

5. Considerações finais

O movimento em favor da “humanização”, surgido na década de 1990 sob influência do feminismo, dos movimentos libertários dos anos 1960 e da Medicina Baseada em Evidências, tomou como inspiração outras iniciativas obstétricas dissidentes, em especial aquelas divulgadas na década de 1970 e que tiveram como principais porta-vozes os médicos franceses Frédérik Leboyer e Michel Odent.

Como discutido nos capítulos precedentes, o projeto de “humanização” do parto e do nascimento surgiu em resposta aos “excessos” do modelo biomédico hegemônico, que adota uma concepção moderna de corpo – tributária da concepção de pessoa. Le Breton (2011) observa que nessa concepção, até hoje em vigor no Ocidente, o sujeito é percebido como “tripartido”, isto é, cindido de seu próprio corpo – daí resultando a separação entre corpo e alma ou entre corpo e mente –; distinto dos demais, a partir da ênfase na individualidade, singularidade e autonomia; além de separado do universo e do cosmos.

Esse corpo veio a se tornar objeto de estudo da Medicina, que o analisou simplesmente como receptáculo da doença, enxergando-o como um mecanismo, análogo ao de outras máquinas. Dessa concepção resultaram, segundo Leder (1992), as atuais técnicas de diagnóstico e exames, que focalizam primordialmente o corpo e sua anatomia, de forma fragmentada, como se este tivesse autonomia em relação ao sujeito que encarna. Assim, houve um privilegiamento da técnica, em detrimento das relações, tanto paciente-profissional de saúde, quanto daquelas que envolvem o sujeito com seu meio social, sua história, sua cultura, seu ambiente, suas sensações, sua subjetividade. De acordo com Le Breton (2011), o que ocorreu foi uma despersonalização da doença, processo que, na visão dos ativistas da “humanização”, se estenderia também a outras experiências corporais, como o parto.

Parte desse processo foi, na segunda metade do século XX, a transferência massiva dos partos para os hospitais, ocasião em que os saberes dali advindos, bem como os profissionais que lá atuavam, passaram a ocupar um lugar central

nos serviços direcionados à saúde (Menezes, 2004). De acordo com Tornquist (2003), essa mudança mais ampla contribuiu para converter o parto em um fenômeno patológico, médico e fragmentado, inserido em um processo de crescente medicalização e rotinização da assistência, dando origem ao que se poderia chamar de um parto “moderno” – em alusão à definição de morte “moderna”, tal como formulada por Ariès (1978).

Assim, a proposta de “humanização” do parto e do nascimento, segundo seus divulgadores, surgiu no Brasil em reação a esse cenário. Contudo, é preciso destacar, essa proposta não chegou a romper com a concepção moderna de corpo/pessoa, tendo em vista que compartilha de alguns de seus preceitos, em especial da ideia de indivíduo – presente nas reivindicações por direitos iguais e autonomia feitas pelo feminismo (Franchetto et al., 1980), movimento que influenciou significativamente o ideário. Como já mencionado, as críticas tecidas pela proposta de “humanização” do parto e do nascimento se direcionam mais propriamente ao que seriam os “excessos” do modelo biomédico hegemônico, posto que estes redundariam justamente na despersonalização e perda de autonomia da mulher, rompendo com um preceito caro à “humanização” e mesmo à concepção de sujeito que advém da modernidade, qual seja: a do indivíduo como um valor.

Segundo argumentam os divulgadores da proposta de “humanização”, as práticas biomédicas hegemônicas, altamente tecnológicas e institucionalizadas, seriam excludentes, impessoais e uniformizantes, desconsiderando as particularidades de cada parturiente e não as envolvendo no processo de tomada de decisão sobre seus corpos. A medicalização do parto, realizada de rotina e em larga escala, seria, nesse sentido, considerada extremamente negativa, pois interferiria na capacidade de participação da mulher e no controle sobre seu próprio corpo, impedindo-a de vivenciar de forma plena uma experiência considerada central no ciclo reprodutivo feminino. Nesse sentido, é possível dizer que o parto é ressignificado e encarado não como um fardo ou como algo desafortunadamente inescapável, mas como uma experiência potencialmente prazerosa e enriquecedora. Essa visão parece estar em sintonia com as ideias que norteiam a corrente do feminismo da diferença sexual, que não se direcionam

exatamente à parturição, mas de maneira mais ampla à maternidade, “considerada como um poder insubstituível, o qual só as mulheres possuem” (Scavone, 2001: 140).

