

Entre riscos fisiológicos e emocionais: a humanização do parto em uma maternidade pública carioca

Sara Mendonça⁴²

Resumo:

A partir da etnografia em uma maternidade pública humanizada na cidade do Rio de Janeiro, acompanhando enfermeiras obstetras e mulheres por elas assistidas, discutirei a tensão entre os riscos fisiológicos e os riscos emocionais. Construo interpretações a respeito da institucionalização deste modelo, abarcando a permanente tensão entre o ideário promovido pelo movimento pela humanização do parto, os saberes-poderes biomédicos e da instituição médico-hospitalar.

Nos discursos do ativismo pela humanização, a autonomia é uma noção fundamental, aparecendo atrelada ao desejo por um parto mais natural. Um valor em relação ao saber médico que busca dominar o processo de parturição – acionando um outro conjunto de saberes, a Medicina Baseada em Evidências (MBE) para classificar e atuar sobre os riscos fisiológicos. Há uma hierarquia, e por vezes uma contradição, entre riscos fisiológicos e o que denominei como riscos emocionais, havendo o embate entre o que aquela mulher deseja e o que a instituição, orientada pelos protocolos e taxas, indica que deve ser feito com base nos riscos fisiológicos. O grupo majoritário de usuárias da maternidade não é de mulheres familiarizadas com a humanização, nem que, necessariamente, desejam um parto que “respeita a fisiologia do parto” e se paute pela evitação de intervenções. Através de dois tipos de situações etnográficas – as negociações em torno da anestesia peridural e casos de perda fetal – trago a discussão: o que ocorre quando esse alinhamento entre desejos e riscos fisiológicos não se estabelece?

Palavras-chave: humanização do parto; maternidade; mulheres; risco fisiológico; risco emocional

Between physiological and emotional risk: Humanizing childbirth in a public maternity in Rio de Janeiro

Abstract:

This article will be focusing on physiological and emotional risks during childbirth, deriving from an ethnography of a public humanized maternity in Rio da Janeiro under the point of view of both nurse-obstetricians and women they attend.

There is a hierarchy and a contradiction between physiological and emotional based risks in the struggle between the woman's desires and the institution's protocols that have physiological risks and rates as a major concern. In the activist discourse, the concept of autonomy is connected to a desire for more natural practices in childbirth, raising opposition to the way medical knowledge defines protocols to childbirth by setting in motion evidence-based medicine knowledge that seeks to classify and act upon physiological risk in a manner that doesn't compromise to other views without struggle.

This article analyses the institutionalization of the humanized model, taking in consideration the permanent tensions between the ideals promoted by the humanized childbirth movement,

⁴² É Doutora em Antropologia (PPGA/UFF) e pós-doutoranda em Políticas Sociais pela Universidade Estadual Norte Fluminense.

the biomedical know-power, and structural and institutional aspects of healthcare. This article also encompasses the majority of the hospital's users that are not necessarily seeking a childbirth with no intervention, 'respecting childbirth physiology'.

Keywords: maternity; childbirth; humanized childbirth; women; physiological risks; emotional risks.

Introdução

Este artigo parte de uma etnografia de uma maternidade pública humanizada na cidade do Rio de Janeiro, o Hospital Maternidade Maria Amélia Buarque de Hollanda⁴³ – mais precisamente, no Centro de Parto Normal (CPN) desta instituição, setor onde ocorrem os partos – acompanhando as enfermeiras obstetras e as mulheres por elas assistidas⁴⁴ (MENDONÇA, 2018). A partir da qual, neste trabalho, discutirei a tensão entre os riscos fisiológicos e os riscos emocionais.

Os significados do termo humanização são objeto de disputa entre ativistas, usuárias, profissionais da saúde e gestores e mesmo internamente a estas categorias (DINIZ, 2005). A escolha de uma maternidade pública – reconhecida pelas ativistas como boa opção em termos de humanização – como *locus* de pesquisa permitiu analisar as disputas em torno do termo, bem como a ampliação de uma ideologia inicialmente associada à setores das camadas médias urbanas para outros setores da população, através de políticas públicas de saúde, etnografando alguns desencontros ocorridos quando a política de humanização possui como público-alvo setores não ativistas. Assim, construo interpretações a respeito da institucionalização deste modelo, abarcando a permanente tensão entre o ideário promovido pelo movimento pela humanização

do parto, os saberes-poderes biomédicos e as estruturas da instituição médico-hospitalar. Bem como o diálogo das profissionais com o grupo majoritário de usuárias da maternidade, que não necessariamente desejam um parto tal como proposto pelo ativismo, pautado pelo “*respeito a fisiologia e tempo do parto*” e, conseqüentemente, pela evitação de intervenções.

