

CONTESTAÇÃO
RITMADAS. NOTAS SOBRE
SIMBOLISMO DO ÚTIL
PRESENTE EM RELAÇÃO
DE PA

CONTESTAÇÕES
RITMADAS. NOTAS SOBRE O
SIMBOLISMO DO ÚTERO
PRESENTE EM RELATOS
DE PARTO

GIOVANA ACÁCIA TEMPESTA

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

CONTESTAÇÕES RITMADAS. NOTAS SOBRE O SIMBOLISMO DO ÚTERO PRESENTE EM RELATOS DE PARTO

Resumo

O ensaio focaliza aspectos do processo histórico de transformação da experiência de parto no Brasil presentes em relatos de parto de mulheres de camadas médias urbanas. Neste cenário, que emerge no horizonte da crescente medicalização da gestação e da luta contra a violência obstétrica, o parto humanizado, pensado como um “laboratório moral”, surge como uma experiência profunda de conexão. O campo etnográfico aponta para a configuração de novas subjetividades femininas, maternas e feministas, mediadas pela tecnologia leve manejada pelas doulas e também pelos grupos de apoio a gestantes, articuladas em um imaginário cultural contra-hegemônico, centrado na potência desestabilizadora das capacidades reprodutivas femininas.

Palavras-chave: parto, risco, dor, humanização, doula

CONTESTACIONES RITMADAS. NOTAS SOBRE EL SIMBOLISMO DEL ÚTERO EN RELATOS DE PARTO

Resumen

El ensayo se centra en aspectos del proceso histórico de transformación de la experiencia de parto en Brasil, presentes en relatos de parto de mujeres de capas medias urbanas. En este escenario, que emerge en el horizonte de la creciente medicalización de la gestación y de la lucha contra la violencia obstétrica, el parto humanizado, pensado como un “laboratorio moral”, surge como una experiencia profunda de conexión. El campo etnográfico apunta a la configuración de nuevas subjetividades femininas, maternas y feministas, mediadas por la tecnología ligera manejada por las doulas y también por los grupos de apoyo a gestantes, articuladas en un imaginario cultural contrahegemónico, centrado en la potencia desestabilizadora de las capacidades reproductivas femininas.

Palabras clave: parto, riesgo, dolor, humanización, doula

RHYTHMIC CONTESTATION. NOTES ON SYMBOLISM OF THE UTERUS PRESENT IN BIRTH REPORTS

Abstract

The paper focuses on aspects of the transforming historical process of the birthing experience in Brazil present in childbirth reports of urban middle class women. In this scenario, which emerges on the horizon of the increasing medicalization of pregnancy and the fight against obstetric violence, the humanized childbirth, thought as a “moral laboratory”, emerges as a profound experience of connection. The ethnographic field points to the configuration of new feminine, maternal and feminist subjectivities, mediated by the light technology managed by doulas and also by support groups for pregnant women, articulated in a counter-hegemonic cultural imagery, centered on the destabilizing power of female reproductive capacities.

Keywords: childbirth, risk, pain, humanization, doula

Giovana Acácia Tempesta
Universidade de Brasília

RESIGNIFICANDO A EXPERIÊNCIA DO PARTO

Neste ensaio serão apresentadas algumas reflexões sobre experiências de parto no Brasil contemporâneo, elaboradas a partir da leitura de relatos de parto publicados no sítio eletrônico do coletivo feminino *Parto do Princípio – Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa*,¹ complementados com meus próprios dados de campo².

Percebendo o útero como metáfora do movimento contemporâneo de resignificação da experiência do parto, abordarei mais detidamente um desses relatos de parto, sob inspiração da análise das metáforas científicas sobre os corpos das mulheres, realizada pela antropóloga Emily Martín (2006), bem como de monografias lidas no âmbito da disciplina “Antropologia do(s) Útero(s)” (Chazan 2007; Mattingly 2014), e em diálogo com os escritos de Rosamaria Giatti Carneiro (2014, 2015).

No referido *site* há 40 relatos classificados em: “parto normal hospitalar” (19 relatos), “parto em centro de parto normal” (01 relato), “parto domiciliar” (12 relatos), “parto desassistido” (1 relato, visualização indisponível) e “cesárea” (07 relatos). Em sua maioria, os partos ocorreram no início dos anos 2000, no interior do Estado de São Paulo, acompanhados por profissionais ligados a um mesmo grupo independente, defensor do “parto humanizado” (composto por médico obstetra, parteira, enfermeira obstetra e doula). Algumas mulheres escreveram mais de um relato sobre

partos diferentes. Os relatos são precedidos por uma introdução que se inicia com a frase “O Parto é uma Boa Hora!” e enfatiza a importância deste “começo” para o desenrolar da vida do bebê.

Após ler todos os relatos, considereei que um deles, o de Celina (nome fictício), agrega elementos presentes em todos os outros e os elabora de uma forma que me pareceu particularmente densa. Celina é pediatra neonatologista e teve uma cesárea sucedida por um parto domiciliar assistido por uma parteira e acompanhado por uma doula. Proponho que a análise do relato desta mulher, inserido no conjunto de relatos disponibilizados no citado *site* e composto com dados etnográficos provenientes de minha pesquisa com doulas que atuam no Distrito Federal, permite lançar luz sobre diversos componentes presentes no movimento em prol da “humanização” do parto e do nascimento no Brasil.

Dentre tais componentes, destaco os seguintes: o ideal de protagonismo feminino durante o parto (sintetizado por muitas ativistas da “humanização” do parto na palavra “empoderamento”), a busca de relações de cuidado simétricas e colaborativas, o peso das redes de apoio feminino na tomada de decisões durante o ciclo gravídico-puerperal, o acolhimento das emoções e dos fluidos corporais da mulher, o respeito aos ritmos individuais, o posicionamento da tecnologia a serviço das necessidades da mulher, a centralidade da experiência pessoal (que se expressa na própria existência e na divulgação dos relatos de parto) e a problematização da noção

hegemônica de que o ambiente hospitalar é o mais adequado e seguro para parir. Importa esclarecer que a pauta cultural da “humanização” do parto e do nascimento no Brasil integra um movimento mais amplo na área da saúde coletiva, cujas repercussões se fazem sentir desde os anos 1980. Trata-se de “um movimento instituinte do cuidado e da valorização da intersubjetividade nas relações” (Minayo 2006:26), cujas estruturas centrais concernem ao respeito à fisiologia do trabalho de parto, à garantia da presença de acompanhante da escolha da mulher, ao respeito aos desejos da mulher no momento do parto e à criação de um ambiente propício para que ela seja tratada como protagonista do parto (Dias & Deslandes 2006:360).

Para Simone Diniz: “A humanização aparece como a necessária redefinição das relações humanas na assistência, como revisão do projeto de cuidado, e mesmo da compreensão da condição humana e de direitos humanos” (Diniz 2005:631-2), apresentando-se ainda como “um termo estratégico, menos acusatório, para dialogar com os profissionais de saúde sobre a violência institucional” (op. cit.: 635). Diniz fala sobre o uso inadequado da tecnologia nos partos no Brasil, configurando uma situação que ela define como “o pior dos mundos”, isto é, muitas mulheres não têm acesso à tecnologia apropriada durante o parto vaginal, quando precisam, e mulheres saudáveis são empurradas para a cesárea por razões que não se fundamentam em evidências científicas atualizadas. Por outro lado, verifica-se uma tendência

internacional para que o parto seja acompanhado por enfermeira obstetra ou obstetritz³.