Ainda que se trate de um termo polissêmico (Diniz, 2005), os divulgadores do ideário com frequência definem parto “humanizado” como aquele em que a mulher tem suas escolhas e seus direitos respeitados, sendo tratada de forma personalizada pela equipe de assistência. É importante ressaltar que o termo, em especial quando utilizado no contexto das camadas médias, na maioria das vezes engloba também a idéia de parto “natural”, sugerindo o compromisso com um mínimo de intervenções médicas e farmacológicas possível.

No entanto, se em alguns momentos as expressões parto “humanizado” e parto “natural” são utilizadas como sinônimas, noutras os significados a elas atribuídos parecem se distanciar, como visto ao longo da tese. Quando isso ocorre, em geral o parto “humanizado” se define como aquele em que a mulher tem suas escolhas e seus direitos respeitados, enquanto o “natural” desponta como o parto em que não são administrados medicamentos nem realizados procedimentos médicos.

Na casa de parto, entre as mulheres e os profissionais que ali atuam, o termo “humanização” é poucas vezes referido, apesar da instituição ser reconhecida como um importante modelo pelos ativistas da ReHuNa. A evitação a essa palavra não parece ser casual, mas refletida, ao menos no que diz respeito aos profissionais, que são os que, em geral, apresentam a proposta da casa de parto às gestantes.

Antes de explorar esse assunto, talvez seja interessante buscar sistematizar as diferenças e aproximações que podem ser mapeadas entre os grupos investigados. De início, é importante destacar que as mulheres de ambos os grupos manifestavam algum tipo de insatisfação com a assistência oferecida nos serviços aos quais inicialmente tinham acesso. No caso das gestantes de camadas populares, a referência principal eram as maternidades públicas, da qual eram usuárias ou sobre as quais tinham informações através da escuta de narrativas de

outras mulheres, de modo que existia no universo estudado uma visão consolidada – e bastante negativa – sobre os serviços ali oferecidos.

Em geral, as críticas tecidas a essas instituições se direcionavam à despersonalização do atendimento – expressa por exemplo nos comentários de que nas maternidades públicas se é tratada “como mais uma” ou que “nem olham para a cara da gente” –, não raras vezes resultando em uma sensação de “abandono”. Como regra, as mulheres sentiam-se alvo de maus-tratos e criticavam a pouca atenção recebida dos profissionais, inclusive no que se refere a aspectos técnicos, que ficariam comprometidos pela pressa na realização dos procedimentos, em meio ao grande volume de atendimentos. Por outro lado, quando feitos de forma considerada adequada, os procedimentos médicos rotineiramente realizados nos partos “normais” não costumavam ser alvo de questionamentos. Pelo contrário, eram geralmente qualificados como uma “ajuda” e percebidos como uma forma de “cuidado”.

Já entre as mulheres de camadas médias, o referente contrastivo era, de maneira geral, o serviço prestado no sistema privado de saúde, onde a taxa de cesáreas chega a 83%, mais do que o dobro daquela registrada no setor público, que é de 38%, segundo dados de 2011. Mesmo entre aquelas que só tomaram contato com a proposta de “humanização” ao longo da gravidez, a intenção inicial em geral foi a de tentar escapar da “epidemia” de cesáreas que atinge as mulheres daquele segmento social. Para elas, o parto cesáreo era visto como uma alternativa em caso de necessidade e não como uma primeira opção. Noutras palavras, a cirurgia, na visão dessas mulheres, não deveria configurar a regra, mas atender a uma situação de excepcionalidade, ou seja, a uma particularidade pessoal. E, por sentirem-se saudáveis e aptas a dar à luz, elas enxergavam o parto “normal” como a via “natural”.