A ideia central proposta pelo movimento pela humanização é de que o parto é um evento natural e fisiológico, que no decorrer dos dois últimos séculos deixou de ser um evento doméstico e feminino e se tornou hospitalar e masculino (VIEIRA, 2008), sendo extremamente medicalizado em uma tentativa própria da racionalidade biomédica – que pensa o corpo feminino como um outro, selvagem e indecifrável (ROHDEN, 2009) – de controlá-lo através da técnica. Seguindo a máxima “*mulheres sabem parir, bebês sabem nascer*”, buscam um modelo de assistência no qual a mulher seja a protagonista de seu parto, e não o médico que a assiste. A postura considerada mais humanizada é a de conter o ímpeto de intervir no processo, sendo o uso indiscriminado de intervenções enquadrado na categoria recentemente construída de violência obstétrica (PULHEZ, 2013).

A autonomia da mulher possui um papel fundamental dentro do arcabouço ideológico da humanização, porém sua construção é englobada pelo ideário: nos discursos do ativismo a autonomia aparece atrelada ao desejo por um parto mais natural (CARNEIRO, 2014). É um valor em relação a um saber médico que busca dominar o processo de parturição, nomeado então de modelo tecnocrático (DAVIS-FLOYD, 2003)⁴⁵.

Para se contrapor a esse modelo, as ativistas acionam um outro conjunto de saberes, a Medicina Baseada em Evidências (MBE), para classificar e atuar sobre os riscos fisiológicos –

43 Daqui por diante referido apenas por Maria Amélia.

44 Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética, CAAE 54355816.3.0000.5243. Todos os nomes das enfermeiras e mulheres assistidas foram substituídos de modo a favorecer o anonimato. O trabalho de campo na maternidade foi realizado acompanhando a rotina da assistência junto às enfermeiras obstetras e as mulheres por elas assistidas, por um período aproximado de um ano, entre 2016 e 2017. Em relação ao Movimento pela Humanização do Parto e do Nascimento e seu ativismo, cujos discursos serão trazidos no artigo, os dados são da minha pesquisa de mestrado (MENDONÇA, 2013) e do acompanhamento da questão desde então.

45 Para um aprofundamento da discussão a respeito dos modelos obstétricos tecnocrático e humanizado, ver: Modelos de assistência obstétrica concorrentes e ativismo pela humanização do parto (MENDONÇA, 2015).

não comportando, sem tensões, outros projetos e desejos. Como Beck (2016) analisa, a ciência não se refere mais puramente a dimensão do esclarecimento e desvelamento da verdade: através de sua construção enquanto crítica produz a crítica de si mesma. Objetivando produzir verdades, somente as produz em caráter provisório, o que tanto impulsiona o seu desenvolvimento quanto produz descrenças e inseguranças em relação às suas proposições. Em relação ao caráter historicamente inédito do risco, categoria analisada pelo autor, este se funda justamente em uma construção científica e social, “a ciência se converte em causa [...], expediente definidor e fonte de soluções” (BECK, 2016, p. 235).

Diante do manancial de informações científicas, os “objetos” da cientificação se convertem em “sujeitos”, uma vez que podem e necessitam manejar ativamente uma grande gama heterogênea de interpretações científicas (BECK, 2016), como bem explicitado na jornada das mulheres em busca de seu parto, que envolve um grande consumo de informações científicas e associação com grupos de mulheres, com o intuito de identificar e se contrapor à médicos não alinhados a suas perspectivas e desejos, bem como, encontrar profissionais e/ou instituições identificados como humanizados (MENDONÇA, 2013).