O foco desse movimento é definido como a reapropriação feminina da experiência do parto, concebida como um evento holístico (de cunho subjetivo, sexual, fisiológico, espiritual, íntimo), incontrolável, da ordem do imponderável. Importa ressaltar que o desejo de ter um parto satisfatório, “mais natural” (Carneiro 2014, 2015), surgido nas últimas décadas entre mulheres de classe média vivendo nos grandes centros urbanos, predominantemente, vem se transformando em uma necessidade de saúde e em uma pauta de direitos humanos, na medida em que as ativistas denunciam o contexto de violência institucional sistêmica contra as mulheres.

Observamos que, ao instarem o Poder Legislativo a editar leis com o objetivo de facultar à mulher uma experiência de parto não-violenta e ao pressionarem as instituições médicas para cumprir tais leis, tanto por meio de atos públicos como por meio de ações individuais, as ativistas da “humanização” do parto estão conferindo um caráter público a uma dimensão importante de sua intimidade, ou seja, estão agindo como sujeitos políticos a partir da recusa ao controle institucional e biomédico sobre seus corpos.

Como demonstrou R. Carneiro (2014, 2015), o papel dos grupos de apoio presenciais e, mais recentemente, virtuais, é central para a configuração desse movimento, pois, em seu interior, são forjadas e reunidas as matérias-primas das pressões exercidas tanto

individual como coletivamente sobre os profissionais da área da saúde e sobre o imaginário social, configurando-se uma forma de microrresistência feminina, atravessada por subjetividades femininas, maternas e feministas em transformação.

Existem pontos de contato entre este movimento e o fenômeno do “casal grávido”, que ganhou destaque em grandes centros do Sudeste, nos anos 1980. Em sua pesquisa com casais cariocas, Tania Salem (2007) destacou a importância dos grupos de apoio em seu duplo papel de rede de suporte emocional (psicológico) e de solidariedade, engendrando a própria realidade do casal igualitário.

O “apoio” que visa ao “empoderamento” feminino para o parto por vezes aparece associado à ideia de “sororidade”. Tudo indica que o compartilhamento da experiência de parto no interior desses grupos tem objetivos claros: as mulheres que publicam seus relatos de parto e expõem a violência obstétrica sofrida estão alertando as gestantes, com a intenção de que elas não passem pela mesma experiência, enquanto as mulheres que tiveram um belo parto estão divulgando a mensagem de que é possível parir de forma satisfatória e respeitosa, incentivando as outras mulheres a buscar uma experiência semelhante (em que pesem as condições socioeconômicas objetivas envolvidas nessa busca). Assim, tornar-se ativista da “humanização” do parto é uma forma de coletivizar a experiência pessoal de parto – tanto aquela considerada positiva (o belo parto) como aquela considerada negativa (casos de

violência obstétrica) – e conferir-lhe um caráter plenamente político, no sentido de lutar por mudanças concretas no modelo hegemônico de atenção ao parto no Brasil, com repercussões importantes para as próximas gerações de mulheres. No contexto da “humanização” do parto, o recorte de classe se impõe na medida em que estamos falando de mulheres que dispõem das condições socioeconômicas para escolher, em alguma medida, o local e a forma como irão parir, e que constituem uma minoria na sociedade brasileira. A despeito das importantes iniciativas no âmbito da saúde pública nas duas últimas décadas⁴, percebe-se que o “parto humanizado” por vezes aparece como sinônimo de um produto de luxo, oferecido por profissionais da área da saúde que compõem equipes independentes, que criaram um nicho de mercado no interior do qual celebram contratos de serviço individuais envolvendo altos valores, fato que constitui um obstáculo objetivo para muitas mulheres, mesmo as de classe média⁵.

EXPERIMENTANDO OS RISCOS DA VIDA

O *site* selecionado é apenas um dentre muitos espaços virtuais onde se pode encontrar um sem-número de relatos de parto, alguns contendo palavras de regozijo e satisfação, outros expondo situações que, no século XXI, passaram a ser categorizadas pelas ativistas da humanização como “violência obstétrica”. Com efeito, a fertilidade desse gênero textual, identificado com a maleabilidade narrativa e com eventos da

vida cotidiana, para comunicar eventos rituais carregados de emoção e tensão, pode ser aferida pelo número crescente de relatos de parto (escritos e filmados) veiculados e comentados na *internet*.

A leitura desses 40 relatos específicos nos permite entrever alguns aspectos das formas de resistência de mulheres de classe média em relação ao controle médico sobre o corpo feminino, concebido e “combatido como uma ameaça profunda e sinistra a uma existência plena”, em consonância com as ideias de E. Martin (2006:123). Destaco que a proposta teórico-metodológica desta autora funciona como contraponto ao trabalho de Lilian Chazan (2007) sobre o entrelaçamento entre a tecnologia do ultrassom obstétrico e o processo social de subjetivação do feto e da mulher grávida, no início do século XXI. Para L. Chazan, a medicalização da vida e o panóptico (nos termos de Michel Foucault) envolvendo a gravidez e o feto nos colocariam diante do seguinte fenômeno cultural: ainda dentro do útero materno, “o feto-Pessoa, genericado, consumidor, além de ‘paciente’, torna-se um ‘astro televisivo’ em um espetáculo – literalmente – ‘pay-per-view’” (Chazan 2007: 214).

A etnografia de L. Chazan estimula a reflexão sobre até que ponto o uso da tecnologia no campo da saúde cria dependência ou promove a autonomia das pessoas. Todavia, ao privilegiar a percepção dos profissionais da saúde no contexto de clínicas de ultrassom no Rio de Janeiro, a antropóloga não pôde apreender as nuances da agência das mulheres e seus familiares no que concerne à adesão aparentemente

unânime de segmentos das camadas médias cariocas à cultura do ultrassom obstétrico. Outrossim, L. Chazan enfatiza que:

A produção da ‘necessidade’ de monitoramento encontra-se vinculada à construção de uma ‘cultura do risco’, partilhada por todos, cujo objetivo final seria, acima de tudo, uma “medicina sem surpresas” (Arney, 1982:175). É, sobretudo, um conjunto de crenças e valores compartilhados e em constante circulação na cultura. Conjugada a melhorias efetivas para a vida e a saúde dos sujeitos concretos – proporcionadas pela mais variada gama de dispositivos tecnológicos e diagnósticos –, é gerada também uma ilusão de controle e saber totais sobre os fenômenos da vida e, por conseguinte, também da morte. (Chazan 2007:208)

Por seu turno, muitas das mulheres que postaram seus relatos de parto no referido *site* fazem uma reflexão crítica sobre o recurso à tecnologia, especialmente ao “pacote tecnológico” implicado no parto hospitalar, que inclui uma série de procedimentos de rotina aplicados na parturiente, designadamente a raspagem dos pelos pubianos (tricotomia), a lavagem intestinal (enema), o jejum, a episiotomia (incisão cirúrgica na musculatura perineal), a amniotomia (ruptura artificial da bolsa amniótica), a aplicação intravenosa de ocitocina sintética e de analgésicos e ainda a manobra de Kristeller (pressão forte sobre o útero da mulher), práticas que geralmente ocorrem na forma de “efeito-cascata”. Essas mulheres questionam também a obrigatoriedade

de ficar imóvel na posição horizontal, com as pernas abertas, e os sucessivos exames de toque vaginal durante o trabalho de parto, bem como o corte imediato do cordão umbilical e a retirada do recém-nascido da sala de parto para o banho (que resulta na remoção do verniz natural da pele), para a aplicação de colírio de nitrato de prata e para a medição de peso e estatura, práticas que acabam por inviabilizar a amamentação na primeira hora de vida (cf. Tempesta 2018). Sublinho que todas essas intervenções comumente são justificadas com o argumento de prevenir um amplo leque de riscos para o bebê, incluindo as medidas para acelerar ou facilitar o trabalho de parto.