No entanto, quando informadas – através de pesquisas realizadas na Internet ou por meio das aulas de preparação para o parto – sobre a maneira como costumam ser realizados os partos “normais” no Brasil, isto é, com a realização de procedimentos médicos e farmacológicos de rotina, essas mulheres passaram a questionar a padronização imposta por esse tipo de parto. Na realidade, tal questionamento, em sua essência, é semelhante àquele que já havia sido feito em

relação à cesárea, considerando que, na visão das mulheres etnografadas, a ampla disseminação dos procedimentos médicos e farmacológicos no parto “normal” não parecia corresponder às necessidades ou mesmo aos anseios de cada parturiente.

Em alguma medida, é possível dizer que o incômodo dessas mulheres se assemelha ao manifestado por aquelas provenientes de camadas populares, quando estas reivindicam serem reconhecidas como sujeito, isto é, não serem tratadas apenas como um corpo que dá à luz. Porém, diferentemente destas, as mulheres dos segmentos médios direcionam à medicalização – quando realizada de forma padronizada e rotineira – o foco principal de suas críticas, pois consideram que dela resultaria a perda de sua individualidade. Nesse sentido, ser reconhecida pelo nome e tratada de forma que reputam educada e polida é, de maneira geral, algo naturalizado e que aparentemente não está em questão para a maioria dessas mulheres – como parece ocorrer entre aquelas provenientes do outro grupo. A demanda delas é, portanto, outra, qual seja: a de serem reconhecidas em suas particularidades e idiosincrasias. Assim, a expectativa é de que o profissional que lhes presta assistência respeite o *seu* tempo físico e psíquico (diferente daquele definido pelo relógio), *sua* liberdade (de movimento e posição), *suas* escolhas quanto à medicalização e *seu* corpo. Com efeito, trata-se de um corpo que, antes de tudo, é percebido como uma importante “fronteira”, que marca e pontua a diferença entre os indivíduos (Le Breton, 2003). Sendo assim, a intenção da maioria das mulheres de camadas médias etnografadas era vivenciar um parto “natural” e “humanizado”, acreditando que dessa maneira escaparia à padronização imposta pela cesárea e pelo parto “normal”.

É importante mencionar que a definição por um parto “natural” e “humanizado” geralmente implica em uma agência por parte das gestantes de camadas médias. Desse processo costuma fazer parte a busca por um profissional de saúde afinado com o ideário, o que exige muitas vezes uma longa “peregrinação” por consultórios médicos; a concordância em pagar à parte pelo serviço, tendo em vista que a maioria dos profissionais “humanizados” não é conveniada a planos de saúde; assim como toda uma busca por informação, que

inclui a assistência a palestras, vídeos, relatos de parto, leitura de livros, visita a sites e blogues, participação em listas de discussão, etc.

Sobre esse aspecto, Lo Bianco (1983 *apud* Salem, 2007) observa que a busca pela desmedicalização acaba engendrando uma “medicalização de segundo grau”, tendo em vista que, “a exigência de conhecimentos técnicos em nome do exercício de autodeterminação redundava em seu maior envolvimento com o paradigma médico” (2007: 74). Nesse sentido, as diversas e possíveis “intervenções”, termo utilizado com conotação um tanto negativa, estão na ponta da língua dessas mulheres, que buscam no conhecimento técnico uma maneira de obter maior participação nas decisões relativas ao parto.

Por outro lado, situação bastante diversa foi encontrada na investigação realizada junto às mulheres de camadas populares. Os procedimentos médicos – nunca referidos como “intervenção” – parecem ser poucas vezes objeto de atenção nos grupos educativos e, no repertório das etnografadas, em geral resumem-se a apenas dois: “corte” (episiotomia) e “soro” (ocitocina). Como visto ao longo da tese, a anestesia não é algo que esteja disponível a essas mulheres, não só na casa de parto, mas também nas maternidades públicas. No entanto, não parece descabido supor que esse recurso possivelmente seria almejado por elas, isto é, caso fosse oferecido e se houvesse possibilidade de ter acesso a ele.