A questão do parto ocupa um lugar relevante na crítica ao modelo médico hegemônico e na construção de propostas que visam sua humanização. Em resposta à medicalização considerada excessiva, pesquisadores médicos criaram, no início dos anos 1990, a Medicina Baseada em Evidências, que propõe que intervenções médicas somente sejam realizadas quando haja evidências científicas de que trarão benefícios. Tal como define Lopes, em artigo publicado em revista da área médica:

MBE se traduz pela prática da medicina em um contexto em que a experiência clínica é integrada com a capacidade de analisar criticamente e aplicar de forma racional a informação científica de forma a melhorar a qualidade da assistência médica. Na MBE, as dúvidas que surgem ao resolver problemas de pacientes são os principais

estímulos para que se procure atualizar os conhecimentos (LOPES, 2000, p. 285).

Nesse sentido, opera através do que Beck aponta como “a oportunidade de emancipação da práxis social *em relação* à ciência *através* da ciência” (BECK, 2016, p.337). A MBE denuncia a prática clínica corrente enquanto repleta de procedimentos que careceriam de embasamento científico, se reivindicando verdadeiramente científica, como sugere o próprio nome escolhido para o movimento. Esta crítica produzida internamente não chega a romper com o que Bonet (2004) define como a tensão estruturante hierárquica da medicina entre as dimensões do saber e do sentir, derivada do dualismo cartesiano: ainda que a MBE confira mais relevância aos aspectos ligados ao “sentir” esses permanecem submetidos ao “saber”.

A MBE é uma das maiores instâncias de suporte do ativismo pela humanização do parto, uma vez que identifica como melhor o tipo de parto que elas desejam, produzindo um alinhamento entre os riscos fisiológicos e emocionais.

O que acontece quando esse alinhamento não está tão dado e claro? O desencontro que enfocarei neste artigo decorre de haver uma hierarquia e, por vezes, uma contradição entre riscos fisiológicos e o que denominei como riscos emocionais – termo aqui entendido como remetendo às esferas da subjetividade, abarcando o nível do desejo, produto de aspectos subjetivos construídos no seio da cultura. Estes não necessariamente aparecem em sintonia: muitas vezes há o embate entre o que aquela mulher quer e o que a instituição, orientada pelos protocolos e taxas, indica que deve ser feito com base nos riscos fisiológicos, classificados pela MBE.

Este desalinhamento permeia todo o serviço em algum nível. Para as dimensões deste artigo enfocarei dois tipos de situação que condensam essa tensão, envolvendo a noção de autonomia, os desejos divergentes ao ideário da humanização e sua relação com a classificação de riscos fisiológicos: as negociações em torno da anestesia peridural e o procedimento para a expulsão de fetos que morreram no útero.

Fissuras e anestésias

Boa parte da pedagogia para o parto (TORNQUIST, 2002) se refere a como lidar com a dor, como suportá-la, indicando tecnologias entendidas como leves para manejá-la: massagens; posições; acessórios (como a bola de pilates); recursos (como a imersão em água morna e aroma terapias); ou ainda dinâmicas corporais que fariam o parto ocorrer mais rápido, como andar durante o trabalho de parto e se agachar nas contrações. Essas tecnologias visam oferecer alternativas às intervenções “mais tecnocráticas” para acelerar o trabalho de parto, como a ocitocina sintética, ou para o alívio da dor, como a anestesia.

A respeito da dor, a discussão trazida por Díaz-Benítez (2015) sobre consentimento e fissura na produção fílmica da indústria do pornô de humilhação pode ser um paralelo útil, embora aparentemente distante. Analisando a produção destes filmes – nos quais há um contrato estabelecido entre as partes a respeito de como será a cena, mas que, diferente dos roteiros pornográficos *mainstream*, não comporta um script padrão pré-estabelecido, buscando construir um hiper-realismo no qual a espontaneidade da cena é valorizada – indica que essas produções comportam simultaneamente o consentimento e a possibilidade de *fissura* deste, bem como uma retomada ao consentimento. Os atos corporais e morais que visam à encenação da humilhação, pelas intensidades corporais com que são encenados, podem produzir efeitos de humilhação real. A dor física, o medo e o nojo são consensuados e contratados, mas a forma como são experienciados pelas atrizes podem transbordar as expectativas iniciais.