Ademais, a maioria dos critérios utilizados pelos médicos para indicar cesariana são questionados ou mesmo refutados com maior ou menor intensidade pelas ativistas, tais como a duração da gestação (medida em número de semanas), o resultado positivo do exame para detecção da bactéria estreptococo B, a presença de circular de cordão, o volume reduzido do líquido amniótico, o genérico e aterrorizante “sofrimento fetal”, a presença de mecônio no líquido amniótico, a ocorrência de cesárea anterior e a posição do feto durante a gestação e durante o trabalho de parto.

A categoria êmica “violência obstétrica” abrange a aplicação padronizada e indiscriminada de todos esses procedimentos e critérios, firmemente ancorados na “cultura do risco”.

Vejam os como a médica Celina lidou pessoalmente com essa entranhada “cultura do risco”, após enfrentar uma

cesárea anterior aparentemente desnecessária. Vejam os como, em seu relato (de modo semelhante ao que aparece nos relatos de outras mulheres), o útero é significado como *locus* de uma dor que pode ser acolhida e superada, como espaço de possibilidade de transformação pessoal e de prazer⁶, e ainda como zona simbólica permeável a relações sociais – algo bem distante da noção de “contrações uterinas involuntárias”, cristalizada nos textos médicos (cf. Martin 2006).

Antes de passar à análise do relato de parto selecionado, porém, eu gostaria de esclarecer que o parto domiciliar planejado aparece como uma experiência forte de “empoderamento” feminino no universo da “humanização” do nascimento, em oposição à cesárea eletiva. Desse modo, o conceito de “laboratório moral”, proposto por Cheryl Mattingly (2014), mostra-se útil para apreender os experimentos de cuidado diferencial que caracterizam a opção pelo parto “humanizado”, especialmente o parto domiciliar planejado, ao qual o senso comum atribui riscos especialmente altos.

Em sua pesquisa sobre o cuidado de crianças altamente dependentes provido por famílias afro-americanas pobres vivendo em Los Angeles, C. Mattingly emprega o conceito de “laboratórios morais” para analisar locais comuns (como a casa, a escola, o hospital, a igreja) onde são realizados experimentos cotidianos de cuidado. A partir deste conceito, a autora focaliza os eventos narrativos e a maneira como eles são corporificados pelas pessoas para acessar o aspecto propriamente

moral dos dilemas enfrentados pelos familiares dessas crianças. A autora trabalha com a “perspectiva em primeira pessoa” e as particularidades da experiência corporificada para demonstrar as potencialidades transformadoras da agência humana ordinária, cotidiana. Nesta obra, evidencia-se a natureza dialógica da vida intersubjetiva no interior da qual se configura a relação de cuidado; assim, o “eu” não é um ator autônomo, mas existe em relação com um “nós” anterior intersubjetivo – é um “eu” conectado com outros significativos (Tempesta 2017).

No que se segue, pretendo focalizar a experiência da dor de parto e o papel decisivo desempenhado por profissionais – significativamente mulheres – com habilidades específicas, no sentido de apoiar a mulher que dá à luz no processo de acolhimento, superação e reinterpretação dessa sensação, em consonância com o modelo do parto “humanizado”, aqui entendido como sinônimo de parto respeitoso.

CORTANDO O CORDÃO COM O SISTEMA⁷

O relato de parto domiciliar planejado da pediatra Celina ocupa duas páginas e meia e se inicia com a menção a uma cesárea prévia, evento que ela não gostaria de repetir, e que foi o mote para a “geração” desse segundo parto, ocorrido em 2004. Em seguida, ela afirma que “Através da lista [*Amigas do Parto*], fui abandonando a ideia do parto como algo perigoso e necessitado de inúmeras intervenções médicas”. Provavelmente por meio dessa lista, que

cumpriu a função de um grupo de apoio, Celina conheceu uma parteira experiente, que realizou um acompanhamento pré-natal diferenciado: “Ao contrário dos médicos, partíamos sempre do princípio que estava tudo bem comigo e com o bebê”. Durante a gravidez, Celina fez poucos exames e um único ultrassom, na 24ª semana, quando descobriu o sexo do feto.

Podemos vislumbrar, então, que o “laboratório moral” de Celina iniciou-se na gestação, a partir de uma relação de cuidado não-institucionalizada e remunerada com uma parteira de sua escolha; ela estabeleceu, assim, uma conexão importante com uma outra significativa, que trabalhava com a ideia de que os riscos envolvidos no parto fazem parte da vida.

A narrativa em primeira pessoa informa que, em certa noite, ao começar a sentir contrações frequentes, Celina ligou para a parteira e para a doula e então arranhou o “cenário” do parto com a ajuda delas: “arrastamos a cama, trouxemos um colchonete, acendemos velas e escolhemos CDs”. Dessa forma, ela materializou seu “laboratório moral” em sua própria casa, imprimindo-lhe um senso estético particular. No dia seguinte, escreve ela: “Caminhei, tomei sol, mexi a bacia. Fiquei pendurada na rede, de cócoras e também sentada na bola suíça. Dancei com o [marido] na grama. Ele disse muitas vezes que tudo daria certo, que eu ia conseguir ter o nosso neném em casa, como a gente queria.” Porém, “As horas foram passando e a dor beirava o insuportável. Tudo doía: os ossos da bacia, a perna, a barriga. Se eu estivesse no hospital,

nessa hora teria pedido analgesia com certeza – aliás, teria pedido bem antes. Ainda bem que não estava!” Após muitas horas de contrações dolorosas, a parteira a examinou e informou que o bebê estava defletido, o que a deixou desesperada, receosa de que o parto terminasse em outra cesárea.

Percebe-se que o local e o ambiente do parto foram cruciais para que Celina pudesse superar o dilema moral de solicitar um recurso farmacológico para aliviar a dor, recurso que poderia desencadear uma série de outras intervenções médicas (em “efeito-cascata”) e resultar em uma segunda cesariana.

