigualdades.

Tomemos o paradoxo das relações sociais de sexo: simultaneamente à melhora da situação da mulher, em particular no mercado de trabalho, ocorre a persistência, às vezes mesmo a intensificação, da divisão sexual do trabalho. “Tudo muda, mas tudo permanece igual”. Esse paradoxo me parece bastante ilustrativo dos impasses que um tipo de pensamento que segmenta as relações sociais, que os considera isoladamente, enfrenta. A minha tese, no entanto, é: as relações sociais são *consubstanciais*; elas formam um nó que não pode ser desatado no nível das práticas sociais, mas apenas na perspectiva da análise sociológica; e as relações sociais são *coextensivas*: ao se desenvolverem, as relações sociais de classe, gênero e “raça” se reproduzem e se co-produzem mutuamente (KERGOAT, 2010, p.94)<sup>27</sup>.

A autora está explicitando, portanto, a partir da divisão sexual do trabalho que a forma como se percebem as relações de sexo dizem das relações de poder, bem como do quanto é dinâmica a situação de dominação e opressão quando se relaciona gênero, classe e raça. Não se trata de separar os fenômenos e verificar aquilo que pode ser evidenciado a partir deles, mas entendê-los pela sua complexidade e movimento. Abrindo um pouco mais o conceito de consubstancialidade, Kergoat (2010) sinaliza,

A distinção entre relação intersubjetiva e relação social permite compreender que, se a situação mudou de fato em matéria de relações intersubjetivas entre os sexos e nos casais, as relações sociais, porém, continuam a operar e a se manifestar sob suas três formas canônicas: exploração, dominação e opressão (que podem ser ilustradas pelas diferenças salariais, pela maior vulnerabilidade e maior risco de ser vítima de violências). Ou seja, se de um lado há um deslocamento das linhas de tensão, de outro, as relações sociais de sexo permanecem intactas. Da mesma maneira, são as práticas sociais — e não as relações intersubjetivas — que podem dar origem a formas de resistência e que podem, portanto, ser as portadoras de um potencial de mudança no nível das relações sociais (KERGOAT, 2010, p.95).

A autora está, nesta linha de abordagem, conversando com a literatura feminista negra norte-americana que trabalha a interseccionalidade. O caminho em que opera as diferenciações

---

<sup>27</sup> Grifos da autora.

entre o conceito de consubstancialidade de interseccionalidade é a possibilidade de compreender as formas de opressão, dominação e exploração, sem que se perca a dimensão daquilo que se pretende analisar, ou seja, ainda que as duas abordagens trabalhem com a detecção das opressões, a consubstancialidade tem maior proximidade com as análises que dizem respeito ao movimento pelos quais as variantes operam, menos que pela suas próprias características e mecanismos internos de diferenciação das demais. Com este tipo de análise, não se tem como objetivo a caracterização das relações de poder e suas formas de dominação sobre os sujeitos, conforme a própria autora frisa, não há uma relação social que seja prioritária em detrimento da outra, não há contradições principais e contradições secundárias (KERGOAT, 2010).

Aludindo a isto, Kergoat (2010) se situa no âmbito dos estudos que consideram o materialismo histórico como uma das chaves para o entendimento sobre as relações sociais. As quatro ferramentas citadas por Kergoat (2010) para a construção de uma abordagem consubstancial dizem respeito a compreensão que as relações de gênero, classe e raça são relações de produção, ou seja, entrecruzam-se dominação, exploração e opressão; estas relações são historicizadas, o que permite que em determinadas situações o seu movimento pode ser ou não acentuado e evidenciado; os princípios invariantes que estabelecem a dominação, exploração e opressão operam com gênero, classe e raça ao mesmo tempo; e, os discursos que tendem a subvertê-los devem ser considerados, mediante sua característica coletiva de construção (KERGOAT, 2010). Assim, a complexidade em se analisar sob a perspectiva consubstancial é perceber as dinâmicas sociais enquanto interação e estruturação de desigualdades que envolvem gênero, classe e raça.

Hirata (2014) ao analisar as diferenças de abordagens ligadas aos conceitos de consubstancialidade e interseccionalidade, demonstra que as distinções principais estão em se optar pelo caminho o qual cada uma se refere:

É interessante notar que a problemática da “consubstancialidade” de Danièle Kergoat [...] foi elaborada a partir do final dos anos de 1970 em termos de articulação entre sexo e classe social, para ser desenvolvida, mais tarde, em termos de imbricação entre classe, sexo e raça. Embora ambas partam da intersecção, ou da consubstancialidade, a mais visada por Crenshaw no ponto de partida da sua conceitualização é a intersecção entre sexo e raça, enquanto a de Kergoat é aquela entre sexo e classe, o que fatalmente terá implicações teóricas e políticas com diferenças bastante significativas. Um ponto maior de convergência entre ambas é a proposta de não hierarquização das formas de opressão (HIRATA, 2014, p.63)<sup>28</sup>.

---

<sup>28</sup> Grifos da autora.

Desta maneira, fica mais explícito como este conceito pode ajudar a se pensar o *parto normal* como um imperioso ponto de partida para analisar os desdobramentos de gênero, classe e raça que se imbricam na complexidade que este toma quando é acionado tanto pelo setor público, quanto nas interações do privado.

As problemáticas que envolvem gênero, classe e raça nos estudos da teoria feminista ganham hoje em dia proporções relevantes, tendo em vista a crescente das pesquisas que o consideram e, inclusive, seus ataques contra a discussão de seus conceitos. No entanto, a visão de que estes cruzamentos, por assim dizer, possuem com este estudo é o entendimento que os processos democráticos que permitem a construção de políticas públicas levando em conta a percepção de gênero, classe e raça, são inclusive urgentes para permitirem em diferentes condições sociais, a autonomia das mulheres, bem como acesso aos seus direitos. Trabalhar com a categoria *parto normal* sob esta lente, permitiu verificar quais os pontos que mais se destacam na promoção dos direitos reprodutivos, tanto no privado quanto no público. Porque ter uma experiência de parto no cenário obstétrico analisado é lidar com as discussões mais prementes da falta de acesso aos direitos das mulheres nas duas esferas.

No presente estudo, serão privilegiadas as reflexões feministas do campo da divisão sexual do trabalho e dos cuidados, entendendo que a presença do Estado é um componente importante para a promoção dos direitos das mulheres. Isso por dois motivos, o primeiro porque o *parto normal*, da forma como enunciado pela observação ainda é um discurso que permanece muito no privado e, segundo, porque a autonomia das mulheres neste caso é um tema caro aos direitos reprodutivos, por isso, a entrada do Estado sob esta experiência é algo que tende a diminuir as conseqüências de uma maternidade ainda muito sobrecarregada no contexto brasileiro pelas tarefas domésticas e de cuidado.

A seguir, teremos um panorama estatístico sobre a assistência ao parto no Brasil e no Rio de Janeiro. Este panorama auxiliou tanto na escolha metodológica das fontes analisadas nos capítulos 5 e 6, quanto na opção por se trabalhar sob o ponto de vista da consubstancialidade, pois o cenário obstétrico oferece desafios complexos no que tange às discussões de gênero, classe e raça.

## 4. AS ESTATÍSTICAS DO PARTO: INCOERÊNCIAS REPRODUTIVAS

No presente capítulo encontram-se dados estatísticos sobre assistência ao parto no contexto brasileiro e no município do Rio de Janeiro. Estes dados auxiliam a compreender um pouco da realidade de assistência aos partos no país e também na capital carioca, relacionando-os com os contextos sociais das mulheres e seu acesso aos direitos reprodutivos. No primeiro tópico será feito um panorama que engloba o contexto brasileiro e carioca, no segundo tópico, foram selecionados alguns dados que dizem respeito aos direitos reprodutivos na cidade do Rio de Janeiro e, por fim, no terceiro tópico, foram aprofundados alguns dados sobre o perfil das mulheres que estão parindo na cidade.

### 4.1 Cenário brasileiro e carioca

Em que condições as mulheres estão parindo atualmente no Brasil? Estão assegurados os direitos reprodutivos a elas conferidos? Sobre os direitos reprodutivos, conforme previstos na Plataforma Cairo (1994) da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, podemos assim entendê-los, pois dizem da universalidade do acesso e promoção da saúde reprodutiva:

A saúde reprodutiva é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não simples a ausência de doença ou enfermidade, em todas as matérias concernentes ao sistema reprodutivo e a suas funções e processos. A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tenha a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando, e quantas vezes o deve fazer. Implícito nesta última condição está o direito de homens e mulheres de serem informados e de ter acesso a métodos eficientes, seguros, permissíveis e aceitáveis de planejamento familiar de sua escolha, assim como outros métodos, de sua escolha, de controle da fecundidade que não sejam contrários à lei, e o direito de acesso a serviços apropriados de saúde que dêem à mulher condições de passar, com segurança, pela gestação e pelo parto e proporcionem aos casais a melhor chance de ter um filho sadio. De conformidade com definição acima de saúde reprodutiva, a assistência à saúde reprodutiva é definida como a constelação de métodos, técnicas e serviços que contribuem para a saúde e o bem-estar reprodutivo, prevenindo e resolvendo problemas de saúde reprodutiva (CIPD, 1994, p.30)<sup>29</sup>.

Um panorama em números sobre a assistência ao parto no Brasil pode ser encontrado na Pesquisa Nascir Brasil (2014) que foi desenvolvida pela Fundação Oswaldo Cruz -

---

<sup>29</sup> Sobre o documento na íntegra, ver: <http://www.unfpa.org.br/novo/index.php/biblioteca/cipd>

Fiocruz, com o objetivo de perfazer um estudo de alcance nacional sobre a atenção ao parto e nascimento:

O estudo foi coordenado pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), tendo contemplado 266 maternidades com 500 ou mais partos por ano, sendo representativo dos nascimentos hospitalares neste universo onde ocorrem 83% dos partos do país. Foram visitados 191 municípios e 23.940 mulheres foram entrevistadas entre fevereiro de 2011 e outubro de 2012 (LEAL, 2014, p.5).

Os principais resultados apontam que a quantidade de partos cesareana realizados no setor público brasileiro é de 46%, contra 88% no setor privado. Sobre o sistema de saúde que atende pelo parto e nascimento, D'Orsi et al (2014) explicam:

A atenção obstétrica brasileira está organizada em pública e privada ou suplementar; 69% dos hospitais são particulares e destinam apenas 38% de seus leitos ao Sistema Único de Saúde (SUS). Segundo dados oficiais, 25% da população brasileira possuem ao menos um plano de saúde com cobertura de assistência médica. Tanto no setor público quanto no privado o modelo prevalente de atenção obstétrica é tecnocrático, caracterizado pela adoção de intervenções obstétricas tradicionais, sem considerar evidências científicas e os aspectos subjetivos relacionados à experiência parturitiva (D'ORSI ET AL, 2014, p.155).

A questão apresenta uma complexidade que merece ser comentada. Apesar de se ter uma pequena porção da população feminina com acesso a um plano de saúde privado, a atenção, segundo a Pesquisa Nascido Brasil (2014), não prima por um atendimento que tenha por finalidade as experiências das mulheres com seus corpos sobre o parir, neste caso, a esteira dos atendimentos leva a um número exorbitantes de cesarianas. No caso do atendimento público, as intervenções médicas sobre o evento, implicam um atendimento que se prevalece de rotinas que se sobrepõem ao parir. As questões que envolvem estas rotinas nos dois casos da assistência, seguem a mesma lógica de críticas feitas pelo movimento de humanização do parto.

Segundo a pesquisa, na região Sudeste, as taxas de cesareana são as mais baixas no setor público chegando a 35%; e no setor privado, as taxas variam entre 80 a 90%. Alguns estudos vão apontar o Rio de Janeiro como o pioneiro em trabalhar as questões da humanização do parto, principalmente no âmbito municipal, tanto na sua estrutura física quanto nos níveis gerencial e técnico. Estes podem ser fatores importantes para se analisar baixas taxas de cesarianas no setor público no Sudeste. As mulheres pardas e negras são as que utilizam os serviços de saúde pública e que tem mais chances de terem partos vaginais. Quanto à condição social, muitas delas pertencem às classes C, D e E. Com relação à escolaridade, quanto menos anos de estudos maior a probabilidade de terem um parto via

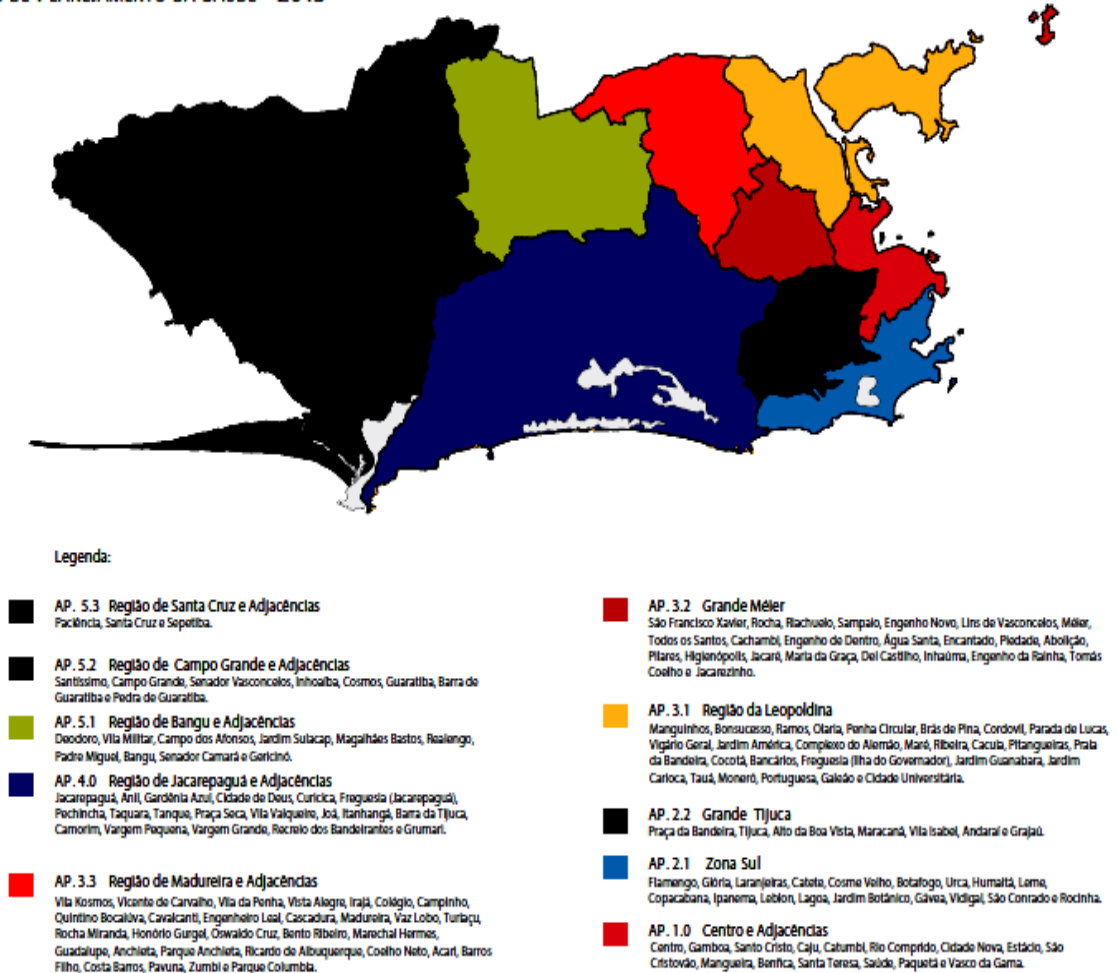
vaginal. Por fim, com relação ao número de filhos/as, as primíparas (primeiro/a filho/a) são aquelas que possuem maior chance de não passarem por partos cesárea.

Focalizando na cidade do Rio de Janeiro, foram buscados os dados sistematizados pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS-RJ). Nosso panorama apontará de forma ampla a oferta de serviços de assistência ao parto e as condições sociais das regiões da cidade. Será ainda apresentada uma sistematização do Instituto Pereira Passos a partir do Censo de 2010 sobre as condições de vida da população do município do Rio de Janeiro, para termos como referência as condições de vida das mulheres na capital carioca. Complementando as questões mais prementes sobre saúde e condições sociais, destacamos algumas análises de mortalidade materna e gravidez na adolescência. A mortalidade materna por ser um problema que está relacionado diretamente ao acesso a serviços é um dado que nos faz alarmar para a sua oferta e qualidade em determinada região; e a gravidez na adolescência aponta para maior ou menor escolarização e mobilidade social.

Nos dados da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro temos a sistematização por Áreas de Planejamento da saúde que estão dispostas a seguir:

Figura 3- Município do Rio de Janeiro, segundo Áreas de Planejamento de Saúde, 2013

FIGURA 01- MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO SEGUNDO ÁREAS DE PLANEJAMENTO DA SAÚDE - 2013



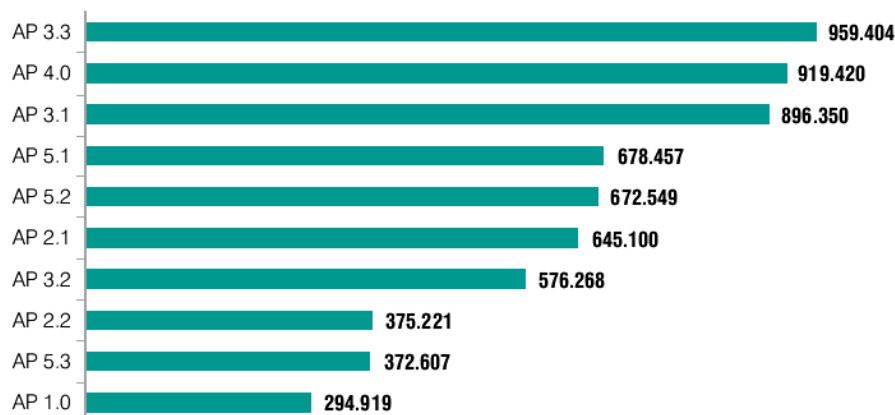
Fonte: PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO, Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Cadernos de Estatísticas e Mapas da Atenção Primária em Saúde do Município do Rio de Janeiro. Contribuições para a construção de uma linha de base para os cadastros das microáreas da estratégia de saúde da família do município do Rio de Janeiro - Área de Planejamento 5.3: volume 11. / Rio de Janeiro - Rio de Janeiro : Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde (SUBPAV) / Rede OTICS-Rio, 2013.p.12.

Segundo os números apresentados no Programa Municipal de Saúde (2014-2017)<sup>30</sup> a distribuição por população nas Áreas de Planejamento corresponde:

<sup>30</sup> Para ver o programa na íntegra acessar:

[http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/3700816/4128745/PMS\\_20142017.pdf](http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/3700816/4128745/PMS_20142017.pdf)

Gráfico 1- Distribuição da população por Área de Planejamento, Município do Rio de Janeiro, 2012



Fonte: IBGE; IPP; SUBPAV. Acesso em agosto 2013.

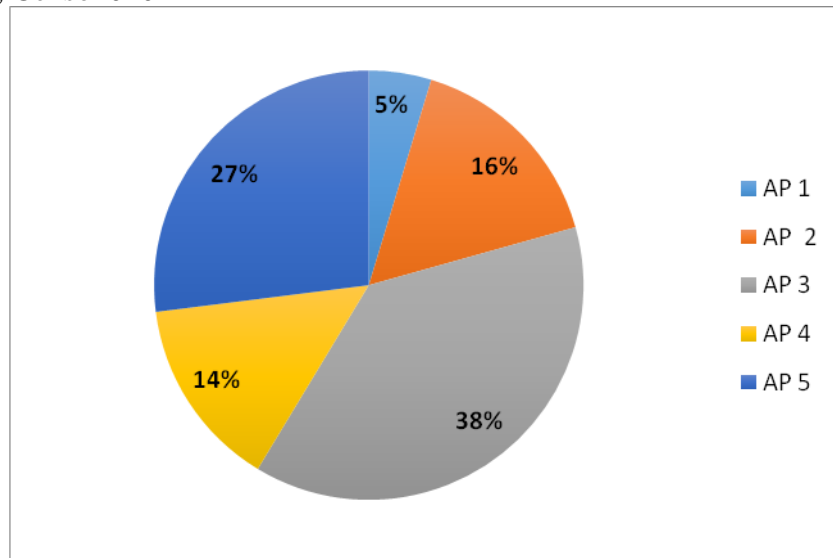
Fonte: Plano Municipal de Saúde 2014-2017 (2013), acessado em: [http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/3700816/4128745/PMS\\_20142017.pdf](http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/3700816/4128745/PMS_20142017.pdf)

Sobre a divisão da população por Zonas da cidade, foi consultado o site Data Rio, endereço eletrônico da prefeitura do Rio de Janeiro que divulga estatísticas do município. Buscou-se compreender, a partir dos dados oferecidos pelo último Censo em 2010 do IBGE, de que forma a população se dividia considerando as zonas da cidade. Assim, levando em conta a divisão oferecida pela SMS-RJ foram verificadas se as mesmas regiões tinham correlação com as divisões de planejamento da prefeitura. Notam-se algumas diferenças: a cidade está dividida em trinta e três Regiões Administrativas<sup>31</sup> e cinco Áreas de Planejamento (AP). Estas AP são as mesmas apresentadas pela SMS-RJ, com a diferença que onde se encontram as subdivisões, exemplo 2.1 ou 2.2, atendem à mesma Área de Planejamento, ou seja, são entendidas como uma para cada área da cidade. Tomando por base a divisão em Áreas de Planejamento, que coincidem com as apresentadas pela SMS-RJ, a distribuição ficaria da seguinte forma:

<sup>31</sup> Para conferir as Regiões Administrativas, acesse: <http://www.rio.rj.gov.br/web/cvl/ra>



Gráfico 2- Distribuição da população do município do Rio de Janeiro por Áreas de Planejamento, Censo2010

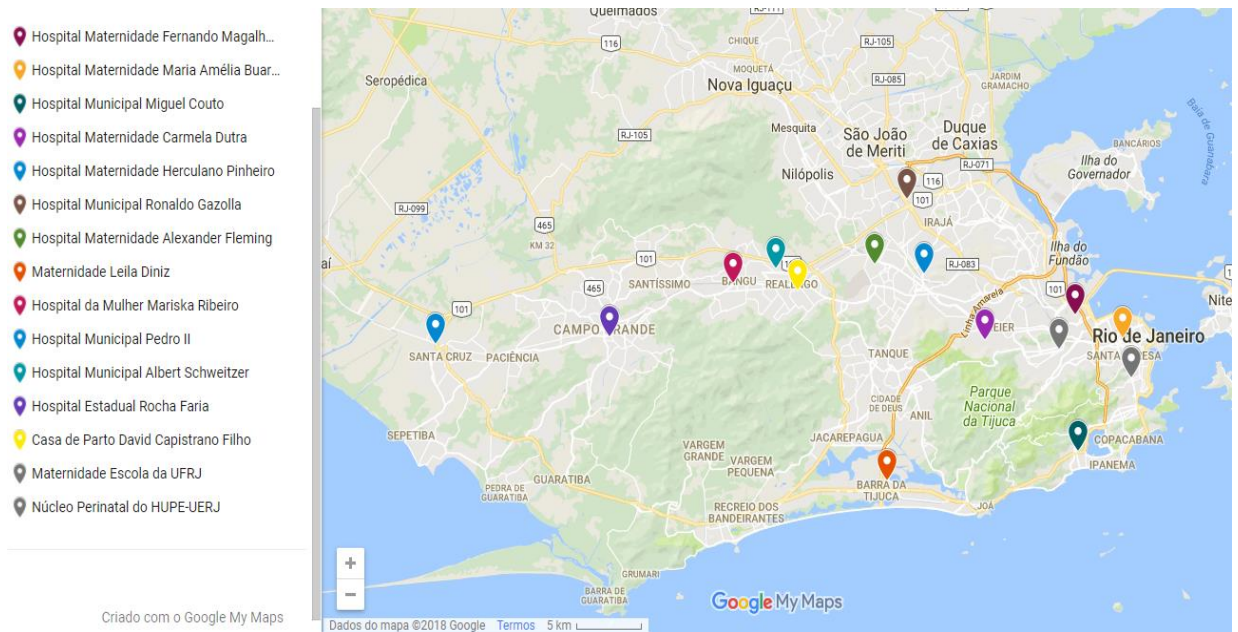


Fonte: A autora, a partir dos dados censitários de 2010, oferecidos pelo site: <http://www.data.rio/>

Conforme o gráfico, a AP3 apresenta percentual maior de moradores da cidade do Rio de Janeiro (38%), também conhecida como Zona Norte, porém se juntarmos as AP4 e AP 5, teremos a Zona Oeste da cidade, com 41% da população que reside na capital. A Zona Oeste possui ainda público diferenciado, alguns bairros correspondem ao modo de vida da população de classes A e B enquanto outros se situam em condições relativas às classes mais baixas.

A seguir, a distribuição das maternidades em relação à localidade. Foram listadas as maternidades públicas que atendem na capital pela SMS-RJ, bem como as duas maternidades-escola da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Figura 4 - Maternidades públicas<sup>32</sup> no município do Rio de Janeiro, localização territorial, 2018



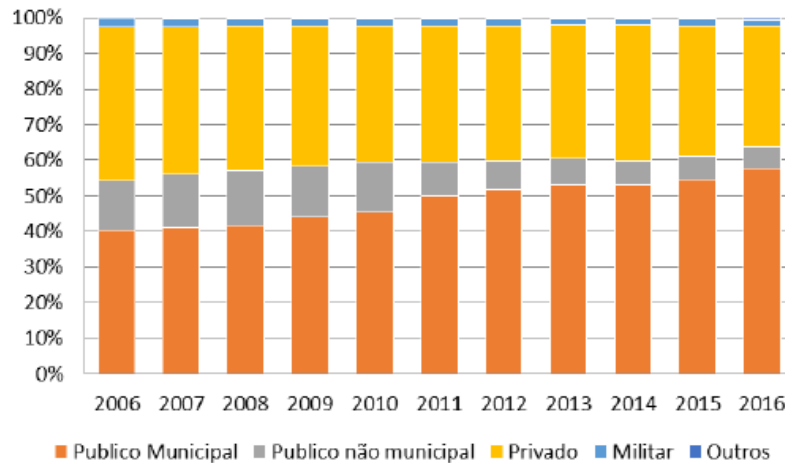
Fonte: Elaboração própria, a partir de informações da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, por meio da ferramenta Maps do Google.

A distribuição das maternidades do município do Rio de Janeiro diz também da distribuição de acessos a estas unidades pelas AP. Neste estudo, será enfatizada a localização das mesmas como uma aproximação sobre a distribuição dos partos e das condições sociais no município. No que tange aos partos realizados na capital, segundo o documento Nascimentos na cidade do Rio de Janeiro<sup>33</sup>, a cobertura do município chega a 90,5%.

<sup>32</sup>Sobre os endereços destas maternidades, acessar ao site: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/maternidades>. Sobre as maternidades públicas não municipais, encontram-se apenas duas: Maternidade Escola da UFRJ e Hospital Universitário Pedro Ernesto, Núcleo Perinatal, da UERJ. Estas duas diferenciam-se por atender a gestações de alto risco para as mulheres e neonatais. Para maiores informações acerca destas unidades, acessar aos sites respectivamente: <http://www.me.ufrj.br/>; [http://www.hupe.uerj.br/hupe/Especialidades/ES\\_ObsPreNatal.php](http://www.hupe.uerj.br/hupe/Especialidades/ES_ObsPreNatal.php)

<sup>33</sup> O documento “Nascimentos na cidade do Rio de Janeiro”, encontra-se disponível no site da Secretaria Municipal de Saúde (SMS-RJ), com dados tabulados até 2016 da base do Sistema Único de Saúde. Para acessar ao documento: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/analise-situacoes-saude>

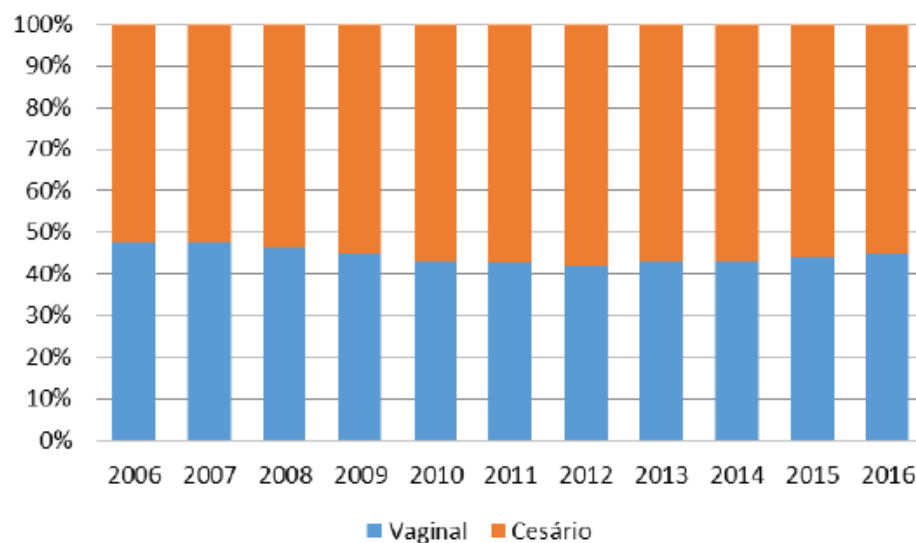
Gráfico 3 - Distribuição proporcional dos nascimentos vivos por tipo de prestador, município do Rio de Janeiro, 2006 a 2016



Fonte: SINASC, SMS-RJ. Dados sujeitos à alterações. Secretaria Municipal de Saúde:  
<http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/analise-situacoes-saude>

Os partos realizados no serviço público no município do Rio de Janeiro estão acima dos 60%, ou seja, a referência para este serviço de atendimento às mulheres é o Sistema Único de Saúde (SUS), configurando menos que 40% para os serviços privados. Esse aspecto vai incidir diretamente na quantidade de partos normais ou cirúrgicos (cesáreas) que se encontram disponíveis.

Gráfico 4 - Distribuição proporcional por nascimentos vivos por tipo de parto, município do Rio de Janeiro, 2006 a 2016



Fonte: SINASC, SMS-RJ. Dados sujeitos à alterações. Secretaria Municipal do Rio de Janeiro:  
<http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/analise-situacoes-saude>

No Rio de Janeiro, conforme as estatísticas disponíveis no documento, 89% dos partos cesáreos aconteceram em maternidades privadas, enquanto que a estatística de cesáreas cai para 36,3% em maternidades públicas. Cabe a ressalva que menos de 40% das mulheres estão parindo na capital em maternidades privadas. Os hospitais privados oferecidos como referências para os partos são Perinatal de Laranjeiras e Perinatal da Barra (SMS, 2017).

Para se ter uma idéia das condições sócio econômicas das regiões da cidade, utilizamos como referência o Índice de Desenvolvimento Social (IDS)<sup>34</sup>, a partir do Censo de 2010 do IBGE. O intervalo de variação para a medição do índice, seguindo os indicadores sociais, é de 0 a 1, sendo 0 o menor valor e 1 o maior valor. O que significa que quanto maior o número dentro dessa escala mais cobertura terá em relação aos indicadores: abastecimento de água e esgoto; coleta de lixo; número de banheiros por pessoas nos domicílios; e analfabetismo entre 10 a 14 anos. Na tabela a seguir temos a relação por regiões:

Figura 5 - Regiões de Planejamento<sup>35</sup> por IDS, ordenadas pelos valores de 2010

Regiões de Planejamento	IDS 2000	IDS 2010	Varição %
Região de Planejamento AP 5.4 - Guaratiba	0,46	0,51	11%
Região de Planejamento AP 5.3 - Santa Cruz	0,48	0,54	13%
Região de Planejamento AP 3.6 - Pavuna	0,53	0,57	8%
Região de Planejamento AP 5.2 - Campo Grande	0,50	0,57	14%
Região de Planejamento AP 3.4 - Inhaúma	0,57	0,57	0%
Região de Planejamento AP 3.1 - Ramos	0,57	0,57	0%
Região de Planejamento AP 5.1 - Bangu	0,54	0,58	7%
Região de Planejamento AP 3.5 - Penha	0,58	0,58	0%
Região de Planejamento AP 4.1 - Jacarepaguá	0,56	0,59	5%
Região de Planejamento AP 1.1 - Centro	0,60	0,60	0%
Região de Planejamento AP 3.3 - Madureira	0,59	0,60	2%
Região de Planejamento AP 3.2 - Méier	0,62	0,62	0%
Região de Planejamento AP 3.7 - Ilha do Governador	0,62	0,62	0%
Região de Planejamento AP 4.2 - Barra da Tijuca	0,61	0,67	10%
Região de Planejamento AP 2.2 - Tijuca	0,68	0,67	-1%
Região de Planejamento AP 2.1 - Zona Sul	0,71	0,71	0%
Rio de Janeiro	0,58	0,61	5%

Fonte: Dados: IBGE, Censos 2000 e 2010; cálculos: IPP/ DIC Obs. Os valores do IDS aqui são apresentados com duas decimais, sem arredondamentos.