Embora partindo da análise destas produções, a autora destaca que a fissura não é um elemento circunscrito à produção comercial de cenas sexuais. Tal como Gregori (2010), aponta que a exploração dos desejos sexuais pode comportar as dimensões do prazer e perigo, constituindo “empreendimentos de risco” físicos e morais. Dessa forma, a fissura aparece como uma possibilidade para os atos sexuais consentidos reais, não apenas os do hiper-realismo pornográfico.

A fissura é, antes de tudo uma possibilidade. Se na humilhação a fissura se revela quase como um devir, é porque ela joga com e nos limites da sexualidade e porque, ao ser produzida por uma indústria, ela possui enorme valor comercial. Mesmo assim, as fissuras nem sempre acontecem. Por sua vez, elas também podem vir a acontecer nos encontros sexuais mais corriqueiros e longe do mercado, como em nosso leito, inclusive se este evocar afetos e amor romântico (DÍAZ-BENÍTEZ, 2015, p. 86).

Em um paralelo, o parto pode também ser pensado como um empreendimento de risco (GREGORI, 2010). Não o risco biomédico acionado no CPN constantemente, mas o risco de comportar em si estas dimensões do prazer e perigo, dor e limites. Mesmo entre aquelas que têm de parir enquanto um projeto e consentem com a dor, a experiência vivenciada pode comportar a fissura deste consentimento.

A fissura “Seria um movimento, que no plano do ordinário foge de certos limites do aceito [...] e que também tem a capacidade de se refazer, dependendo das características afetivas dos envolvidos.” (DÍAZ-BENÍTEZ, 2015, p.80). Enquanto nos filmes de humilhação a fissura é valorizada e produzida comercialmente, se configurando como um “descontrole controlado” (DÍAZ-BENÍTEZ, 2015, p.79), o parto está longe de objetivar a humilhação, no entanto, dentro de suas pedagogias a fissura também é um elemento considerado parte potencial do processo.

É previsto um momento nomeado no discurso do ativismo de “*hora da covardia/do arrependimento*”, no qual a mulher pode chegar a tal ponto de dor e exaustão no qual não acredita que irá conseguir; que não é capaz; chegou ao seu limite e seu corpo não aguenta mais; que vai morrer. Este momento é colocado como uma parte do processo para o qual elas também devem estar preparadas, devendo impor a racionalidade do seu projeto de parir naturalmente à irracionalidade produzida pelas intensidades do momento. Nesse ponto a equipe de apoio aparece como fundamental: companheiros, doulas e equipe de assistência devem atuar como os guardiões do projeto de

parto, muitas vezes incumbidos pelas próprias da tarefa de não as deixar desistir, lembrá-las de seu desejo e fazê-las retomar a crença em seu corpo e sua capacidade.

Este momento de fronteira entre a expectativa consensuada e a experiência vivida é identificado como ocorrendo também em um momento de fronteira fisiológica do trabalho de parto: a transição entre a fase ativa e o período expulsivo. Sua constatação pode aparecer como um elemento de percepção da evolução do trabalho de parto. Apesar do vocabulário que nomeava “*hora do arrependimento/covardia*” não ser acionado pelas enfermeiras da Maria Amélia, elas identificavam o incremento de manifestações de dor, em conjunto com as falas de que esta seria intolerável, como um sinal de que o nascimento estava próximo. A nomeação deste momento podia aparecer nas salas de parto que observei quando trazida por mulheres e doulas ligadas aos discursos do ativismo pela humanização. As doulas e demais profissionais da assistência argumentam no sentido de contornar essa fissura. Nomear este momento na pedagogia anterior dos grupos de gestantes permitia que elas o acionassem como explicação sintética na hora em que se apresentasse e o transformassem em incentivo: “*na hora em que você estiver achando que não dá mais é porque tá dando, está perto de acontecer*”.

Estas negociações são delicadas, por se tratar de uma situação que já pressupõem alguma ausência de racionalidade, traz consigo a possibilidade de fissura e autoriza o reconvencimento, tendo que comportar em si a sensibilidade para a percepção da “fissura da fissura”, ou seja, o momento em que o consentimento realmente foi rompido e aquela mulher mudou de ideia, mesmo que isso possa vir a significar algum arrependimento posterior.