Com efeito, a proposta de ter um parto desmedicalizado não foi exatamente o que motivou as entrevistadas de camadas populares a buscarem a CP. Para elas, serem reconhecidas pelos profissionais de saúde como “pessoas” (DaMatta, 1997), poderem ter dois acompanhantes (em geral selecionados entre membros da família), ficarem em um quarto individual, darem à luz em um local que reputam tranquilo e acolhedor, dentre outros aspectos, tiveram um peso muito maior na definição pela CP do que a proposta de parto “natural”, o que sugere que esta não se trata exatamente de uma escolha, mas de uma “moeda de troca”. Como algumas entrevistadas abertamente admitiram, o parto desmedicalizado precisou ser “aceito” ao longo da gestação, assim como o fato de a assistência ser prestada exclusivamente por profissionais de enfermagem, uma vez que não há médicos dentre os membros da equipe da CP.

Contudo, apesar do manifesto desinteresse da maioria pelo parto “natural”, este não parece passível de ser negociado naquele contexto. De fato, uma vez internada na CP por ocasião do trabalho de parto, a parturiente não encontra abertura para interferir nas decisões relativas à medicalização, que se baseiam em critérios estritamente clínicos e são tomadas de forma unilateral pela equipe, o que de certa maneira entre em choque com o conceito de “humanização”, isto é, se entendido como respeito às escolhas e aos direitos da parturiente. Nesse sentido, a liberdade de escolha da mulher fica restringida aos aspectos que dizem respeito à posição para dar à luz, à movimentação, ao uso de recursos não-farmacológicos para alívio da dor, à música ambiente, etc. Em suma, não extrapola o repertório de possibilidades apresentado pela equipe e considerado favorecedor do parto “natural”, não incluindo, portanto, as decisões relativas aos procedimentos médicos ou farmacológicos. Daí possivelmente resulta o fato de que, do ponto de vista daquelas que dão à luz na CP, a meta costuma ser livrar-se o quanto antes do processo de parturição – como também observou Nelson (1979) em pesquisa realizada nos EUA – encontrando no relógio um importante instrumento de avaliação de seu desempenho.

Como mencionado ao longo da tese, o trabalho desenvolvido pela equipe da CP durante o pré-natal – e do qual o parto seria uma dramatização –, faz parte de um projeto mais amplo, impulsionado junto às gestantes com vistas a construir uma “nova mulher”: independente, auto-confiante, com consciência corporal, política, de direitos, em suma, uma cidadã. Ou, como preferem chamar na casa de parto, uma mulher “empoderada”.

Esse projeto de “cidadanização” (Duarte et al., 1993) se depara com algumas barreiras, tendo em vista que uma de suas premissas é que o sujeito passe a se perceber como um indivíduo, com preeminência sobre a totalidade social. Nesse sentido, o projeto impulsionado pela CP busca sensibilizar sua clientela para o ideal liberal-individualista, implícito na própria idéia de cidadania, o qual, por sua vez, se opõe à relacionalidade e hierarquia que costumam predominar nas famílias de camadas populares. Como visto no capítulo 3, esse modelo de família estrutura-se a partir de um reconhecimento da diferença complementar dos membros do grupo doméstico, sendo as redes de ajuda mútua uma característica

fundante dessa relacionalidade. De acordo com Sarti (2011), nessas famílias “uma trama de obrigações morais (...) enreda seus membros, num duplo sentido, ao dificultar sua individualização e, ao mesmo tempo, viabilizar sua existência como apoio e sustentação básicos” (2011: 70).

No que se refere especificamente às crianças, nas famílias de camadas populares as decisões que as envolvem em geral são tomadas de forma coletiva e seus cuidados e responsabilidades com frequência compartilhados pela rede familiar (Fonseca, 2006). Nesse sentido, a gravidez, o parto e o puerperio se configuram como momentos em que, justamente, há um reforço dos laços que unem a mulher à família, o que explica a resistência de uma parte delas à proposta da CP.