<sup>34</sup> Para conhecer melhor a construção do IDS ver: IPP-Rio (2014).

<sup>35</sup> As Áreas de Planejamento em Saúde possuem uma divisão de bairros diferente daquela indicada pelo Instituto Pereira Passos, no entanto, os bairros que pertencem à Zona Oeste presentes tanto nas Áreas de Planejamento em Saúde quanto na Região de Planejamento são os mesmos. O mesmo acontece com a Área de Planejamento em saúde 2.1 Zona Sul que possui os mesmos bairros da Região de Planejamento 2.1 Zonal Sul indicada na tabela. Foram destacadas essas duas regiões pela disparidade dos dados. Para se conhecer as demais regiões indicadas na tabela ver: [http://portalgeo.rio.rj.gov.br/bairros Cariocas/index\\_ra.htm](http://portalgeo.rio.rj.gov.br/bairros Cariocas/index_ra.htm)

Segundo o cálculo do IDS, os bairros pertencentes à Zona Oeste da cidade são aqueles que possuem menor oferta e acesso a serviços. Sobre as condições de vida e saúde das mulheres, podemos verificar que as regiões que compreendem a Zona Oeste e Zona Norte são as mais afetadas pela carência de serviços gerais avaliados pelo IPP. A seguir, os dados de saúde das mulheres que são afetados pela condição social a que se encontram.

#### 4.2 Questões reprodutivas no Rio de Janeiro

Nesta seção serão divulgados alguns dados que são correlatos aos direitos reprodutivos e corroboram para uma melhor compreensão da assistência em saúde no Rio de Janeiro. Destacam-se para isto as temáticas da mortalidade materna e da gravidez na adolescência.

A temática da mortalidade materna, um dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS)<sup>36</sup> da Organização das Nações Unidas (ONU) no que tange ao exercício pleno dos direitos reprodutivos, é algo que vem sendo monitorado no país há algum tempo. As mulheres hoje dispõem de toda a tecnologia necessária para que possam ter uma gestação e parto com identificação de riscos e formas de asseguramento de suas vidas e dos bebês. Segundo o Manual dos Comitês de Morte Materna (2015), o fenômeno pode ser evitado em até 92% dos casos, mas a sua ocorrência pode estar ligada à falta de serviços, principalmente de um pré-natal que detecte riscos para as mulheres e fetos. Como mortalidade materna, entende-se:

Morte materna é a morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez. É causada por qualquer fator relacionado ou agravado pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela. Não é considerada morte materna a que é provocada por fatores acidentais ou incidentais (BRASIL, 2015, p.12)

No caso da mortalidade materna, importa para sua avaliação a disponibilidade de serviços em saúde, com qualidade, para que os riscos possam ser detectados ao longo da gestação e administrados mediante a oferta dos serviços às mulheres. De uma forma geral, a mortalidade materna também pode indicar maior ou menor proximidade ou possibilidade de deslocamento para a assistência em saúde durante o parto (MENEZES ET AL, 2006) e a não detecção de doenças que possam complicar a gestação, como hipertensão, conforme

---

<sup>36</sup> Para conhecer os 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, acessar: <https://nacoesunidas.org/pos2015/>

levantamento de Morse et al (2011). Assim, o oferecimento de serviços e a qualidade do pré-natal são fundamentais para evitar a morte de mulheres durante o período gravídico puerperal. Nos dados sistematizados oferecidos pela SMS-RJ podemos visualizar a questão da mortalidade materna de uma forma ampla<sup>37</sup>. Para facilitar a sua visualização, serão obedecidas as dinâmicas das AP em saúde da SMS-RJ:

Tabela 1 - Taxa de mortalidade materna por 100 mil nascidos vivos, no município do Rio de Janeiro, Áreas Programáticas em Saúde, 2016-2017

Área Programática	2016	2017
AP1	92,46	124,38
AP.2.1	35,12	53,20
AP 2.2	30,49	0,00
AP 3.1	54,54	118,33
AP 3.2	88,70	62,55
AP 3.3	108,48	96,31
AP4	42,30	42,70
AP 5.1	103,78	88,23
AP 5.2	55,63	83,36
AP 5.3	148,22	152,10
Município do Rio de Janeiro	74,64	86,44

Fonte:Elaboração própria, a partir dos dados disponíveis pela SMS-RJ,acesso:  
<http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/exibeconteudo?id=871475>

Chama atenção que, justamente, as AP que estão localizadas nas Zona Norte e Oeste da cidade apresentem as maiores taxas de mortalidade materna, em comparação às AP 2.1 e 2.2, que estão entre aquelas que compreendem a Zona Sul e Grande Tijuca. Nota-se ainda a

<sup>37</sup> Para o entendimento do problema de subnotificação da mortalidade materna, ver, Brasil (2015).

alta taxa da AP 1.0 que compreende ao Centro da cidade e a não existência de óbitos na AP 2.2. A análise sobre estes dados pela SMS<sup>38</sup>-RJ (2017) indica que os hospitais que mais registraram mortes maternas de 2008 até 2016, são: Hospital Municipal Ronaldo Gazolla e Hospital Municipal Lourenço Jorge, ambas unidades que estão atendendo pela Zona Oeste da cidade. Figuram como causas mais comuns de óbito materno o aborto, a toxemia gravídica (hipertensão, eclâmpsia e pré-eclâmpsia) e complicações do pós-parto (SMS, 2017). Vale a ressalva que o parâmetro da Organização Mundial da Saúde sobre a estimativa de mortalidade materna dentro da normalidade seria entre 12 a 15 óbitos/100 mil nascidos vivos (LAURENTI et al, 2000).

O que primeiro se depreende das estatísticas é a distribuição desigual dos serviços de atendimento às mulheres no período gravídico puerperal. Em conjunto, podemos apontar que a qualidade dos serviços é também alvo de análise, dado que as mulheres que estão no Centro e nas Zonas Norte e Oeste da cidade estão mais suscetíveis a esta dupla característica que ocasiona a morte materna. Das causas, chama atenção o aborto como uma das principais previstas, algo já sinalizado nos direitos reprodutivos e nas pautas feministas.

Como parâmetros internacionais para a mortalidade materna, a Comissão Econômica para América Latina e Caribe (CEPAL), divulgou através do Observatório de Igualdade de Gênero os dados relativos à Razão de Mortalidade Materna nos 32 países que fazem parte da Organização Pan-Americana de Saúde<sup>39</sup>. Guardadas as diferenças explícitas entre o olhar para as regiões da cidade do Rio de Janeiro e a dimensão de países, os valores chamam atenção e nos fazem refletir.

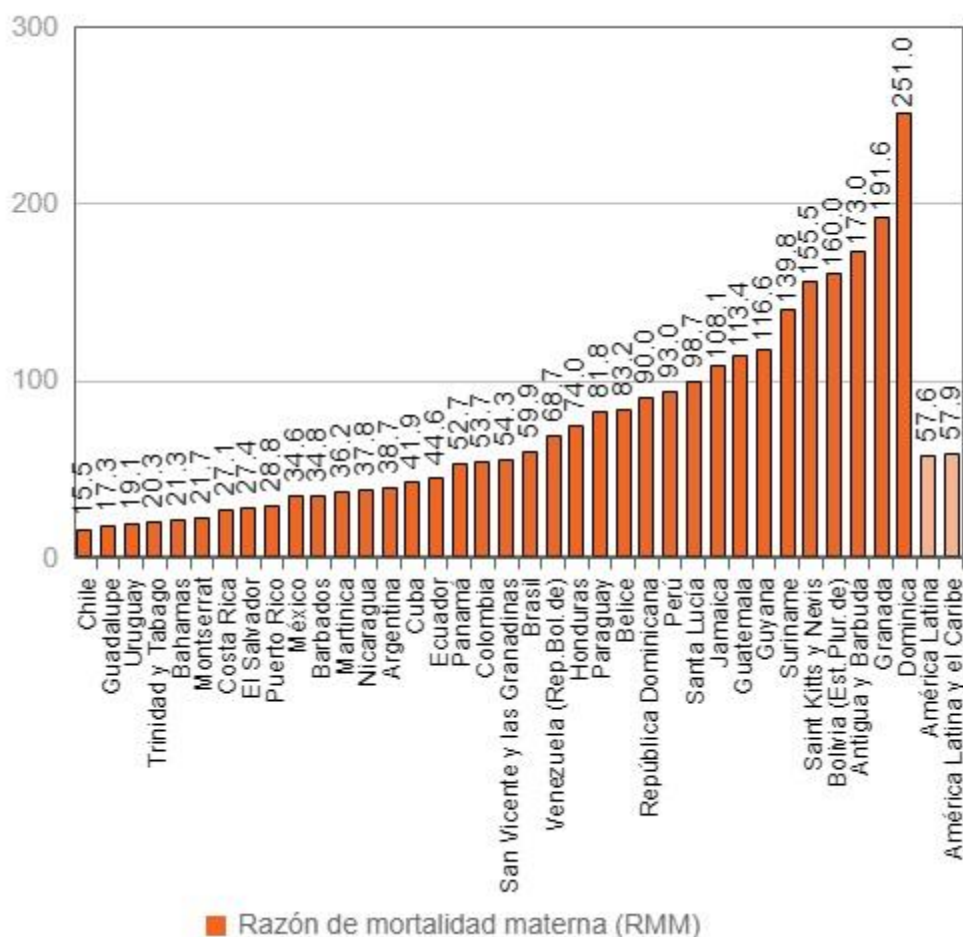
---

<sup>38</sup>Para acessar a análise na íntegra, ver:

<http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/7198485/4197502/MortalidadeMaternanoMRJ17042017.pdf>

<sup>39</sup> Para acessar às estatísticas, ver: <https://oig.cepal.org/pt/indicadores/mortalidade-materna>

Gráfico 5 - Razão de mortalidade materna segundo dados informados pelos países à Organização Panamericana de Saúde, 2015 (Por cada 100.000 nascidos vivos)<sup>40</sup>



Fonte: CEPAL. Acessar: <https://oig.cepal.org/pt/indicadores/mortalidade-materna>

Dos 36 países apresentados no gráfico, o Brasil encontra-se no 20º patamar, algo negativo levando-se em conta que está em quase 60 óbitos por 100mil habitantes. Algo distante de países como Chile e Uruguai, entretanto próximo de países como Honduras, Paraguai e Venezuela. Os patamares apresentados pelas Zona Norte e Zona Oeste da cidade ultrapassam o resultado apresentado pelo Brasil e são próximos a Guatemala, taxas consideradas altíssimas.

Seguindo o objetivo deste panorama inicial sobre dados da saúde e condições gerais das mulheres na capital, serão apresentados as estatísticas de gravidez na adolescência. A

<sup>40</sup> Razão de mortalidade materna é calculada tendo como base um óbito para cada 100.000 nascidos vivos, o mesmo cálculo que a intitulada taxa de mortalidade materna.

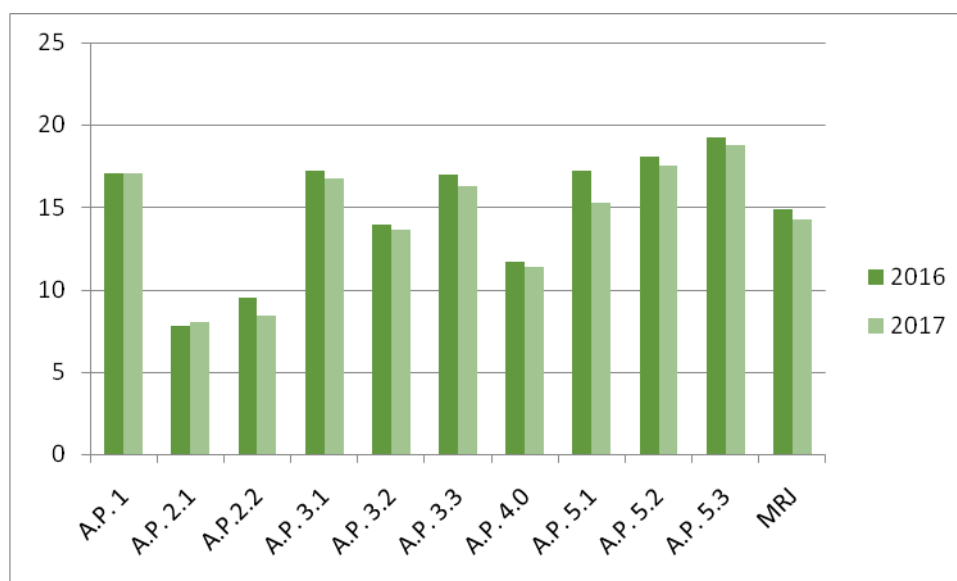


gravidez na adolescência é uma temática que pode dizer das condições sociais das mulheres e jovens, como das questões biológicas. Focalizaremos nas questões sociais. A pesquisa GRAVAD – Gravidez na Adolescência: Estudo Multicêntrico sobre Jovens, Sexualidade e Reprodução no Brasil, realizada entre 2001 e 2002, nas cidades de Salvador, Rio de Janeiro e Porto Alegre trouxe um panorama interessante sobre a temática da gravidez na adolescência. Na etapa quantitativa foram entrevistados em domicílio 4.634 jovens distribuídos pelas três cidades, com idades de 18 a 24 anos, e perfil de já terem passado por pelo menos um episódio de gravidez (DIAS, AQUINO, 2006). Segundo alguns dos resultados obtidos pela pesquisa, a prevalência de um discurso de cuidado baseado no gênero, ou seja, recaindo sobre as adolescentes é grande, somado a isso à evasão escolar e não entrada no mercado de trabalho para as mesmas:

Quanto à trajetória escolar, encontra-se um alto percentual de homens e mulheres, (47,8% e 40,2%, respectivamente) que já estavam fora do sistema de ensino quando nasceu o primeiro filho (dados não apresentados). Mas são as moças que mais interrompem os estudos nessa fase em que o bebê demanda cuidados. A evidência de que são as adolescentes que sofrem maior impacto sobre o percurso escolar já foi referida em outros estudos, ao passo que o percentual de rapazes que continuam estudando é duas vezes maior do que o de mulheres. Em termos de trabalho, a situação é semelhante à descrita anteriormente, as jovens mães já se encontravam fora do mercado e os jovens pais continuaram trabalhando. A diminuição do convívio com amigos, à época do nascimento do primeiro filho, é mais mencionada pelas mulheres. São elas que se ressentem mais pela restrição da vida social, especialmente nos primeiros meses de vida do bebê. A diferença entre rapazes e moças revela a reprodução da assimetria de gênero: tornar-se mãe parece estreitar os laços entre a condição de ser mulher e o espaço privado (DIAS, AQUINO, 2006, p.1454).

A questão social que pode ser analisada em relação às adolescentes pela evasão escolar impacta também na construção de carreiras e permanência de um modelo de baixa renda, já que a rede de ajuda às adolescentes mães é oferecida geralmente pelas mulheres adultas de seu convívio, como as avós, segundo a pesquisa analisada pelos autores. Assim, levantando o dado de adolescentes parindo no SUS, no município do Rio de Janeiro, podemos ter uma ideia de que áreas da cidade este fenômeno acontece com frequência e o que isso pode dizer da qualidade de vida e possibilidade de ascensão social de mulheres e homens nas localidades. Sobre os dados de parto do município segue o percentual de partos de adolescentes:

Gráfico 6 - Partos de adolescentes na rede de saúde pública do município, por Áreas de Planejamento, Rio de Janeiro, 2016 e 2017



Fonte: A autora, a partir das Estatísticas Vitais fornecidas pela SMS-RJ:  
<http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/analise-situacoes-saude>

Destaco nestes percentuais a distribuição dos mesmos em relação às zonas da cidade. O que se depreende mais uma vez, é que as áreas do Centro, da Zona Norte e Oeste, com exceção da AP4, se configuram com maior percentual de adolescentes grávidas (menores de 20 anos) atendidas pelo setor público. As maiores diferenças encontram-se entre as AP 2.1 (8,03%) e AP 5.3 (18,79%), que correspondem, respectivamente, à Zona Sul da cidade e a região de Santa Cruz, na Zona Oeste. As diferenças chegam a dez pontos percentuais, tornando-se preocupante a parcela alta de adolescentes que pariram em Santa Cruz, chegando próximo aos 20% do total de partos naquela região.

Para se ter uma ideia de quanto a gravidez na adolescência impacta nas condições de vida das mulheres, a Comissão Econômica para América Latina e Caribe (CEPAL), divulgou através do Observatório de Igualdade de Gênero<sup>41</sup>, que as estatísticas de gravidez na adolescência segundo os Censos na América Latina e Caribe são as maiores do mundo, ou seja, acima de 12%, algo comparado a países da África Subsaariana. O Brasil se encontra com a cifra de 11,8%, porém Espanha está entre 2,1% e Portugal com 2,5%. O país mais afetado na nossa região pela temática da gravidez na adolescência é a Nicarágua com 19,9%, quase equiparada à República Dominicana com 19,7%.

<sup>41</sup> Para ver as estatísticas acessar: <https://oig.cepal.org/pt/indicadores/maternidade-em-adolescentes>

Se formos verificar estes percentuais com relação às regiões de nossa cidade percebemos que, ainda que sejam feitas apenas reflexões sobre os percentuais, que a desigualdade social entre mulheres na capital carioca salta aos olhos. As mulheres que estão parindo na Zona Sul e Grande Tijuca são aquelas que estão acima dos 20 anos de idade e, isso, também pode ser acompanhado de maiores chances de completar a escolaridade básica e de construção de carreiras. O que podemos depreender disso, é que as mulheres que possuem mais acesso aos serviços de saúde são aquelas que possuem mais recursos e, na cidade do Rio de Janeiro, se localizam na Zona Sul e Grande Tijuca.

#### 4.3 Mulheres, parto e raça

Nos tópicos acima foram destacados os aspectos gerais sobre partos e direitos reprodutivos das mulheres no Rio de Janeiro e no contexto brasileiro. Neste tópico serão trabalhadas as informações sobre o perfil das mulheres que estão parindo, sob a perspectiva de raça/cor, para compor o panorama apresentado. Verificaremos que estes dados também guardam relação com as territorialidades da capital carioca.

Sobre a questão de raça/cor verificamos os dados das mulheres que pariram no município, disponíveis pelo Data Rio, com base no Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC). Abaixo, a tabela vai mostrar os dados de 2015, último ano divulgado, referindo-se à cor das mães.

Tabela 2 - Nascidos vivos, segundo raça/cor, Área de Planejamento (AP) e de residência, Rio de Janeiro, 2015

Área de Planejamento	Raça/Cor (%)						
	Branca	Preta	Parda	Amarela	Indígena	Não informado	Ignorado
AP1	35,6	13,14	49,42	0,36	0,04	0,06	1,35
AP2	63,51	6,98	23,26	0,58	0,06	0,16	5,4
AP3	34,48	11,67	51,8	0,37	0,06	0,11	1,47
AP4	40,89	4,02	53,07	0,23	0,02	0,06	1,67
AP5	27,1	8,23	63,95	0,18	0,03	0,17	0,3

Fonte: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Elaboração própria, a partir dos dados oferecidos pelo Data Rio, acesso: <http://www.data.rio/datasets/104b7e2207e442daae1eff214c20135e>

A diferença entre raça/cor nas Áreas de Planejamento é o que chama atenção para a importância de se trazer os marcadores de desigualdades sociais atrelados à raça neste contexto. As mulheres residentes da Zona Sul e Grande Tijuca são, em sua maioria brancas (63,51%) e aquelas que residem na Zona Oeste da cidade são em sua maioria negras (72,18%), somando os percentuais de pardas e pretas. Isso entra como mais um dado para esta pesquisa. Abaixo veremos a distribuição por raça/cor pelas Áreas de Planejamento:

Tabela 3 - População residente por cor ou raça, segundo as Áreas de Planejamento (AP), no Município do Rio de Janeiro, 2010

Áreas de Planejamento	Raça/Cor(%)						
	Total (abs)	Branca	Preta	Parda	Amarela	Indígena	Sem declaração
AP1	297.976	48,78	13,3	36,73	0,98	0,18	0
AP2	1.009.170	74,02	5,9	19,24	0,68	0,13	0
AP3	2.399.159	47,71	13,13	38,31	0,74	0,09	0
AP4	909.368	57,98	8,92	32,32	0,65	0,11	0
AP5	1.704.773	39,31	13,41	46,35	0,75	0,09	0,05

Fonte: IBGE - Censo Demográfico 2010. A investigação da cor ou raça foi feita de acordo com a autoclassificação da pessoa. Dados disponibilizados pelo Data Rio: <http://www.data.rio/datasets/9a2ef63bf9004317aea032e433d48e09>

O que se pode verificar destas estatísticas? A desigualdade social brasileira marca também a questão dos direitos reprodutivos, assim como, é significativa na construção da autonomia das mulheres. O que se pretendeu mostrar acima foi que a questão do parto em si como evento que tem controle no âmbito da saúde pública perpassa as características sociais marcantes das diferenças entre as mulheres, no caso, as cariocas.

Com relação ao parto e nascimento o Ministério da Saúde está desde o início do milênio trabalhando na humanização destes procedimentos de atendimento às mulheres no período gravídico puerperal. As modificações na assistência inclusive do ponto de vista gerencial são frutos de debates importantes envolvendo feministas, médicas/os, enfermeiras/os para modificar o modelo de assistência e promover um parto que respeite os direitos reprodutivos das mulheres.

O modelo do SUS, descentralizado na sua dinâmica gerencial consegue dialogar com as demandas sociais, haja vista as transformações que se operam desde o final da década de 1980, para que se torne cada vez mais aderente aos movimentos sociais, incluindo os feministas. Esta circulação de ideias e trocas, bem como, aderências a discursos menos intervencionistas, são elas mesmas uma forma de exemplificar o quão democrático pode ser o

fazer saúde a partir de um modelo como este, porém as práticas ainda carecem desta atualização constante e há ainda a prevalência do paradoxo na assistência do parto nascimento, qual seja, a disponibilização de serviços, mas um parto com muitas intervenções.

O acesso aos direitos reprodutivos, conforme vimos nos dados acima, principalmente, sobre a mortalidade materna, afeta mais as mulheres em condição de menor acesso a serviços e em sua maioria negras. Podemos compreender, portanto, que, a partir disso, elas estão em condição de maior vulnerabilidade social, pois os fatores que aliam à sua condição de gestantes e mães são atravessados por condicionantes sociais que incluem as questões de raça e classe.

Desta maneira, *parto normal* está envolvido na realidade brasileira com as dinâmicas de gênero, classe e raça, e, não à toa, os discursos sobre maternidade acompanham este processo. Neste capítulo como um todo vemos que as condições sociais guardam com relação ao parto as mesmas questões já trabalhadas em literatura que considera a desigualdade social e de gênero. No que tange às questões de gênero, de uma forma geral, os dados não podem dizer se as mulheres que estão parindo no SUS possuem maior ou menor acesso a partos mais humanizados, porém, podemos dizer que estão mais próximas de uma assistência humanizada que as do privado, já que a realização de cesarianas no privado é quase unânime.

Pode-se dizer que há uma dupla precariedade de acesso aos direitos reprodutivos para as mulheres no Rio de Janeiro. As mulheres que podem pagar os planos de saúde (menos que 40% do Rio de Janeiro) não conseguem ter acesso a um parto que respeite os seus direitos reprodutivos, pelo número alto de cesarianas, e as mulheres que utilizam a rede SUS, com atendimento não humanizado, também não conseguem ter um parto igualmente respeitoso, pelo número de intervenções. No próximo capítulo, vamos explorar a categoria *parto normal* a partir desta dupla precariedade, buscando nos testemunhos das profissionais as formas de entendimento sobre o parto no privado que superam estes desafios.

## 5.O QUE É O PARTO NORMAL? PROFISSIONAIS, ASSISTÊNCIAS E SIGNIFICADOS

O parto adquire diversas qualificações se formos pegar o seu entendimento no tempo e nas diferentes culturas. Primeiramente, pode-se dizer que o parto é uma experiência material que se inscreve no corpo das mulheres. O parto é o desfecho de um gestar, tempo de espera que pode ser vivido e significado de diversas formas dependendo de cada mulher. A questão do parto como uma discussão pública atinge também outros processos. Apesar de pertencer ao corpo das mulheres, o evento do parto prescinde de assistência e esta é pautada pela discussão pública que inclui o atendimento aos direitos reprodutivos e às normativas que regulamentam seu exercício através dos profissionais que estão envolvidos nesta assistência.

O parto se inscreve, desta forma, na linguagem dos direitos reprodutivos como uma experiência que merece ser respeitada e assistida considerando os aspectos inerentes à pessoa humana e sua autonomia em relação ao seu próprio corpo, através dos aspectos subjetivos, culturais, sociais etc. Assim, vemos que estudar o parto torna-se uma tarefa complexa, pois envolve os entendimentos sobre as questões de ordem individual e social, considerando portanto o envolvimento do Estado para que os direitos inerentes às mulheres sejam resguardados. A complexidade de suas questões não para nesta seara, pois há ainda o envolvimento do mercado na assistência em saúde no Brasil pelo modelo atual de assistência que considera dois sistemas: o público e o privado.

Quando vemos as estatísticas do público e do privado percebemos alguns pontos que emitem já a discussão atual entre direitos reprodutivos e assistência em saúde. Se percebermos que os dados nos apontam para um serviço quase generalizado de cesarianas no setor privado e entre cesarianas e partos normais no setor público podemos trabalhar sob algumas bases para a compreensão de como o parto é assistido no país e no Rio de Janeiro. Nos dados que dizem principalmente do perfil das mulheres em ambos setores, percebemos que a questão dos direitos reprodutivos está sendo de certa forma negligenciada pelos dois lados. Isto por dois motivos, taxas de mortalidade materna altas no setor público e números altos de cesarianas no setor privado.

Sobre a mortalidade materna, geralmente verifica-se um caminho de falhas nesta assistência que não apontaram às questões da prevenção destas mortes. Este caminho é o que se foca nas políticas públicas envolvendo a assistência ao parto para a prevenção de mortes maternas futuras. No caso das cesarianas, no privado, temos uma relação que envolve

atendimento médico e mulheres clientes. Neste caso, pode-se dizer que fere a autonomia das mulheres um serviço que majoritariamente aponta a realização sistemática de cesarianas. Estamos falando, portanto, de uma relação entre mulheres e assistência no âmbito de fornecer não um produto a ser comprado, mas uma assistência em saúde que não coloque em risco a vida de mulheres e fetos.

Por que, então, o *parto normal* está sendo alvo de tanta atenção das mulheres na assistência privada do Rio de Janeiro? Se formos ver mais a fundo temos um público específico que não é contemplado por esta experiência do parto, que são justamente estas mulheres que aderem a planos privados de saúde. Estas representam 40% das mulheres totais que procuram uma assistência em saúde, mas ainda assim, são as que possuem uma condição socioeconômica mais abastada e procuram no serviço privado as chances de terem um parto conforme desejam.

Sobre essas questões alguns esclarecimentos. Se as mulheres de classe média procuram no privado uma assistência ao parto e os serviços em geral apontam para a realização de cesarianas, qual o caminho que estas mulheres percorrem para realizarem o parto que anseiam? No questionamento ao caminho que as mulheres de classe média percorrem, a categoria *parto normal* ganha um destaque, pois ela mesma torna-se uma chave de entendimento a abrir as portas para se compreender como os serviços de assistência ao parto no privado conferem sentido a esta categoria para estabelecerem uma comunicação entre o que é preconizado nesta assistência e os anseios das mulheres.

Um dos pontos que me ajudou a pensar a busca pelo *parto normal* por mulheres de classe média como um questionamento importante de pesquisa foi assistir às palestras do Congresso Nascer Melhor 2, realizado em maio de 2016 de forma virtual. Neste Congresso pude entrar em contato com palestras de vários profissionais da área de saúde envolvidos com a realização do *parto normal* no Brasil. Cabe a ressalva que a indicação para o Congresso partiu de uma mulher grávida próxima à mim que estava interessada no *parto normal*. Assistir às palestras do Congresso me ajudou a perceber que este parir envolve muitos aspectos relevantes da construção de outras maneiras de lidar com o corpo das mulheres.

Parir a partir de uma escolha realizada pelas mulheres sobre seus corpos, entendendo a saúde sob a perspectiva de condições individualizadas, por meio de profissionais com um saber técnico demonstrado de forma compreensiva respeitando os limites impostos pela mulher, dialogando com a assistência em saúde, aproximando, tirando dúvidas e não utilizando a autoridade do saber como poder. Isso me pareceu ser o discurso do *parto normal* emitido nas várias palestras ministradas neste Congresso com profissionais reconhecidos no

campo da obstetrícia em âmbito nacional. O Congresso tinha como foco as mulheres que desejassem parir desta forma e profissionais da área que trabalham diretamente com a temática. As palestras tinham títulos como “Ressignificando-se como mulher”, “A Segurança no Parto Normal e na Cesárea”, “A Importância do Pai na Gestação, Parto e Amamentação”, dentre outras.

Assistir ao Congresso era gratuito e bastava uma inscrição, porém para assistir a todas as palestras após o término do Congresso seria necessário o pagamento de um pacote para liberação do acesso<sup>42</sup>. Além disso, haveria um sorteio de pagamento de um *parto normal* em até 10.000 mil reais para quem assinasse o pacote. Esse ponto diz muito sobre o que significa acessar ao *parto normal* no serviç o privado. Os valores são altos para a maioria das mulheres e eventos como este Congresso atingem uma minoria de mulheres que estão na busca desta experiência e podem pagar por serviç os como estes. O Congresso faz parte das ações do Movimento Nascer Melhor da sociedade civil, as informações sobre sua criação e membros nos endereç os fornecidos são escassas sobre quem de fato participa, mas a sua criação data do ano de 2014, situada no âmbito da cidade de Porto Alegre<sup>43</sup>.

Há uma variedade de aspectos que envolvem a questão do *parto normal* no serviç o privado. A categoria *parto normal* foi observada como um guarda chuva de significados entre as profissionais que trabalham com este serviç o nas rodas gestante que visitei no Rio de Janeiro. Ao oferecer um serviç o atrelado às questões que envolvem direitos reprodutivos e saúde reprodutiva, as profissionais que estão no serviç o privado atendendo ao *parto normal* encontram desafios que, dentre outros, envolvem a ressignificação desta experiência para as mulheres de classe média. Isto é o que vamos ver a seguir. A categoria *parto normal* aparece como uma questão nas três fontes analisadas, mas o privilégio para as entrevistas neste capítulo se faz, porque nesta fonte pude trabalhar de forma mais aprofundada esta discussão.

Um ponto que se repete nas entrevistas, bem como, nas outras fontes é que para parir de forma *normal*   preciso conhecer o que significa esta experiência. Assim como Salem (2007) e Rezende (2011) observaram, o conhecimento da experiência do parto é um fator importante para mulheres de classe média, para que se possam estabelecer as conexões com este evento. No entanto, diferentemente das autoras citadas o conhecimento desta experiência para as mulheres que observei nas rodas de gestante, possui t mbe m relação com o fortalecimento da sua autonomia enquanto sujeito, ou enquanto mulheres.

---

<sup>42</sup> Valores que variam entre 1.000 a 2.500 reais.