Nos grupos de gestantes ligados à humanização, fissuras e “*fracassos*” podem ser equiparados. Como conversei entre colegas que também estudam a temática do parto⁴⁶, as mulheres que participam destes grupos e por algum motivo acabam em uma cesárea raramente retornam ao grupo para relatar sua experiência às demais, devido a essa sensação de incapacidade.

Em uma ocasião na qual compareci a um desses grupos, em 2014, presenciei uma rodada de relatos

de parto, feitos por casais. Em um deles a mulher estava visivelmente embaraçada ao contar que “*aos nove centímetros não aguentei e pedi a anestesia*”. Já fazia quase três meses de seu parto e, ao contrário da satisfação com que as demais contavam terem conseguido parir, ela se mostrava envergonhada: era como se tivesse conseguido, mas entre aspas. A doula que a acompanhou comentou a situação: “*Acho que dava para você ter conseguido evitar a anestesia, mas você estava muito sem reação. Tentei te dar uma agitada, mas você estava muito prostrada*”, indicando que haveria uma forma de contornar a situação, que teria dependido daquela mulher tomar a atitude apropriada, o que serviria para as que ainda estavam esperando o próprio parto como uma pedagogia moral de como agir, mas não atuaria no acolhimento daquela mulher. O marido também se manifestava no sentido de estar decepcionado com a falta de força de vontade da esposa, definindo que ela “*fraquejou*”, sem que nenhuma das presentes o censurasse por isso.

Diferentemente da narrativa deste casal, nos relatos de parto em grupos de redes sociais as fissuras costumam ser apresentadas, muitas vezes enfaticamente, mas ocupam naquele espaço um papel de “*história de superação*”, o da fissura que foi contornada e o parto que ocorreu como se queria, indicando momentos em que anestésias ou cesáreas foram pedidos e deixados de lado. Nesses casos, se trata de relatar as fissuras já entendidas como parte do processo, que são contornadas ao consentimento, e não as fissuras dentro da fissura, como seria o caso da mulher no grupo de gestantes que efetivamente recorreu à anestesia.

Conforme Moulin (2008) aborda, enfocando as mudanças da medicina no século XX, a questão da dor e sua suspensão não seguiu uma progressão linear ao longo da história: desde a medicina antiga já se conheciam as propriedades analgésicas de certas plantas, como açafraão da terra, beladona e mandrágora, bem como a medicina árabe fazia um amplo uso de opiáceos. Elementos que a autora contrasta com a indiferença ao tratamento da dor em um passado recente: “*A cirurgia, e não somente a cirurgia de guerra, desenvolveu-se exigindo das pessoas operadas um verdadeiro estoicismo,*

46 Neste caso, Marina Nucci.

inclusive no começo do século XX.” (MOULIN, 2008, p. 45). No início do século XX, a anestesia e a assepsia permitiram um avanço espetacular da cirurgia e avanços na própria constituição das anestésias foram ocorrendo, permitindo associar a combinação de três substâncias distintas⁴⁷ de acordo com a necessidade da intervenção.

A experiência da anestesia banalizou-se no século XX. Acompanha sempre com mais frequência pequenas intervenções, e sob formas ambulatoriais. A familiaridade com a anestesia reforça a não aceitação da dor operatória. Não demorou para que se esquecesse o risco, que não é, no entanto, nulo: ocorre uma morte a cada 8.000 intervenções. Os cirurgiões tendiam durante muito tempo a minimizar ou até esquecer a dor de seus pacientes. Com mais razão ainda, a das parturientes, considerada uma dor fisiológica, se não ligada a maldição bíblica. Em 1847, assim se exprimia Magendie: “A dor tem sempre uma utilidade. Que aconteceria à mulher em trabalho de parto se lhe fossem suspensas as dores necessárias para levar o parto a bom termo?”

[...]

Ao longo das duas últimas décadas, a anestesia peridural, que já se conhecia, aliás, desde a Primeira Guerra, foi utilizada para dissipar as dores ligadas a expulsão do recém-nascido. Consiste em injetar um anestésico no líquido céfalo-raquidiano entre duas vértebras, provocando a insensibilização eletiva da parte inferior do corpo. Constituiu objeto de acalorados debates sobre a legitimidade de uma intervenção que visa exclusivamente a dor, indicando bem a escolha social subjacente à decisão. (MOULIN, 2008, p. 48-49).