Não há dúvidas de que o projeto de “empoderamento” feminino permeia o ideário da “humanização” como um todo e também é apresentado, talvez de maneira mais sutil, às mulheres de camadas médias. Uma diferença que parece ser digna de registro, contudo, é que estas, diferentemente das mulheres de camadas populares, aderem com afinco à proposta de desmedicalização. Considerando que no sistema privado de saúde, onde são atendidas, elas têm fácil acesso à anestesia, dar à luz sem medicamentos exige das mulheres de camadas médias um grande controle emocional, a despeito da predominância de um discurso que valoriza a liberação do corpo e das emoções. Como bem observou Le Breton (1999), o uso massivo de analgésicos na vida cotidiana, resultado da percepção de que toda dor é inútil e deve ser imediatamente combatida, faz com que as pessoas praticamente não sejam expostas à dor, sendo quase inexistente o preparo ou o aprendizado para vivenciá-la, em especial nos segmentos médios.

Contudo, a dimensão do que encaram como um desafio é percebida como proporcional aos benefícios que essas mulheres acreditam advir de sua superação. Movidas pelo desejo de testar seus limites e de explorar ao máximo a intensidade das sensações que a experiência de parto pode oferecer, elas ressignificam a dor vivida, encarando-a de forma positiva. Assim, o parto passa a ser percebido, ao menos por uma parte delas, como uma forma privilegiada de auto-conhecimento, representando uma via para o aperfeiçoamento subjetivo (Duarte, 1999), que tem como foco a corporalidade. A atenção é deslocada para o “processo” e não

unicamente para o “resultado” – isto é, o nascimento do bebê (Nelson, 1979). Se fosse possível, o tempo idealmente se desconectaria das horas e do calendário, possibilitando que a atenção se direcionasse exclusivamente ao corpo e às sensações nunca antes experimentadas, parte de uma busca por um aprofundamento das intensidades, marca do hedonismo moderno (Duarte, 1999, Le Breton, 2007). Tal busca, afirma Duarte (1999), faz com que experiências sensoriais novas sejam valorizadas na medida em que, de alguma maneira, são percebidas como acrescentando algo ao sujeito.

Como o personagem Hulk, referido por uma das entrevistadas, as mulheres acreditam passar por uma intensa transformação, que beira a metamorfose. Da mesma forma que na história em quadrinhos, na qual um homem franzino e comum muda de cor, cresce, se torna musculoso e irreconhecível, convertendo-se em um super-herói, as mulheres narram suas experiências de parturição como um encontro com uma força – às vezes revestida de um caráter sagrado – que tinham dentro de si, mas que desconheciam. Desse encontro incomum – sem a intermediação de medicamentos que pudessem interferir nas sensações, inclusive naquelas provocadas pela dor – teria nascido uma “supermulher”, aos olhos de si e daqueles que as rodeiam.

Entre as mulheres de camadas populares, a experiência narrada ganha contornos semelhantes, a despeito do parto “natural” não ter sido propriamente almejado. Ao darem à luz sem qualquer tipo de “ajuda”, estas passam a se considerar e a serem vistas pelos demais como “guerreiras” – gíria utilizada para se referir às mulheres fortes e corajosas –, que abriram mão dos recursos que lhes eram oferecidos nas maternidades públicas²²⁶ para parirem “sozinhas”. Ainda que assistidas pelos profissionais da casa de parto e por seus familiares – dentre eles o pai do bebê, considerado uma testemunha fundamental. Como parte do projeto mais amplo de “empoderamento” feminino impulsionado pela CP, o homem é convidado a assistir à performance da mulher assumindo uma postura “autônoma” e “ativa”, vista como decisiva para o nascimento do filho.

²²⁶ Não se deve ignorar a possibilidade de tal atributo estar também associado ao fato de estas mulheres terem dado à luz em uma casa de parto autônoma, assistidas exclusivamente por enfermeiras obstetras, rompendo com a tradição – relativamente recente, porém muito consolidada no Brasil – de que cabem aos hospitais e aos médicos os cuidados na atenção ao parto.