<sup>43</sup> Para maiores informações acessar: <https://www.facebook.com/nascermelhor/>; <http://nascermelhor.com/> Congresso Nascer Melhor 2, [http://nascermelhor.com.br/nm2/?utm\\_source=menu-site&utm\\_medium=menu-site&utm\\_campaign=menu-site-nm2&utm\\_term=nm2&utm\\_content=menu-site-nm2](http://nascermelhor.com.br/nm2/?utm_source=menu-site&utm_medium=menu-site&utm_campaign=menu-site-nm2&utm_term=nm2&utm_content=menu-site-nm2)



Desta maneira, o conhecimento da experiência do *parir normal*, no que foi encontrado, não conduzia ao trabalhado pelo Parto sem Dor, que Salem (2007) e Rezende (2011), analisaram. Nestes estudos vemos que o Parto sem Dor, alude a uma dimensão mais psicológica no relacionamento das mulheres com seus corpos, compreendendo também a busca por uma superação da dor pela superação do desconhecimento da experiência. Nas rodas de gestantes que frequentei, diferentemente do observado pelas autoras, as profissionais de saúde faziam alusão a métodos não farmacológicos de alívio de dor, e, não extirpação de dor, conforme Salem (2007) observou. As informações que encontrei aludiam a uma espécie de convencimento por parte das profissionais para as mulheres de que a experiência do *parir normal*, apesar de conter dor, era algo que exprimia uma maneira de solidificar um construto de um sujeito feminino, que toma o corpo como referência desta materialização, sendo processos inclusos nisso a dor do parto e a sua exteriorização no relato de experiência para outras mulheres.

Temos como questões, primeiro, a categoria de *parto normal*, como sendo algo que carrega significados com relação ao contexto de assistência ao parto no privado para as mulheres de classe média, e, segundo, a prática das profissionais nas rodas de gestantes em mostrar o que significa esta experiência para as mulheres no sentido de conferir um significado de reconhecimento da autonomia das mesmas sobre o parir, traduzindo esta experiência individual em uma experiência social compartilhada entre mulheres.

A categoria traz consigo as discussões da assistência por cada classe de profissionais, e essa foi uma tônica observada na análise das entrevistas. A sua definição é composta de discussões que estão no âmbito de oferecimento dos serviços, principalmente no privado. Junto a ela duas mais categorias foram encontradas nas rodas de gestantes e que foram exploradas nas entrevistas, *parto natural* e *parto humanizado*. Estas outras duas, ainda que menos utilizadas, possuem relação com o que se enuncia sobre *parto normal* e, por isso, serão destacadas aqui em algumas das falas das entrevistadas.

O objetivo em trabalhar a categoria *parto normal* através dos discursos de cada classe profissional, encontra-se não na busca de uma origem de *um* discurso privilegiado sobre *parto normal*, mas em um panorama de significados ao qual esta categoria aciona para ser utilizada neste meio. Como a busca não se propõe corrigir e atestar, ou legitimar qualquer discurso que seja, mas compreender os elementos acionados para significar o que seja este tipo de parto e os aspectos que compõem a sua assistência, Foucault (2010) auxilia a adentrar neste universo interpretativo através da proposição de uma arqueologia do saber, uma análise sobre as

componentes do discurso proporcionando uma leitura de estranhamento sobre categorias usualmente aceitas.

Essas formas prévias de continuidade, todas essas sínteses que não problematizamos e que deixamos valer de pleno direito, é preciso, pois mantê-las em suspenso. Não se trata, é claro, de recusá-las definitivamente, mas sacudir a quietude com a qual aceitamos; mostrar que elas não se justificam por si mesmas, que são sempre o efeito de uma construção cujas regras devem ser conhecidas e cujas justificativas devem ser controladas; definir em que condições e em vista de que análises algumas são legítimas; indicar as que, de qualquer forma, não podem ser admitidas. Seria bem possível, por exemplo, que as noções de ‘influência’ ou de ‘evolução’ originassem uma crítica que as colocasse – mais ou menos longo – fora de uso (FOUCAULT, 2010, p.28).

Ainda assim, os conteúdos que aparecerão não são vazios de significados. Mesmo que reconheçamos de forma ponderada os vários vieses interpretativos aos quais são acionados, os aspectos que os compõem não são parte de um processo, significam o próprio processo em si. Desta maneira, os conteúdos serão analisados sobre uma lente social histórica que capta os elementos repetitivos e estruturantes. Temos que categoria mais utilizada no meio é *parto normal*, a partir da observação nas rodas e no aprofundamento nas entrevistas, ela se constrói na interação entre profissionais de saúde e mulheres gestantes, porém vamos percebendo, ao longo do processo, que o uso desta categoria ao mesmo tempo em que denuncia os anseios de cada classe de profissional, atende a demandas específicas que envolvem os contextos sociais as quais as mulheres de classe média se encontram.

Elias (2011) trabalha a noção de normalidade a partir do conceito de civilização que produz um detalhamento de significados das ações cotidianas envolvendo questões de classe e *status*, adquirindo uma importância capital em distinguir indivíduos e costumes conforme o acionamento dos hábitos. O processo civilizador ao qual o autor faz alusão no recolhimento de todas as suas “pistas” de distinção social sofreu modificações se considerarmos o contexto analisado. Ainda assim, o aprofundamento das questões que relacionam o *parto normal* e a demonstração deste detalhamento da experiência de parir, constituem-se de elementos distintivos que guardam relação com as questões de classe. Demonstrem ao mesmo tempo distinção de um parto e suas regras, e também são relacionadas às questões de um universo específico, ao qual, poucas mulheres possuem acesso.

A ‘civilização’ que estamos acostumados a considerar como uma posse que aparentemente nos chega pronta e acabada, sem que perguntemos como viemos a possuí-la, é um processo em que nós mesmos estamos envolvidos. Todas as características distintivas a que lhe atribuímos – a existência de maquinaria, descobertas científicas, formas de Estado, ou o que quer que seja – atestam a existência de uma estrutura particular de relações humanas, de uma estrutura social peculiar, e de correspondentes formas de comportamento (ELIAS, 2011, p.70).

O que veremos nos discursos a seguir traduzem um pouco do que Elias (2011) encontrou como elementos do processo civilizador. A ideia de conhecer aliado ao progresso, no sentido de se conhecer o parto para poder parir da forma “adequada”, a noção da distinção dos elementos do parto para a sua caracterização detalhada enquanto experiência de classe, e, por fim, a ênfase na necessidade de um conhecimento técnico legitimamente reconhecido para poder prestar assistência.

Ainda assim, é preciso dizer que esta análise não se configura um antagonismo sobre a necessidade de se denunciarem os comportamentos abusivos dos profissionais de saúde sobre as mulheres, destituindo-lhes autonomia sobre parir. Não se trata disso, mas da necessidade de se revestir um discurso na prestação de assistência ao parto que restringe materialmente esta experiência para mulheres que possuem as características sociais que mais conseguem se encaixar neste perfil e experimentá-las.

A questão que mais se destacou nas entrevistas, conforme mencionamos acima, foi a discussão do que seria o *parto normal* enunciado tanto nas rodas de gestantes quanto nas diferentes áreas de atuação das profissionais. Cabe, por fim um esclarecimento. A categoria ganha relevância primeiramente na pesquisa no momento de visita às rodas, mas nas entrevistas observou-se que a discussão em torno do seu uso ganha foco quando se relaciona o tipo de assistência e a atuação profissional. Por isso, optou-se em trazer as discussões das entrevistas por cada classe de profissionais, entendendo que os significados, para cada uma, sobre o que é *parto normal* adquirem características distintas, ainda que encontremos também elementos semelhantes. Os distintos significados são os pontos altos para se refletir sobre uma assistência ao parto de forma mais ampla, tanto no meio público quanto privado. É desta maneira, que a assistência ao parto, neste estudo, pode ser lida como um cenário (obstétrico) que se constitui pela relação entre profissionais e mulheres gestantes e as estruturas de serviço - as políticas públicas e o atendimento no privado.

Foram realizadas quinze entrevistas conforme mencionado na Metodologia. Para esta análise, foram pinçados alguns trechos, com a finalidade de se serem trabalhados os elementos que mais se destacaram em todas as entrevistas.

## 5.1 Enfermagem Obstétrica

As duas primeiras falas a seguir são de duas enfermeiras obstétricas, Concita fala a partir da sua experiência na gestão de saúde do Estado e da Rede Cegonha, já Silvia fala da sua posição como enfermeira obstetra que realiza *partos normais* em domicílios por uma equipe e também do seu trabalho da Rede Cegonha.

Natural sempre, porque é por via baixa, o que se chama de parto normal ou vaginal. Porque são três estigmas que as pessoas dão nome, natural, normal e humanizado. São todos naturais para mim, lógico que você vai ouvir opinião diferente, mas para mim o parto é natural e humanizado, é o momento entre a mulher e o profissional. O atendimento, a forma como se chega... E a forma como a mulher também se dá e se quer, tem mulheres que falam “eu não quero falar muito agora não”, tem mulheres que preferem ficar só, não querem acompanhante, você vai ouvir isso “nossa, todo mundo quer um acompanhante, o que ela tem?”, ela quer ficar só, aí você tem que respeitar. Às vezes você vê que se fazem partos na penumbra, bem escuro, aromaterapia, nem todo mundo gosta. Na banheira, nem todo mundo gosta. Então é assim, o contexto, o momento, aquilo que a mulher gosta e o que temos a oferecer. Aquilo que a mulher quer e o que a gente pode oferecer para ela [CONCITA, 12/09/2017].

O parto normal é o parto vaginal [...] o tipo de profissional que te atende influencia em como você será atendida. O profissional médico, no caso das intervenções, a episiotomia já tem milhões de estudos que aquilo não traz nenhum benefício, muito pelo contrário, mas você sabe que, a menos que você tenha isso muito bem resolvido com o médico, são poucos que aceitam a sua opinião como paciente, provavelmente ele vai fazer uma episio em você e se você for atendido por enfermeiro obstetra isso não vai acontecer. Porque a enfermagem obstétrica já tem um olhar diferenciado para aquele procedimento, para aquele atendimento, já sabe que uma mulher que busca uma enfermeira obstetra para atender ao parto dela, ela está querendo ficar livre desse tipo de coisa né? [SILVIA, 07/10/2017]

As duas pontuam questões diferentes do que se trata do *parto normal*, Concita vai detalhar que o serviço deve estar conveniente aos desejos das mulheres, porém depende daquilo que se dispõe enquanto possibilidade combinado ou não ao que a mulher deseja. No caso de Silvia, assistência depende da relação com a profissional de saúde, no caso de médicos, podendo ou não ter uma intervenção no momento do parto, algo que não ocorreria com a presença de uma enfermeira obstétrica. As duas conceituam *parto normal* como sinônimo de parto vaginal, porém vão se diferenciar os procedimentos de sua realização, a assistência. Não é à toa esta questão, já que a enfermagem obstétrica cumpre um papel importante na assistência ao *parto normal*.

Assim, podemos destacar que a principal preocupação da enfermeira entrevistada que atua no âmbito público é a questão de adequar o serviço com aquilo que a mulher deseja. No entanto, podemos entender que as questões as quais a mulher deseja e não estão disponíveis em serviço não são abordadas nesta fala. Nesta fala, Concita aponta a alguns dos serviços que são oferecidos pela rede pública em alguns hospitais, mas que não estão presentes em todos. Então, na sua fala é exaltada a questão da humanização do atendimento, como uma proposta

de relacionamento entre a profissional e a mulher dentro de uma assistência ampla. Já no caso de Silvia, vemos que ela exalta os procedimentos e menos a assistência, já que estes procedimentos são os aspectos destacados pelas enfermeiras nas consultas e nas rodas para as mulheres conhecerem como intervenções não desejáveis no momento do parto.

Neste momento, ela ressalta que os procedimentos são de forma geral realizados pela equipe médica, não pela enfermagem. Essa ressalva de Silvia se faz pelo embate que as enfermeiras obstétricas encontram historicamente a partir do momento da institucionalização da reprodução e a adequação de um parto como um procedimento que pertence também à classe médica. Esta disputa encontra algumas questões do posicionamento da enfermagem obstétrica no Brasil.

A atuação da enfermagem obstétrica na assistência ao parto é hoje uma realidade, porém somente em 1998, segundo Dias (2005) a assistência ao parto apenas pela enfermagem obstétrica conseguiu a remuneração no SUS. No Rio de Janeiro a enfermagem obstétrica ganhou notoriedade desde 1994,

Desde 1994, a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS/RJ) vem tentando mudar este quadro e propondo a implantação de uma política de qualificação da assistência perinatal que preconiza, entre outros pontos, a assistência ao parto de baixo risco por enfermeiras obstetras. Em 1990, uma maternidade municipal já havia implantado a assistência ao trabalho de parto e parto por enfermeiras obstétricas, obtendo bons resultados perinatais, porém sem modificações importantes no modelo de atenção. Em 1994, com a inauguração da maternidade Leila Diniz, a enfermagem obstétrica passou a atuar nessa unidade, seguindo os preceitos da humanização. E em 1998, a SMS/RJ expandiu o trabalho da enfermagem obstétrica na assistência pré-natal e ao parto para todos os serviços municipais da denominada Área Programática 3.3 (AP 3.3), região da cidade com maior volume anual de nascimentos, tendo por referencial a mudança de modelo de atenção e a ênfase na humanização da assistência (DIAS, 2005, Pp.701-702).

A qualificação profissional para se tornarem enfermeiras/os obstétricas/os passa pela especialização após a graduação. A humanização do parto partindo do SUS reforça que esta entrada pudesse se expandir com a finalidade de assistir aos partos de baixo risco de forma a proporcionar que menos intervenções de rotina possam acometer as mulheres que não necessitam destes serviços. Narchie al (2013) exaltam que a presença da enfermeira obstétrica e/ou obstetrix tem uma relevância acentuada e orientada por organismos internacionais como a OMS e pelo Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA).

Isso, porém entra em conflito com assistência realizada de forma majoritária tanto no SUS quanto na rede privada de médicos no momento do parto. A própria implantação do Programa Cegonha Carioca no Rio de Janeiro, na rede municipal de saúde incentivou inclusive que a enfermagem obstétrica tivesse uma centralidade no atendimento algo já

preconizado em 2004, quando do lançamento do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal. O Programa no Rio de Janeiro foi lançado em 2011 e inspirou o lançamento da Rede Cegonha em âmbito nacional no mesmo ano, favorecendo por intermédio de recursos e propostas de assistência e logística a enfrentar os desafios de uma assistência ao parto deficitária.

Este Programa visa: erradicar a peregrinação das gestantes em busca de atendimento para o parto; reduzir o índice de mortalidade materna; manter a tendência de queda na mortalidade neonatal; humanizar a atenção ao parto e nascimento; reduzir as complicações evitáveis; melhorar os indicadores de qualidade do cuidado materno e ao neonato. Para alcançar essas metas, o Programa prevê que a gestante seja previamente informada sobre o local onde terá o bebê, realize visitas guiadas para conhecer a instituição onde ocorrerá o parto, participe de atividades educativas e conte com ambulância para transporte até a maternidade de referência na hora do parto. Para tal, foram previstos três módulos ou componentes programáticos: 1) Pré-natal; 2) Acolhimento com classificação de risco e 3) Atendimento Móvel (LIMA ET AL, 2015, p.632).

A classificação de risco, o pré-natal com prioridade de atendimento à enfermagem obstétrica e a realização de partos de baixo risco por enfermeiras obstétricas é tanto uma recomendação internacional quanto significa para as mulheres uma assistência sem que haja a presença de procedimentos a intervir no processo do parto.

O grande desafio que se coloca, para todos os profissionais que prestam esta assistência, é de minimizar o sofrimento das parturientes, tornando a vivência do TP [Trabalho de Parto] e parto em experiências de crescimento e realização para a mulher e sua família. Acreditamos em uma nova abordagem que estimule a participação ativa da mulher e seu acompanhante, que priorize a presença constante do profissional junto da parturiente, que preconize o suporte físico e emocional e o uso de novas técnicas de cuidado que permitam o alívio da dor, como o estímulo à deambulação e à mudança de posição, uso da água para relaxamento e massagens. As enfermeiras obstetras têm sido seduzidas a se incorporar a este projeto, não só pela valorização de sua atuação profissional, mas também pela possibilidade do que Pires (1996) chamou de “assistência integral de enfermagem”. Este modelo de assistência rompe com a fragmentação dos cuidados e permite que a profissional recupere a compreensão do processo de assistência, superando o parcelamento de tarefas que caracteriza o sistema tradicional de atenção (DIAS, 2005, p.702).

O que se verifica na área da saúde é uma alusão à enfermagem obstétrica como propulsora de um cuidado na assistência que proporciona vínculo e uma “pessoalização”, ou “humanização” no cuidado com as mulheres gestantes no momento do parto. A enfermagem obstétrica é, portanto, não só um aspecto comum para países europeus que possuem taxas de mortalidade materna baixas como, dessa maneira, também é recomendada pelos organismos internacionais aos quais o Brasil cumpre tratados e está sob sua recomendação.

O que caracteriza também que a Casa de Parto David Capistrano Filho, em Realengo, seja protagonizada por este atendimento. No âmbito particular através dos planos de saúde, a presença de enfermeiras obstétricas neste tipo de atendimento é quase nula. Isso porque a taxa

de partos da rede privada de assistência se apresenta com níveis muito altos de cesáreas, o que previamente já se elucida que a presença de uma profissional como esta não esteja presente, já que é preciso ter a presença de uma equipe médica para a realização da cirurgia.

A presença, portanto, de enfermeiras obstétricas na coordenação de algumas rodas de gestantes é também reflexo de que esta assistência no privado tem algumas especificidades. Tendo por base os encontros que tive a presença de encontrá-las como coordenadoras e, nas entrevistas realizadas, pude perceber que o maior apelo para atendimento das mulheres por estas profissionais se daria pelo *parto normal* em ambiente domiciliar. Tem um aspecto que diz muito da atuação da enfermagem no que condiz a este atendimento específico do privado. Esta questão pode ser colocada nos procedimentos que compõem a experiência de parto para as mulheres. Sobre isso, foi separada uma fala nas entrevistas que elucida bem esta questão:

Eu não gosto muito de utilizar o nome parto normal. Tradicionalmente a gente tem o parto cesárea e o parto normal. O parto normal vem da palavra normas, normativas, enfim, eu não denomino, inclusive nas minhas descrições, relatórios de parto, eu coloco parto vaginal. O parto ele é vaginal, não necessariamente ele é normal. Pode ser um parto vaginal completamente anormal, entre aspas, né? Cheio de intervenções, sem respeitar o protagonismo, sem uma assistência humanizada. Cheio de normativas dos profissionais. O parto também pode ser natural e não humanizado. Por que? O parto natural vai ser aquele em que não houve intervenção nenhuma, mas a mulher pode chegar parindo no hospital, em uma maca, sem assistência adequada, de maneira desumanizada, em um local gelado, sem respeito, com profissionais gritando com ela. Neste exemplo, não foi uma assistência humanizada, mas não deixa de ser um parto natural. Aconteceu sem intervenção farmacológica, sem corte no períneo, então o parto natural pode ser humanizado e não humanizado. O parto natural é aquele que vai acontecer sem intervenções. O parto é vaginal e natural. Aí sim, existe parto vaginal, natural e humanizado, que é aquele que a gente vai respeitar a fisiologia. Porque a ideia central sempre é essa, respeitar a fisiologia da mulher no trabalho de parto para que se possa ir direcionando o processo para que o parto possa acontecer de uma maneira natural. Se necessário a gente vai intervindo minimamente, corrigindo cada deficiência que vai aparecendo naquele trabalho de parto, o que não vai deixar de ser uma assistência humanizada, vai passar a ser um parto vaginal, humanizado, não mais natural, porque já necessitou de alguma intervenção. Que intervenções são essas? Seja a necessidade de um uso de ocitocina, por exemplo, para estimular a contração que está deficiente, de uma intervenção farmacológica, seja a necessidade de uma indução de parto, por exemplo, seja a necessidade de uma analgesia de parto também, a gente vê que a mulher está muito desgastada naquele processo, está entrando naquele ciclo medo-tensão-dor, e a analgesia vai ajudá-la. Enfim, algumas maneiras de você assistir este parto com o mínimo de intervenções possíveis [FERNANDO, 01/10/17].

Novamente vamos perceber que ao falar de *parto normal*, no meio da enfermagem obstétrica, temos a referência ao parto vaginal, trazendo com a questão do *parto normal*, as “normativas” que compõem o rol de intervenções que se ligam a esta questão. Para a enfermagem obstétrica entrevistada na pesquisa, a assistência é prevalente à experiência do parto, já que esta deve ter em conta que as mulheres possuem um destaque neste processo, ainda que o processo fisiológico denuncie as questões as quais estes profissionais vão atuar.

Podemos ter duas camadas de entendimento sobre a questão do parto no olhar da enfermagem obstétrica entrevistada, uma que é assistência observando aquilo que pode ser oferecido para as mulheres no momento do parto, em se tratando dos serviços públicos, e outra a questão da relação entre profissional e mulher, no serviço prestado baseado nesta assistência. Na fala de Silvia e Fernando, que realizam *partos normais*, majoritariamente no privado e em domicílio, não há uma preocupação com o ambiente para a mulher parir, mas prevalece a relação entre profissional e cliente, em uma linha tênue entre técnica e desejo das mulheres sobre a experiência do parto.

O que é destacado por Concita vem a calhar com algumas questões que foram observadas nas rodas de gestantes: *como, onde e com quem* parir. Isto muito por conta, segundo as entrevistas com as profissionais, dos hospitais particulares não possuem os aparatos que algumas maternidades públicas possuem para a realização do *parto normal*. Portanto, o que pude perceber é que há duas questões envolvendo a busca por *partos normais* pelas mulheres de classe média: os partos podem ser realizados em residências, hospitais particulares cobertos por planos de saúde com valor elevado (comparados aos outros hospitais particulares) ou hospitais públicos que possuem o serviço de atendimento ao *parto normal* da maneira como é repassado por estas profissionais.

Que maneira é esta? Vemos novamente na fala de Concita algumas das técnicas não farmacológicas para diminuição de dor: banheira, massagens, óleos aromáticos, penumbra, dentre outros. A fala de Silvia nos traz as questões que envolvem a classe médica no que tange à realização de intervenções que aceleram o trabalho de parto das mulheres. Quando estamos trabalhando as questões relacionadas à humanização do parto vamos perceber qual o valor agregado a estas intervenções. A seguir alguns trechos das entrevistas sobre o *como* parir e sua relação com a assistência apontando para o entendimento do que seria o *parto humanizado*.

A mulher pode ter as opções dela. E que tenha menos intervenções possíveis. Claro que quando você fala em opção, ela tem a opção de fazer cesárea. E eu acho que se ela foi bem acolhida e essa é a opção dela, isso também é humanização. Mas, eu acho que ela tem que ter menor quantidade de intervenções, coisas externas, uso de medicação, menor intervenção possível, deixar a coisa evoluir do jeito que tem que ser. E garantir que ela tenha o apoio necessário, porque não adianta a gente dizer que está garantindo, seguindo o parto humanizado e deixar ela numa cama sozinha se ela não tem acompanhante, se ela não tem a enfermagem do lado e ela ficar só. Isso não é humanizado. Então não adianta ter o instrumento, tem espaço, suítes privadas e tudo, e não garantir que ela tenha alguém ao lado dela. Você tira dela o apoio emocional e aí você desumaniza. Acho que o parto humanizado tem que ter as três coisas: tem que ter o espaço adequado, tem que ter a opção da mulher e em terceiro lugar as condições necessárias [FÁTIMA, 12/09/2017].



No meu entendimento, hoje, é oferecer um atendimento digno, baseado em evidências, seguro para todas as mulheres respeitando as diferenças entre elas. Deveria ser oferecido integralmente no SUS, que as mulheres não precisassem pagar um carro zero para não serem xingadas, não sofrerem uma mutilação, não levarem um tapinha, para não terem quinze pessoas tocando você num momento sensível, é isso. É atender com respeito, com conhecimento técnico, mas atender a todo mundo, não só uma parcela privilegiada da população que já tem acesso a quase tudo [MARIELLE, 29/11/17].

Tem que ser combinado com a mulher e o profissional, tudo dentro das possibilidades das condições de saúde da mulher para o profissional. Então, tem que ser respeitado de acordo com o que ela deseja para aquele parto. É importante para mim o plano de parto porque eu vejo muito que cada mulher quer uma coisa diferente. Assim, os planos de parto, tem muita moda das pessoas baixarem na internet, eu acho que a mulher tem que escrever o plano de parto como se fosse uma poesia mesmo. Tudo do passo a passo que ela quer e isso tem que ser conversado com o profissional. Eu estou fazendo essa comparação com o plano de parto porque é como você quer ser atendida e a humanização no meu entendimento é como eu quero ser tratada. O que me afeta e o que não me afeta. O que vai me atrapalhar no trabalho de parto e o que não vai me atrapalhar. É lógico que eu vou fazer o plano de parto e eu vou me comportar de maneira completamente diferente, mas eu vou saber que aquilo que eu quero vai ser atendido. Então, no plano de parto é importante as mulheres colocarem plano A, plano B, plano C do plano de parto e tudo ser comunicado com a mulher. Se sair um pouquinho do que está escrito, você vai lá e combina de novo, recombina. Então, humanização é isso, você trocar com a pessoa o que dá pra fazer, o que você sente enquanto profissional confiante de fazer, porque não pode falar pra mulher que vai fazer tudo e chega na hora você não fazer ou não se sentir confortável, então contar os dois. Porque o clima do parto tem que ser de confiança total, entrega total. O profissional tem que acreditar naquilo que ele está fazendo, eu acredito que tem que ter afinidade com a mulher, para poder ficar tudo bom para a mulher, o foco do cuidado é a mulher, o casal, a família. Então, tem que ser bom [MAYANA, 29/11/17].

Novamente percebe-se que a atuação da enfermagem se difere com relação à assistência. Fátima é uma enfermeira obstétrica experiente, com mais de 10 anos de profissão que hoje atende em maternidade pública e na gestão de saúde. A sua fala ressalta que o acompanhamento à mulher no trabalho de parto é algo importante dentro do processo de assistência, para que à mulher seja garantido o apoio, para além do acompanhante. A sua fala, no entanto, aponta para uma escuta sobre os desejos da mulher ao parir, algo que pode ser expresso em uma cesárea. Humanização, engloba nesta fala, a questão da escuta e da atenção à mulher ao parir, sem contar o ambiente adequado para que ela possa ter um parto com as condições necessárias. A sua visão é mais macro da assistência, vendo os pontos mais prementes e preconizados pelos documentos oficiais ao momento do parto. Sobre a questão da humanização, o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (2002), baseia-se no seguinte conceito:

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento fundamenta-se nos preceitos de que a humanização da Assistência Obstétrica e Neonatal é condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério. A humanização compreende pelo menos 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 e a organização da instituição de modo a criar um ambiente acolhedor e a instituir rotinas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher. O outro se refere 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, 2002, p.5-6).

A fala, portanto, de Fátima é quase um resumo do que é preconizado pelo PHPN (2002). Como a humanização do atendimento no SUS é algo que trabalha bastante a parte gerencial e estrutural para se conceber as condições necessárias para o atendimento, a questão da assistência entre profissional e usuária é um ponto dentre outros que estão previstos como questões a serem alcançadas na assistência de uma forma geral e na redução da mortalidade materna.

Já na fala de Marielle, enfermeira obstétrica da Casa de Parto de Realengo e que realiza *partos normais* em domicílios, a sua chave de entendimento é o acesso e os comportamentos abusivos de profissionais em relação às mulheres. No que tange ao acesso, a enfermeira aponta que a humanização compreende também a realização de um *parto normal* que seja de amplo acesso sem que sejam presenciadas condutas de desrespeito às mulheres no momento do parto. Este apontamento possui um propósito, os *partos normais* no privado são muito caros para a maior parte das mulheres e, entendendo que o público que acessa à Casa de Parto é reduzido em relação às outras maternidades, a enfermeira compreende que há um reduzido número de mulheres que possuem as condições para parirem desta maneira. Este é um dado importante e observado não só pelo perfil das rodas de gestantes, como pelo valor emitido no Congresso sobre o *parto normal*, em torno de dez mil reais no privado.

Na fala de Mayana vemos novamente que a relação entre mulher e profissional é prevalente no que se espera do serviço de assistência ao parto, menos no que se considera do ambiente e das questões que envolvem a assistência. Mayana é enfermeira obstétrica em uma maternidade pública do Rio de Janeiro e realiza *partos normais* no privado em ambiente hospitalar, além de ter uma interface com enfermeiras de uma equipe de *parto normal* em domicílio. Na sua fala destaca a questão do plano de parto, algo que é preconizado pelo Ministério da Saúde, porém a sua leitura sobre a construção do mesmo encaminha-se para uma assistência mais personalizada, própria de uma contratação de um serviço.

O que se percebe neste processo é que a construção de um *parto normal* por profissionais de enfermagem contrasta no atendimento que é apontado como abusivo da classe médica. Como a enfermagem obstétrica originariamente tem como objetivo assistir às

mulheres, relacionando esta assistência ao cuidado em saúde, suas percepções vão se encaminhar para este relacionamento. No ambiente público as profissionais que mais atuam nesta seara apontam que há uma prevalência da estrutura e da equipe em compreender que as mulheres precisam de um espaço e condições de atendimento específicas para um *parto normal* acompanhado e com poucas intervenções. No ambiente particular, especificamente, o serviço de atendimento é muito próximo, estimulando um atendimento personalizado, algo que não é possível em uma assistência do SUS. Este relacionamento personalizado que antes era trabalhado por médicos majoritariamente ganha uma dimensão distinta quando ocupada pela classe de enfermagem, questões que são próprias de suas atividades de cuidado não terão a mesma conotação de serviço que as da classe médica.

Sobre estes serviços se incluem as consultas também em ambiente domiciliar, a realização de rodas de gestantes para conhecimento das temáticas relacionadas à gestação, a indicação de leituras e filmes, um atendimento que ofereça às mulheres mais informações a respeito da gestação e parto, assim como um ambiente de escuta sobre seus anseios. Embora estes serviços se configurem como uma alternativa às cesáreas realizadas no privado, reforço que o acesso a eles é limitado, pela necessidade de pagamento particular sem o intermédio dos planos de saúde, e, ainda por cima, os partos podem ocorrer em hospitais restritos a planos de saúde com preços altos. No caso das mulheres que desejam e possuem a avaliação da enfermagem e médica para a realização de um *parto normal* em domicílio, estas também pagam um valor que não está disponível para muitas mulheres.

Por fim, algo que é mencionado quando se fala do *parto normal* é a relação com o *parto natural*. A discussão sobre mulher e natureza é por demais já trabalhada nos estudos feministas. Cabe, no entanto, aqui, uma pontuação sobre aspectos que estão sendo acionados nestas falas. A naturalidade a que se refere as profissionais sobre o parto remete aquilo que não tem a intervenção direta sobre o corpo no processo de parir. A isto poderia ser chamado de *parto natural*. Ainda assim, remete-se a este processo que, por não ser submetido às intervenções, natural funcione como um adjetivo deste parto, pois simplesmente por ocorrer em decorrência das funções do corpo poderia ser denominado de parto, por exemplo, mas a qualificação de natural poderia sugerir à possível aproximação da condição mulher e natureza. Beauvoir (2009) levanta algumas questões que me parecem interessantes em perceber sobre o momento do parto e interpretações sobre mulher e natureza:

O parto assumirá, segundo os casos, um caráter muito diferente: a mãe almeja ao mesmo tempo guardar no ventre o tesouro de carne que é um pedaço precioso de seu eu e desembaraçar-se de um importuno; quer seu sonho nas mãos, mas tem medo das novas responsabilidades que vai criar essa materialização: um ou outro desejo pode vencer, mas muitas vezes ela se divide. Muitas vezes também não é com

resolução firme que enfrenta a angustiante experiência: quer provar a si mesma e provar aos seus – mãe, marido – que é capaz de superá-la sem ajuda; mas ao mesmo tempo odeia o mundo, a vida, os parentes, por causa dos sofrimentos que lhes são infligidos, e adota, como protesto uma atitude passiva. As mulheres independentes – matronas ou mulheres viris – fazem questão de desempenhar um papel ativo nos momentos que precedem o parto e durante o próprio parto. As muito infantis abandonam-se passivamente à parteira, à mãe; algumas põem seu orgulho em não gritar; outras recusam quaisquer conselhos. De maneira geral pode-se dizer que exprimem nessa crise que sua atitude em relação ao mundo em geral, e sua maternidade em particular: são estóicas, resignadas, reivindicadoras, imperiosas, revoltadas, inertes, tensas... Tais disposições psicológicas tem enorme influência na duração e na dificuldade do parto (que dependem também, naturalmente, de fatores orgânicos). O que é significativo é que, normalmente, a mulher – como certas fêmeas de animais domésticos – **precisa de auxílio para cumprir a função a que a natureza destina**; há porém camponesas de hábitos rudes e mães solteiras que dão a luz sozinhas: mas sua solidão acarreta muitas vezes a morte do filho ou doenças incuráveis na mãe. No próprio momento em que acaba de realizar seu destino feminino é ainda a mulher dependente: **o que prova que também na espécie humana a natureza não se distingue nunca do artifício**. Naturalmente o conflito entre o interesse do indivíduo feminino e o da espécie é tão agudo que acarreta às vezes a morte da mãe ou a do filho: são as intervenções humanas da medicina, da cirurgia, que diminuíram consideravelmente (quase eliminaram) os acidentes antes tão frequentes (BEAUVOIR, 2009, Pp. 672-673)<sup>44</sup>.