Hoje, no Brasil, a anestesia no parto é um direito da mulher, apesar de ainda esbarrar em dificuldades materiais das instituições hospitalares, como falta da substância ou do profissional para aplicá-la. Para além disto, o racismo institucional

marca as possibilidades de acesso ou negativas ao recurso, tal como o movimento negro e autoras que trabalham com o tema apontam: os partos das mulheres pretas contam menos com anestesia, bem como dentre pretas e pardas encontram-se piores indicadores de atenção pré-natal e parto (LEAL; *et al*, 2017), uma vez que seus corpos foram historicamente tratados pela medicina como mais aptos ao parto normal e mais resistentes à dor, de modo que o sofrimento destas é menos reconhecido. Na Maria Amélia a questão que aparecia mais forte era a da anestesia que, sendo uma intervenção, precisava tanto de indicação para ser feita quanto ocorrer no momento entendido como certo, de acordo com o conhecimento construído da MBE.

Vanessa, 35 anos, branca, primeiro filho, chegou ao CPN da Maria Amélia com o marido. Era um casal de classe média que havia escolhido ir para lá devido à proposta de humanização. Vanessa estava então com três centímetros de dilatação e chegou declarando: “*estou na hora do arrependimento*”. E relembro da prima que havia feito uma cesárea: “*Sabe que minha prima fez cesárea em um lugar que no pacote vinha fazer unha e cabelo? Depois da cirurgia eles fizeram isso tudo, as fotos dela com as visitas na maternidade ficaram lindas.*”. Havia nessa fala uma ironia bem-humorada, indicando que naquele momento estava positivando elementos que outrora havia negativado. Foi para o chuveiro e de lá avisou: “*gente, eu vou querer a anestesia*”.

Da forma como ela colocou a questão percebi o hiato entre a noção compartilhada nos grupos de gestantes presenciais e online – “*a anestesia é um direito da mulher, caso seja demais vocês podem pedir*” – e a forma como a anestesia era ali negociada. No desenrolar daquela tarde, Vanessa foi percebendo que não bastava pedir. Naquele momento já foi informada que sua dilatação ainda era muito pouca e que a anestesia naquele momento seria contraindicada. Entende-se que, se ela for usada, deve ocorrer em etapas mais avançadas do trabalho de parto, aplicada em conjunto à ocitocina sintética, de modo a fazê-lo ocorrer mais

47 “[...] a morfina e seus derivados atenuam a dor; um barbitúrico (o pentotal, descoberto em 1934) garante a hipnose; e um veneno bem conhecido, o curare, natural ou sintético, proporciona o relaxamento muscular” (MOULIN, 2008, p.47).

rápido, de preferência no período de duas horas após a anestesia, de modo que não se necessite de novas doses. Mesmo com a ocitocina seria pouco provável que Vanessa passasse de três centímetros à dilatação total nesse curto período. Comento esse caso com Isabela, enfermeira obstetra:

Engraçado que até as mulheres que vêm, falam que participaram de grupo, nem todas vem tão empoderadas. E é engraçado, não sei o que eles falam nesses grupos, eu nunca participei, mas elas vêm falando que não quer intervenção, mas que querem uma anestesia. Anestesia é a master das intervenções e ela puxa um monte de outras coisas, né? Não se faz anestesia de bolsa íntegra, não se faz anestesia sem colocar ocitocina, aí já vem aquela cascata de intervenção. Quanto mais cê mexe mais tem chance de dar tudo errado. De acabar aonde? Numa cesárea, que não é uma cesárea indicada. (Isabela, enfermeira obstetra)

Anestesia negada neste momento, o trabalho de parto de Vanessa prossegue. Ela anda pela sala, busca novas posições, rejeita quando a enfermeira ou o marido tentam massageá-la, ou simplesmente tocá-la, diz que isso lhe provoca mais dor. Enquanto as massagens são aliadas de boa parte das mulheres no manejo das dores, algumas se mostram extremamente incomodadas com elas e essa rejeição diminui os recursos da assistência. A fissura do projeto de parto estava colocada, motivada principalmente pela dor sentida como muito maior do que a possivelmente imaginada.