É possível dizer que o parto “natural”, nesse contexto, se apresenta como um rito de passagem, cujo período liminar tem como marca a individualização. Se no dia-a-dia essas mulheres encontram-se imersas em redes mais amplas, compartilhando com seus membros inclusive as decisões relativas ao parto, durante a experiência dar à luz, porém, percebem-se “no comando”, tal como expressa na frase: “Dependia de mim para nascer”. Na avaliação dessas mulheres, portanto, o resultado do parto depende exclusivamente de sua performance, pois, sem contar com qualquer “ajuda” farmacológica ou de procedimentos médicos, ela dispõe apenas de seu corpo e da capacidade de auto-controle emocional, tão incentivada nos grupos educativos. No entanto, como propõe DaMatta (1999), essa experiência de individualização é vista como um estado, não como uma condição central da condição humana, o que possibilita que, quando da reincorporação da mulher a seu grupo de origem, isto é, ao seu lar e à sua família, haja um fortalecimento da complementaridade que os une – o que evidentemente não diminui o sentido da passagem e da nova condição conquistada.

Diferentemente das mulheres de camadas populares, entre aquelas provenientes dos segmentos médios, o parto “natural” e “humanizado” é encarado como um projeto idealmente do casal, mas, nos casos em que não há o esperado apoio do parceiro, este, em última instância, é considerado um projeto individual e cujas decisões cabem à mulher. Se, como observou Singly (2007: 137), nas camadas médias e superiores, homens e mulheres oscilam entre privilegiar as exigências do casal e aquelas de cada um dos cônjuges, o parto parece se revelar um momento propício para o reforço da individualidade da mulher, sob o argumento de que se trata de uma experiência que envolve de maneira direta seu corpo e sua subjetividade.

É interessante destacar que, se entre as mulheres de camadas populares o parto aparentemente se apresenta como um rito de passagem cuja liminaridade tem como marca a individualização, entre aquelas provenientes dos segmentos médios, em especial para as que referem ter estado na chamada “partolândia”²²⁷, o

²²⁷ Como já mencionado, essa expressão é desconhecida das mulheres da CP, onde as teses do médico francês Michel Odent não costumam ser divulgadas. Nesse sentido, mais do que o apelo ao “natural”, a ênfase dos profissionais da CP incide principalmente sobre a ressignificação do “parto como de antigamente”, que é idealizado e valorizado, o que parece ter melhor aceitação e apelo

período liminar se caracteriza pela submissão, pelo automatismo, pela “entrega”, como se tratasse de uma experiência involuntária. Dizendo-se incapazes de controlar seus atos e de tomar qualquer decisão em meio à dor provocada pelas contrações, essas mulheres acreditam serem conduzidas por seus corpos durante a experiência, promovendo uma ruptura com a ideia de auto-controle que, segundo Elias (1994) e Le Breton (2011), configura-se como o paradigma da relação com o próprio corpo na contemporaneidade.

Na contramão dos ativistas da “humanização” mais afinados com o movimento feminista, que levantam a bandeira de que “o parto é da mulher” – o que também é feito pelos profissionais da CP –, as parturientes, aparentemente influenciadas pelas teses de Michel Odent, parecem estar mais convencidas de que o parto é, em última instância e medida, do próprio corpo. Assim, elas ignoram o fato de que se trata de um corpo que, durante as aulas de preparação para o parto, foi social, física e psicologicamente treinado para comportar-se de forma “natural”. Aparentemente sucumbindo à visão anátomo-fisiológica, elas consideram que o corpo-em-trabalho-de-parto desfruta de autonomia em relação ao sujeito que encarna. É importante ressaltar que essa visão, que enfatiza o corpo como mecanismo corporal, não parece, contudo, redundar no aniquilamento da ideia de interioridade – psicológica ou espiritual –, tendo em vista que, como foi possível notar ao longo da tese, a experiência de parturição é considerada pelas mulheres uma via privilegiada para o autoconhecimento e o aperfeiçoamento de si.

entre o público de camadas populares, o qual não deseja virar “bicho” e sim ser tratado e reconhecido como “pessoa”.