Neste trecho Beauvoir (2009) trabalha com algumas questões comportamentais para trazer para a experiência do parto. O que está destacado no trecho, é que propositadamente a autora vai colocar, que mesmo nos componentes orgânicos, a natureza não se sobrepõe à cultura, ou melhor dizendo, que a discussão de natureza e cultura não são necessariamente binômios a serem confrontados. O trecho demonstra o quanto estas categorias aparecem de forma misturadas, ainda que a autora valorize a dimensão psicologizada no trabalho de parto, as questões da “natureza” corporal não são desprezadas neste ímpeto, pelo contrário, são confundidas com as próprias criações humanas, ao citar as intervenções. Santos (2014) ao analisar as categorias epistemológicas em Beauvoir e Butler, trabalha um pouco esta discussão sobre natureza e cultura:

Os “destinos” estipulados pela biologia, psicologia ou economia não deveriam limitar o sentido de ser mulher. Não é a biologia que a determina, mas a valoração de dados biológicos no âmbito da cultura e, nessa medida, o natural e o biológico ora se misturam, sob a pauta de uma conotação pejorativa. As contribuições da biologia, psicanálise, materialismo histórico merecem ser tomadas, mas sob a consideração de que o corpo, a vida sexual e as atividades humanas só fazem sentido no contexto vivido da existência (SANTOS, 2014, p.356).

Assim, o que estas análises trazem e contribuem para o presente estudo é que, apesar da categoria de *parto natural* ser utilizada com frequência para se referir a uma ordem estritamente biológica, mesmo que haja uma discussão acirrada sobre a questão público e privado e mulher e natureza, algumas contribuições interpretativas retiram a dualidade destas

---

<sup>44</sup> Grifo próprio.

reflexões e nos ajudam a pensar como estas designações atuais sobre parto podem ser lidas sob o espectro de construções sociais as quais, nos dias de hoje, são reforçadas pelo contexto em que se inserem.

Em outro momento histórico, conforme vimos no primeiro capítulo, estas categorias não tinham uma conotação tão importante, pois o acionamento da maternidade sobrepujando o sujeito mulher, não encontrava terreno fértil para esta reflexão pormenorizada. Ao que hoje podemos trabalhar com questões pormenorizadas pela necessidade de se pensarem cenários alternativos à materialidade vigente, partos cesarianas e partos com intervenções abusivas. O acionamento da natureza é antagônico necessariamente a estes partos, ao mesmo tempo em que não se pode pensar em *parto natural* que não se tenha assistência e interações sociais envolvidas na sua realização, ainda que as mulheres sejam assistidas fisicamente ou não, a não ser por questões excepcionais, estarão ou passarão em algum momento por uma assistência, portanto, a alusão à natureza não significa propriamente o seu antagonismo à assistência, mas justamente se distingue pela não presença de intervenções. Cabe lembrar que a assistência está presente em ambas as situações. Reafirmando um caráter fisiológico é que o *parto natural* se encontra diferenciado do *parto normal* que estaria sob a perspectiva de prover ou não experiências intervencionistas.

Sobre as características citadas com relação ao *parto natural*, cabe uma consideração. A não realização de intervenções propõe um olhar acurado sobre as condições de saúde das mulheres. Do ponto de vista do setor público este olhar fica prejudicado com a quantidade excessiva de demanda em detrimento da desigual distribuição de mecanismos de assistência. Na prática se reflete um ambiente, exceto algumas experiências, com número elevado de mulheres para poucos profissionais, dentre outras questões que envolvem a assistência na rede pública como estrutura deficiente no quesito de complexidade dos atendimentos (leitos de UTI para mulheres e bebês), falta de remédios e recursos humanos, segundo estudo realizado por Bitencourt et al (2014) na Pesquisa Nascido Brasil. Levando em consideração o estudo de Bitencourt et al (2014) e os dados apresentados em capítulo anterior, vamos perceber que as usuárias do sistema público tem menor possibilidade de acessar a uma experiência de *parto natural*, conforme observado nas falas, do que as mulheres que possivelmente vão contratar este serviço no privado.

Manter a nomenclatura *parto normal* neste estudo, é um processo de entendimento que a presença de intervenções ou não é algo que pode ser previsto em um desfecho de parto. Por isso, a despeito das falas fazerem referência por vezes ao *parto natural*, mantemos a opção em trabalhar com a categoria *parto normal*, porque subentende-se que esta abarca mais

propriamente as discussões presentes sobre a assistência em saúde (público e privado) e a relação entre profissionais de saúde e mulheres, quando trabalhamos com a possibilidade ou não de intervenções. Porém, no acionamento da categoria *parto normal*, a realização de intervenções estará em conformidade com os direitos reprodutivos das mulheres e, não, com o descarte destes direitos e uma relação abusiva na assistência.

Sobre a enfermagem obstétrica e seu atendimento o privado, coloco em perspectiva a visão de um serviço demasiadamente personalizado como um ponto de reflexão neste processo do mercado cobrir as questões que envolvem a realização de *partos normais*. Esta atenção personalizada que também será vista a partir das outras classes de profissionais envolvidas na assistência ao parto é algo que gostaria de frisar como um processo que pode ao mesmo tempo ser um diferencial em relação às rotinas de cesareana e/ou intervenções no momento do parto, ou pode indicar um aprofundamento nas questões relativas ao oferecimento de serviços, um nicho de mercado que se abre na complexidade das relações que envolvem a assistência ao parto no Rio de Janeiro.

Em se tratando de mercado, o oferecimento de serviços abarca ainda uma discussão sobre distinção social, que atrela um tipo de parto com os valores de uma classe. Ao longo da análise percebe-se que o cenário obstétrico propõe uma complexidade nas suas dinâmicas que me permite dizer que a questão do *parto normal* e o acesso das mulheres não se resume a apenas uma criação de nicho de mercado. Por este motivo, é que a pesquisa aponta também as diferentes falas das profissionais.

Por ora, ficamos com as questões desenvolvidas neste tópico a partir da seleção das falas: as intervenções no momento do parto são citadas como um reflexo da disputa entre profissionais da enfermagem com o campo médico; a enfermagem obstétrica tende a centrar o significado do *parto normal* na questão assistencial; o acesso aos *partos normais* em meio privado é um aspecto importante para entender o perfil das mulheres que contratam estes serviços.

A discussão específica sobre as intervenções no momento do parto envolve o exercício da profissão médica obstétrica. Se distanciando de uma assistência do cuidado, o exercício desta profissão exige a necessidade de encontrar soluções para eventos que envolvem a saúde fisiológica do corpo. Neste sentido, veremos que a classe médica tem uma entrada muito distinta da enfermagem obstétrica no que tange ao *parto normal*.

## 5.2 Medicina Obstétrica

Na observação do campo somente em uma roda de gestante, na Zona Sul, pude observar a presença de médica obstetra na coordenação do grupo. A presença de enfermeiras obstétricas é uma primazia neste atendimento particular, nos moldes como estão acontecendo fora do âmbito dos planos de saúde. Foi entrevistada, portanto, a médica obstetra que estava coordenando a reunião que visitei e uma médica obstetra indicada por ela que trabalha numa maternidade pública de referência do Rio de Janeiro em *parto normal* sob a perspectiva humanizada. A sua indicação se refere ao tempo que trabalharam juntas nesta maternidade e também pela questão do acesso às mulheres que procuram este parto, mas não possuem condições socioeconômicas de realizarem no privado. A seguir, temos as falas das duas médicas. Foram pinçados os trechos que se referiam à parte das entrevistas que discutia os significados do *parto normal* e outras denominações.

Ah, eu falo parto normal. Acho muito estranho falar parto vaginal, parto pela vagina. Fisiológico também pode falar, que é todo ele seguindo a fisiologia do corpo. Parto natural seria da natureza que é sem nenhuma intervenção. Parto normal, você pode chamar quando teve alguma intervenção, quando teve que romper a bolsa, teve anestesia, parou aí. Ah, quando teve ocitocina, porque episiotomia a gente não faz, Kristeller a gente não faz, esses outros a gente não faz, mas às vezes precisa de ocitocina, precisa de analgesia, enfim, às vezes precisa romper a bolsa artificialmente, que são as intervenções que a gente faz. Aí seria o parto normal, mas com alguma intervenção. Então, você não pode chamar de parto natural, porque teve intervenção. Parto vaginal eu acho estranho, pode falar também, mas é muito mais médico que fala [ALBERTINA, 17/10/17].

A coisa não seria o parto humanizado, seria o parto fisiológico, né? Até porque a gente está tentando desmedicalizar e trazer para o que é o natural. Para mim é isso, é pensar o parto como um evento fisiológico, que você tenta interferir o quanto menos precisar e ter essa atenção, esse foco, na mulher e no processo. Faz parte pensar formas diferentes, posições diferentes, pensar cada intervenção que você vai fazer e intervenção pode ser até falar com a mulher, acender a luz, encostar. Então cada pequena coisa que você vai fazer, vai ter uma ação ali. A mulher está num momento muito singular da vida dela, então eu acho que parte deste princípio [LAIR, 24/11/17].

Novamente, ao falar do parto aparecem as referências às intervenções permitidas ou não na assistência. Do ponto de vista do discurso médico alguns aspectos já foram levantados na pesquisa. A associação entre médicos/as com intervenções no *parto normal* é também um dado que aponta para um trabalho que valorize mais a presença da enfermeira obstétrica do que ao/à médico/a. Quando Albertina elenca as intervenções que realiza e as que não realiza está se posicionando no meio médico com relação à visão de mundo que implica a sua assistência. Lair adentra mais a questão do parto e coloca como intervenções questões que

dizem respeito à interação com as mulheres. Ao mesmo tempo em que as duas reconhecem que o parto tem a ver com o reconhecimento do sujeito mulher na sua porção individual, ambas fazem referência a um processo fisiológico, um termo que remete ao olhar mais biologizado da experiência do parir. Então, dois elementos podem, *a priori* serem discutidos, o olhar sobre a mulher na sua porção individual, anseios, emoções etc, e uma preocupação na dimensão biológica deste processo.

De qualquer maneira, as duas se referem às intervenções com uma conotação negativa. Podemos nos questionar o porquê de se trazer a questão das intervenções quando se trata do *parto normal*. Considerando a fala de Fernando, enfermeiro obstétrico, na qual a própria palavra *normal* remete aquilo que se liga a normativas ou normas que regulam o exercício de uma atividade, estas normas também são alvo de questionamento por uma parcela da medicina. Um paradoxo, portanto, se formos analisar que a própria classe médica no meio particular, através dos planos de saúde, encaminhe as mulheres para as cesarianas e no meio público autorize e realize as chamadas intervenções, mas que seja ela mesma a produtora dos saberes que coordenam boa parte do movimento da humanização e *partos normais* com menos, ou nenhuma intervenção.

Veremos a seguir quais saberes são estes, relacionados ao *parto normal* no campo da medicina e como foram produzidos. De antemão, podemos compreender que o discurso da cientificidade não cai em desuso no que tange ao *parto normal*, mas ganha contornos diferenciados que utilizam metodologias e estudos para estabelecerem novas rotinas. Retomando a discussão do primeiro capítulo, a cientificidade adquiriu uma característica relevante no século XIX e início do século XX, principalmente com relação ao corpo feminino, na qual a produção de saberes desta classe tinha por base fundamentar uma discussão sobre comportamentos sociais e, que, pela sua destacada influência social e política, estabeleceu novas formas de prestar assistência de um modo geral em saúde. Isto, inclusive, reforçando comportamentos generificados para mulheres e homens.

Tomando por base, este processo, veremos que as correntes teóricas que pensaram a parturição no século passado, seguiram a mesma lógica em estabelecer explicações sobre este processo fisiológico com questões sociais e psicológicas das mulheres. Esta reflexão é um ponto que merece destaque na análise dos discursos médicos sobre o *parto normal*. Porque quando se trata das intervenções, até mesmo a conotação negativa desta palavra com relação ao parto nas falas, percebe-se que se aciona um sistema de entendimento que não está atrelado apenas à dimensão da saúde “fisiológica”, mas de uma saúde que se pretende pautar ou



normatizar visões de mundo sobre o comportamento de profissionais da medicina e mulheres clientes.

Abaixo vamos percorrer brevemente algumas das correntes mais citadas que pensam a parturição e o envolvimento médico nesta experiência. Primeiro serão trazidas as teorias trabalhadas por médicos obstetras europeus – que influenciaram e influenciam a assistência no Brasil - e depois, analisaremos, sob a perspectiva da antropóloga Davis-Floyd, alguns modelos de assistência em saúde. Este caminho de análise tem a finalidade de compreender a centralidade da discussão relacionada às intervenções, entendendo que esta discussão é um produto também da presença de profissionais da medicina obstétrica a partir do processo de institucionalização do parto.

Na metade do século passado a Europa desponta na construção de teorias sobre a experiência do parto das mulheres e o trabalho da medicina em cobrir esta assistência. A ênfase da discussão se encontra sobre as dores do parto, justamente pela entrada da assistência médica no momento de institucionalização da reprodução ou da realização de partos em ambientes hospitalares na presença de médicos. Vamos retomar brevemente a discussão dos mais proeminentes obstetras que estudaram a questão do *parto normal*.

Um dos primeiros a trabalhar esta questão foi o obstetra britânico Grantly Dick-Read (1890-1959).

Consta ter sido Dick-Read o primeiro a sustentar uma relação entre as dores do parto e o estado emocional da mulher. Os princípios de sua teoria resumem-se na “síndrome medo-tensão-dor”, segundo a qual a associação entre parição e sofrimento é atribuída a fatores socioculturais. Tal preconceito, reproduzido milernamente pela tradição escrita e oral, imprime-se na mente da mulher engendrando o temor do parto. O medo produz a tensão mental e muscular que, por sua vez, leva à interpretação da contração uterina como dor (SALEM, 2007, p.56).

É a partir desta análise que o obstetra considera ser importante a informação antes do parto sobre os acontecimentos que rondam esta experiência das mulheres. Com estas informações o médico acreditava ser possível quebrar o processo causado pelo medo resultante na dor e realizar um parto sem dor, por ser um parto realizado de forma mais “consciente” dos processos fisiológicos.

Os “povos primitivos” despontam como o modelo alternativo. Entre estes, segundo o obstetra, o medo do parto é menos intenso do que entre os “civilizados” e, exatamente por não interferirem no seu curso “natural”, as complicações são poucas em comparação ao que ocorre entre nós. Portanto, o parto idealizado por Dick-Read recebe o nome de “parto natural” não apenas por se dispor a respeitar as leis da natureza, mas também por tomar os povos primitivos como paradigma referencial positivo. Isso não contradita seu reconhecimento aos progressos alcançados pela obstetrícia; ele insurge-se apenas contra o uso “abusivo e indiscriminado” da tecnologia médica (SALEM, 2007, Pp. 57-58).

Neste caso há uma clara alusão à natureza como não-história/memória de partos com dor, por isso a produção de tecituras sobre o parto em novas experiências, as quais o parto é aludido como um processo altamente “fisiológico” ou, conforme enunciado, natural. Neste processo, vemos mais uma vez os discursos que trabalham com os binômios, natureza e civilização. As tecnologias em excesso não permitiriam que as mulheres conhecessem o processo “fisiológico” ou “natural” da parturição. O que importa, para o presente estudo, são menos as conclusões de Dick-Read e mais a enunciação de que o “natural” é algo a ser aprendido pelo conhecimento de uma pedagogia do parto. Destaco ainda, que a dimensão psicológica refere-se a esta pedagogia, pois o controle psicológico sobre o parto seria algo a ser atingido com as informações e estudos da “civilização” e com o reconhecimento da “natureza” mediada pelo conhecimento.

Reforça-se neste processo a figura do médico como parte desta mediação entre mulher e natureza. Ou seja, da perspectiva do parto sem dor de Dick-Read as mulheres necessitariam conhecer o parto para entenderem dos processos ligados à sua fisiologia corporal, sendo que este conhecimento resultaria em partos sem dor, já que a consciência deste processo teria por base o conhecimento das etapas de parturição. Esta conclusão do obstetra em muito concorda com as questões envolvidas entre a afirmação do discurso médico do final do século XIX e início do século XX, relacionando a presença do médico como algo imprescindível na mediação entre aquilo que diz respeito ao fenômeno da natureza e da sociabilidade.

A preocupação de Dick-Read em oferecer um parto sem dor é também oferecer através do conhecimento sobre corpo feminino e etapas do parto, um parto mediado pela cientificidade ser mais eficaz e/ou mais adequado ao momento social ao qual as mulheres pariam. Existindo, portanto, a figura de um médico que vai enunciar os saberes do corpo feminino e que este conhecimento é eficaz o suficiente para as mulheres compreenderem seus corpos a partir de uma leitura exteriorizada sobre si mesmas. Neste caso, pode-se observar que a teoria de Dick-Read considera que a presença do médico é a que confere significado sobre as questões relacionadas ao corpo feminino no parto, tanto pela sua função em ensinar o parto, quanto pelas questões que envolvem a assistência médica no momento do parto. O parto sem dor, nesta perspectiva é mediado pela ciência e pelo conhecimento, que produzem as bases para se controlarem a “fisiologia” do corpo feminino. Este é um breve resumo de suas ideias, seguiremos para as outras correntes, a fim de compreender as questões que circundam a defesa do *parto normal* pela medicina obstétrica.

O obstetra francês Fernand Lamaze (1891-1957) propunha também outro método para se perceber o parto como um processo de significados relevantes humanos. Seguindo os

passos de Dick-Read, Lamaze aposta num método psicoprofilático que segundo Silva (2013) é composto por três aspectos:

1. informações cognitivas sobre as modificações anatômicas do ciclo gravídico-puerperal, com o objetivo de corrigir noções errôneas e reduzir a ansiedade e o medo do desconhecido, desfazendo também antigas associações entre parto e dor; 2. ensino de exercícios com a finalidade de fortalecer e preparar certos grupos de músculos (controle da musculatura perineal, fortalecimento dos músculos abdominais e da parte interna das coxas, entre outros), para melhorar o estado físico geral durante a gravidez (exercícios de postura permitem, muitas vezes, aliviar dor nas costas e ensinam a manter o bebê na posição correta no interior da pelvis) e para permitir o uso mais eficiente desses músculos nas várias etapas da dilatação e saída do bebê, com o objetivo de condicionar a nova associação contração uterina-respiração adequada e relaxamento; 3. ensino de exercícios de relaxamento, tanto geral quanto diferencial (SILVA, 2013, p.210).

Assim essa preparação para o parto se apega na supressão das emoções negativas (originadas dos terrores e medos), criando, em substituição, emoções fortes e positivas, ligadas às sensações de felicidade proporcionadas pela maternidade (processo de condicionamento), dessa maneira, a mulher não se submete ao parto, ela se adapta (SILVA, 2013). A autora ainda chama atenção que os médicos revogavam nesta questão do parto sem dor a porção ativa feminina no parto, para que ela pudesse relacionar isto a um sentimento positivo de maternidade, dando passagem para estas emoções positivas também pela via “fisiológica”. Como se fosse uma reorganização cerebral feminina com relação às emoções desta experiência (SALEM, 2007).

Retomando a discussão sobre cidadania das mulheres e maternidade, percebe-se que o reforço da maternidade em Lamaze é algo que tem um significado no tecido social da época. Ou seja, mais importante que as dores e o corpo feminino é a sensação das mulheres estarem colaborando para a maternidade desde o parto, sendo elas mesmas as agentes de um processo de diminuição das dores para darem passagem às questões da maternidade. Se em Dick-Read vemos que a ênfase sobre o corpo feminino se faz pelo conhecimento do parto ressaltando a importância dos estudos da medicina sobre “fisiologia” do corpo das mulheres no momento do parto, em Lamaze aparecem outras características que ligam as mulheres ao que se esperava em termos comportamentais no momento da parturição. Parir tem relevância na maternidade, que envolve corpo e mente das mulheres.

Se Dicky-Read e Lamaze estavam mais focados na relação entre mulheres e parto, através da compreensão destas com relação às dores, Leboyer (1918-2017), obstetra francês, vai concentrar seus esforços em compreender esta experiência a partir do nascimento.

O obstetra argumenta que o “nascimento sem violência” não é um procedimento com estrutura rigidamente definida, mas antes uma “filosofia de vida”. Ainda assim ele sugere, de forma minuciosa, como devem se comportar se comportar a equipe

médica e a parturiente de modo que “a criança nasça sorrindo”. Recorrendo a uma linguagem poética, ele insiste na penumbra da sala de parto, no silêncio das pessoas presentes, e condena a prática usual de segurar a criança verticalmente pelos pés, bem como as tradicionais palmadas. Propõe que, logo após o nascimento, o bebê seja colocado sobre o ventre materno para ser acariciado e amamentado. Contrariando a prática corrente, Leboyer preconiza que o cordão umbilical só deve ser cortado após parar de pulsar e que, em seguida, se banhe o bebê em água tépida para fazê-lo reviver a “sensação de volta ao útero”. Embora não haja menção à figura do pai no livro de Leboyer, seus seguidores defendem a importância de sua presença no parto, atribuindo-lhe a função de cortar o cordão umbilical e dar o primeiro banho (SALEM, 2007, Pp. 60-61)<sup>45</sup>.

Segundo a autora, o “nascimento sem violência” de Leboyer possui conexão tanto com ideais que o médico entra em contato em viagem à Índia quanto do reconhecimento da sua própria experiência de nascer, que teria sido, segundo a sua avaliação, violenta. Neste ponto, a relação do médico na sua proposta de assistência ao parto é do reconhecimento dele mesmo enquanto indivíduo como uma premissa para o reconhecimento da discussão de parto e nascimento. Importante considerar que a preparação de um ambiente é também o cenário do nascimento e, não, do parto em si, apesar do apelo da não violência ser em relação à experiência como um todo.

Podemos vislumbrar que há diferenças importantes que sobressaltam sobre as teorias dos três obstetras. Nos dois primeiros casos, o olhar civilizatório sobre a experiência de parir enfoca os seus esforços em perceber maneiras de controlar psicologicamente o medo da experiência de dor do parto, ao mesmo tempo em que evoca o conhecimento como fundamental para se perceber a natureza na fisiologia do parto. Neste caso, a sensação de medo pode estar sob controle, para que a porção fisiológica da experiência possa tomar seu curso e trabalhar enquanto corpo a experiência do parir. A cientificidade é evocada em conferir significado à experiência do parir, relacionando as dores ao não conhecimento da fisiologia do corpo feminino no momento do parto.

No caso de Leboyer, importa mais que o nascimento seja a experiência a ser enfocada, precisando de técnicas e ambientação que aludem à situação em que o feto se encontrava no útero das mulheres. O acolhimento para que isso ocorra dependerá também da equipe que estiver assistindo. Cabe lembrar que há um apelo forte em todos os casos ao *natural* da experiência de parir e de nascer e, este *natural* é aquele que não descende de uma tecnologização do parto. Assim, o *parto normal* é encarado por estes teóricos obstetras, como um parto mediado pela ciência que é exterior às mulheres. O que sugerem estas correntes é que a medicina, mesmo que não buscando intervir nos processos “fisiológicos” do parto,

---

<sup>45</sup> Grifos da autora.

compõe esta experiência de elementos que não compreendem as mulheres como sujeitos deste parto, sobrepujando a elas um conhecimento que se pretende contornar as questões relativas às dores durante o parto. No caso do nascimento sem violência, a questão desloca-se do parto de mulheres para o feto que nasce, trabalhando neste ímpeto as questões relativas ao feto e, menos relacionada às mulheres enquanto sujeitos.

Dentre os estudos mais recentes, o obstetra francês Michel Odent (1930-) destaca-se como um teórico muito acessado para trabalhar a questão do *parto normal* sem intervenções na atualidade. Seguindo os passos de Leboyer dentre os outros, a sua teoria é embasada no processo de reconhecimento da experiência do parto como sendo íntima das mulheres e da família. Salem (2007), ao analisar os estudos de Michel Odent destaca os três aspectos importantes, desta corrente, que dirigem críticas contundentes à utilização de tecnologias e medicamentos sobre a experiência do parto: primeiro, é que o parto é um evento “pessoal e íntimo”; segundo, o conhecimento sobre o parir é um saber de mulheres e, por isso, a presença das parteiras é fundamental; terceiro, a postura ao parir deve ser de escolha das mulheres, sendo a mais observada e classificada de instintiva a posição de cócoras para uma dimensão ativa das mulheres sobre seu corpo.

O obstetra possui em sua carreira larga experiência em contato com formas de parir que antagonizam as institucionais hospitalares e suas rotinas. O que exprime bastante a sua teoria sobre parto e nascimento é o acionamento aos “instintos” da experiência do parir que não podem ser aprendidos mediante uma pedagogia do parto, pois o aprendizado, segundo Odent, se encontra em áreas do cérebro comumente utilizadas para o pensamento racional<sup>46</sup>. Para o obstetra, o parto é um evento que envolve o contato com experiências “instintivas”, afetivas e sociais (familiares), assim, o seu trabalho na maternidade de Phitiviers, na França, refletiu este pensamento, com salas de parto com banheira e ambiente que reporta a uma casa comum, luz baixa proporcionando conforto para gestantes ao parir e para o companheiro.

O ápice desta experiência seria o estado de alteração de consciência das mulheres no momento de parir, em que ela estivesse fundamentalmente integrada com a experiência fisiológica sem mediação do racional e da cultura (SALEM, 2007). Sobre Odent e suas tendências teóricas para seus estudos, Tornquist (2004) destaca:

Nos seus livros, costumeiramente são citados e comentados, de forma breve, vários pensadores – desde Bachelard até Rudolf Steiner, passando por Freud e seguidores, e mesmo Mao Tse Tung. Odent ainda recupera vários argumentos da geração de 68, tipicamente libertários, para postular a centralidade do nascimento na vida do bebê e a importância do parto na vida sexual da mulher. Desde seus primeiros livros, a

---

<sup>46</sup> Em palestra na Universidade de Brasília, Odent explica esta proposta, baseada em estudos da neurociência, ver: <https://www.youtube.com/watch?v=dTQmcsN7QDk>

preocupação com valores ecologistas e pacifistas está presente, bem como a urgência de construir um *mundo amoroso* é reiterada até resultar no livro *A cientificação do amor*, o qual traz argumentos científicos capazes de comprovar as relações diretas entre a forma de nascer e vida pregressa do bebê. Ainda que o autor permaneça fiel à sua constante crítica ao modelo convencional de atenção ao parto e ao ethos individualista-libertário, tão marcante em seus primeiros livros, havendo, portanto, uma argumentação que se pretende mais científica e interdisciplinar, baseada em dados da ciência e em uma declarada interlocução com a comunidade científica hegemônica. Assim, Odent atribui uma importância decisiva à ação de determinados hormônios, dando especial destaque à presença do ocitocina nos eventos que envolveriam o sentimento identificado, por ele como *amor*. Esse hormônio é liberado pela mulher no momento do parto, mas também por ocasião da amamentação e do orgasmo (TORNQUIST, 2004, p.122)<sup>47</sup>.

A autora, ao analisar os obstetras que se debruçam sobre o *parto normal*, classifica como duas gerações de obstetras que estão pensando o parto na valorização do pessoal em detrimento do modelo de rotinas pré-estabelecidas, mediadas por tecnologias: a geração do Parto Sem Dor (PSD), com destaque para Lamaze e a geração pós-PSD, da qual se destaca Michel Odent. Sobre o método de Lamaze a autora ressalta:

Segundo o PSD, o ideal seria que houvesse uma preparação da gestante para o parto, o que lhe permitiria não perder o controle das emoções, sobretudo durante o trabalho de parto, ocasião em que uma grande parte delas padece de dores muito fortes. A idéia era devolver às mulheres seu protagonismo no parto e libertá-las do peso do imaginário católico-cristão, sobre suas mentalidades, de tal forma a fazerem-nas perder a capacidade de suportar a dor, considerada uma condição humana, desde que treinada. O alvo das críticas feitas à obstetrícia convencional, pelos lamazistas, eram os pressupostos filosóficos que embasavam os métodos tradicionais, particularmente a concepção de que o sofrimento seria intrínseco à condição feminina, ponto chave da moral católica relativa ao gênero feminino e à própria sexualidade. Além disto, em vista da noção de que é preciso preparar-se para o parto, o período pré-natal passa a ser considerado decisivo na conformação de uma nova mentalidade, que, teria como desdobramento o parto sem dor (TORNQUIST, 2004, Pp.110-111).

A aproximação de Lamaze com ideários da esquerda e comunistas soviéticos expunham a visão de que o parto não necessariamente se aproximaria do argumento cristão de reprodução da vida e maternidade abnegada. No entanto, os desdobramentos desta bandeira sobre o parto se transformaram ao meio do caminho, tendo inclusive apoio da Igreja Católica à época, o Papa Pio XII, ao aderir ao método na contramão do sofrimento e da maternidade abnegada.

Assim, o que é uma marca dos ativistas europeus do PSD, sua ligação com movimentos de esquerda, parece ter se perdido no caminho: tal método teria chegado ao Brasil nos anos que antecederam a ditadura militar, e seus seguidores não teriam nenhuma vinculação com movimentos de esquerda do país. Ao contrário, sua simpatia pelo sistema psicoprofilático se justificava-se pela neutralidade do método e da ciência, eixo do argumento católico (TORNQUIST, 2004, p.114).

---

<sup>47</sup> Grifos da autora.

A autora ainda cita que em 1954, Lamaze teria vindo ao Brasil realizar cursos para obstetras de todo o país. Cabe lembrar que na década de 1950, encontra-se um processo cada vez mais institucionalizado da reprodução e do parto hospitalar para camadas assalariadas e um reforço na medicina relacionada à maternidade como uma medida de caráter inclusive identitário nacional.

Sobre a geração que seria considerada pós-PSD, evidenciando um ativismo mais ligado à subjetividade do indivíduo sobre a experiência de parto, esta geração está segundo Salem (2007) e Tornquist (2004) fortemente ligada à liberação sexual promovida pelos movimentos sociais de 1968. Isso também se refletiria nos ativismos feministas que reivindicam uma autonomia das mulheres e na não passividade das mesmas com relação ao parto, bem como, de movimentos pacifistas e ecológicos surgidos igualmente ao longo das décadas seguintes. A geração pós-PSD funde as teorias anteriores a estas, trazendo também a ideia de que a sexualidade também está dentro da experiência do parto. Assim, não há, segundo Salem (2007) uma ideia de superação de gerações, porque as correntes exprimem inclusive o tempo ao qual estão impressas ao trabalhar seus estudos e enfoques sobre o *parto normal* sem intervenções.

Dentre estas correntes encontra-se a de Odent como a mais acessada nos discursos das rodas de gestante e podemos identificar seus elementos nas falas de profissionais entrevistadas. Ainda assim, percebe-se que a utilização do artifício da ciência sobre as questões que envolvem a parturição tem uma relevância destacada. Odent vai adentrar pelo estudo da neurociência e dos hormônios do parto para trabalhar suas hipóteses sobre a retomada dos “instintos” para um parto que signifique uma experiência quase transcendental para as mulheres e para os fetos. Envolvendo assim, afetividade, emoções e profunda conexão com o corpo ou com este biológico.

O objetivo em trazer estas correntes, possui uma finalidade específica neste estudo, compreender como são trabalhadas no campo da medicina as referências de *parto normal* e, o porquê de estarem envolvidas nestas referências as intervenções. Acima vimos que as correntes além de estarem inscritas em momentos histórico-sociais, trabalham ainda na lógica de entendimento de que o discurso médico arroga para si necessidade de oferecer uma visão sobre o corpo e comportamentos sociais. Isto é uma tônica em todas as correntes. Embora, esta tônica esteja sob a premissa de prescindir de intervenções tecnológicas sobre o corpo das mulheres ao parir, em contrapartida oferece uma visão biologizada dos comportamentos das mulheres. Apesar disso, estes médicos são referência no que tange a não utilização de intervenções no momento do parto.