Ninguém sabia por quanto tempo o trabalho de parto ainda se prolongaria e ela foi incentivada pela parteira e pela doula a relaxar, a assumir a posição que lhe fosse mais confortável, a mexer o quadril e a gritar (ou vocalizar – técnica incentivada pelas doulas), se tivesse vontade. O recurso a medicamentos foi substituído por métodos não-farmacológicos de alívio da dor, provavelmente aplicados pela doula. Depois de mais de vinte e quatro horas em trabalho de parto, experimentando fortes contrações, Celina pariu na cadeira de parto, no banheiro de sua casa: “Olhei para minha filha, uma menina nascida com a força da natureza, minha cura, que será um dia mulher e passará pela maravilhosa experiência de parir um filho. Assim como eu, minha mãe e minha avó parimos. Como todas as mulheres antes de nós fizeram.”

Na narrativa de Celina, as particularidades da experiência corporificada no parto domiciliar demonstram as poten-

cialidades transformadoras da agência humana ordinária (cf. Mattingly 2014), tanto do ponto de vista subjetivo como do ponto de vista político. Neste relato – assim como em vários outros relatos de mulheres adeptas do parto “humanizado” – sobressai a imagem de uma força poderosa que percorre gerações de mulheres, unificando-as de alguma maneira. Essa energia criativa transgeracional é concebida como parte integrante do parto, respondendo pelo aspecto espiritual (ou místico), que atravessa as dimensões orgânicas, sociais e psicológicas deste evento.

Creio que, por meio da linguagem empregada neste e em outros relatos de parto publicados no *site* selecionado, as mulheres estão reafirmando sua integridade face ao “sistema”, isto é, face à experiência de serem divididas no interior da instituição médico-hospitalar (nos termos propostos por Martín 2006:256), enquanto outras estão lamentando publicamente o fato de terem sido fragmentadas, como um alerta para outras mulheres.

Para E. Martín, a fragmentação da mulher em trabalho de parto assume duas formas distintas e inter-relacionadas: a fragmentação do trabalho de parto em “fases” ou “estágios” rígidos, que podem ser traduzidos em números e controlados de perto por terceiros, e a fragmentação da unidade mãe-feto. De acordo com a autora, historicamente “foi construído para o médico o papel de se aliar ao bebê contra a destruição em potencial causada pelo corpo da mãe”; mãe e feto são, portanto, vistos como uma díade conflitante (op. cit.: 119-120). E, a partir do ideário da

“humanização”, eu vislumbro um tipo adicional de fragmentação: a separação física de pessoas importantes para a mulher que dá à luz, como o marido, a mãe, a doula ou outra mulher significativa de sua escolha.

O relato de Celina contrasta com relatos de cesariana, nos quais desponta a frustração com o tratamento recebido no interior da instituição médico-hospitalar. Num dos relatos disponíveis no mesmo *site*, uma mulher narra que, se tivesse buscado informação de qualidade sobre o parto, provavelmente não teria sido submetida a uma cesárea:

Mas, pior mesmo, é a sensação de ter sido enganada. Porque eu fui. Meu ex-ginecologista é ginecologista da minha mãe, da minha irmã e era meu. Ele sempre se disse vaginalista. Eu acreditei. Eu me senti culpada também por não ter lutado, estudado, pesquisado. Por ter acreditado e, simplesmente, aceitado. Mas, com certeza, se eu não tivesse passado por essa cesárea, se tivesse tido um parto normal com tudo (episiotomia, anestesia, kristeller, tricotomia, enema etc.), eu ia ter achado legal e não ia chegar ao parto domiciliar do [outro filho]. Então, apesar de ter tirado da [filha que nasceu de cesariana] um nascimento digno, eu vou poder ajudá-la quando ela engravidar. (Relato de uma mulher submetida à cesariana, disponível em <http://www.partodoprincipio.com.br/relatos-de-parto> Acesso em 26 de jun. 2017)

Outro trecho de relato de cesariana comunica o sofrimento resultante da compartimentalização da experiência do parto, mediada pelos equipamentos:

Eu me sentia uma “morta-viva”, só sabia que estava viva porque via na “telinha” meus batimentos cardíacos com o desenho de um coraçãozinho, quando por fim vieram todos da equipe médica para começar o “parto”. Logo que começaram os “procedimentos” na mesa de cirurgia, colocaram um pano para eu não ver o que estava acontecendo, o que me deixou MUITO frustrada, pois nem o momento do nascimento de minha filha não me seria permitido ver, sei lá por quais motivos, mas nem quis questionar, afinal, eles estavam fazendo a cirurgia para o meu bem e o de minha filha (assim eu pensava). (Relato de uma mulher submetida à cesariana, disponível em <http://www.partodoprincipio.com.br/relatos-de-parto> Acesso em 26 de jun. 2017)

Com base na leitura desse conjunto de relatos, percebe-se que os fatores decisivos para o desfecho positivo do parto são: ambiente íntimo, respeito à evolução do trabalho de parto de cada mulher em particular, liberdade de movimentos e atitude de acolhimento daqueles que acompanham e/ou assistem o evento, fatores que, combinados, propiciam o respeito ao ritmo único da mulher que dá à luz, favorecendo o parto “mais natural” possível, de modo análogo ao descrito por Robbie Davis-Floyd & Elisabeth Davis (1997) em relação ao contexto norte-americano.

O protagonismo da mulher grávida/parturiente/puérpera se traduz, assim, na possibilidade de ser respeitada em seus direitos, suas necessidades e escolhas dentro e fora do contexto médico-hospitalar, o que implica uma rede de

apoio eminentemente feminina. Parece ser consenso a ideia de que não se pode lutar sozinha contra “o sistema”, sendo importante compartilhar informações confiáveis (científicas e vivenciais) e se unir a outras mulheres com propósitos comuns, para se fortalecer para as batalhas pessoais – uma poderosa força horizontal (ou simétrica). Diferente da força do “puxo” que surge durante período expulsivo, uma força vertical e involuntária, ou ainda do fluxo transcendental da energia feminina que percorre gerações, essa força simétrica, simultaneamente subjetiva e política, deve ser laboriosamente constituída na relação com outras mulheres dispostas a apoiar a mulher gestante na busca por um parto respeitoso.

E. Martín afirma que o parto é uma experiência profunda e intensa, que envolve sentimentos íntimos e a percepção de forças poderosas do mundo (Martín 2006:249). Observo que muitas das mulheres que divulgaram seus relatos, assim como Celina, realmente se empenham para ter essa experiência de conexão, que encerra um senso de completude desafiador: “Aqui talvez estejam seres humanos íntegrais, com todas as suas partes inter-relacionadas, engajados naquilo que talvez seja a única forma de trabalho verdadeiramente inalienado agora disponível para nós” (op. cit.: 256). Contudo, não se pode ignorar o fato de que, atualmente, as chances de viver tal experiência de “trabalho inalienado” são maiores para as mulheres pertencentes às camadas média e alta da sociedade brasileira.

A REIVINDICAÇÃO DA DOR COMO PARTE DA EXPERIÊNCIA DE PARTO

A dor é um conceito central nos debates sobre parto, um tema candente no processo de transformação do parto no Ocidente, consolidado em meados do século XX (cf. Salem 2007). Porém a dor que percorreu o corpo de Celina durante o trabalho de parto é diferente da dor vivida pelas duas mulheres que relataram sua cesariana, cujo sentimento negativo advém de uma experiência de frustração, alheamento e embuste. Esta dor moral compõe, em negativo, o repertório das defensoras da humanização do parto e coloca a necessidade de ampliar o olhar sobre a dor de parto, tarefa que pode se beneficiar de algumas ideias formuladas por David Le Breton, para quem a dor:

comunica uma informação não só sobre o estado físico ou moral do indivíduo, mas também sobre o estado de suas relações com os outros, e, sobretudo, com os outros interiorizados como uma história encoberta. Em muitos casos, a dor preenche com evidência, de modo imediato ou secundário, uma função antropológica de conservação da identidade (Le Breton 2013: 57).