As correntes de pensamento dos médicos obstetras, acima, tem como pano de fundo discutir a maneira pela qual a medicina interage com a experiência do *parto normal*. Embora, ao aludir sobre as tecnologias intervindo nos corpos das mulheres, tem-se como referência formas de assistência que se encaixam na prática com estas correntes de atuação. Para compreender um pouco o cenário da assistência, utilizaremos como referência os estudos de Davis-Floyd. A antropóloga norte-americana Robbie Davis-Floyd, traçou em suas pesquisas três modelos de assistência ao parto que podem ser identificados mediante as suas estruturas e práticas: o modelo tecnocrático, o modelo humanizado e o modelo holístico. Estes modelos auxiliam a pensar as formas pelas quais as intervenções no momento do parto adquirem um caráter de notória atenção. Se nas correntes percebemos que a atuação médica depende do discurso biológico para a compreensão da experiência do parto, na assistência vamos perceber a que compreensão do sujeito que recebe o atendimento se torna mais relevante.

Segundo Davis-Floyd (2000), com relação ao modelo tecnocrático a separação corpo e mente, do sujeito, se torna a chave de entendimento primordial para a primazia da racionalidade científica em detrimento da subjetividade humana. O corpo é reconhecido no seu funcionamento, similar à máquina, em que as partes importam mais na sua função/disfunção que a sua relação como todo. A autora vai identificar este pensamento com a ideia de separação entre público e privado, sendo o “privilegio” da racionalidade com o público, e, por conseguinte com o masculino. Assim, podemos compreender que este modelo prepondera o conhecimento médico como importante ferramenta de intervenção sobre o corpo ou função/disfunção desviante da constante de funcionamento. Neste caso, as consequências para o atendimento são baseadas na autoridade médica sobre o corpo do “paciente”, entendido não na sua individualidade, mas no problema que apresenta.

O problema apresentado evidencia uma ação que deva controlá-lo e repará-lo, reforçando um caráter hierarquizante desta relação. No caso, a hierarquia é um princípio que não só se estabelece na relação com o/a “paciente”, quanto na ordenação dos cuidados e nas funções exercidas por cada profissional na assistência. Há também neste modelo uma valorização dos cuidados mediados pela tecnologia, esta oferta garantiria que os cuidados pudessem ter comprovação científica. Concebe-se a ideia de um atendimento baseado na similaridade de um processo industrial, no qual a sua admissão também movimentaria uma cadeia de atores envolvidos na sua retro-alimentação: indústria farmacêutica, de suplementos alimentares, de tecnologias que aos poucos substituem a interação do médico com “paciente” no atendimento.



No Brasil, seguindo a classificação da autora, o modelo tecnocrático foi largamente utilizado entre as décadas de 1970 e 1980 e cabe ressaltar que neste momento o país passava por uma ditadura civil-militar (1964-1985), com relações internacionais muito estreitas com os Estados Unidos, no qual o modelo era uma premissa do atendimento médico. As políticas seguiam o caminho por uma privatização dos serviços em detrimento de políticas voltadas para o bem-estar social.

No campo da saúde pública, a crítica do modelo tecnocrático se acelera no Ano Internacional da Criança (1979), com a criação do Comitê Europeu para estudar as intervenções para reduzir a morbimortalidade perinatal e materna no continente. Se detectavam os mesmos problemas de hoje: aumento de custos, sem a respectiva melhoria nos resultados da assistência; falta de consenso sobre os melhores procedimentos, e a total variabilidade geográfica de opiniões. O Comitê é composto inicialmente por profissionais de saúde e epidemiologistas, e posteriormente por sociólogos, parteiras e usuárias. A partir desse trabalho, vários grupos se organizam para sistematizar os estudos de eficácia e segurança na assistência à gravidez, parto e pós-parto, apoiado pela OMS (DINIZ, 2005, p.630).

Rattner (2009) vai reforçar ainda que este modelo foi um dos propulsores do descontrole de cirurgias em âmbito privado realizado no Brasil, com a chamada “cesárea marcada”, na qual a data de sua marcação mais se aproxima do bem-estar do/a médico/a do que da mulher gestante. Também podemos trabalhar com esta classificação ao pensar no *parto normal* com intervenções, as quais estas seguiriam as rotinas pré-estabelecidas de aceleração do trabalho de parto e dependência das mulheres da equipe para poderem parir.

O modelo humanizado tipificado por Davis-Floyd (2000) vem da necessidade de reverem as rotinas pré-estabelecidas e fissura a suposta autoridade médica através do entendimento que a postura relacional desta interação importa mais do que a aplicação de técnicas a resolver os problemas apresentados. O segundo modelo apresentado por Davis-Floyd vai se concentrar no que falta no modelo anterior, a relação entre médico/a e cliente, compreendendo esta como prioritária na aproximação de subjetividades e cuidado, ou seja, um modelo que propõe a humanização do atendimento. Neste caso o olhar sobre o ser humano aproxima a mente do corpo, ainda que os dois estejam separados, a sua aproximação sugere que a subjetividade seja levada em consideração no que diz respeito às causas psicológicas de doenças físicas.

O modelo proposto é muito parecido com os ideais que fundamentaram a integralidade da assistência no PAISM e, conseqüentemente do SUS, no que tange à cura biopsicossocial, ou seja, considerar todos estes aspectos como princípios relevantes na assistência em saúde. Neste modelo vemos muito também o olhar que os obstetras do PSD tiveram em trazer a noção de vínculo com as/os clientes e também da presença no parto de um acompanhante,

reforçando a questão do corpo, pela equipe médica atenta e pela presença familiar adequada a trazer conforto emocional. Sob este modelo a doula também se configura como uma profissional importante, tendo em vista que os aspectos mais subjetivos e emocionais que circundam a preparação do parto, a parturição e pós-parto estão ligados também a fatores psicossociais.

Na interação proposta pela humanização, Davis-Floyd (2000) traz à tona a questão da escuta qualificada e do olhar sobre o corpo como um organismo, que trabalha aspectos tanto físicos quanto sociais. A Medicina Baseada em Evidências<sup>48</sup> se torna uma referência para esta interação, na medida em que trabalha a escuta para perceber e atualizar conhecimentos da área médica. Apesar disso, a humanização não descarta a tecnologia, apenas abre o leque de outras possibilidades, como técnicas não farmacológicas e medicinas alternativas, ainda assim, todas as técnicas e procedimentos devem ser trabalhados mediante informação às/aos clientes e consentimento para poderem ser trabalhadas. O corpo não é mais alvo de procedimentos, o corpo adquire um significado individual de representação do sujeito, e, dessa maneira, o parir é também reflexo das dimensões que compõem estes sujeitos. O cuidado pela empatia é um pré-requisito para esta assistência, entendendo que cuidado é também utilizar estas técnicas a serviço das necessidades expostas pelas/os clientes.

Uma questão importante e contrasta com o modelo anterior é também o toque como uma forma de aproximação entre os sujeitos que cuidam e que recebem o cuidado. Diniz (2005) expressa um pouco o que este modelo aliado à MBE transforma em torno de significados para a cena de parto:

Na assistência ao parto, a redescrição operada pela MBE é extensa. O corpo feminino, antes necessariamente carente de resgate, é redescrito como apto a dar à luz, na grande maioria das vezes, sem necessidade de quaisquer intervenções ou seqüelas previsíveis. O nascimento, antes um perigo para o bebê, é redescrito como processo fisiológico necessário à transição (respiratória, endócrina, imunológica) para a vida extra-uterina. O parto, antes por definição um evento médico-cirúrgico de risco, deveria ser tratado com o devido respeito como “experiência altamente pessoal, sexual e familiar” (WHO, 1986). Os familiares são convidados à cena do

---

<sup>48</sup> A MBE se traduz pela prática da medicina em um contexto em que a experiência clínica é integrada com a capacidade de analisar criticamente e aplicar de forma racional a informação científica de forma a melhorar a qualidade da assistência médica. Na MBE, as dúvidas que surgem ao resolver problemas de pacientes são os principais estímulos para que se procure atualizar os conhecimentos. A filosofia da MBE guarda similaridades e pode ser integrada com a metodologia de ensino-aprendizagem denominada Aprendizado Baseado em Problemas. A aquisição de conhecimentos de Epidemiologia Clínica, o desenvolvimento do raciocínio científico, atitudes de autoaprendizagem e capacidade de integrar conhecimentos de diversas áreas são fundamentais para a prática da MBE. Alguém pode ser considerado possuidor das competências necessárias para a prática da MBE quando for capaz de: “1. identificar os problemas relevantes do paciente; 2. converter os problemas em questões que conduzam às respostas necessárias; 3. pesquisar eficientemente as fontes de informação; 4. avaliar a qualidade da informação e a força da evidência, favorecendo ou negando o valor de uma determinada conduta; 5. chegar a uma conclusão correta quanto ao significado da informação; 6. aplicar as conclusões dessa avaliação na melhoria dos cuidados prestados aos pacientes” (LOPES, 2000, p.285).

parto, especialmente os pais, antes relegados ao papel passivo de espectadores. De evento medonho, o parto passa a inspirar uma nova estética, na qual estão permitidos os elementos antes tidos como indesejáveis – as dores, os genitais, os gemidos, a sexualidade, as emoções intensas, as secreções, a imprevisibilidade, as marcas pessoais, o contato corporal, os abraços (DINIZ, 2005, Pp. 630-631).

Por fim, cabe a ressalva que um modelo que prima menos por intervenções e mais para o cuidado é um modelo que se centra na prevenção de agravos, que favorece a escuta como forma de garantir que as questões ligadas à cura sejam antecipadas a incorrerem menos intervenções sobre as/os clientes. No Brasil, podemos ver nesse sentido, a ênfase na atenção básica do SUS, pelo município, e nas estratégicas como a Saúde da Família<sup>49</sup> como reflexos deste enfoque dado à prevenção.

O último modelo identificado por Davis-Floyd (2000) seria aquele que une os aspectos físicos, mentais e espirituais ou transcendentais, ou seja, corpo, mente e espírito, no qual a cura depende mais do entendimento sobre a manifestação das energias através do corpo físico, representando este o reflexo da manifestação e organização destas energias. Neste caso, as formas de acessar à cura dependem de técnicas alternativas, ligadas à medicina chinesa dentre outras, que compreendem as energias espirituais como atuantes decisivos na cura. A questão holística é a compreensão sistêmica da relação do indivíduo e seu meio e as formas de cura dependem de aspectos não necessariamente passados pela racionalidade, mas que obedecem à intuição. Os aspectos relevantes para um tratamento é a individualização da assistência, a escuta às questões psicológicas e intuitivas das/os clientes, suas formas de vida e hábitos. A cura não é um processo que se estabelece pelo conhecimento da técnica aliada à escuta, a cura é algo que o próprio processo individual, corpo-mente-espírito vão evidenciar, cabendo ao/a profissional o entendimento deste processo num sentido mais sistêmico, ou melhor dizendo, holístico, total do/a cliente.

Do ponto de vista da cura, dependerá dos/as clientes tomar a decisão das mudanças necessárias às suas vidas para a sua autopromoção de cura, na conscientização de questões que causam o desequilíbrio ao qual se submetem. Os/as profissionais de saúde que pendem para um olhar holístico, procuram o conhecimento como uma forma de ofertar várias abordagens no processo de cura, valorizando a individualização deste processo por parte dos/as clientes. Segundo Rattner (2009) o modelo holístico, no Brasil, teria como representação o *parto normal* em ambiente domiciliar, se aproximando do que é enunciado por Odent.

---

<sup>49</sup> Para conhecer mais sobre a Saúde da Família, como uma estratégia nacional de prevenção, ver: [http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_esf.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php)

Na realidade fora à experiência brasileira, Rattner (2009), utiliza os modelos de Davis-Floyd (2000) para trazer as experiências de outros países no quesito de assistência ao parto:

O modelo tecnocrático foi adotado no mundo ocidental, sobretudo nas Américas, e caracteriza-se por: institucionalização do parto, utilização acrítica de novas tecnologias, incorporação de grande número de intervenções (muitas vezes desnecessárias), e acaba por atender, preferencialmente, à conveniência dos profissionais de saúde. Uma consequência dessa concepção são as altas taxas de cesarianas, monitoramento fetal, episiotomias e outras. O modelo humanista privilegia o bem-estar da parturiente e de seu bebê, buscando ser o menos invasivo possível. Faz uso da tecnologia de forma apropriada, sendo que a assistência se caracteriza pelo acompanhamento contínuo do processo de parturição. Nessa concepção, além dos hospitais, o parto tanto pode ocorrer em casas de parto ou ambulatorios, sendo que se reservam os hospitais para casos em que comprovadamente são esperadas complicações, de forma a reduzir o tempo de transferência do setor de partos normais para o de partos cirúrgicos. A presença de acompanhantes é incentivada e a parturiente pode escolher a posição que lhe é mais confortável para ter seu filho. Nesse modelo, a profissional de eleição é a parteira (*midwife, sage-femme, hebamme*), responsável tanto pelo acompanhamento do processo de trabalho de parto como pela detecção precoce de problemas, quando então indica remoção para instituição com condições de atender. Esse modelo continua sendo adotado em muitos países europeus, como Holanda, Suécia, Alemanha, Inglaterra, França e, também, no Japão. Na Inglaterra, país que pauta o funcionamento de seu sistema de saúde em diretrizes fundamentadas em evidências científicas, já em 2006, a Secretária de Saúde do Reino Unido (cargo equivalente a Ministro da Saúde) divulgava a política pública de que “uma mudança estratégica em direção a mais partos domiciliares é parte do movimento do Governo para que mais assistência seja oferecida na comunidade e no domicílio, afastando-a de hospitais” (Woolf, Goodchild, 2006). Essas diretrizes são parte do movimento de desospitalização e pelo cuidado domiciliar, como resposta do sistema de saúde ao aumento de infecções hospitalares por bactérias multirresistentes, e podem indicar uma transição do modelo humanista para o holístico. A discussão de modelo de atenção é a que fortalece o sentido de legitimidade profissional e corporativa. E o modelo holístico se pauta pela individualização do cuidado e incorpora, além do entendimento do parto como evento biológico, social, cultural e sexual, o enfoque do nascimento e do parto como eventos da vida espiritual (RATTNER, 2009, Pp.599-600)<sup>50</sup>.

O trecho foi destacado nos seus detalhes para perceber a forma como cada modelo se encaixa em determinados países e alguns de seus motivos. Esta classificação se confirma também em Sandall et al (2016), que analisam como este modelo de cuidado das obstetrias (enfermeiras obstétricas) é recomendado com resultados na diminuição de intervenções no parto e em desfecho favoráveis de parto para mulheres e bebês. No caso, Sandall et al (2016) analisam um espectro de quinze estudos sobre o tema para verificar três tipos de métodos de acompanhamentos: somente médicos obstetras, enfermeiras e médicos obstetras e somente com enfermeiras obstétricas. Segundo os autores:

Furthermore, in some countries, e.g. in North America, medical doctors are the primary care providers for the vast majority of childbearing women, while in other countries, e.g. Australia, New Zealand, The Netherlands, the United Kingdom and

<sup>50</sup> Grifos da autora.

Ireland, various combinations of midwife-led continuity, medical-led, and shared models of care are available (SANDALL ET AL, 2016)<sup>51</sup>.

Os modelos podem ser estrategicamente adequados por cada país por vários motivos. A sua organização didática ajuda a compreender como as dinâmicas podem ser mais ou menos constituídas, isso porque não há uma separação estanque de cada modelo. O que se percebe, através da análise da antropóloga é a busca da compreensão de como estes modelos trazem ou não mais benefícios para as assistidas, nos resultados obtidos através de cada assistência ao parto.

Quando se percebe nas falas das entrevistadas a menção às intervenções, temos pelo que foi trabalhado neste tópico, que se inscreve em um escopo bem maior do que oferecer um serviço ou não com determinados procedimentos técnicos. As correntes na medicina que trabalham o *parto normal* estão imersas em contextos próprios, aos quais o discurso médico está atrelado a visões de mundo plasmadas por esta atuação, mesmo a corrente mais atual. Neste processo, a não intervenção no *parto normal* tem a ver com a um exercício desta atuação, atrelado a um tipo específico de assistência que juntos traduzem ou não o respeito às mulheres e pela experiência que passam no momento do parto. Um *parto normal* com menor número de intervenções é um *parto* que respeita os direitos das mulheres?

Considerando as discussões acima, dois aspectos estão discursivamente entrelaçados, mas correm, necessariamente, em paralelo nesta análise. De um lado temos que sobreposição de rotinas e formas de atendimento ao corpo das mulheres não respeitam a sua individualidade e seus anseios, porque não as reconhecem enquanto sujeito; de outro, temos que o discurso biológico da medicina sobre o parto é uma das bases para uma atuação não intervencionista. Com relação aos direitos reprodutivos, podemos vislumbrar que um parto que se adéqua a estes tem como atributos, uma assistência (atendimento e estrutura) que reconheça nas mulheres o direito à autonomia sobre seus corpos e que estimule esta autonomia através de mecanismos de comunicação, participação e construção de saúde. Neste caso, as intervenções sem consentimento e a condução massiva de cesarianas ferem ao construto dos direitos reprodutivos. Ainda assim, não se pode deixar de refletir o quanto estas teorias da área médica normatizam a experiência do parto e utilizam o caráter biológico como primazia das questões comportamentais. Não deixando, portanto, de ser atual, a crítica do quanto o discurso médico é normatizador dos corpos femininos, mesmo com o reconhecimento das mulheres como sujeitos, isto porque, a corrente a qual Odent trabalha está

---

<sup>51</sup> O estudo encontra-se disponível em meio eletrônico: <http://cochranelibrary-wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004667.pub5/full>

em conformidade com o princípio do biológico como explicação do social no momento do parto.

Cabe por fim, indagar como o discurso médico se atualiza sob as perspectivas de gênero, entendendo que as questões relativas ao corpo feminino não necessitam ser as premissas necessárias para que ocorra um *parto normal* com autonomia das mulheres. A questão da autonomia tem menos conexão com os resultados dos estudos baseados na linguagem médica, do que com as questões ligadas ao avanço dos direitos das mulheres no processo democrático. Neste caso, os direitos reprodutivos subvertem a relação entre argumento biológico e o respeito às mulheres no *parto normal*, a autonomia feminina tem mais a ver com a promoção de políticas públicas que deem suporte ao parto. Os estudos que trabalham e se aprofundam nas questões da medicina para trazer a explicação de não intervir no momento do parto se incorporam, a meu ver, como mais um argumento a pesar sobre a assistência ao parto, embora a luta pela autonomia feminina no parir prescindia de mais elementos que estão na discussão pública sobre o parto.

Os estudos do campo médico não são diminuídos em sua importância, apenas ocupam e, no meu entender, deveriam ocupar um lugar menor que o entendimento da autonomia das mulheres sobre as questões que envolvem a assistência ao parto. No entanto, esta assistência ganha elevado posto de atenção quando compreendemos que o cenário obstétrico se divide em duas vertentes, uma pelo Estado e outra pelo mercado. Se pelo Estado temos as políticas públicas que não cobrem uma maioria de serviços a oferecer um parto menos intervencionista, no mercado temos mais duas vertentes, uma majoritária que oferece um serviço mais baseado em conveniências do que em assistência e de outro um serviço que respeita em seus fundamentos os direitos reprodutivos, porém muito seletivo. No todo, estas duas assistências, a pública e a particular são muito pouco eficazes em promover que as mulheres tenham acesso aos seus direitos reprodutivos, pois os resultados estatísticos apontam pela baixa adesão do reconhecimento das mulheres enquanto sujeitos mais importantes no momento do parto: tanto pelo número alto de mortalidade materna, quanto pela alta taxa de cesarianas.

Cabe também aludir que os modelos de assistência apontados por Davis-Floyd, auxiliam na compreensão de como a assistência pauta o atendimento e estabelece as regras de interação entre profissionais de saúde e clientes, mas apontam também questões que na prática dificilmente se resolveriam fora um desenvolvimento ascendente do processo democrático e o despendimento de recursos e estrutura necessários a fornecer uma assistência qualificada. Do ponto de vista material, temos uma parcela muito pequena de mulheres que podem acessar às experiências de *parto normal* tendo respeitado os seus direitos. Com o

cenário atual, muito poucas delas vão ter a possibilidade de parir sob esta perspectiva, pelos custos altos das equipes ou pelos gargalos da assistência pública, com as exceções que as políticas públicas emplacaram. Reforça-se neste sentido que o SUS desponta no processo de compreensão da assistência que respeita às mulheres, ainda que as taxas de mortalidade materna neste sistema indiquem a necessidade de esforços políticos contínuos.

Do ponto de vista da medicina obstétrica, a categoria *parto normal* é debatida muitas vezes pela referência às intervenções e pelas condutas médicas no atendimento ao parto. Debruçar-se sobre essas intervenções, na área médica, pode ser lida como a tônica da discussão do *parto normal*, mas se levarmos em consideração os aspectos de gênero e o respeito aos direitos reprodutivos, vamos perceber que há elementos discursivos nas correntes que estudam o *parto normal* que se baseiam mais no argumento cientificista que no próprio processo de construção de saúde. A complexidade que este debate insurge no meio médico está em conformidade com o arcabouço teórico ao qual a própria medicina possui desde a sua criação no mundo moderno. Nota-se que este ponto ainda se configura, mesmo quando são considerados os sujeitos, no caso as mulheres, como uma inflexão, pois o argumento biológico esbarra no contexto atual de reivindicação emancipatória das mulheres, porque atribui à construção de sujeito as funções de seu corpo.

A seguir, analisaremos o trabalho das doulas. Diferentemente da medicina e enfermagem obstétrica, as doulas exploram um caráter emocional da experiência do *parto normal*. As duas classes de profissionais acima estabelecem suas conexões de sentido através da assistência e atuação com as mulheres no momento do parto. Por isso, percebemos que as falas encaminham mais para os procedimentos e estruturas dos serviços do que com o sujeito do cuidado em si. No caso das doulas esta será a dimensão mais explorada e, desta forma, acrescentam-se mais alguns insumos a se pensar a categoria *parto normal*, no contexto de pesquisa analisado.

### 5.3 Doulas

Para trabalhar a categoria *parto normal*, neste tópico, destaco, a seguir, uma fala da entrevista com Maria Amélia, que é doula há 4 anos, tem uma trajetória de coordenação de grupo e atua na regulamentação da profissão das doulas. Nesta fala, Maria Amélia traz algumas questões próprias deste trabalho e que resume as discussões sobre este trabalho nas

entrevistas com as doulas: fornecer informações para as mulheres gestantes sobre assistência ao parto e prestar um suporte emocional.

Parto normal deveria ser o que a gente chama de parto natural, mas com todas as intervenções que vieram acontecendo durante os anos, não podemos mais chamar o que acontece de parto normal. Diversas manobras são feitas para facilitar para o profissional, são extremamente violentas para as mulheres, a maior parte das vezes não são feitas sem com o consentimento das mulheres, definitivamente várias delas não são baseadas em evidências, algumas inclusive são condenadas pelo Ministério da Saúde e pela Organização Mundial de Saúde. Então, se o parto é via vaginal, mas passa por todas essas intervenções, tipo, deixar a mulher sem água, sem comida, deixar a mulher em posição de litotomia – deitada para cima -, pedir para trancar os dentes e fazer força, subir na barriga que é o que os médicos chamam de Kristeller e que já foi condenado e é uma manobra proibida e superperigosa, ocitocina sintética usada como padrão, tipo, a mulher entra no hospital, independente da avaliação dela e se o parto está correndo bem ou não, a ocitocina é colocada para acelerar o trabalho de parto, para vagar leito e aumentar a rotatividade, tudo isso pode ser considerado parto normal e parto vaginal. Então, a gente tem nos grupos uns relatos assim, “ah, mas o médico tal, do plano de saúde, tem uma taxa de parto normal de 54%”, por exemplo, mas quando você tem médicos com uma taxa de 100% de cesáreas, um médico que tem qualquer taxa de parto normal parece animador. Aí quando você vai ver os relatos, os relatos incluem todas essas coisas. Então, a gente chama isso de parto vaginal ou parto normal. Parto natural é quando não tem nenhuma intervenção, não passa por nenhum desses processos, a gente deixa a mulher passar pelo processo natural dela, onde tudo ocorra bem, sem necessidade de uma internação médica hospitalar. Ainda que seja em um hospital, as pessoas que estão assistindo um parto, a enfermeira, médico, estão assistindo, somente assistindo [MARIA AMÉLIA, 18/11/2017].

A profissional doula, não pode realizar partos, mas a sua entrada no cenário vem a compor algumas questões a respeito da realização de *partos normais*. No entanto, os exemplos que Maria Amélia usa são ligados a uma rotina de *parto normal* no setor público. Isso tem relação com a sua atuação em projeto de voluntariado de doulas, mas também demonstra algo que foi encontrado no contato com estas profissionais, a sua atuação está presente com mulheres que tanto possuem acesso às equipes de parto, compostas por profissionais da medicina obstétrica e da enfermagem, quanto por mulheres que não possuem este acesso e fazem seus partos nos hospitais públicos. Para analisar a categoria no que tange ao trabalho das doulas, vale levantar primeiro o que consiste esta profissão.

A existência de um suporte físico e emocional, com o apoio de tecnologias não farmacológicas para alívio da dor do parto. Estes são alguns dos serviços prestados pela doula. A figura da doula aparece no cenário obstétrico historicamente ao final do século passado com estudos que já evidenciavam a sua proposta de trabalho com a diminuição de intervenções desnecessárias sobre o parto.

Os primeiros estudos para avaliar os efeitos da presença de doulas ao lado da parturiente durante o trabalho de parto foram realizados na Guatemala, na década de 80, e foi observado que o grupo de parturientes que receberam apoio de doulas



apresentou menor incidência de problemas perinatais, menor utilização de ocitocina; menor tempo de trabalho de parto e maior interação da mãe com o bebê. Nos Estados Unidos, pesquisa com grupo acompanhado por doulas apontou, além das características acima, menor taxa de anestesia peridural para parto vaginal e menor taxa de cesariana. Outros países mostraram que um dos resultados favoráveis foi o alto grau de controle sobre a experiência do parto (SANTOS, NUNES, 2009, p.583).

No Brasil, as doulas ainda não possuem regulamentação para a sua profissão, mas são reconhecidas pelas instâncias de saúde. Pelo movimento crescente desta classe de profissionais, existem algumas formas de mobilização ligadas às associações de doulas. Segundo o site da Associação de Doulas do Rio de Janeiro, o trabalho da doula consiste:

Doulas “maternam a mãe”. O papel da doula envolve fornecer informações baseadas em evidências científicas e sobre o sistema obstétrico de sua região, possibilitando que a mulher saiba sobre as opções de nascimento; oferecer apoio contínuo (a palavra-chave é “contínuo”, a doula nunca sai do lado da parturiente durante o trabalho de parto); usar métodos de conforto como técnicas de respiração, relaxamento, movimento e posicionamento; advogar em defesa dos direitos e escolhas da mulher; facilitar a comunicação com a equipe de assistência clínica; cuidar e apoiar o parceiro – embora sua principal responsabilidade seja com o bem-estar da mãe. Também é importante entender o que doulas não fazem. Doulas não são profissionais técnicos; não executam tarefas clínicas, tais como exames vaginais ou monitorização cardíaca fetal; não dão aconselhamento médico ou diagnósticos; não julgam as decisões maternas; não deixa que seus valores pessoais ou preconceitos a impeçam de cuidar de você (por exemplo, eles não a pressionam a tomar quaisquer decisões só porque é o que eles preferem); não assumem o papel de seu marido ou companheiro e não recebem o bebê<sup>52</sup>.

Foi trazida esta definição porque evidencia muito o que Maria Amélia fala da entrada da doula na questão do *parto normal*. Esta profissão é fundamentada no cuidado com as mulheres grávidas e este cuidado se direciona para o fornecimento de informações, técnicas de alívio de dor e promoção de um elo de comunicação com a assistência e acompanhantes. Ao elencar que fornecer informações “baseadas em evidências científicas e sobre o sistema obstétrico”, como a primeira tarefa da doula, isto denuncia um outro ponto, estas informações encontram alguma dificuldade de serem passadas na assistência, do ponto de vista destas profissionais.

A referência da Medicina Baseada em Evidências novamente é um elemento discursivo presente neste campo de atuação. Para as doulas, segundo a definição da Associação, é uma forma de basear as informações sobre o parto e fornecer este conhecimento para as mulheres. Poderíamos compreender que estas informações, deveriam ser repassadas nas consultas de pré-natal, tanto pelas enfermeiras obstétricas no meio público quanto por médicos no meio privado, porém as doulas tomam este como um ponto referencial para o seu atendimento.

---

<sup>52</sup> Sobre a Associação de Doulas do Rio de Janeiro, ver: <http://www.doulasrj.com.br/>

Nas entrevistas e na fala de Maria Amélia esta comunicação é apontada como falha, tanto na assistência quanto com aqueles que acompanham as mulheres. Ao separar ainda mais os fios deste discurso veremos que os modelos analíticos de Davis-Floyd podem ser elucidativos a trabalhar as questões ligadas à assistência, embora na questão do acompanhante adentremos em outra discussão. Resta a pergunta, por que a experiência do parto, principalmente o *parto normal*, necessita de uma profissional que trabalhe este elo comunicativo?

Leão e Bastos (2001) destacam que em Belo Horizonte houve uma das primeiras experiências de doulas no SUS através do projeto “Doula Comunitária”, em 1996, no Hospital Sofia Feldman. O hospital é reconhecido por vários motivos por ser referência em *parto normal* com pouca ou nenhuma intervenção. A experiência da presença das doulas no hospital se dava pela estatística de que entre 60 a 70% das mulheres que pariram no Hospital não tinham nenhum tipo de acompanhamento durante o parto.

Diante destes dados e percebendo que algumas mulheres da comunidade local, ao acompanharem familiares ou amigas em trabalho de parto, davam um importante apoio emocional para as parturientes, alguns profissionais de saúde, juntamente com a Associação Comunitária de Amigos e Usuários do Hospital Sofia Feldman (ACAU/HSF) e a direção do hospital, idealizaram o projeto “Doula Comunitária”. O projeto foi idealizado com base na literatura científica que recomenda a introdução das doulas nas enfermarias de trabalho de parto. O Projeto “Doula Comunitária” foi viabilizado pela ACAU/ HSF, que tem como uma de suas finalidades o melhoramento do atendimento e dos serviços prestados pelo hospital e a representação dos interesses dos usuários perante a direção da instituição. O projeto, através da parceria entre a associação e o hospital, possibilita a participação ativa da comunidade no controle social e na assistência prestada às parturientes e puérperas. Definiu-se como doula comunitária uma senhora da comunidade recrutada pela ACAU/HSF para exercer trabalho voluntário de acompanhante da mulher durante o trabalho de parto, o parto e o puerpério, na maternidade do hospital (LEÃO, BASTOS, 2001, p.93).

Neste caso, o treinamento das doulas foi realizado com a equipe obstétrica do hospital, com o acompanhamento da mesma durante ao longo do tempo. O projeto, segundo os dados fornecidos pela própria instituição, foi ampliado tanto com o apoio do Ministério da Saúde para a sua multiplicação nas regiões Centro-Oeste, Norte e Nordeste do país, assim como na capital mineira, estendendo-se às outras maternidades.

No Rio de Janeiro, a experiência de voluntariado de doulas no Hospital Maternidade Herculano Pinheiro, em Madureira, apesar de não aparecer em literatura envolve um projeto apresentado por doulas à maternidade e disponível no site da própria maternidade na internet. O projeto “Doulas Voluntárias”, que consta no site da instituição, demonstra no seu escopo a possibilidade de realizar um cadastro de doulas para exercerem a função voluntária na maternidade. Dentre as atividades já mencionadas do trabalho da doula, o projeto reforça que

sua presença também poderá “aperfeiçoar os protocolos de humanização do atendimento á mulher e ao recém-nascido<sup>53</sup>” na instituição.

Estas duas experiências trabalham a presença das doulas em hospitais públicos de diferentes formas, uma a trazer um conforto emocional para as mulheres não acompanhadas no momento do parto e outra a mediar a relação entre assistência e mulheres. O que aparece mais forte é a condição das mulheres no parto, há implícito neste processo uma visão de que a experiência do parto coloca a mulher em uma posição de vulnerabilidade. Esta vulnerabilidade pode ser vista pelo lado assistencial técnico e pelo lado afetivo, familiar.

Sobre o trabalho de suporte emocional da doula, destaco a fala de Berenice, doula há 1 ano e que coordena uma roda de gestantes a qual presenciei na Zona Norte. A sua vontade de ser doula veio após o nascimento de sua filha, parto acompanhado por doula.

O maior trabalho da doula é a escuta. É o que a gente tem que treinar mais, escutar o que aquela gestante precisa, porque às vezes ela não vai falar abertamente que está sentindo alguma dor, e aí você tem que perceber através daquele sentimento dela o que ela precisa. Por mais humanizada que a equipe de parto seja, ela não consegue focar nisso, a gente é humano. Você não consegue focar cem por cento no bebê, na questão técnica da mulher e na questão psicológica dela. Tem muito médico e enfermeiro que está fazendo curso de aromaterapia e outras técnicas para melhorar a qualidade do parto, mas chega uma hora que eles precisam atuar, precisam ver dilatação, batimento cardíaco, ver o líquido, e a mulher fica a mercê, nem que sejam quinze ou vinte minutos que eles precisam preparar alguma coisa, e precisa de um apoio psicológico. Um [trabalho] não exclui o outro, um complementa o outro [BERENICE, 22/11/17].

A fala de Berenice destaca alguns pontos mencionados nas entrevistas, Entendendo que o cuidado com as gestantes também pode ser fornecido pelas equipes de *parto normal*, mas este cuidado sendo algo mais próximo de um serviço de saúde, as doulas não ocupam o mesmo espaço que a enfermagem e medicina obstétrica. Por oferecer um serviço de menor remuneração que uma equipe de parto, a sua atuação auxilia a um contingente de mulheres que não podem pagar pelos serviços no privado. Adentrando sobre o tema da remuneração e do trabalho de cuidado com as mulheres, me parece sugerir que as questões que envolvem esta profissão estão também envoltas em algumas das preocupações da literatura do *care*.

Hirata e Guimarães (2012) discutem os principais pontos que envolvem o trabalho do cuidado, como perfil das/os trabalhadoras/es, a entrada que o cuidado possui do ponto de vista do seu reconhecimento e remuneração econômica, questões de raça e classe, dentre outras. Um ponto importante que ressaltam nesta obra é que mesmo se configurando como um trabalho que envolve afeto e subjetividades, o *care* destitui da família o protagonismo

---

<sup>53</sup> Para conhecer o projeto, ver:

<https://drive.google.com/file/d/0BxpqckxEAEF5aVhbbGxMMEQ4dHk0U00yRHB4UEVZXY1ZZDJN/view>

principal em relacionar indivíduos a partir destas perspectivas, além disso, há um caráter fortemente marcado pela questão de gênero, pois a maioria profissional deste campo é ocupada por mulheres, muitas vezes em posições pouco remuneradas e reconhecidas.

Em Guimarães et al (2011), encontramos algumas referências do Brasil, França e Japão para compreender o que significaria o trabalho do cuidado. Dentre estas acepções, no Brasil o trabalho do cuidado tem uma identificação com atividades costumeiramente exercidas por mulheres que mesclam cuidado com crianças e tarefas domésticas, na França inclina-se mais para o contexto de políticas do estado de bem-estar social e no Japão o termo é muito novo, em torno de vinte anos, para designar um trabalho que sai da dimensão do âmbito familiar. Assim,

O *care* remete à questão de gênero, na medida em que essa atividade está profundamente naturalizada, como se fosse inerente à posição e à disposição (*habitus*) femininas. Mas, na medida em que o *care* se manifesta como ocupação ou profissão exercida em troca de uma remuneração, o peso e a eficiência crescentes das políticas públicas tornam-se verdadeiras bombas de efeito retardado, visto que questionam a gratuidade do trabalho doméstico e a sua circunscrição ao grupo social das mulheres, e desafiam a ideia de “servidão voluntária” inerente a esse serviço quando realizado no espaço privado do *domus*. Vale dizer, a emergência do *care* como profissão implica o reconhecimento e a valorização do trabalho doméstico e do trabalho familiar como “trabalho”; em outras palavras, a associação do trabalho do *care* com uma profissão feminina deixa de ser natural (GUIMARÃES ET AL., 2011, 156)<sup>54</sup>.

Neste trecho as autoras estão analisando as questões que dizem do trabalho doméstico e do trabalho de cuidado com dependentes, mas neste caso, auxilia à percepção que o trabalho das doulas se situe no âmbito do *care*, mesmo que constitua como algo que ao tradicional enfoque. Isto porque este trabalho poderia ser percebido como algo a ser desempenhado no âmbito familiar ou no atendimento em saúde.

Sua presença neste cenário se configura primeiro pela noção de que mulheres para parir prescindem de apoio emocional e afetivo, e, mesmo que uma doula não represente o apoio emocional que uma pessoa da família ofereça, este apoio é reivindicado no que condiz ao *parto normal*, ainda que enfatize a noção de vulnerabilidade da mulher neste momento. Assim, reforçam-se dois pontos discutidos pela questão da literatura do cuidado, este trabalho é majoritariamente ocupado por mulheres e segundo que os serviços são prestados de forma a garantir vínculo emocional, com elementos técnicos, realizados em domicílio e ambientes hospitalares. Ainda assim, as mulheres gestantes não são um grupo comumente relacionado ao cuidado, como os dependentes (filhos/as e idosos/as).

---

<sup>54</sup> Grifos das autoras.

A figura da doula me parece assumir destaque no hiato entre a institucionalização da reprodução e as velhas práticas de parteiras tradicionais que no contexto atual são ocupadas pelas enfermeiras obstétricas. O trabalho das doulas está neste meio termo, entre não poder realizar o parto, mas possuírem técnicas de suporte e apoio que *cuidam* das mulheres no momento da gestação e do parto.

Antigamente a parturiente era acompanhada durante todo o parto por mulheres mais experientes, como suas mães, as irmãs mais velhas, vizinhas que, geralmente, já tinham filhos e já haviam passado por aquela experiência. Na Grécia atual, a palavra tem conotação negativa, e as profissionais, atualmente, são denominadas de assistentes de parto. Quem primeiro utilizou o conceito de doula na concepção moderna foi a antropóloga Dana Raphael, em seu livro *The Tender GiftBreastfeeding*, para se referir às mulheres que ajudavam às novas mães durante a lactância e o cuidado com o recém-nascido nas Filipinas. Mas foram Marshall Klaus, um neonatologista, e John Kennel, um pediatra, os primeiros que treinaram e certificaram doulas em 1991, quando fundaram a Doulas da América do Norte-DONA (SOUZA, 2018, p.135).

As doulas ocupam assim uma lacuna de cuidado que antes era relegado apenas às famílias, principalmente as mulheres da família. O hiato que elas ocupam, ainda não regulamentado, não se sobrepõe ao cuidado geracional, mas oferece um serviço técnico de cuidado, ainda assim, com apelo significativo para a questão emocional. O aparecimento desta profissão complexifica o contexto das questões ligadas ao cuidado, ainda que as mulheres gestantes não sejam propriamente um grupo específico ligado a este campo.

Neste caso, me parece ser importante mencionar que, considerando o trabalho das doulas como um trabalho de cuidado, as gestantes entram para este rol pela via do reconhecimento de que o parto é uma experiência não somente da área da saúde, mas uma experiência que tem um caráter fortemente marcado pela sua dimensão social reprodutiva. Parece um pouco óbvio compreender que o parto é uma experiência que atribui aos aspectos da dimensão reprodutiva, porém assumir o risco de inseri-lo nas discussões do cuidado é alargar o sentido que este se encaixa habitualmente, pertencente aos direitos reprodutivos e da saúde reprodutiva. Neste sentido, é compreender que o parto, seja ele qual for, é uma experiência que diz respeito à uma construção de um sujeito, que deseja ser levado em consideração antes dos procedimentos de saúde para assisti-lo.

A categoria de *parto normal* adquire portanto, no caso das doulas, aspectos da discussão de gênero e autonomia das mulheres. O trabalho das doulas aponta que há na composição deste sujeito a dimensão afetiva no entendimento da experiência do parto. Ainda assim esta discussão não é permeada por um viés que trabalha a maternidade sobreposta ao sujeito mulher, mas o sujeito mulher, reconhecido em seus direitos reprodutivos, que

estabelece as ligações necessárias a se pensar a dimensão reprodutiva da vida humana e das relações.

O parto se inscreve em uma experiência social de interação entre a mulher, o feto, acompanhante, equipe de assistência, de uma maneira geral. No entanto, esta experiência para as mulheres não se compõe, sobretudo com o cenário obstétrico a partir do que foi estudado, sem o entendimento que esta mulher detentora de direitos necessita também de cuidados específicos no momento do parto, devido à vulnerabilidade que esta experiência proporciona tanto à sua vida, quanto à vida do feto.

Na discussão sobre cuidado, por fim, podem ser destacados os aspectos da sustentabilidade da vida humana que traz consigo um debate sobre público e privado e o que estas dimensões agregam ou desagregam para as mulheres em uma perspectiva de gênero:

Como as sociedades resolvem as necessidades de subsistência das pessoas? Em outros termos, como elas se organizam em torno dessa função primária e fundamental da qual depende a vida humana? A análise das necessidades de reprodução das pessoas é um tema complexo, que pode ser abordado a partir de diferentes perspectivas, áreas temáticas ou disciplinas. Mas, em qualquer caso é um tema central. No entanto, em uma perspectiva socioeconômica, pelo menos para a economia oficial, a sustentabilidade da vida não tem sido uma preocupação analítica central; ao contrário, usualmente é considerada uma “externalidade” do sistema econômico (CARRASCO, 2013, p.12).

Carrasco (2003) está apontando neste estudo que as relações sociais na dimensão capitalista não prevêm as relações de afeto como prioritárias para se construírem os laços necessários para a manutenção da vida humana. A autora remete a um processo de industrialização que se sobrepõe ao mundo não somente das fábricas, mas também caracteriza aquilo que deva ser considerado hierarquicamente valorizado do ponto de vista das dinâmicas sociais, as relações da esfera pública, ligadas ao masculino e racional. O que seu estudo traz como característica importante para se pensar as relações sociais é a dimensão do afeto como necessária para o reconhecimento destas relações e de sua priorização para a reprodução e sustentabilidade da vida humana.

Então, diferentemente de correntes que vão pensar a maternidade como o alvo das questões que envolvem a dimensão afetiva das relações humanas no momento do parto, trazer a perspectiva do cuidado às mulheres no momento do parto é oferecer mais um sentido para o que está se analisando sobre *parto normal*. Do ponto de vista da enfermagem a categoria encontra significado na discussão da assistência privilegiada às mulheres, oferecendo um rol de procedimentos e técnicas que se diferenciam da medicina obstétrica; já na medicina obstétrica, vimos que as intervenções ocupam uma discussão relevante no entendimento do *parto normal*, porque estas podem ser ou não causadas por esta classe, vai depender do tipo

de atendimento preconizado pela assistência, ou seja, se a atuação será pautada pelo viés autoritário da sua profissão ou por outros vieses que compreendem as mulheres como partícipes no desenvolvimento da saúde; no caso das doulas vemos que o *parto normal* é lido como um evento que necessita de cuidados subjetivos e emocionais, que implicam no reconhecimento desta experiência como um momento de vulnerabilidade das mulheres, tanto em relação ao andamento do trabalho de parto, quanto do reconhecimento das mulheres enquanto sujeitos.

A utilização da categoria *parto normal*, por estas profissionais ainda espelha a discussão a respeito do cenário obstétrico ou assistência em saúde. A vertente que trabalha tanto no público quanto no privado as questões do *parto normal*, no que vimos acima, tem um reduzido espectro de atendimento às mulheres em geral. Ao longo dos capítulos foi proposta uma discussão a respeito do quanto o *parto normal* adquire sentido também quando estamos trabalhando o reconhecimento dos direitos das mulheres. A construção da autonomia das mulheres sob a perspectiva emancipatória pode ser pensada ainda sob o conceito de consubstancialidade de Kergoat (2016) que alia distintas dimensões a compreender os nós sociais que aliam condições sociais com gênero. Sob esta perspectiva, tomando como base que a realização de *partos normais*, levando-se em consideração os direitos das mulheres e sua autonomia, há um recorte social que não se pode deixar de mencionar neste processo. Mesmo que este recorte seja prevalente, podemos classificar a realização de *partos normais* no privado como sendo algo que é ligado apenas à criação de um mercado? Há elementos que devam ser discutidos antes de se oferecer qualquer resposta a esta pergunta.

No cenário obstétrico encontramos modelos de assistência e atuação de profissionais de saúde, uma discussão sobre o trabalho da doula e as formas de interação com as mulheres a partir do que é constituído como basilar ao parto, os direitos reprodutivos. Neste ínterim, no Brasil, temos uma assistência que se divide entre o sistema público e o privado, com todas as pontuações que foram feitas ao longo do estudo. Assim, a realização de *partos normais* no privado não pode ser caracterizada apenas como a criação de um nicho de mercado. Por outro lado, restringir a experiência do parto às características apenas do atendimento personalizado no privado, pode ser algo que estabeleça uma relação de distinção entre as mulheres que podem pagar por atendimentos desta maneira e mulheres que não vão ter condições nem de acessar ao conhecimento desta experiência. Entendendo que a promoção de saúde é fundamentada no direito à saúde, a continuidade nas políticas públicas e, por conseguinte, na sua implementação, é fundamental para que esta discussão saia do escopo de uma assistência privada.

A seguir, vamos adentrar na discussão do *parto normal* nas visitas das rodas de gestante no Rio de Janeiro. Neste capítulo vão aparecer os pontos que falam mais do atendimento às mulheres e suas perspectivas com relação ao parto. Novamente, veremos uma discussão sobre as intervenções o que se modifica no próximo capítulo é que a esta discussão será acrescentada a temática da violência obstétrica.



## 6 AS RODAS GESTANTES: MULHERES, PARTOS E EXPERIÊNCIAS

Ao adentrarmos nas discussões do *parto normal* foram analisadas acima como cada classe de profissional compõe de significados a sua atuação para o parto possa representar uma experiência que reflita a autonomia das mulheres e o suporte a esta autonomia. A temática das intervenções é recorrente, pois é a partir desta discussão que se poderá perceber os limites entre atuação técnica e autonomia das mulheres no momento do parto. As intervenções são excessivas quando a rotina de médicos, principalmente, se sobrepõe sobre os anseios das mulheres. Nas entrevistas, esta temática foi muito trabalhada pelas coordenadoras e pelas mulheres presentes. Já na observação das rodas vemos outros aspectos interessantes que dizem tanto do perfil das mulheres que acessam quanto do debate sobre as intervenções.

O objetivo de conhecer as rodas de gestantes no privado era compreender o *parto normal* como uma experiência de mulheres que não se inscreve na assistência pública majoritariamente. Desta maneira, analisar os significados atribuídos a esta experiência no campo privado e como as dinâmicas de atendimento acontecem, entendendo o ambiente das rodas de gestantes como privilegiado para conhecer as interações entre as profissionais e as mulheres gestantes. As rodas de gestantes que compareci tem uma lógica de discussão que está atrelada, portanto, aos pontos observados nas entrevistas sobre o *parto normal*. Isso é um aspecto importante, porque existem também as rodas realizadas pelo sistema público de saúde na atenção básica. Estas possuem características um pouco diferentes das observadas, levando em consideração o estudo de Hirsch (2011), a qual observou como um serviço complementar ao atendimento ofertado na rede de saúde pública no pré-natal, com a finalidade de esclarecer sobre determinados procedimentos da assistência no meio público.

Dois pontos apareceram como sendo importantes de se analisar sobre estas rodas, primeiro, a localização geográfica. A pergunta inicial se havia rodas de gestantes em todas as regiões da cidade havia sido respondida. Embora, existam rodas de gestantes em todas as regiões, a frequência e o perfil das mulheres foi um aspecto relevante a ser analisado, algumas possuem maior número de mulheres e outras não, dependendo da localidade, o perfil se modificava. O segundo ponto importante eram as discussões das rodas e a metodologia de interação entre as profissionais e as mulheres gestantes. Este se tornou um aspecto interessante para a análise, pois vamos ver que a construção da autonomia mencionada no capítulo anterior, foi observada nas discussões das rodas por meio da menção às intervenções no parto. Estes dois pontos que se destacaram na análise serão trabalhados nos dois tópicos a

seguir. A fonte privilegiada para esta análise será as anotações realizadas a partir da observação das rodas<sup>55</sup>. Algumas destas questões foram trabalhadas nas entrevistas com as coordenadoras, principalmente sobre o perfil das mulheres.

A discussão sobre consubstancialidade de Kergoat (2010) e sua correlação com as temáticas de gênero, classe e raça, pautou a análise das questões de análise capítulo. Isto, porque, o presente estudo analisa não somente a questão do *parto normal* no meio privado, mas as discussões que o circundam levando-se em consideração os direitos reprodutivos, as formas de acesso a estes direitos e, como a existência deste oferecimento de serviços no privado fornece questionamentos importantes também sobre a falta de acesso a uma assistência ao parto condizente aos direitos das mulheres.

### 6.1 Rodas das mulheres: perfis e desigualdades

O principal critério para realizar a visita às rodas foi a localização geográfica. Considerando que foram encontradas rodas de gestantes em todas as regiões da cidade, vamos verificar, portanto, de que maneira a localização contribuiu para entender o perfil e a frequência das mulheres nas rodas, e, a partir disso, como este perfil e localização podem influir sobre análises preliminares das mulheres que tem acesso ao *parto normal*.

A maior parte dos encontros que tive a oportunidade de visitar eram gratuitos, só encontrei um caso de encontro que demandasse o pagamento prévio de uma quantia de oitenta reais por casal ou cinquenta por pessoa desacompanhada. Esta roda encontrava-se na Zona Sul e era coordenada por enfermagem e medicina obstétrica. Nos grupos da Zona Sul se percebeu mais a presença de casais heterossexuais e, nos grupos da Zona Norte se percebeu mais a presença de mulheres grávidas não acompanhadas. A quantidade de participantes em uma roda variava entre grupos, o maior número de participantes foi encontrado na Zona Sul, com 20 casais, os menores números na Zona Norte, na qual estive presente em uma roda com apenas 1 casal e 2 mulheres, chegando a uma roda que não veio nenhum participante.

Geralmente, as rodas são formas de exposição de uma temática e de um direcionamento da coordenação a depender da classe de profissionais que está coordenando. As rodas possuem um tema específico que pode nortear as discussões, porém na prática

---

<sup>55</sup> As rodas de gestantes não foram gravadas, as informações correspondem às anotações no diário de campo.

vemos que a emissão de relatos sobre a experiência sobre parto ganha maior importância. Como esta temática será abordada no tópico posterior, não será discutida esta questão neste tópico, somente vou ressaltar um ponto importante da interação e da metodologia adotada nos encontros.

Apesar de cada classe de profissional trabalhar com questões próprias que dizem respeito ao *parto normal*, a metodologia de interação nos encontros é muito parecida nas rodas que pude visitar. A coordenação da roda começa se apresentando e falando de suas experiências de parto, aquelas que já tiveram filhos/as, ou da assistência ao parto nas suas experiências profissionais, aquelas que não tiveram filhos/as. Encontrei relatos parecidos entre as coordenadoras. Tomo como exemplo, o relato de uma doula que coordena a roda da Zona Sul, a qual teve o primeiro parto a experiência de uma cesárea pelo plano de saúde no privado e, mais recente, um parto com assistência de equipe e doula que trabalhou as questões mais recorrentes do *parto normal* com ela: informação sobre as intervenções, locais onde parir de forma a respeitar os seus direitos e profissionais que pudessem auxiliá-la a ter uma experiência de parto mais condizente com seus anseios.

A partir da apresentação das coordenadoras, seguia-se as apresentações de cada participante. A maioria de participantes estava na primeira experiência de gravidez. Somente na roda coordenada pela equipe de enfermagem e médica na Zona Sul, foi encontrado um relato de uma participante que se assemelha ao relato que usei de exemplo acima. Este ponto denota uma questão das mulheres que frequentam as rodas, é a primeira vez que vão passar pela experiência do parto. Nas apresentações individuais foi comum elas dizerem que chegaram às profissionais e às rodas, pelo acesso facilitado das informações em redes virtuais e/ou pelas mulheres próximas que tiveram um *parto normal* no privado nestes moldes. Algumas considerações merecem ser feitas no que se diz respeito ao acesso às redes virtuais como fonte de informação.

Apesar da rede ser disposta de forma aberta e, no caso do Facebook, necessitar apenas de um cadastro e um email válido, a disponibilidade da internet também encontra no mundo material implicações de ordem social. Mesmo que este aspecto não seja aprofundado no presente estudo, vale lembrar que a escolarização básica e o acesso à rede de internet são pré-requisitos fundamentais para que as mulheres, neste caso, acudam às informações disponíveis na rede e no Facebook. Outro ponto importante é o entendimento da linguagem digital como um *a priori* para a interação com as informações ofertadas.

O acesso a computadores ou celulares que tenham a possibilidade da rede de internet e o conhecimento basilar de seu funcionamento, pode ser entendido hoje mais ou menos como

abrangente a todas/os, porém implicam questões materiais relevantes no meio prático. Segundo os dados do IBGE de 2016<sup>56</sup>, 69,3% dos domicílios brasileiros estudados pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio Contínua (PNAD Contínua), tinham acesso à internet, sendo que na região Sudeste chegava a 74,7%, com prevalência, nesta região, nas áreas urbanas (79%), diminuindo nas áreas rurais (43,8%). Isso também mostra um certo apelo, nas questões relativas ao campo de pesquisa, a um debate com características urbanas, também denotando o interesse destas mulheres na proposta que as páginas difundiam. Destes dados, cabe a ressalva que nem metade dos domicílios nas áreas rurais da região Sudeste tem acesso à internet.

O perfil encontrado nas rodas de gestantes segue um padrão: mulheres brancas, escolarizadas, com uma carreira profissional, clientes de planos de saúde e entre 30 a 40 anos. Com relação à frequência nas rodas de gestantes, observou-se que na Zona Sul a presença maior de participantes se diferenciava em muito da presença daquelas realizadas na Zona Norte. Para buscar possíveis respostas com relação a esta diferença foram pensados dois caminhos: verificar a quantidade de encontros nas páginas do Facebook de cada equipe ou grupo visitado e bater estas informações nas entrevistas com as coordenadoras.

Assim, buscou-se nas páginas do Facebook a quantidade de encontros realizados pelas equipes e grupos visitados. Abaixo uma sistematização destes resultados:

Quadro 5 - Síntese das informações das visitas às rodas de gestantes, Rio de Janeiro, agosto a dezembro de 2017

<b>PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS</b>	<b>DATA</b>	<b>LOCAL</b>	<b>CARACTERÍSTICAS DAS/OS PARTICIPANTES<sup>57</sup></b>	<b>QUANTIDADE DE ENCONTROS (AGOSTO A DEZEMBRO DE 2017)</b>
A coordenação era composta por duas doulas	12/08/2017	Zona Norte	Não compareceram participantes.	2
A coordenação era composta por duas médicas obstetras e três profissionais da enfermagem	23/09/2017	Zona Sul	Compareceram 19 casais heterossexuais e 1 casal de lésbicas.	6

<sup>56</sup> Para o acesso a outras regiões e detalhamento dos dados, ver:

[ftp://ftp.ibge.gov.br/Trabalho\\_e\\_Rendimento/Pesquisa\\_Nacional\\_por\\_Amostra\\_de\\_Domicilios\\_continua/Anual/Acesso\\_Internet\\_Televisao\\_e\\_Posse\\_Telefone\\_Movel\\_2016/Analise\\_dos\\_Resultados.pdf](ftp://ftp.ibge.gov.br/Trabalho_e_Rendimento/Pesquisa_Nacional_por_Amostra_de_Domicilios_continua/Anual/Acesso_Internet_Televisao_e_Posse_Telefone_Movel_2016/Analise_dos_Resultados.pdf)

<sup>57</sup> De todos os casais que compareceram nas rodas somente aqueles com recém-nascido as mulheres não estavam grávidas.

obstétrica, duas mulheres e um homem.				
A coordenação era composta por duas Doulas	17/10/2017	Zona Norte	Compareceram 6 casais heterossexuais, 5 mulheres grávidas e 2 mulheres com recém-nascidos.	6
A coordenação era composta por duas enfermeiras obstétricas <sup>58</sup>	21/10/2017	Zona Norte	3 casais heterossexuais, sendo um deles com recém-nascido e 1 mulher com criança pequena.	6
A coordenação era composta por duas doulas	21/10/2017	Zona Norte	1 casal heterossexual, 1 mulher grávida, 1 mulher grávida acompanhada da mãe.	4
A coordenação deste dia foi composta por duas Enfermeiras obstétricas e uma psicóloga <sup>59</sup>	18/11/2017	Zona Sul	1 casal heterossexual com recém-nascido.	Como se trata da mesma equipe do dia 23/09/17, a quantidade de encontros é a mesma (6).
A coordenação era composta por três doulas	27/11/2017	Zona Sul	1 casal heterossexual, 2 mulheres grávidas, 1 mulher com recém-nascido e 2 doulas recém-formadas.	11

Fonte: A autora, 2018.

Nas entrevistas, a questão da frequência foi explorada principalmente com as coordenadoras das rodas na Zona Norte. Com relação a isto, as entrevistadas, que coordenaram as reuniões que presenciei, disseram que não há uma adesão, primeiro ao *parto normal*, pelas mulheres da Zona Note, por terem medo de uma experiência mal sucedida e, segundo, por estarem influenciadas por médicos obstetras que trazem o discurso da cesárea como primazia para um parto seguro.

As duas reuniões que mais me chamaram atenção ao quantitativo de participantes foi a primeira, no dia 12/08, coordenada por doulas na Zona Norte, a qual e a reunião do dia 21/10, coordenada por enfermeiras obstétricas na Zona Norte. A primeira reunião se localizava em uma comunidade e estava, segundo as coordenadoras, com dificuldade de adesão das

<sup>58</sup> No dia, foi chamada a presença de uma profissional de educação física para abordar a temática de exercícios na gestação. Ela não estava coordenando a roda, mas esteve presente trazendo informações para os presentes.

<sup>59</sup> Mesmo grupo de 23/09/2017. O convite para assistir esta roda veio por meio da equipe que ficou com o meu contato. Como o tema ainda não tinha sido contemplado e se diferenciava das outras rodas de gestantes, acabei visitando novamente.

mulheres gestantes locais mesmo com as divulgações postos de saúde e escolas, as quais as coordenadoras fizeram campanha para tornar conhecido o trabalho das doulas nas reuniões. Segundo uma das coordenadoras, a baixa adesão era porque o parto para as mulheres naquele ambiente, não se configurava como uma questão, já que as mulheres estariam referenciadas pelo SUS na maternidade pública de referência em *parto normal* no Rio.

Assim, muitas tem relatos de partos violentos, mas, também não tem informação ainda para reconhecer essas violências, mas elas não tem uma questão de que precisam fugir da cesárea, de que precisam encontrar uma assistência. Acho que muitas mulheres da classe média vão ao grupo de apoio para encontrar uma assistência ao parto. Aqui elas não fazem esse movimento, porque a assistência que elas vão ter é do SUS, dentro dessa assistência, a porcentagem de parto normal é muito superior do que na rede privada dos planos de saúde. Não é uma questão, não é uma demanda pra essas mulheres que estão aqui. Uma parte muito grande delas vai ter parto e a maior parte aqui vai ter parto na maternidade de referência humanizada, então já é uma assistência bastante diferente do resto do SUS, por exemplo [NISE, 12/08/17].

Retomo este trecho da entrevista para ilustrar um pouco da discussão sobre a não adesão das mulheres locais à metodologia que as doulas aplicavam para se trabalharem o *parto normal*. Já no caso da reunião das enfermeiras obstétricas na Zona Norte, no dia 21/10, o bairro a qual atendem possui uma condição de vida melhor, porém ainda assim uma das coordenadoras, a qual entrevistei, me relatou que era difícil estimular a presença das mulheres nas rodas. Esta reunião me chamou atenção menos pelo número de pessoas presentes e mais, porque houve um atraso de meia hora e a coordenadora iniciou apenas com um casal heterossexual o início da discussão da roda, aos poucos e de forma espaçada foram chegando as outras pessoas participantes, algo que se diferiu das reuniões observadas, as quais iniciaram já com a presença do total de participantes.

Segundo a coordenadora:

Eu botei esse espaço aqui, divulgo os outros espaços também, porque eu acho que a Baixada Fluminense, então, assim... Acho que está pior que aqui. As mulheres que tem um poder aquisitivo melhor vão para Tijuca e Zona Sul. Então, esse espaço aqui meu ainda vai crescer, mas é complicado como tudo na assistência ao parto humanizado. É trabalho de formiga e resistência. Então, atendo aquele padrão, branca, casada, com plano de saúde, segundo grau para cima [MAYANA, 29/11/17].

A situação se modifica nesta localidade, a qual vemos o mesmo perfil de mulheres que na Zona Sul, porém em menor número, dando uma preferência para as áreas que tradicionalmente no Rio de Janeiro são de classe média. Para Nise e Mayana, a dificuldade de adesão parece diferenciada. Embora dentre as razões apresentadas pelas coordenadoras, possamos pensar que o acesso ao valor de parto seja um componente relevante para mulheres que não podem pagar um valor de dez mil, podemos ter em mente que outros fatores podem

ser combinados e que se relacionam diretamente ao perfil das mulheres que freqüentam os encontros de uma forma geral.

Das mulheres que frequentaram as rodas que observei, a maioria é escolarizada, tem idade entre 30 a 40 anos e possuem uma carreira. Este perfil em outros estudos possui um rol específico de escolhas no campo reprodutivo, geralmente optam por filhos quando encontram alguma estabilidade profissional:

A constatação de diversos estudos, independentemente dos argumentos mais ou menos economicistas é que, de modo geral, há na população mais escolarizada de mulheres uma tendência de adiamento do nascimento do primeiro filho. Esse fenômeno se explicaria pela prioridade dada às possibilidades de qualificação e crescimento profissional em um início de vida adulta e o posterior nascimento do filho com menos impacto em uma carreira já estabelecida. No entanto, haja em vista que muitas vezes estas temporalidades não se ajustam, é freqüente que muitas mulheres deste segmento acabem não se dispondo a arcar com o ônus do trabalho reprodutivo sobre sua vida profissional. Nesse sentido, sua situação assemelha-se a de alguns países europeus que tentam enfrentar a questão (GUEDES, 2008, p.5)

A autora vai trazer o debate sobre carreira e maternidade, interpretando a escolha por ter ou não filhos/as como algo que é pautado por uma discussão de gênero. No caso, Guedes (2016), aponta a partir da pesquisa, *Gênero, Trabalho e Família no Rio de Janeiro: mudanças e permanência na última década*, que partiu de um *survey* aplicado de forma amostral, no Estado do Rio de Janeiro, algumas questões importantes de serem salientadas sobre escolarização e divisão sexual do trabalho:

Ao introduzirmos o recorte educacional, percebemos que, apesar dos patamares diferenciados, tanto na população feminina quanto na masculina o arranjo tradicional de homem provedor e mulher cuidadora perde peso relativo e deixa de ser percebido como o melhor, conforme cresce o nível educacional. No caso das mulheres mais escolarizadas, chama atenção o crescimento do arranjo em que ambos trabalham em tempo parcial e cuidam dos filhos. O fato de essa opção apresentar maior peso relativo que o arranjo no qual ambos estão inseridos no mercado de trabalho de forma integral atenta para uma valorização do tempo de cuidado dos filhos e uma desconstrução da ideia de que “a maior dedicação possível” ao mundo público seria o ideal tanto para homens quanto para mulheres. Esse é um dado interessante que contrasta com o das mulheres menos escolarizadas, segmento em que quase a totalidade das respondentes concebe a divisão sexual do trabalho clássica como a ideal (GUEDES, 2016)<sup>60</sup>.

No capítulo 4, do presente estudo, foi observado que as mulheres de classes mais baixas, que moram na região da Zona Norte são justamente aquelas que não tem acesso ao parto conforme indicado, porém há uma questão com relação ao perfil que não pode ser descartada. A idade entre as mulheres observadas nas rodas de gestantes está entre os 30 a 40 anos, porém na região da Zona Norte a idade em que as mulheres estão parindo é mais baixa

---

<sup>60</sup> Grifos da autora.

que esta, sendo que o perfil destas mulheres não bate com o apresentado nas rodas de gestante.

As mulheres de classes mais baixas e negras, a partir dos dados da Secretaria Municipal de Saúde, tem mais chance de terem o primeiro filho na adolescência, algo que contrasta com as mulheres que acessam ao *parto normal* no meio privado. Outro ponto que podemos aproximar desta pesquisa apresentada por Guedes (2016) é que quanto menor a escolaridade maior vai ser a proximidade com a divisão sexual do trabalho clássica. O que isso significa para o presente estudo?