Algumas doulas com quem tenho dialogado, no escopo de minha pesquisa, afirmam que esta é uma das principais questões colocadas pela grande maioria das mulheres nas “rodas de gestante”.⁸ Porém, há grande esforço por parte das doulas para desmistificar esta sensação, afirmando que o medo da dor, em si, gera tensão e amplifica a experiência de dor. A presença da doula no parto vem sendo apontada

como fator de diminuição da tensão – e conseqüentemente da dor – para a parturiente. Neste sentido, o cuidado feminino especializado é apreendido como elemento que permite amenizar e, sobretudo, ressignificar a dor.

Sob tal perspectiva, proponho que buscar os serviços de uma doula e/ou de uma parteira pode ser um indicativo de que a mulher pretende ser a protagonista de sua experiência de parto e, assim, desconstruir a imagem de sofrimento associada a esse evento. A dor que mulheres como Celina recusam, portanto, não é aquela causada pelas contrações uterinas, mas sim aquela favorecida pelo clima de impessoalidade e controle institucional característico do universo médico-hospitalar.

A respeito de mulheres que “preferem” a cesariana, defensoras do parto humanizado ponderam que se deve levar em conta o fato de que tal decisão, em muitos casos, é motivada pelo receio de ser submetida a intervenções médicas desnecessárias e a outros tipos de abuso e violência, comumente associados ao parto vaginal que ocorre nas instituições ligadas ao Sistema Único de Saúde (SUS), ou ainda pela recusa em sentir as dores lancinantes comumente associadas ao trabalho de parto, identificadas com imagens de primitivismo, castigo divino, animalidade ou ausência de recursos tecnológicos mais “modernos”. Ademais, a cesárea pode ser solicitada pela mulher já num estágio avançado do trabalho de parto, como aparece em vários relatos, porém, a postura dos profissionais que acompanham o evento é fator relevante para o seu desfecho.

Ao abordar a experiência da dor no parto sob a perspectiva do “empoderamento” feminino, ativistas da “humanização” estão comunicando que é possível lidar com o inominável de maneira receptiva e, de alguma forma, também estão desafiando o monopólio da indústria farmacêutica sobre os métodos antálgicos de alívio da dor. Estão comunicando, ainda, que não temem muitos dos riscos geralmente atribuídos pelos profissionais de saúde ao parto vaginal, pois acreditam que as forças da vida não podem ser suplantadas pela tecnologia. Por outro lado, elas estão comunicando igualmente que o aporte da biomedicina é bem-vindo em casos mais complicados, mas que as mulheres querem participar da decisão sobre a realização de cada ato médico que incidirá sobre seu corpo e o corpo de seu bebê, se e quando necessário.

Lançado em 2017, o documentário *Sem hora pra chegar: a busca pelo parto humanizado no Distrito Federal*⁹ reúne depoimentos de mulheres que tiveram parto humanizado, de profissionais de diversas áreas envolvidas com o parto e de apoiadores da “humanização”, recolocando elementos presentes nos relatos de parto apresentados acima, mas aqui vou me deter no tema da dor e na distinção conceitual e vivencial entre dor e sofrimento. O documentário se inicia com o depoimento de uma mulher jovem, branca, dizendo que, “no início”, sentia medo do parto, pois tinha em mente a imagem de algo doloroso, sofrido, mas, depois de se preparar para o parto normal, entendeu que o papel principal era seu: “Eu é que tinha que

fazer o parto”.

Após outros depoimentos, uma doula cita a frase de outra doula:

A contração é como um abraço que o corpo [da mãe] dá no bebê, porque eles passaram nove meses juntos. Quando a gente se despede de uma pessoa, a gente geralmente dá um abraço, então o corpo da gente está dando um abraço no bebê, se despedindo dele. Isso é intenso, mas é necessário. (...) A gente fala: “Deixa a contração vir, deixa ela passar. Cada contração que você sente é uma a menos pra você conhecer seu bebê, seu bebê está chegando.” É ir mostrando pra ela que, no final, ela vai ter a recompensa; que a dor do parto, a dor da contração não é uma dor para prejudicá-la, não é uma dor de doença que vai fazê-la sofrer. Ela [a dor] está ali para ela [a mulher] receber o bebê dela.

Bem, esse esforço de comunicação empreendido pelas doulas traz resultados práticos comprovados no campo da saúde, em termos de redução global do índice de cesarianas, da duração do trabalho de parto, dos pedidos e da aplicação de analgesia peridural, da ministração de ocitocina sintética, do uso do fórceps e da ocorrência de depressão pós-parto, bem como em termos de sucesso na amamentação¹⁰.

Aliás, “falar” sobre as dores experimentadas, a violência obstétrica sofrida ou, alternativamente, o prazer vivenciado durante o parto – seja em um relato de parto publicado na *internet* ou em um depoimento presencial num grupo de apoio feminino ou registrado em um documentário – é uma for-

ma criativa de conferir sentido à dor, atitude estimulada pelas ativistas da “humanização” e principalmente pelas doulas. Especificamente a respeito da violência obstétrica, explicita-se o entendimento de que eventos traumáticos devem ser narrados para serem integrados à subjetividade. Além disso, a exposição da memória do abuso associa-se ao direito à reparação, na esteira da consolidação internacional do discurso dos direitos humanos, na segunda metade do século XX (cf. Pullhez 2013). Observa-se aqui um ponto especialmente relevante no discurso propalado pelas adeptas do parto “humanizado”, segundo as quais o desrespeito à capacidade de compreensão e à vontade da mulher gestante/parturiente/puérpera é uma atitude condenável, que deve ser abolida das instituições de saúde e substituída por uma política de cuidados diferenciada. Creio que se pode afirmar que o trabalho das doulas, pautado pela categoria de apoio – que, neste contexto etnográfico, tensiona o conceito de cuidado e traz à tona o conceito de interdependência –, é um lampejo de alargamento da experiência do nascimento não apenas para a mulher que dá à luz (e potencialmente também para as pessoas que a acompanham), mas provoca efeitos relevantes no sentido de desestabilizar a concepção social predominante sobre o parto e tudo que ele envolve.

As ativistas ressaltam ainda o potencial da “humanização” para enriquecer também a experiência de vida dos profissionais de saúde que atuam nas instituições públicas e privadas, pois eles podem igualmente se beneficiar

dos efeitos da descarga de ocitocina, o “hormônio do amor” (uma imagem recorrente no universo da “humanização”), bem como podem ser contagiados pelas forças poderosas da vida que se fazem presentes nesse evento. Ou seja, acredita-se (ou se deseja) que, em alguma medida, ao se deixarem afetar pelo evento do parto protagonizado pela mulher, os profissionais “não humanizados” podem se tornar adeptos das práticas respeitadas, isto é, modificar sua conduta, e se aliar ao movimento em prol da “humanização”, o que os qualifica como dissidentes. Desse modo, me parece que as ativistas da “humanização” e as doulas em particular estão efetivamente interpelando os profissionais da saúde e a sociedade em geral para rever o modo como concebem e tratam a pessoa no momento inaugural do parto (e o modo como a tratam depois deste momento).

Ao comparar parto e produção, E. Martin demonstrou como as novas tecnologias pré-natais (dentre as quais a ultrassonografia, analisada por Chazan 2007) estariam criando novas normas (e novos ritmos, eu acrescentaria) para os padrões de produção de bebês, além de novas expectativas padronizadas para o crescimento e o desenvolvimento fetal, ao tempo em que os direitos do feto passam a sobrepujar os direitos da mulher. Este processo histórico corresponderia a um movimento de apagamento da mulher da cena do parto, apoiado em imagens depreciativas sobre o corpo da mulher, que resultaria em seu repúdio completo na “linha de produção de bebês perfeitos”. Esta situação vem se complexificando ainda

mais com o progressivo controle dos hospitais por grandes corporações, as quais detêm as máquinas usadas pelos médicos e determinam as escalas de tempo a serem seguidas nos procedimentos (Martin 2006:227-232).

A respeito dos conhecimentos “não tecnológicos” que configuram “habilidades insubstituíveis” no parto, E. Martin esclarece que: “sempre que o trabalho humano é substituído por máquinas, é provável que parte das habilidades humanas que serviram de exemplo para a criação das máquinas se perca” (Martin 2006:225). Entendo que os saberes produzidos, reproduzidos e mobilizados pelas doulas e parteiras se encaixam na expressão “habilidades insubstituíveis”, que eu, todavia, prefiro classificar como “tecnologia leve”, seguindo a categorização proposta por Emerson Merhy (2002:49-51)¹¹.

Durante o lançamento oficial do referido documentário, a doula convidada para compor a mesa que debateu o vídeo, na Faculdade de Ciências da Saúde da UnB, esclareceu o seguinte:

Nós da Associação de Doulas do Distrito Federal estamos fazendo uma série de oficinas sobre tecnologia leve nos hospitais. Nós explicamos o papel da doula, que não pretende ocupar o papel de outros profissionais, mas sim se somar à equipe. (...) A doula também atua na parte da informação voltada para a mulher e coordena rodas de preparação para o parto. (...) Nosso foco é possibilitar que o momento do primeiro contato entre mãe, bebê e pai seja o mais respeitoso possível, porque ele vai ter influên-

cia no resto da vida dessas pessoas. A atenção ao parto deve ser integral.

De modo geral, para as doulas e as ativistas da “humanização” do parto, a complementaridade de distintos saberes, tecnologias, pontos de vista e especializações profissionais tende a enriquecer a experiência do nascimento, vindo a propiciar o respeito ao caráter integral (não fragmentado) e singular do evento. Entendimento que está em consonância com o conceito de “integralidade” em saúde, defendido no âmbito do SUS.

Neste sentido, o recurso à tecnologia leve propicia o acolhimento da experiência da dor em todas as suas facetas; contratar uma parteira e/ou uma doula e participar de grupos de preparação para o parto têm assim uma função integrativa, que se revela crucial para que a mulher possa problematizar a ideia de risco forjada pela medicina, fortalecer-se perante o sistema médico-hospitalar, exercer algum grau de controle sobre o uso de tecnologias disruptivas e ressignificar a dor de parto, de modo a recuperar a completude da experiência do parto e a vivê-la efetivamente como uma “boa hora” – uma unidade temporal, social, subjetiva e estética que não se deixa capturar pelos dispositivos tecnológicos de alta precisão.

INSPIRAÇÕES FINAIS

Desde a publicação do relato de Celina e dos relatos das outras mulheres no *site Parto do Princípio*, no início dos anos 2000, muita coisa aconteceu. Nos últimos 15 anos, observamos a crescente

mobilização social em torno da “humanização” do parto e do nascimento nas várias regiões do Brasil, cujas expressões mais significativas são as seguintes: a realização de numerosos atos públicos e marchas em defesa do parto humanizado e do parto em casa; a produção e ampla divulgação on-line, nas dezenas de *blogs* e grupos virtuais da *internet* voltados para o parto “humanizado” e temas correlatos, de documentários sobre parto e violência obstétrica¹²; a proliferação de equipes multidisciplinares “humanizadas” de assistência ao parto; a instituição da *Rede Cegonha*, em 2011¹³; a realização da vultosa pesquisa *Nascer no Brasil*, nos anos de 2011 e 2012, a pedido do Ministério da Saúde, abrangendo quase 24 mil mulheres de 191 Municípios¹⁴; o lançamento dos filmes *O Renascimento do Parto 1 e 2*, em 2013 e em 2018, respectivamente; a exposição itinerante *Sentidos do Nascer*, lançada em 2015, que contou com financiamento do CNPq e do Ministério da Saúde; as Conferências Internacionais de Humanização do Parto e do Nascimento promovidas pela ReHuNa¹⁵; edição de leis estaduais e municipais que asseguram a execução de medidas para propiciar o tratamento respeitoso à mulher durante a gestação, o parto e o pós-parto¹⁶ e a inédita decisão do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, que, em setembro de 2016, condenou um hospital e um plano de saúde a pagar indenização por danos morais a uma mulher submetida a uma manobra de Kristeller, que apresentou sequelas importantes, caso formalmente classificado como de “violência obstétrica”.

Todavia, a intervenção de uma doula recém-formada durante o lançamento oficial do supracitado documentário *Sem hora pra chegar: a busca pelo parto humanizado no Distrito Federal*, em junho de 2017, na Faculdade de Ciências da Saúde da UnB, sintetiza o fosso entre a política brasileira da “humanização” e a realidade vivida pela maioria da população:

O Ministério da Saúde recomenda o respeito ao tempo, à vontade, ao corpo e ao ritmo da mulher, mas na prática não é assim que acontece. Eu moro na cidade-satélite X e antes morava na cidade-satélite Y e lá nesses lugares o tratamento não é humanizado. A mulher [que vai dar à luz] é podada a todo momento, ela fica desamparada. Seria importante o documentário mostrar também essa realidade dos hospitais do Distrito Federal, porque a equipe de parto humanizado custa caro e a população de baixa renda não pode pagar.

Ainda assim, considero que o potencial de transformação da realidade condensado no projeto da “humanização” é digno de nota¹⁷. Como vimos, a obra de E. Martin demonstra que o modelo hegemônico de atenção ao parto tende a anular o estatuto de sujeito da mulher que dá à luz, adiar o contato físico entre mãe e bebê e inviabilizar a relação simétrica entre mulheres na cena do parto, criando uma necessidade que somente poderá ser suplantada com a tecnologia dura e o saber biomédico. Além disso, a ideia de imperfeição ou falha atribuída ao corpo feminino é sustentada pela oferta de soluções alegadamente seguras, rápidas e indo-

lores, isto é, eficazes.