O discurso do *parto normal*, para além de ter componentes de classe, com relação ao pagamento dos serviços, possui também um aspecto de gênero, que ressalta algo que possivelmente não é uma discussão para mulheres de classes mais baixas. A ideia de centrar nas mulheres o protagonismo da experiência do parto, levando em consideração o discurso analisado concebe uma visão de mundo que não se coaduna com as experiências observadas por mulheres de classes mais baixas.

Mais uma vez, nos deparamos com o conceito da consubstancialidade, de Kergoat (2010) para pensar as questões de gênero, classe e raça, na experiência do parto no que tange à emancipação feminina. Neste ponto de vista, podemos pensar que a atuação das profissionais nas rodas de gestantes trabalhando a temática do *parto normal* não está leva em consideração as questões de ordem social e racial, se fundamentando em uma discussão que leva em consideração a autonomia feminina, mas não discutindo sob quais bases esta autonomia é possível de ser acessada.

Considerando o *parto normal*, conforme apresentado, como algo que atrai mulheres de classe média, justamente pela possibilidade de respeito à autonomia destas sobre esta experiência, se olharmos o pano de fundo deste discurso veremos inclusive que a experiência de parir, desta forma, está intimamente ligada, com um ideal de atuação feminina que engloba tanto a atuação pública desta mulher, na escolha de ter filhos/as ou não em determinado momento de suas vidas, quanto pela possibilidade de se trabalhar uma autonomia a qual as estruturas para que ela possa ser acessada sejam custeadas pelo pagamento a estes serviços.

Temos, portanto, o discurso de um parto que afirma o sujeito mulher em detrimento de uma condição de mãe, mas ainda compreendendo que o sujeito mulher não está desassociado da experiência de ser mãe. Assim, a busca por este parto sugere uma dupla afirmação: a de uma mulher que deseja um protagonismo na sua vida materializado pelo corpo, e de um compromisso com a maternidade sem perder este protagonismo enquanto mulheres. A segunda proposição pode ser considerada por dois fatores: os temas que trabalham o



protagonismo feminino na experiência de parir, além da presença de homens, como participantes e desejosos de uma paternidade que compartilha cuidados e preocupações com o desenvolvimento infantil após o parto, percebida em todas as rodas com a presença de casais heterossexuais e em maior número na Zona Sul.

Alguns destes aspectos podem ser encontrados nas análises contidas em Araújo e Gama (2017). Ter acesso à autonomia, para as mulheres envolve as imbricadas questões entre Estado, família e mercado.

No caso brasileiro, identificar um padrão institucional tende a obscurecer as fortes desigualdades sociais que afetam o acesso diferencial à provisão de serviços prestados pelo Estado, mercado e família. Em termos gerais, o Brasil caracteriza-se pela ainda forte presença da economia informal e por seu frágil Estado de bem-estar social. Trata-se de um caso de ‘provedor desigual’, ou o ‘mix’ de um regime meritocrático e assistencial protegendo via sistema previdenciário àqueles que se encontram no mercado formal, com uma crescente privatização seletiva da política de saúde e uma política de assistência social inflada que vem apresentando resultados relevantes em termos de diminuição da pobreza (GAMA ET AL, 2017, p.97)<sup>61</sup>.

Os dados de 2014, analisados por Guedes (2016) e por Gama et al (2017), trazem perspectivas que se somam no rol de valores e percepções sobre divisão de cuidados com crianças antes da idade escolar:

No entanto, observa-se uma tendência de diminuição da família como a principal responsável pelos cuidados às crianças pequenas, conforme aumento o nível de escolaridade. Ou seja, com o aumento da escolaridade, principalmente Ensino Superior completo, os entrevistados, acionam outras opções de cuidados. Com a inserção no mercado de trabalho constatamos que estar ativo no mercado de trabalho diminui o papel tradicional de gênero que atribui somente às famílias esse cuidado, sobretudo entre as mulheres. Entre as mulheres que não trabalham, aproximadamente 75% considera que é a família a responsável pelo cuidado, enquanto que entre as trabalhadoras essa proporção cai para 60% (GAMA ET AL, 2017, p.99).

Os dados desta pesquisa auxiliam no que tange às percepções dos valores relacionados a gênero, adicionando ao presente estudo algumas percepções sobre a observação e as entrevistas, já que o mapeamento do cenário obstétrico para o *parto normal* e as profissionais envolvidas, neste estudo, foram privilegiados, em detrimento das mulheres que vão parir desta forma. A seguir, os resultados encontrados pelas autoras acima sobre a percepção de divisão do cuidado com crianças abaixo da idade escolar, e relação com a renda das mulheres:

As mulheres que responderam “*familiares*” totalizaram 72,2% entre aquelas que recebem até 1 SM [Salário Mínimo]. Entre as que responderam “*Creches públicas e instituições de Governo*”, 30% da amostra ganha “*mais de 1 até 2 SM*” (30%). Dentre as que responderam “*responsabilidade dos empregadores*”, 18,9% recebiam “*mais de 3 até 5 SM*”. Esses resultados parecem indicar que, em geral, as outras

---

<sup>61</sup> Grifos das autoras.

opções de cuidado infantil à família são acionados com mais frequência entre aquelas que possuem rendas maiores (GAMA ET AL, 2017, p.100)<sup>62</sup>.

Assim, temos ainda a família como a principal provedora de cuidado para as crianças antes da idade escolar, mas este patamar varia, tendo em conta outros aspectos relacionados às questões de renda principalmente. Não sendo o Estado comumente acessado pela classe média como provedor de cuidados para estas crianças, segundo inclusive os dados de Gama et al (2017), mais uma vez o mercado preenche não só este cuidado em serviços privados de creches quanto na contratação do emprego doméstico.

Neste sentido, ter filhos para as mulheres de classe média representa também a necessária imposição de uma renda que cubra, no caso da presente pesquisa, o parto e também contribui, para aquelas que possuem cônjuges, um compartilhamento dos custos com o cuidado após o momento de licença maternidade quando retornam ao trabalho. Apesar da renda, ser preponderante nos dois casos, percebe-se ainda que os valores passam por outra via que não apenas essa. Assim, conforme Guedes (2006), Salem (2007), e Rezende (2017), a escolha por ter filhos para mulheres de classe média, é uma escolha também por um projeto de vida em que a presença masculina no cuidado é importante, para se equilibrarem as questões que envolvem a autonomia pessoal e profissional.

As tensões em torno do individualismo como valor e ideologia reaparecem em minha pesquisa com gestantes desde 2008, com novas inflexões que refletem mudanças geracionais. A maternidade aparece ainda mais nitidamente como um papel escolhido, fruto de um desejo, e parte de um projeto de família de um casal. A gravidez já desponta como um estágio importante da maternidade, a ser cuidado em todas as suas dimensões e construído na relação com um bebê visto um sujeito com vontades próprias. A nomeação do bebê, que agora se dá mais cedo na gestação, colabora para esta percepção. A participação do marido antes tão enfatizada no grupo de gestante, criando até o modelo do casal grávido, perde força neste contexto específico, mas tem sua presença na gravidez conquistada e até um pouco naturalizada. Se na década de 1980 esta participação construía uma nova paternidade, como diz Almeida (1987), agora esta paternidade mais indiferenciada da maternidade já parece mais dada, ou pelo menos esperada (REZENDE, 2017, p.191).

As bases pelas quais o discurso do *parto normal* é trabalhado a partir das fontes analisadas, carrega consigo aspectos que vão ter relação com discursos de gênero, classe e raça. A atração das mulheres de classe média por um parto que sugira o protagonismo das mesmas sobre seus corpos e da forma como anseiam, tem como cerne a relação com as questões que dizem respeito à escolarização, carreira e renda. O que Nise vai destacar quando fala que o *parto normal*, não é uma questão para as mulheres da localidade a qual trabalhava, coloca na superfície todo um rol de questões que envolvem a relação entre acesso desigual a

---

<sup>62</sup> Grifos das autoras.

direitos pelas mulheres de baixa renda. Ainda assim, cabe a reflexão que o discurso do *parto normal* ser atraente para as mulheres de classe média, não significa propriamente que um parto que respeite os direitos reprodutivos deva ser apenas experienciado por mulheres de classe média.

A retomada da discussão sobre a criação de políticas públicas relacionadas ao parto na rede pública despontar sobre a rede privada nos ajuda a compreender que *um* tipo de discurso, na maneira como é formulado e acessado, torna-se segregador, mas a sua própria existência denota que a experiência do parto em si é assistida de forma muito mais precarizada na rede particular do que pública. Portanto, acredito que os desafios estejam na ordem dos direitos reprodutivos, entendendo-os sob um espectro de questões que não abrangem somente o acesso a um parto respeitoso, mas na possibilidade de se trabalhar nos direitos às mulheres a autonomia coberta por políticas públicas que promovam o acesso a uma maternidade que não diminua o protagonismo nas suas escolhas de vida. Acredito que a pesquisa mostra pelo lado privado da assistência do *parto normal*, o quanto ainda o mercado é forte em suprir as demandas que deveriam ser providas pelo Estado, entendendo que no caso da saúde, são direitos sociais conquistados. O maior problema que esta alternativa do mercado oferece para as mulheres é a presença de serviço que pela sua sustentação e práticas não conseguem ser abrangentes o suficiente para a promoção de autonomia as quais todas as mulheres deveriam ter acesso.

## 6.2 Roda das experiências: as intervenções e a violência obstétrica

Sobre o *parto normal* na análise deste estudo, podemos dizer que seus significados dizem respeito ao reconhecimento da autonomia das mulheres como sujeitos, às formas de assistência disponíveis para terem a experiência dentro do que é preconizado nos direitos reprodutivos e à porção social a que se propõe esta experiência das mulheres. Estas três premissas analisadas nas entrevistas no capítulo anterior foram encontradas também na análise das rodas de gestantes. Estes elementos se relacionam com as rodas de gestantes por meio das falas das mulheres em exprimir uma busca por uma assistência ao *parto normal* que ofereça tanto o reconhecimento a elas e seus anseios com relação ao parto, quanto na busca pelo ambiente mais acolhedor para parir. O que veremos a seguir focará na participação das mulheres nas rodas. As anotações em campo durante as rodas permitiram que se pudesse

captar algumas falas e, assim, ilustrar um pouco das discussões que ocorreram durante os encontros.

Conforme, colocado no tópico anterior, a metodologia das discussões nas rodas era muito parecida, mesmo em locais diferentes. O momento da apresentação tomava quase todo o tempo de discussão. Os encontros duravam em torno de duas horas e, mesmo com poucas mulheres a apresentação tomava tempo, pois era nesse momento que elas colocavam suas dúvidas e a sua “busca” em torno do *parto normal*. Os temas mais comuns encontrados nas apresentações eram: as trocas de médicos por não aceitarem o *parto normal*, as ligações para o plano de saúde para verificar se cobria a realização de *partos normais* e também a verificação se os planos cobriam o hospital privado mais referenciado para a realização do *parto normal*.

Neste estudo, não foram encontradas referências ao processo descrito por Salem (2007) e Rezende (2012) nas reuniões sobre a preparação do parto. Havia sim, de uma forma geral, uma ansiedade pelo momento do parto, que pode ser mais aproximada ao que Rezende (2011) encontrou sobre as questões relativas ao novo, mesmo para as mulheres que já tinham filhos/as, pois a situação proposta por aquela metodologia, de acionar uma equipe e a possibilidade de se ter um *parto normal* nestes moldes suscitava algo de novo para as mulheres que presenciei nas rodas.

Ao perceber que o relato nas rodas tinha características semelhantes, mesmo em rodas coordenadas por diferentes profissionais e em locais diversos, explorei nas entrevistas com as coordenadoras como as mulheres acessavam às rodas, pois entendi que esta informação ajudaria a compreender porque os relatos eram tão parecidos. Segundo as entrevistadas, as mulheres que compareciam às rodas podiam ser gestantes clientes das profissionais que coordenavam, mulheres que descobriam a roda pela internet, gestantes que recebiam a indicação por outras mulheres que haviam parido com a equipe de parto ou com a presença da doula e ainda, mulheres que estavam com seus recém-nascidos e voltavam à roda para fazerem seus relatos para as outras mulheres. Considerando o momento da apresentação como uma metodologia mais adotada nos encontros, separei quatro experiências que destaquei na observação do campo, para trazer como exemplo das situações mais citadas pelas mulheres. Duas experiências são da Zona Sul e duas na Zona Norte.

Na roda da equipe de enfermagem e médicas obstetras da Zona Sul (23/09), uma gestante acompanhada do marido, que havia tido a primeira filha de parto cesárea se emocionou ao dizer que o dia do seu primeiro parto foi de muita angústia. Na sua fala, foi explicitada a pouca interação da médica com ela, pois ela não compreendeu o porquê de seu

parto ter sido uma cesárea no último momento, já que a avaliação era de *parto normal*. Seu relato exprimia uma ideia de que teria sido enganada pela profissional. O seu desejo, também compartilhado pelo marido, era por um *parto normal* sem o sentimento de angústia que exprimiu ter na primeira experiência.

Na roda de doulas na Zona Sul, uma das gestantes, acompanhada do marido, fez um relato que apontava um desentendimento também com o seu antigo médico obstetra. A gestante caracterizou de violenta a atitude do médico, que era de plano de saúde, em ter enviado por email um resultado alarmante sobre a condição de seu feto em um sábado, no dia em que ela estava no aniversário de um parente próximo. A gestante relatou que esta notícia a abalou o fim de semana inteiro e não conseguiu mais contato com o médico até a quarta-feira da semana seguinte, momento ao qual o médico explicou-a que o resultado era alarmante, mas que por outros motivos ela não pertencia ao risco previsto. A gestante disse ter sido esta circunstância o motivo de contratar uma doula, indicada por uma amiga. A profissional, que não estava presente no dia, a indicou para esta roda para poder se informar sobre *parto normal* e assistência médica no Rio de Janeiro.

Na roda de gestantes da enfermagem na Zona Norte, a gestante, acompanhada pelo marido, relatou que sofria de um problema hormonal e que precisou emagrecer para poder ficar grávida e ter *parto normal*. Quando engravidou, teve um sangramento e se consultou com sua médica ginecologista do plano para avaliar o estado de saúde dela e do feto. A gestante relatou que a avaliação da médica era para a realização de um parto cesárea. A gestante e seu marido relataram que foram buscar informações após esta avaliação e os dois desconfiaram do resultado, por isso buscaram na internet encontros como este das enfermeiras e concordaram em comparecer para poderem tirar dúvidas.

Na roda de gestante de doulas na Zona Norte (21/10), uma gestante, se apresentou e na sua fala relatou precisar de apoio, pois estava na cidade há pouco tempo e não tinha família/amizades para poderem informar a ela como era a assistência ao *parto normal* na cidade. Estava no quinto mês de gestação e tinha trocado de médico duas vezes, até que uma amiga do trabalho do marido tinha indicado um obstetra particular, sem plano, que fazia *parto normal* na maneira como ela estava desejando. Desta indicação da amiga de trabalho do marido ela procurou o médico e procurou na internet mais informações sobre *parto normal* no Rio de Janeiro, até que ela chegou na roda de gestantes daquele dia, a qual comparecia pela primeira vez.

Nas rodas de gestante não se observou a temática da intervenção no parto como sendo constitutiva da fala das mulheres presentes. Os exemplos acima foram pinçados dentre outras

falas, por trazerem um pouco das discussões nas rodas sobre *parto normal*, as mulheres que na maioria das vezes estão na primeira gestação, chegam nestes encontros através de alguns insucessos que encontraram com profissionais de planos de saúde. Em nenhuma das rodas as mulheres encontrei relatos sobre a assistência pré-natal pública, justamente porque o perfil das mulheres que frequentam estas rodas tem por primeiro caminho a busca por médicos do plano.

As falas das mulheres exprimiam um desacordo com a assistência privada e a busca por comparecer às rodas, tanto por indicação das profissionais já contratadas, quanto pelas informações que encontraram na internet, exprimem um desacordo com o atendimento dos profissionais de plano de saúde. Embora isto tenha aparecido com muita ênfase nos encontros, as profissionais interagiam com estes relatos no intuito de explicar algumas das situações que envolvem a assistência ao parto. Notou-se na interação da enfermagem obstétrica que as explicações pendiam mais para os procedimentos que caracterizam a assistência desta classe de profissionais explicando algumas questões do corpo e da gestação, bem como do momento do trabalho de parto para as mulheres e qual o posicionamento delas, enquanto profissionais, com relação às intercorrências do parto, não desconsiderando a avaliação médica obstetra. No caso das doulas, estas interagiam com a finalidade de fornecer informações sobre o cenário obstétrico no Rio de Janeiro, indicando sempre que as mulheres teriam que buscar informações sobre o *parto normal* para poderem encontrar nesta assistência aquilo que desejam enquanto *parto normal*.

As classes de profissionais entram de forma diferenciada no atendimento às mulheres que desejam o *parto normal*. No capítulo anterior vimos nos trechos das entrevistas que as profissionais trabalham a partir de questões que possuem relação com a prática de suas profissões, e que o enfoque nas intervenções envolve necessariamente uma disputa entre enfermagem obstétrica e medicina obstétrica. Esta disputa tem como características a assistência de saúde, de forma mais ampla, e a maneira como a medicina propõe a sua prática mediante os modelos de assistência. O debate recai sobre a medicina obstétrica, justamente por ser esta classe de profissionais que pode autorizar ou realizar muitas das intervenções citadas. No caso das rodas de gestantes, estas intervenções foram pouco comentadas, justamente pelo caminho das mulheres até chegarem a estas rodas ser diferenciado das mulheres que tem o parto em uma assistência pública.

As intervenções são mais encontradas na assistência pública e, menos na privada, pelo motivo que na assistência privada o número de cesarianas é altíssimo. Ou seja, não há necessariamente uma preocupação com a episiotomia (corte no períneo no momento do parto

pela vagina), pois a cesariana é uma cirurgia que é realizada com o corte no abdômen. De outro lado, as interações entre profissionais e mulheres nas rodas denota um outro lado da discussão. A vulnerabilidade das mulheres no momento do parto guarda uma relação tanto com a experiência em si, que pode oferecer risco, quanto na interação com a assistência, mesmo durante a gestação. Neste caso, podemos compreender que a insatisfação destas mulheres sai do âmbito individual, mas ganha uma discussão pública, em que o tratamento às gestantes e mulheres no momento do parto deva ser algo observado mediante os direitos reprodutivos.

É desta forma que o debate das intervenções deixa de ser um debate sobre os procedimentos adotados na área de saúde e ganha o campo dos direitos, ao ser intitulado como violência obstétrica. Na pesquisa, *Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado* (2010), foram entrevistadas, 2.365 mulheres e 1.181 homens no Brasil inteiro. Das entrevistadas que tiveram filhos (62%), o percentual de 25% é relativo às mulheres que relataram alguma violência durante o parto. Tesser et al (2015), traz um pouco a definição do que seja a violência obstétrica:

A expressão “violência obstétrica” (VO) é utilizada para descrever e agrupar diversas formas de violência (e danos) durante o cuidado obstétrico profissional. Inclui maus tratos físicos, psicológicos, e verbais, assim como procedimentos desnecessários e danosos – episiotomias, restrição ao leito no pré-parto, clister, tricotomia e ocitocina (quase) de rotina, ausência de acompanhante – dentre os quais destaca-se o excesso de cesarianas, crescente no Brasil há décadas, apesar de algumas iniciativas governamentais a respeito (TESSER ET AL, 2015, p.2)<sup>63</sup>.

Os procedimentos apresentados acima podem ser explicados no quadro apresentado pelo estudo de Diniz et al (2015):

---

<sup>63</sup> Grifo dos autores.

Quadro 6 - Categorias, direitos e exemplos de violência obstétrica

Categorias de desrespeito e abuso	Direitos correspondentes	Exemplos de situações de violência obstétrica
Abuso físico	Direito a estar livre de danos e maus tratos	Procedimentos sem justificativa clínica e intervenções "didáticas", como toques vaginais dolorosos e repetitivos, cesáreas e episiotomias desnecessárias, imobilização física em posições dolorosas, prática da episiotomia e outras intervenções sem anestesia, sob a crença de que a paciente "já está sentindo dor mesmo"
Imposição de intervenções não consentidas; intervenções aceitas com base em informações parciais ou distorcidas	Direito à informação, ao consentimento informado e à recusa; direito a ter escolhas e preferências respeitadas, incluindo a escolha de acompanhantes durante o atendimento	Realização da episiotomia em mulheres que verbalmente ou por escrito não autorizaram essa intervenção; desrespeito ou desconsideração do plano de parto; indução à cesárea por motivos duvidosos, tais como superestimação dos riscos para o bebê (circular de cordão, "pós-datismo" na 40ª semana, etc.) ou para a mãe (cesárea para "prevenir danos sexuais", etc.); não informação dos danos potenciais de longo prazo para os nascidos por cesariana (aumento de doenças crônicas, entre outros)
Cuidado não confidencial ou não privativo	Direito à confidencialidade e privacidade	Maternidades que mantêm enfermarias de trabalho de parto coletivas, muitas vezes sem um biombo separando os leitos, e que ainda alegam falta de privacidade para justificar o desrespeito ao direito a acompanhante
Cuidado indigno e abuso verbal	Direito à dignidade e ao respeito	Formas de comunicação desrespeitosas com as mulheres, subestimando e ridicularizando sua dor, desmoralizando seus pedidos de ajuda; humilhações de caráter sexual, do tipo "quando você fez você achou bom, agora está aí chorando"
Discriminação baseada em certos atributos	Direito à igualdade, à não discriminação e à equidade da atenção	Tratamento diferencial com base em atributos considerados positivos (casada, com gravidez planejada, adulta, branca, mais escolarizada, de classe média, saudável, etc.), depreciando as que têm atributos considerados negativos (pobre, não escolarizada, mais jovem, negra) e as que questionam ordens médicas
Abandono, negligência ou recusa de assistência	Direito ao cuidado à saúde em tempo oportuno e ao mais alto nível possível de saúde	Abandono, negligência ou recusa de assistência às mulheres que são percebidas como muito queixosas, "descompensadas" ou demandantes, e nos casos de aborto incompleto, demora proposital no atendimento a essas mulheres, com riscos importantes a sua segurança física
Detenção nos serviços	Direito à liberdade e à autonomia	Pacientes podem ficar retidas até que saldem as dívidas com os serviços; no Brasil e em outros países, surgem relatos de detenções policiais de parturientes

Fonte: Diniz et al (2015, p. 3).

No Estado de Santa Catarina a proteção de gestantes contra a violência obstétrica desde o ano passado se configura como a Lei 17.097/2017, a qual são listadas medidas de proteção às gestantes em meios informativos nas unidades de saúde para o conhecimento do que seja a violência obstétrica. A lei coincide com as temáticas que estão listadas acima por Diniz et al (2015). A violência obstétrica, conforme os autores acima trabalham envolve questões da assistência no público, quanto no privado.

Um das questões que poderia minimizar as violências obstétricas, segundo as recomendações do estudo de Tesser et al (2015) seria a realização do plano de parto durante o período de pré-natal. Esta construção poderia ajudar às gestantes a conhecerem as questões que envolvem o parto normal e poderia também subsidiar posturas mais autônomas sobre o que seria considerado uma intervenção necessária no trabalho de parto e aquilo que poderia ser considerado como violência obstétrica. Os autores apenas indicam que esta construção deve ser realizada de forma a coadunar-se com os direitos das mulheres, para não se tornar mais um procedimento sem valor:

Pode-se discutir que as mulheres atualmente sejam mais permissíveis a condutas médicas desnecessárias e que algumas até as desejem, por terem introjetado culturalmente um modelo de assistência que é oferecido de forma hegemônica. Cabe



lembrar que, mesmo com o modelo vigente, a maioria das brasileiras não prefere a cesariana para o nascimento de seus filhos e supõe-se que ninguém deseje ou anseie por procedimentos dolorosos e ineficazes. Uma vez informadas sobre possíveis alternativas e direitos, supõe-se que as mulheres não somente optariam, mas também lutariam por uma assistência obstétrica com garantias de integridade física e emocional para si e para seus bebês. É importante que se esclareça que refletir sobre e escrever um plano de parto não garante o cumprimento, pelo serviço de atenção ao parto, daqueles desejos. Na atual conjuntura é provável que a reação dos profissionais não seja receptiva. Uma das possíveis desvantagens do plano de parto é, justamente, o aumento da tensão e de conflitos entre provedores e mulheres e a criação de uma atmosfera de desconfiança entre os envolvidos. Outra desvantagem citada é que aumenta a insatisfação das mulheres ao não conseguirem ter a assistência ou o parto que planejaram. Porém, quanto mais as mulheres requisitarem atendimento digno mais difícil será que se perpetue a atual situação. Destaca-se que a elaboração de planos de parto deve ser estimulada por equipes que acreditem nas evidências e nos direitos das mulheres, ou corre-se o risco de se transformar tal proposta em mais um papel a ser preenchido de forma acrítica, burocrática e sem valor (TESSER ET AL, 2015, p.7).

O plano de parto indicado pelos autores é como um instrumento que pode salvaguardar as mulheres e é incentivado pelo Ministério da Saúde, através do documento Diretrizes Nacionais para o Parto Normal (2017). Segundo Suarez-Cortés et al (2015), o plano de parto é largamente utilizado na Europa desde a década de 1990, sendo proposto como instrumento de salvaguarda das mulheres contra intervenções desnecessárias, em 1980, pela antropóloga e ativista do parto Sheila Kitzinger nos Estados Unidos.

No plano de parto sugerido por Tesser et al (2015) encontramos algumas indicações interessantes: detalhar os atendimentos, procedimentos que as mulheres desejariam ser realizados durante o trabalho de parto e aqueles não recomendados e, ainda, fazer o planejamento para o deslocamento para a maternidade. Sobre o posicionamento dos autores a respeito das questões que envolvem a violência obstétrica, acredito que mereça um reflexão um pouco mais aprofundada sobre a atitude das mulheres com relação ao atendimento na assistência, por meio do instrumento plano de parto.

Retomando a discussão de Kergoat (2010) e analisando a problemática do tratamento oferecido às mulheres gestantes durante a gestação e parto podemos elucidar alguns pontos que dizem respeito às mulheres e assistência que Tesser et al (2015) destacam. No caso das rodas de gestantes observadas, as mulheres encontram espaço para poderem relatar insatisfações com a assistência antes de chegarem a estas rodas. Seus relatos vão dizer de questões que podem ou não se encaminhar para a realização de cesáreas por médicos de plano de saúde. Identifica-se nestes relatos a ausência de falas sobre as intervenções, sendo estas pontuadas por vezes na roda pelas profissionais. No entanto, as intervenções no parto ocorrem na assistência pública muitas vezes. O que possibilita pensar uma relação maior das mulheres usuárias desta assistência passarem por estes procedimentos que as mulheres que estão na

assistência pública. O *parto normal* neste caso, conta com as intervenções através da sua negação, ao ter um parto, mulheres de classe média pagam por serviços que tem como primazia a não realização destes procedimentos.

Entendendo que as intervenções podem ser violência obstétrica quando não levam em conta o consentimento das mulheres e o respeito à sua condição na gestação e parto, as mulheres que passam pelo serviço público tem uma possibilidade maior que as mulheres do privado em entrar em contato com esta realidade. A situação no privado encaminha-se para outro campo, entendendo que a realização de um procedimento durante a gestação e parto sem consentimento das mulheres e sem o respeito à sua condição, é uma violência obstétrica, as mulheres que acessam o privado possuem maior possibilidade de passar por uma violência obstétrica, na indução e realização de cesáreas sem fundamentações necessárias, no meio privado.

Observa-se que nos dois lados as mulheres estão sob caminhos distintos, porém utilizando as mesmas chaves conceituais para compreender o respeito ou não aos direitos reprodutivos. O que se pode se apreender neste processo é que a experiência do parto, principalmente, para as mulheres é uma experiência de muitos riscos para a sua condição social, menos que biológica. Social, levando-se em consideração que há um repertório de práticas que trabalham a construção do sujeito mulher como sendo passível de subjugação e discriminação. Podemos pensar em um risco real, mediante os dados estatísticos levantados nesta pesquisa, que as mulheres encontram muita dificuldade de terem, seja em qualquer uma das assistências, desrespeitados os seus direitos. Desta maneira, é que retomo o quanto é desigual com a situação das mulheres que vão parir, o entendimento de que deveria partir delas a reivindicação dos seus direitos no momento do parto, pois este momento é justamente aquele que elas deveriam estar sob uma assistência que respeitasse as questões que envolvem a experiência material de parir. No entanto, do ponto de vista da base a qual esta análise se propõe, aponto que, o risco maior não é a ocorrência de complicações durante o parto, mas sim a o desrespeito aos direitos reprodutivos.

Assim, não está nas mulheres o principal mecanismo de mudança que engloba uma assistência que respeite seus direitos, porque no caso da saúde, não se trata de um serviço a ser prestado, mas de um direito a ser salvaguardado. Cabe ressaltar que, mesmo que haja um embate argumentativo no que tange às questões sociais na esfera pública, empurrando para mudanças a corresponder às demandas sociais, o acesso às esferas de decisão neste processo é fundamental para que não se esgotem as possibilidades das mudanças em debates que não

modificam a estrutura e direcionamento das políticas públicas. Sobre o conceito de esfera pública em Habermas (1997):

Para preencher sua função, que consiste em captar e tematizar os problemas da sociedade como um todo, a esfera pública política tem que se formar a partir dos contextos comunicacionais das *peçoas virtualmente atingidas*. O público que lhe serve de suporte é recrutado entre a totalidade de pessoas privadas. E, em suas vozes díspares e variadas, ecoam experiências biográficas causadas pelos custos externalizados (e pelas disfunções internas) dos sistemas de ação funcionalmente especializados - causadas também pelo aparelho de Estado, de cuja regulação dependem os sistemas de funções sociais, que são complexos e insuficientemente coordenados. Sobrecargas desse tipo acumulam-se no mundo da vida [...] Afora a religião, a arte e a literatura, somente as esferas da vida “privada” dispõem de uma linguagem existencial, na qual é possível *equilibrar, em nível de uma história de vida*, os problemas gerados pela sociedade. Os problemas tematizados na esfera pública política transparecem inicialmente na pressão exercida pelo sofrimento que se reflete no espelho de experiências pessoais de vida. E, na medida em que essas experiências encontram sua expressão nas linguagens da religião, da arte e da literatura, a esfera pública “literária”, especializada na articulação e na descoberta do mundo, entrelaça-se com a política (HABERMAS, 1997, p.97)

A ideia de consenso ligado à democracia se faz presente na teoria habermasiana e isso é contestado por algumas pensadoras feministas que incidem as suas críticas na maioria das vezes sobre a possibilidade de se chegar a esse consenso mediante as relações de poder presentes no espaço público e da dificuldade que atores e atrizes marginalizados/as possam enfrentar em entrar em um debate argumentativo e racional. Isso não contradiz que muitas dessas pensadoras, como Iris Young e Nancy Fraser partem das reflexões habermasianas para expandir esse modelo na inclusão das mulheres e outros grupos marginalizados no sistema democrático.

A ideia de relacionamento entre sociedade civil e Estado se baseia para Young (2002) na possibilidade de ampliar através dos mecanismos do Estado agendas próprias dos movimentos. Caberia ao Estado ser um regulador desses processos e amplificador de demandas da sociedade civil, e isso aconteceria de duas formas: uma pela participação e geração de debates na esfera pública política, e outro pela representação política. No caso das mulheres, Young (2002), acrescenta muito para a vocalização das reivindicações quanto para a extensão de políticas que anseiam por transformar os problemas encontrados na esfera privada em soluções de âmbito público.

Temas como a violência contra as mulheres, sejam elas quais forem, não podem ser resolvidos somente por entidades autônomas e ações micro, pois o seu alcance deve passar por mudanças de paradigmas e ações que somente o Estado pode incorporar. A necessidade da representação no processo democrático substantivado é dada nesse sentido, pela introdução de novas agendas e também como forma de circularem temas tão pertinentes para grupos

específicos como as mulheres. A aliança entre representação e participação é fundamental, porque estes grupos, na esfera pública pressionam para o levantamento de agendas que possam ser atendidas pelos canais de comunicação do Estado com a sociedade e também na representação, trazendo para essa arena um debate levantado pela sociedade civil. Assim é, que neste processo de busca por *partos normais* sem intervenções ou não violentos, o sistema público deveria ser o canal mais fortalecido, na implementação das políticas públicas de assistência ao parto já existente e que levam em consideração os aspectos analisados, baseados nos direitos reprodutivos.

Apesar disso, reforço que, a partir do que foi analisado nesta pesquisa, que a assistência ao parto tanto por meio privado quanto público caminham a passos lentos nas questões que envolvem os direitos das mulheres, principalmente ao acesso à informação e autonomia sobre o parir. Nos dois casos, não me parece que este processo de mudança seja mais ou menos acelerado somente com a atitude das mulheres no momento de parir, tanto no público quanto no privado. As mulheres que vão parir teriam que contar não com o enfrentamento, mas com o acolhimento, pois a responsabilidade da assistência recai sobre as/os profissionais que as atendem.

A opção de parir no privado, conforme observado no Rio de Janeiro, confere algum respaldo de serem salvaguardados os direitos das mulheres, porém ainda limitado, não somente pelo seu alcance de mercado, mas pela quantidade de mulheres que não estarão dentro de seu raio e estratégias de ação. Ainda assim, o surgimento destas iniciativas reflete uma atitude de profissionais que desejam algo a mais nesta assistência tanto no público quanto no privado, desejam que suas práticas sejam compatíveis aos direitos das mulheres e estejam à disposição daquelas que são os sujeitos do cuidado.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo da pesquisa era conhecer o discurso do *parto normal* na cidade do Rio de Janeiro, seu contexto de assistência e as estratégias argumentativas para sua destacada atenção na rede social. Ao buscar como este discurso se constituía no cenário obstétrico carioca, percorremos um caminho longo.

As ideias centrais que norteiam a concepção de *parto normal*, nesta pesquisa, encontram-se na autonomia das mulheres e na construção dos seus direitos enquanto sujeitos. Para a compreensão deste processo foi preciso conhecer antes os elementos históricos que constituíram a luta pela cidadania feminina. As mulheres foram durante muito tempo na história consideradas como sujeitos dependentes. Através da maternidade é que foram reconhecidas antes de terem os seus direitos garantidos. A maternidade ao mesmo tempo em que era um discurso que pesava sobre os ombros femininos, foi a porta de entrada que as feministas do início do século passado abriram para poderem adentrar ao discurso público. Isto, no entanto, não foi a regra para todas, as mulheres mais pobres continuaram trabalhando fora em condições socialmente muito distintas das mulheres de classes altas.

Neste processo é que vemos a institucionalização do parto ganhar corpo, entendendo que a assistência às mais pobres era também um reforço na sua condição de mães. O processo de institucionalização da reprodução do parto aos poucos foi tirando de cena as parteiras e passou a ser assistido por equipes médicas. A isto se reforça o crescimento do discurso cientificista normatizando corpos e relações, oferecendo visões de mundo atrelando os comportamentos sociais das mulheres com fenômenos biológicos.

Conforme vimos no segundo capítulo, a guinada nesta visão sobre os direitos das mulheres, se deu no processo de redemocratização da década de 1980. É importante ressaltar que a redemocratização envolveu diferentes atores e atrizes da sociedade civil, principalmente as mulheres feministas para o seu pleito. Os anos de autoritarismo da ditadura civil-militar (1964-1985) representaram também para as mulheres uma assistência muito pautada autoridade do discurso médico, isto por meio de um modelo de assistência que se primava mais na utilização da tecnologia do que na escuta dos sujeitos alvos do cuidado. A criação do SUS e, posteriormente, do movimento da humanização do parto nos serviços públicos de saúde, podem ser considerados como marcos democráticos na discussão de saúde e assistência no país. Ainda, assim, o acesso aos direitos reprodutivos por parte das mulheres, encontram

desafios que dizem muito como a assistência ao parto acontece na prática dos serviços. As mulheres no sistema público enfrentam a realidade de mortes maternas e partos violentos e as mulheres no privado lidam com partos cesáreas que violam as suas expectativas sobre como querem encarar esta experiência.

A assistência no Rio de Janeiro não foge a estes desafios. Vimos que há apenas uma única região, Zona Sul, da cidade em que as estatísticas apontam uma melhor qualidade de vida, ainda que no âmbito da assistência ao parto encontremos nesta região alto percentual de partos cesárea. Ao passo que nas regiões com níveis mais baixos de qualidade de vida, Zona Norte e Oeste, encontramos altos percentuais de parto pela via vaginal. As desigualdades são visíveis, inclusive com relação à assistência ao parto. No entanto, nas três regiões pode-se supor de que estes partos não sejam de todo realizados sob a perspectiva dos direitos reprodutivos das mulheres. Para isto, podemos comparar o percentual alto de partos cesáreas com as altas taxas altas de mortalidade materna. Ambos sinalizam que há problemas nesta assistência.

As mulheres ao mesmo tempo em que se separam pelas suas condições sociais - há que se levar em conta inclusive que nas regiões da Zona Norte e Oeste da cidade há uma probabilidade delas maior de morrerem no momento do parto, do que na Zona Sul - se encontram sob a opressão de terem partos que possivelmente vão violar seus anseios e/ou corpos. O entendimento do discurso do *parto normal* começa por esta constatação, as mulheres não encontram, majoritariamente, na assistência ao parto atual os serviços que atendem aos seus direitos.

Com relação à autonomia e aos direitos reprodutivos, cabe a ressalva que este estudo reconhece no Estado o principal agente de mudanças a este cenário, pois o reforço em políticas públicas que atendam aos direitos reprodutivos para a realização do parto é prioritária, no sentido de oferecer maiores opções em serviços às mulheres para parirem. As mudanças a que o *parto normal* enquanto discurso propõe, é a quebra de paradigmas das duas assistências e, podemos, ainda vislumbrar que, é também a quebra das expectativas de que uma assistência calcada inteiramente no particular oferecerá um serviço de maior qualidade que na assistência pública. Esta afirmação pode ser feita levando-se em consideração que as referências primárias para a assistência ao *parto normal* vieram do serviço público.

A implementação dos princípios já existem relacionados à humanização do atendimento e da assistência na rede pública de saúde, podem ser o caminho mais próximo a oferecer uma assistência que leva em conta as questões do *parto normal*. Apesar deste processo, a pesquisa leva a acreditar que as mulheres que terão acesso ao *parto normal* serão

aquelas que possuem os valores e condições suficientes para pagar uma assistência nestes moldes no privado, ou seja, um público muito restrito.

Com relação ao que foi analisado nas entrevistas e na observação das rodas, sobre o *parto normal*, as discussões que o baseiam possuem relação com as profissionais que compõem este cenário na assistência. Estas profissionais trazem especificidades no atendimento que agregam à categoria *parto normal* significados relevantes a serem considerados analisando a assistência como um todo. Podemos destacar a presença da enfermagem obstétrica na assistência ao parto como uma classe de profissionais que pode diminuir a tensão entre intervenções e consentimento das mulheres no momento do parto. No caso da medicina obstétrica, destaca-se a relevância em perceber que a sua assistência se compõe a um cenário, dentre outras profissionais e a própria mulher que dividem a experiência no momento do parto. No caso das doulas, percebe-se que o seu trabalho, ainda passível de regulamentação, se aproxima mais de uma assistência do cuidado, na leitura desta análise, do que de uma profissional de saúde. Este aspecto diz do suporte emocional que se compõe a experiência do gestar e parir.

No caso das rodas de gestantes, observa-se que o acesso aos serviços marca as questões desiguais que relacionam gênero, classe e raça na assistência. No caso, os marcadores sociais considerados como chave destas relações são: a idade das gestantes que frequentam as rodas, a escolaridade e o acesso à renda. A combinação encontrada nas rodas de gestante a partir destes marcadores levou à conclusão de se observar mais mulheres brancas do que negras. Ainda assim, as questões de gênero trabalhadas a partir do discurso do *parto normal* traduzem em si os problemas que as mulheres de uma forma geral passam durante a assistência. O que se evidencia neste processo é que estes fatores combinados podem sugerir que no discurso do *parto normal* no privado, as mulheres mais pobres e negras não consigam ter acesso a estas discussões. Por este motivo que a pesquisa aponta para a implementação das políticas públicas já existentes sobre a humanização do parto como a possibilidade de se eliminar os gargalos, inclusive sociais, desta assistência.

Com relação à temática da violência obstétrica, encontrada nas rodas de gestantes, o presente estudo situa os relatos como uma consequência do atendimento que as duas assistências oferecem para as mulheres que entram em contato. As mulheres veem nas rodas de gestantes uma forma de compartilharem estas experiências, ao passo que as profissionais identificam nestas interações a forma de exprimir o discurso do *parto normal* postulando a autonomia sobre parir como fundamento de suas práticas.

Como o estudo centrou mais a sua análise na assistência ao parto, as questões relativas à maternidade foram subsumidas na discussão da autonomia das mulheres, sob a lente dos estudos feministas que trabalham a perspectiva da divisão sexual do trabalho e o cuidado nas relações sociais. O arcabouço teórico que estes estudos ofereceram permitiu alargar a concepção dos direitos reprodutivos com a inserção de temáticas ligadas à maternidade. O conceito de consubstancialidade de Daniele Kergoat, ofereceu suporte teórico para se pensar os entrecruzamentos entre as questões de gênero, classe e raça numa perspectiva emancipatória, considerando, para isso, os horizontes possíveis na assistência que atrelam o respeito aos direitos reprodutivos no respeito ao parir.

Por fim, o discurso do *parto normal*, de acordo com o que foi trabalhado nesta pesquisa, é um discurso que se pretende discutir as bases da assistência ao parto no Rio de Janeiro, refletindo-se, assim, na análise da assistência ao parto no contexto brasileiro. Alguns pontos da pesquisa foram deixados de fora nesta análise, como o aspecto altamente subjetivo que esta experiência é expressa principalmente nas fotos e vídeos autorais de parto que encontrei na rede social do Facebook. A análise destas fontes se encaminharia para um estudo distinto deste, mas gostaria de enfatizar que estas formas de expressão do parto e das subjetividades fazem refletir sobre os sentidos de uma assistência que não se baseia sob a perspectiva dos direitos reprodutivos. Segue-se como uma sugestão para análises futuras.

A conquista dos direitos das mulheres na prática é ainda caminhada longa, mas, com o material que entrei em contato neste estudo, acredito que não possa ser pensada sem que se reflita o quanto as mulheres necessitam ser reconhecidas enquanto sujeitos livres, potentes de seus corpos e suas vidas.



## REFERÊNCIAS

AMARAL, Camila Manni. “Se não fosse a internet, eu tinha ido pra faca”: Considerações sobre ciberespaço e parto “humanizado”. *Revista Ensaios*, Niterói, v.8, janeiro/junho. 2015.

ARAÚJO, C.; GAMA, A. S., (Org.). *Entre a casa e o trabalho: gênero e família no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: ABE Graph, 2017.

BADINTER, E. *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BARBOSA et al. Parto cesáreo: quem o deseja? Em quais circunstâncias?. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 19(6):1611-1620, nov./dez, 2003.

BARRETO, Maria Renilda Nery. Pro Matre: arquivo e fontes para a história da maternidade no Rio de Janeiro. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 18, p. 295-301, dez, 2011.

BEAUVOIR, S. *O segundo Sexo*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2009. 2ed.

BITTENCOURT et al. Estrutura das maternidades: aspectos relevantes para a qualidade da atenção ao parto e nascimento. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 30 Sup: S208-S219, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. *Formação e intervenção / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 20/09/1990.

\_\_\_\_\_, Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. 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. *Diário Oficial da União*, Brasília, 07/04/2005.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais. Centro de Documentação. *Caderneta da Gestante*. Brasília, 2014.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais. Centro de Documentação. *Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal*. Brasília, 2017.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais. Centro de Documentação. *Humanização do Parto*. Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. Brasília, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais. Centro de Documentação. *Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher: Bases de Ação Programática*. Brasília, 1984.

\_\_\_\_\_, Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. *Instrumentos Internacionais de Direitos das Mulheres*. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2006. 260p. (Série Documentos), 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Manual dos comitês de mortalidade materna / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas*. – 3. ed. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2015.

BRÜGGEMANN et al. Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, pp.1316-1327, set./out, 2005.

CAMPOS, Tatiana, Pacheco, CARVALHO, Marília Sá. Assistência ao Parto no Município do Rio de Janeiro: perfil das maternidades e acesso da clientela, *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 16(2):411-420, abr./jun, 2000.

CARNEIRO, Rosamaria. Feminismos e maternidades: (des)encontros e (re)significados Subjetividades maternas e feministas em questão. *Anais do XXVI Simpósio Nacional de História – ANPUH*, São Paulo, julho, 2001.

CARRASCO, C. A Sustentabilidade da Vida Humana: um assunto de mulheres? In: FARIA, N.; NOBRE, M.. *A Produção do Viver*. São Paulo: Sempreviva Organização feminista – SOF, 2003.

CASTRO, M. R. *Ressignificando-se como mulher na experiência do parto: experiência de participantes de movimentos sociais pela humanização do parto*. 2014. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

CHODOROW, N. *The Reproduction of Mothering*. Berkeley: University of California Press, 1978.

COOK, R. J., DICKENS, B., M., FATHALLA, M., *Saúde reprodutiva e direitos humanos*. Rio de Janeiro: CEPIA, 2004.

CORREA, S., ALVES, J. E. D., JANNUZZI, P. M. Direitos e saúde sexual e reprodutiva: marco teórico-conceitual e sistema de indicadores. In. CAVENAGHI, S. (Org.). *Indicadores municipais de Saúde Sexual e Reprodutiva*. ABEP. Brasília: UNFPA, 2006.

CORREA, S., JANUZZI, P. M., ALVES, J. E. D. *Direitos e Saúde Sexual e Reprodutiva: Marco Teórico-Conceitual e Sistema de Indicadores*. UNFPA-Brasil, 2003.

COSTA, Ricardo César da Rocha. Descentralização, Financiamento e Regulação: A Reforma do Sistema Público de Saúde no Brasil durante a Década de 1990. *Revista de Sociologia e Política*, Curitiba, n. 18, pp.49-71, jun, 2002.

COSTA, Suely Gomes. Proteção social, maternidade transferida e lutas pela saúde reprodutiva. *Estudos Feministas*, Florianópolis, p. 301, 2002.

DELPHY, Cristine. O inimigo principal: a economia política do patriarcado. *Revista Brasileira de Ciência Política*, Brasília, nº17, p. 99-119, maio/ago. 2015.

D'INCAO, M. A. Mulher e família burguesa. In: PRIORE, M. D., PINSKY, C.B. *A História das Mulheres no Brasil*. Rio de Janeiro: Contexto, 2018.

DIAS, Acácia Batista, AQUINO, Estela Maria. Maternidade e paternidade na adolescência: algumas constatações em três cidades do Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, p.1447-1458, jul., 2006.

DIAS, Marcos Augusto Bastos, DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2005, p.669-705.

\_\_\_\_\_, et al. Trajetória das mulheres na definição pelo parto cesáreo: estudo de caso em duas unidades do sistema de saúde suplementar do estado do Rio de Janeiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, p.1521-1534, 2008.

DINIZ, Carmem Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, p. 627 -637, 2005.

\_\_\_\_\_, et al, Violência Obstétrica Como Questão para a Saúde Pública no Brasil: Origens, Definições, Tipologia, Impactos sobre a Saúde Materna, e Propostas para sua Prevenção. *Journal of Human Growth and Development*. São Paulo, p.377-376, 2015

D'ORSI, E. et al. Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. Rio de Janeiro, *Cad. Saúde Pública*, 2014,

ELIAS, N., *O Processo Civilizador*. v.1. Rio de Janeiro: Zahar, 2011.

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA, *Projeto Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre parto e nascimento*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.

FAÚNDES, Aníbal, CECATTI, José Guilherme, A Operação Cesárea no Brasil. Incidência, Tendências, Causas, Conseqüências e Propostas de Ação. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, p. 150-173, abr/jun, 1991.

FERREIRA JUNIOR, A. R., *Profissionalização invisível: formação e trabalho de doulas no Brasil*. 2014. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2014.

FONSECA, C. Ser mãe, mulher e pobre. In: PRIORE, M. D., PINSKY, C.B. *A História das Mulheres no Brasil*. Rio de Janeiro: Contexto, 2018.

FOUCAULT, M. *A Arqueologia do saber*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010.

FREIRE, Maria Marthade Luna. ‘Ser mãe é uma ciência’: mulheres, médicos e a construção da maternidade científica na década de 1920. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.15, p.153-171, jun. 2008.

FREITAS, Patrícia de, “A mulher é seu útero”. A criação da moderna medicina feminina no Brasil. *Antíteses*, Londrina, vol. 1, p. 174-187, enero/junio, 2008.

GAMA ET AL., Percepções sobre o papel das políticas públicas relacionadas ao trabalho e à vida familiar. In: ARAÚJO, C., GAMA, A. S., (Org.). *Entre a casa e o trabalho: gênero e família no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: ABE Graph, 2017.

GIDDENS, A. *As Consequências da Modernidade*. São Paulo: Editora UNESP, 1991.

GIFFIN, K., COSTA, S. H. (Org.). *Questões de Saúde Reprodutiva*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

GILLIGAN, C., *In a Different Voice*. Cambridge: Harvard University Press, 1982.

GIL, A.C., *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Atlas, 2008.

GODOY, Arilda Schimidt. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. *Revista de Administração de Empresas*. São Paulo, 1995.

GOMES, Carla., SORJ, Bila, Corpo, geração e identidade: a Marcha das vadias no Brasil. *Revista Sociedade e Estado*, Brasília, vol. 29, maio/agosto 2014.

GONÇALVES, E., PINTO, J. P., Reflexões e problemas da “transmissão” intergeracional no feminismo brasileiro. *Cadernos Pagu*, Campinas, p.25-46, janeiro/junho de 2011.

GUEDES, Moemade Castro, ALVES, José Eustáquio Diniz. A população feminina no mercado de trabalho entre 1970- 2000: particularidades do grupo com nível universitário, *XIV Encontro Nacional de Estudos Populacionais*, ABEP, Caxambú, 2004.

\_\_\_\_\_, Mulheres de alta escolaridade: repensando a relação entre maternidade e mundo do trabalho, *XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais*, ABEP, Caxambú, 2008.

\_\_\_\_\_, Percepções sobre o papel do Estado, trabalho produtivo e trabalho reprodutivo: uma análise do Rio de Janeiro, *Cadernos Pagu*, Campinas, 2016.

HIRATA, Helena. Gênero, classe e raça, Interseccionalidade e consubstancialidade das relações sociais. *Tempo Social, Revista de Sociologia da USP*, São Paulo, v. 26, n. 1. 2014.

HIRATA, H., GUIMARÃES, N., A. (orgs.), *Cuidado e cuidadoras: As várias faces do trabalho do care*. São Paulo: Atlas, 2012.

\_\_\_\_\_, KERGOAT, Daniéle. Novas configurações da divisão sexual do trabalho. *Cadernos de Pesquisa*, São Paulo, vol. 37, p. 595-609, set/dez, 2007.

HABERMAS, J. *Direito e Democracia: entre efetividade e validade*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1997 .Vol. II.

HIRSCH, Olívia Nogueira, O parto “natural” e “humanizado” na visão de mulheres de camadas médias e populares no Rio de Janeiro. *Civitas*, Porto Alegre, v. 15, n. 2, p. 229-249, 2015.

\_\_\_\_\_, *Parto Natural, Parto Humanizado: perspectivas de mulheres de camadas populares e médias*. 2011. Tese (Doutorado em Antropologia) – Departamento de Ciências Sociais, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

HOTIMSKY, Sonia. Nussenzweig; SCHRAIBER, Lilia Blima. Humanização no contexto da formação em obstetrícia. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, p. 639 -649, 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua, Acesso à Internet e à Televisão e Posse de Telefone Móvel Celular para Uso Pessoal*. IBGE: Rio de Janeiro, 2016.

INSTITUTO PEREIRA PASSOS – IPP, CAVALLIERI, F., LOPES, G., *Índice de Desenvolvimento Social (IDS) da Cidade do Rio de Janeiro (2000 – 2010), Notas Técnicas*. Rio de Janeiro, 2014.

KERGOAT, Danièle. Dinâmica e Consubstancialidade das Relações Sociais. *Novos Estudos, CEBRAP*, São Paulo, março, 2010.

\_\_\_\_\_, O Cuidado e as Imbricações nas Relações Sociais. In: ABREU, A. R., HIRATA, H., LOMBARDI, M. R. *Gênero e Trabalho no Brasil e na França*. São Paulo: Editora Boitempo, 2016.

LAQUEUR, T. *Inventando o Sexo: Corpo e gênero dos gregos a Freud*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001.

LEAL, Maria do Carmo, GAMA, Silvana Granado Nogueira. Nascer no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2014.

LEAL, M. C. et al. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2017.

LEÃO M. R. C et al, Reflexões sobre o excesso de cesarianas no Brasil e a autonomia das mulheres. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, p. 2395 -2400, 2013.

LIMA ,A. E. F. et al. Assistência ao parto após a implementação do Programa Cegonha Carioca: a perspectiva da enfermagem. *Revista Rede de Enfermagem do Nordeste*, Fortaleza, set./out, 2015.

LOPES, Antônio Alberto. Medicina Baseada em Evidências: a arte de aplicar o conhecimento científico na prática clínica. *RevAss Med Brasil*, São Paulo, p. 285-8 285, 2000.

MAIA, M. B., *Humanização do parto política pública, comportamento organizacional e ethos profissional*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010

MALTA, Renata Barreto, OLIVEIRA, Laila Thaíse Batista. Enegrecendo as redes: o ativismo de mulheres negras no espaço virtual. *Revista Gênero*, Niterói, v.16, n.2, p. 55 – 69, 2016.

MARTIN, E.A *mulher no corpo: uma análise cultural da reprodução*. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

MERCADANTE, O. A., Evolução das políticas e do sistema de saúde. In: FINKELMAN, J., (Org). *Caminhos da Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

MELO, Enirtes Caetano Prates, KNUPP, Virgínia Maria de Azevedo Oliveira. Mortalidade Materna no Município do Rio de Janeiro: Magnitude e Distribuição. *Esc Anna Nery Ver Enferm*. Rio de Janeiro, p.773-79, dez, 2008.

MENEZES, Daniela, et al., Avaliação da peregrinação anteparto numa amostra de puérperas no Município do Rio de Janeiro, Brasil, 1999/2001. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, p. 553-559, mar, 2006.

MENEZES, Paula et al., A Situação do Parto Domiciliar no Brasil. *Revista Enfermagem Contemporânea*, Salvador, p. 3-43, dez, 2012

MORSE, Marcia, et al., Mortalidade materna no Brasil: o que mostra a produção científica nos últimos 30 anos?. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, p. 623-638, abr, 2011.

MOUTA, Ricardo José de Oliveira, PROGIANTI, Jane Márcia. Estratégias de Luta das Enfermeiras da Maternidade Leila Diniz para Implantação de um Modelo Humanizado de Assistência ao Parto. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, p. 731-40, out./dez, 2009.

MOREIRA, R. C. C., Mulheres, Educação e Maternagem. *IX Seminário Nacional de Estudos e Pesquisas "História, Sociedade e Educação no Brasil"*, João Pessoa, 2012.

MOTT, Maria Luísa. Assistência ao Parto: do domicílio ao hospital (1830-1960). *Proj. História Revista do Programa de Estudos Pós-Graduados de História*, São Paulo, dez, 2002.

\_\_\_\_\_, Maternalismo, políticas públicas e benemerência no Brasil (1930-1945). *Cadernos Pagu*, Campinas, p.199-234, 2001.

MULLER, Elaine, PIMENTEL, Camila. Relatos da Partolândia: as narrativas em primeira pessoa e os novos sentidos possíveis para o parto. *Fazendo Gênero 10*, Florianópolis, 2013.

MULLER, Elaine, RODRIGUES, Laís, PIMENTEL, Camila. O tabu do parto: Dilemas e interdições de um campo ainda em construção. *Civitas*, Porto Alegre, v. 15, p. 272-293, abr./jun, 2015.

NAGAHAMA, Elisa Eriko Ishida, SANTIAGO, Silvia Maria. A institucionalização médica do parto no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, p.651-657, 2005.

NAKANO, Andreza, Rodrigues, BONAN, Claudia, TEIXEIRA, Luiz Antônio. Cesárea, aperfeiçoando a técnica e normatizando a prática: uma análise do livro *Obstetrícia*, de Jorge de Rezende. *História, Ciências, Saúde- Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.23, p.155-172, jan./mar, 2016

\_\_\_\_\_. O trabalho de parto do obstetra: estilo de pensamento e normalização do “parto cesáreo” entre obstetras. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, p. 415-432, 2017.

NERI, Marcelo, SOARES, Wagner, Desigualdade social e saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, p. 77-87, 2002.

OLIVEIRA, Gabriela Dias de, Nascer no Brasil: o retrato do nascimento na voz das mulheres. *RECIIS – Rev Eletron de ComunInflnov Saúde*, Rio de Janeiro, abr./jun, 2015.

PARENTE, Rafael Câmara Medeiros, et al., A história do nascimento (parte 1): cesariana. *Femina*, Rio de Janeiro, vol 38, setembro, 2010.

PEDROSA, M. Atenção Integral à Saúde da Mulher: desafios para implementação na prática assistencial. *Revista Brasileira Médica e Com.* v.1, n.3, out./dez, Rio de Janeiro, 2005.

PINTO, C. R. J. *Uma história do feminismo no Brasil*. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2003.

PRIORE, M. D. Magia e Medicina na Colônia: O Corpo Feminino. In: PRIORE, M. D., PINSKY, C.B., *A História das Mulheres no Brasil*. Rio de Janeiro: Contexto, 2018.

PROGIANTI, Jane Márcia, COSTA, Rafael Ferreira da. A negociação do cuidado de enfermagem obstétrica através das práticas educativas na Casa de Parto. *Esc Anna Nery Rev Enferm*, Rio de Janeiro, p. 789-92, dez, 2008.

RAGO, M., Feminismo e Subjetividade em Tempos Pós-Modernos. In: LIMA, C.C.; SCHMIT, S.P. (Org.). *Poéticas políticas feministas*. Florianópolis: Editora das Mulheres, 2004. p.31-41.

RATTNER, D., Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. *Interface, Comunicação, Saúde, Educação*, v.13, supl.1, p.759-68, 2009.

\_\_\_\_\_, et al. REHUNA – A Rede pela Humanização do Parto e Nascimento. *RevTempus Actas Saúde Col*, Brasília, v. 4, 2010.

REZENDE, Claudia. Corpo e emoção na (re) produção de vidas: uma análise da Revista da Gestante. *32º Encontro Anual da ANPOCS, GT 38 Subjetividade e Emoções*, Caxambu, 2008.

\_\_\_\_\_, Em torno da ansiedade: subjetividade, mudança e gravidez. *Interseções*, Rio de Janeiro, v. 14, p. 438-454, dez, 2012.

\_\_\_\_\_, Emoção, corpo e moral em grupos de gestante. *RBSE – Revista Brasileira de Sociologia da Emoção*, v. 11, p. 830-849, dezembro, 2012.

\_\_\_\_\_, Histórias de parto e a ultrassonografia como marco narrativo no Rio de Janeiro. *Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana*, Rio de Janeiro, p.7-24, dez, 2017.

\_\_\_\_\_, O parto em contexto, narrativas da gravidez entre gestantes no Rio de Janeiro. *Civitas*, Porto Alegre, v. 15, p. 214-228, abr./jun. 2015.

\_\_\_\_\_, Narrativas da gravidez entre gestantes no Rio de Janeiro. *29ª Reunião Brasileira de Antropologia*, Natal, 2014.

\_\_\_\_\_, Parentalidade, gênero e geração: algumas reflexões. In: ARAÚJO, C., GAMA, A. S., (Org.). *Entre a casa e o trabalho: gênero e família no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: ABE Graph, 2017.

\_\_\_\_\_, The Experience of Pregnancy, Subjectivity and social relations. *Vibrant*, Brasília, v.8, 2011.

\_\_\_\_\_, Um estado emotivo: representação da gravidez na mídia. *Cadernos Pagu*, Campinas, p. 315-344, janeiro/junho, 2011.

ROHDEN, F. *A construção da 'natureza feminina' no discurso médico Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

\_\_\_\_\_, *Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

RUDDICK, S., *Maternal Thinking: Towards a Politics of Peace*. Boston: Beacon Press, 1995.

SALEM, T., *O Casal Grávido*. Rio de Janeiro: FGV, 2007.

SAMARA, Eni de Mesquita, O que mudou na família brasileira? (Da colônia à atualidade). *Psicol. USP*, São Paulo, vol.13, 2002.

SANTOS, Magda Guadalupe, Categorias Epistemológicas em Simone De Beauvoir e Judith Butler. *SapereAude*, Belo Horizonte, v.5, p.335-380, 2014.

SCAVONE, Lucila. A maternidade e o feminismo: diálogo com as ciências sociais. *Cadernos Pagu*, Campinas, p.137-150, 2001.

SEIBERT, Sabrina, et al., Medicalização X Humanização: O Cuidado ao Parto na História. *Rev Enferm UERJ*, Rio de Janeiro, p. 245-51, 2005.

SENA, Lígia Moreiras, TESSER, Charles Dalcanale. Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de duas experiências. *Interface, Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, p. 209-20, 2017.

SILVA, Eliana Aparecida Torrezan. Gestação e preparo para o parto: programas de intervenção. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, p. 208-215, 2013.

SOIHET, R. Mulheres pobres e violência no Brasil urbano. In: PRIORE, M. D., PINSKY, C.B. *A História das Mulheres no Brasil*. Rio de Janeiro: Contexto, 2018.

SORJ, Bila. O Feminino como Metáfora da Natureza. *Estudos Feministas*, Florianópolis, 1992.



SOUZA, D. A., “*IlítiaCiborguiana*”: o parto ativo à luz da atuação de parteiras e doulas brasileiras nos meios digitais. Tese (Doutorado Ciências da Comunicação) – Universidade de Lisboa, Lisboa, 2018.

SOUZA, João Paulo. A mortalidade materna e os novos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (2016–2030). *Rev Bras Ginecol Obstet*, Ribeirão Preto, p. 549-51, 2015.

SUAREZ-CORTÉS, Maria, et al. Uso e influência dos Planos de Parto e Nascimento no processo de parto humanizado. Uso e influência dos Planos de Parto e Nascimento no processo de parto humanizado, *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, 2015.

TEMPESTA, Giovana Acacia, Trabalhando pelos bons vinculamentos: reflexões antropológicas sobre o ofício das doulas. *Anuário Antropológico*, UnB, Brasília, v. 43, p. 37-66, 2018.

TESSER, Charles et al. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. *Rev Bras Med Fam Comunidade*, Rio de Janeiro, 2015.

TORNQUIST, Carmem Susana, Armadilhas da Nova Era: Natureza e Maternidade no Ideário da Humanização do Parto. *Revista de Estudos Feministas*, Florianópolis, 2002.

\_\_\_\_\_, Humanização do parto: entrevista com Robbie Davis-Floyd. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, 2002.

\_\_\_\_\_, *Parto e Poder, O movimento pela humanização do parto no Brasil*. Tese (Doutorado Antropologia) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social/UFSC. Florianópolis, 2004.

THERBON, G. *Sexo e poder*. São Paulo: Contraponto, 2006.

TURNER, B. *Corpo e Sociedade*. São Paulo: Editora Ideias & Letras, 2014.

VALLADARES, D. P. Ações de Contracepção e Assistência ao Parto: a experiência do Rio de Janeiro. In: GIFFIN, K., COSTA, S. H. (Org). *Questões de saúde reprodutiva*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

VARGENS, Octávio Munizda Costa, PROGIANTI, Jane Márcia, O processo de desmedicalização da assistência à mulher no ensino de enfermagem. *Rev Esc Enferm, USP*, São Paulo, p.46-50, 2004.

VENÂNCIO, R. P. Maternidade Negada. In: PRIORE, M. D., PINSKY, C.B., *A História das Mulheres no Brasil*. Rio de Janeiro: Contexto, 2018.

VENTURA, M. *Direitos Reprodutivos no Brasil*. Brasília: Fundo de População das Nações Unidas- UNFPA, 2009.

VIANA, Rosane et al. Mortalidade Materna - uma abordagem atualizada. *Com. Ciências Saúde*, Brasília, p.141-152, 2011.

MARTINS, A. P. V. *Visões do feminino. A medicina da mulher nos séculos XIX e XX*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.

YOUNG, I. M. *Inclusion and democracy*. London: Oxford University Press, 2002.