Nesses termos, diferente das mulheres retratadas na pesquisa de L. Chazan (2007), a luta das ativistas da “humanização” do parto e o trabalho das parteiras e doulas concorrem para a configuração de uma nova cena de parto, arranjada ao modo de um “laboratório moral” (Mattingly 2014), na qual cada mulher possa “dançar” em seu próprio ritmo, a partir do encontro respeitoso com os demais atores. A dança livre surge como uma metáfora potente para fazer frente à metáfora da linha de produção, identificada com a visão médica sobre o parto, pois, assim como o parto, a dança é uma forma de expressão que implica lançar o ser em uma série de movimentos que envolvem esforço, risco, ritmo e beleza, e que se inscrevem num determinado eixo espaço-temporal de forma irrepetível (ou não-reproduzível), para usar a terminologia empregada por E. Martin (2006).

Por meio de sua dança singular, caracterizada pela alternância criativa de contração e expansão, velocidade e lentidão, movimento e imobilidade, leveza e pressão, força e delicadeza, Celina e outras adeptas do parto “humanizado” parecem comunicar que desejam se movimentar, exprimir suas emoções e se relacionar de acordo com uma lógica distinta daquela que norteia os fundamentos simbólicos do sistema capitalista de produção e reprodução de pessoas, estruturado em torno do individualismo, da competitividade, da supremacia masculina, da monetarização do tempo e do culto à tecnologia.

Penso que resulta disso o caráter de afronta cultural que se pode identificar, contrastivamente, nas duras críticas dirigidas ao movimento de “humanização” do parto e do nascimento no Brasil, formuladas por médicos mais conservadores e outros atores sociais. O que está em disputa, para além do controle médico sobre as capacidades criativas femininas envolvidas no parto, é um modelo cultural de relação. Se, para ser considerada “humanizada”, a relação deve pressupor sujeitos completos implicados em uma interação horizontal, percebemos que aquilo que se quer transformar é, de uma forma mais ampla, o caráter assimétrico, autoritário e por vezes violento da estrutura médico-hospitalar e do imaginário social referente às capacidades reprodutivas femininas.

Mas a potência extraordinária que aparece no relato de Celina nos diz mais sobre o desejo de experimentar tais capacidades – ela nos confronta com a estreiteza do sentido usual de “subjetividade”, aproximando-se daquilo que a psicanalista Suely Rolnik chama de “experiência fora-do-sujeito”:

é a experiência das forças que agitam o mundo enquanto corpo vivo e que produzem efeitos em nosso corpo em sua condição de vivente. Tais efeitos consistem em outra maneira de ver e de sentir aquilo que acontece em cada momento (o que Gilles Deleuze e Félix Guattari denominaram, respectivamente, “perceptos” e “afectos”). Somos tomados por um estado que não tem nem imagem, nem palavra, nem gesto que lhe correspondam e que, no entanto, é real e apreensível

por este modo de cognição que denomino “saber-do-corpo”. Aqui já não se trata da experiência de um indivíduo, tampouco existe a distinção entre sujeito e objeto, pois o mundo “vive” em nosso corpo sob o modo de “afectos” e “perceptos” e faz parte de sua/nossa composição em processo. Estes formam uma espécie de germe de mundo que passa a nos habitar e que nos causa estranhamento por ser, por princípio, intraduzível na cartografia cultural vigente, já que é exatamente o que lhe escapa e a coloca em risco de dissolução. (Entrevista concedida por Suely Rolnik a Aurora Fernández Polanco e Antonio Pradel em 2015, disponível em: <https://laboratoriodesensibilidades.wordpress.com/2016/06/07/suely-rolnik-a-hora-da-micropolitica/> Acesso em 26 de set. 2017)

Eu gostaria de encerrar este artigo com a seguinte inspiração: a energia criativa transgeracional presente no relato de Celina e no de tantas outras mulheres que tiveram um parto respeitoso pode ser lida como uma experiência encarnada das poderosas “forças que agitam o mundo”, desestabilizam esquemas culturais consolidados e sinalizam para a existência de outras possibilidades de ação política. Sob tal perspectiva, no cenário proposto pelas ativistas da “humanização” o útero pode ser pensado não apenas como *locus* de uma sensação dolorosa a ser acolhida e superada, espaço de possibilidade de transformação pessoal e de prazer, zona simbólica permeável a relações sociais, mas, de forma ampliada, como a sede simbólica desse germe de mundo “que passa a nos habitar e que nos

causa estranhamento”, impulsionando as pessoas a gestar, parir e nutrir uma nova ética a partir da qual se possam reorganizar as relações sociais e ressignificar sensações e afetos. Afinal, o pessoal continua sendo político.

NOTAS

¹ Disponível em <http://www.partodoprincipio.com.br/relatos-de-parto> (Acesso em 26 de jun. 2017).

² Desenvolvo uma pesquisa sobre o papel das *doulas* na transformação da cultura do nascimento no Brasil. Minhas principais interlocutoras são doulas alinhadas à medicina baseada em evidências científicas que atuam no Distrito Federal. Resumidamente, doulas são profissionais que oferecem apoio físico, emocional e informacional à mulher durante a gestação, o parto e o puerpério.

³ Entrevista disponível em <http://g1.globo.com/globo-news/jornal-globo-news/videos/v/cinco-mulheres-morrem-por-dia-no-brasil-por-complicacoes-no-parto-diz-ministerio-da-saude/5889543/> Acesso em 25 de jun. 2017.

⁴ Veja-se, por exemplo, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, lançado em 2001 e transformado na Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS), em 2003 (Disponível em <http://www.redehumanizasus.net/4-a-rede-humaniza-sus>. Acesso em 04 de ago. 2016). Complementarmente, em 2014 foi publicada a Portaria do Ministério da Saúde n.º 371, de 7 de maio de 2014, que institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido no contexto do SUS.

⁵ Certamente a interseção entre classe e raça permitiria complexificar a análise no

caso brasileiro, porém esta tarefa não poderá ser realizada nos estreitos limites deste ensaio.

⁶ Existem relatos de mulheres que afirmam ter experimentado orgasmo no momento do parto. É possível encontrar relatos no livro intitulado *Orgasmic Birth* (2007), escrito pela parteira Elizabeth Davis e pela doula Debra Pascali-Bonaro, que deu origem a um documentário homônimo, dirigido por esta mesma doula, em 2008. A relação entre parto, sexualidade e espiritualidade será explorada em outra oportunidade.

⁷ “Corte seu cordão com o sistema” foi um dos slogans criados para a divulgação do lançamento do documentário *O Renascimento do Parto*, em 2013. A imagem associada ao *slogan* é a de dezenas de bebês sem rosto, metade envolta em mantas cor-de-rosa e a outra metade, na cor azul, deitados em macas dispostas em fileiras numa maternidade. A imagem remete tanto ao clampeamento do cordão umbilical após o período expulsivo como a uma atitude de resistência frente ao sistema médico-hospitalar ou, de uma forma mais ampla, ao sistema capitalista.

⁸ Grupos de apoio para a gestação e o parto, geralmente conduzidos por doulas, educadoras perinatais ou enfermeiras obstetras.

⁹ O documentário, de 58 minutos de duração, foi produzido pela equipe da UnB-TV e dirigido por Barbara Arato; disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=DIUpSB6nr9c> (Acesso em 26 de set. 2017).

¹⁰ Um marco importante da consolidação do reconhecimento do trabalho da doula no meio científico foi a publicação, na plataforma Cochrane (principal fonte de informações científicas atualizadas para as e os defensores do parto humanizado no país), de uma extensa revisão sistemática

reunindo sólidas evidências científicas sobre a importância da presença da doula durante o trabalho de parto, no ano de 2013. A conclusão geral dos autores é a de que “o suporte contínuo durante o trabalho de parto traz benefícios clínicos significativos para as mulheres e seus filhos e não traz nenhum prejuízo. Todas as mulheres deveriam ter suporte durante o trabalho de parto e o nascimento” (Hodnett et al. 2013). Em seu livro sobre o papel da doula no parto, a doula brasileira Fadyinha (2011) apresenta conclusões idênticas.

¹¹ De acordo com a tipologia proposta por E. Merhy (2002), as *tecnologias leves* abrangem produção de vínculo, autonomização e acolhimento, diferente das *tecnologias duras*, que se referem a saberes estruturados, máquinas, normas e estruturas organizacionais.

¹² Ver especialmente o documentário *Violência Obstétrica. A voz das brasileiras*, lançado em 2012 (Disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=eg0uvonF25M>). Acesso em 26 de set. 2017). Para a contextualização deste documentário, ver a tese de Ligia Moreiras Sena (2016).

¹³ De acordo com a Portaria do Ministério da Saúde n.º 1.459, de 24 de junho de 2011, Art. 1.º, esta é “uma 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”.

¹⁴ A pesquisa, de caráter estatístico, chegou a conclusões idênticas às anteriormente anunciadas/denunciadas pelas ativistas do “parto humanizado”, dentre as quais destaco a seguinte: “Um dos aspectos mais impressionantes da prática obstétrica brasileira é a pressa em provocar o nascimento das crianças, sem respeito à autonomia das mulheres no processo de parturição. O

controle do tempo e a imposição da dinâmica do trabalho de parto e parto explicam o índice excessivo de intervenções, incluindo as cesarianas, fazendo com que a assistência ao parto no Brasil seja focada na decisão do médico e não na dinâmica do corpo da mulher.” (Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300005&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt#B1). Acesso em 16 jul. 2016)

¹⁵ A Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (ReHuNa) foi criada em 1993 e representa um marco da mobilização da sociedade civil visando a transformação da cultura cesarista no Brasil.

¹⁶ Cito como exemplos a Lei n.º 5.534, de 28 de agosto de 2015, do Distrito Federal, e a Lei n.º 7.314, de 15 de junho de 2016, do Estado do Rio de Janeiro, ambas aprovadas graças à mobilização das doulas e das ativistas da humanização, que dispõem sobre o direito da gestante a ser acompanhada pela doula – além de ter um acompanhante de sua escolha – durante o parto. Vale sublinhar que a Lei do Acompanhante (Lei n.º 11.108, de 07 de abril de 2005) é omissa em relação à presença da doula no momento do parto.

¹⁷ A tendência inclusiva do movimento pode ser verificada, por exemplo, no *slogan* da Associação de Doulas do Distrito Federal, no período 2015-2017: “Toda mulher merece uma doula. Toda mulher merece ser doula.”

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Chazan, L. K. 2007. “Meio quilo de gente”: um estudo antropológico sobre ultrassom obstétrico [online]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. Coleção *Antropologia e Saúde*.
- Carneiro, R. G. 2015. *Cenas de Parto e Políticas do Corpo*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

- _____. 2014. De perto e de longe do que seria natural, mais natural e/ou humanizado. Uma etnografia de grupos de preparo para o parto, in *Etnografias em Serviços de Saúde*. Organizado por J. Ferreira & S. Fleischer, pp. 243-265. Rio de Janeiro: Garamond.
- Davis-Floyd, R. & Davis, E. 1997. Intuition as authoritative knowledge in midwifery and home birth, in *Childbirth and Authoritative Knowledge. Cross-cultural perspectives*. Editado por R. E. Davis-Floyd & C. F. Sargent, pp. 315-349. Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press.
- Dias, M. A. B. & Deslandes, S. F. (2006) 3.^a reimpressão: 2014. Humanização da assistência ao parto no serviço público: reflexão sobre desafios profissionais no caminho de sua implementação, in *Humanização dos Cuidados em Saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Organizado por S. F. Deslandes, pp. 351-369. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Diniz, S. G. 2005. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência e Saúde Coletiva* 10 (3): 627-637.
- Fadynha, 2011. *A Doula no Parto. O papel da acompanhante de parto especialmente treinada para oferecer apoio contínuo físico e emocional à parturiente*. 3.^a ed. São Paulo: Ground.
- Hodnett, E. D. et al. 2013. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 15 (7):118.
- Le Breton, D. 2013. *Antropologia da Dor*. São Paulo: FAP-Unifesp.
- Martin, E. 2006. *A mulher no corpo. Uma análise cultural da reprodução*. Rio de Janeiro: Garamond.
- Mattingly, C. 2014. *Moral Laboratories. Family peril and the struggle for a good life*. Oakland: University of California Press.
- Merhy, E. E. 2002. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Editora Hucitec.
- Minayo, M. C. S. (2006) 3.^a reimpressão: 2014. Prefácio. Sobre humanismo e humanização, in *Humanização dos Cuidados em Saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Organizado por S. F. Deslandes, pp. 23-30. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Pulhez, M. M. 2013. “Parem a violência obstétrica”: a construção das noções de ‘violência’ e ‘vítima’ nas experiências de parto. *Revista Brasileira de Sociologia da Emoção* 12 (35): 544-564.
- Salem, T. 2007. *O Casal Grávido. Disposições e dilemas da parceria igualitária*. Rio de Janeiro: FGV Editora.
- Sena, L. M. 2016. “Ameaçada e sem voz, como num campo de concentração”. A medicalização do parto como porta e palco para a violência obstétrica. Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina.
- Tempesta, G. 2018. Trabalhando pelos bons vinculamentos. Reflexões antropológicas sobre o ofício das doulas. *Anuário Antropológico*, 43 (1): 37-66.
- _____. 2017. Sobre laboratórios e jardins. Resenha de C. Mattingly. 2014. *Moral Laboratories. Family peril and the struggle for a good life*. Oakland: University of California Press. *Revista de Antropologia* [online] 60 (2): 647-652.

Filmes e documentários

O Renascimento do Parto. Direção: Eduardo Chauvet. Produção: Érica de Paula e Eduardo Chauvet. Brasil: Bretz Filmes, 2013. DVD.

O Renascimento do Parto 2^o. Direção: Eduardo Chauvet. Brasil, 2018.

Orgasmic Birth. The best kept secret. Direção: Debra Pascali-Bonaro. Produção: Debra Pascali-Bonaro e Kris Liem. California: Seedsman Group, 2008. DVD.

Sem hora pra chegar: a busca pelo parto humanizado no Distrito Federal. Direção: Bárbara Arato. UnBTV, 2017. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=DIUpSB6nr9c> (Acesso em: 26 set. 2017).

Violência Obstétrica. A voz das brasileiras. Produção: Bianca Zorzam et al. 2012. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=eg0uvonF25M> (Acesso em: 26 set. 2017).