Vanessa falava ao marido: “cara, isso é tortura”. Ao que ele respondeu seguindo os ensinamentos para o parto de nem negar nem negatizar a dor: “Não é tortura, amor. É parto”. Fátima, enfermeira obstetra de outra maternidade também estava presente no parto – por motivos que não poderei me estender nesse momento – já conhecia Vanessa anteriormente e assim como o marido buscava negociar com ela o retorno ao consentimento. Vanessa estava em pé de um lado da cama, as duas mãos sobre ela, inclinada para frente e projetando o quadril para trás. Fátima se apoiou na outra lateral,

agachando de modo a olhar Vanessa de baixo, lhe falando suavemente, buscando transmitir empatia:

Eu sei que o seu trabalho de parto está difícil, flor. Normalmente a dor vai num crescente, começa aos poucos e vai aumentando. A sua não, veio com tudo, desde cedo, quando você tava com um centímetro de dilatação. Eu sei que tá difícil e doendo há muito tempo. Mas você tem que pensar que agora não é uma boa hora pra fazer a anestesia. Tá muito cedo. Pode estagnar o seu trabalho de parto, pode precisar de mais intervenção. O ideal seria esperar até pelo menos seis [centímetros de dilatação]. (Fátima, enfermeira obstetra de outra maternidade)

O reconhecimento que ela professa da existência e intensidade da dor de Vanessa difere de outros momentos nos quais a assistência demonstrava a expectativa de que as mulheres manifestassem mais a dor em etapas mais avançadas do trabalho de parto. As que a manifestam mais cedo eram vistas como potencialmente problemáticas: “*Se ela já está assim agora que nem é trabalho de parto⁴⁸ imagina quando for?*”. Fátima formulava que a dor pode se apresentar de maneiras distintas, combinando com Vanessa que chamariam a equipe médica para fazer avaliação para a anestesia. A respeito do reconhecimento da dor, Márcia, enfermeira *staff*, ao relatar o que a motivou a seguir a carreira, pontuou:

Porque durante a formação, o que eu mais gostava era isso e pelo jeito com que muitas mulheres eram tratadas, como se fosse doente mesmo, como se sofresse de alguma doença. Ou então não sofresse de doença: como não era doença elas não deveriam sentir dor, então você não sente dor, só está em trabalho de parto, vai ter um filho, você não tem dor. Então a discriminação era gritante antigamente, em 2009, era horrível. (Márcia, enfermeira obstetra).

O apontamento de Márcia resvala para uma questão que também aparecia ali, não no decorrer

48 Como forma de reinterpretar a temporalidade do parto, por vezes as etapas iniciais do trabalho de parto são referidas como pródomos (o que antecede/sinaliza o início), e não como trabalho de parto propriamente dito.

de todo o trabalho de parto, mas na identificação de que as etapas iniciais não comportariam a dor, ou a dor excessiva. A enfermeira indica que a postura humanizada seria, acreditando na fisiologia do parto, não negar a dor; que o fato de ela ser fisiológica não implica que não exista e que não deva ser considerada relevante.

Se a dor já é uma questão delicada dentre aquelas que passaram pela preparação e pedagogia para o parto dos grupos de gestantes humanizados, se recoloca com outros contornos para as mulheres que chegam para parir sem terem tido contato com essa positividade da fisiologia e ressignificação da dor que busca dissociá-la do sofrimento. Em entrevista, perguntava às enfermeiras se elas acreditavam se, com o passar do tempo, as profissionais “endureciam”, ou seja experienciavam uma perda de sensibilidade, empatia e paciência em relação às mulheres assistidas. A residente Gabriela destacou a dor como central nesse processo, elemento que distinguiria a atuação da enfermeira obstetra da enfermeira generalista:

No caso do parto, você vai cuidar de pessoas que estão sentindo dor. Então acho que é um contexto mais frágil ainda do que, por exemplo, cê tá cuidando de um adulto que fez uma cirurgia, tá se recuperando. É uma pessoa que não está sentindo aquela dor, aquela angústia que muitas mulheres chegam aqui sentindo na hora do parto. Então eu acho que com o tempo você vai ficando menos paciente pra esse processo, sabe. Que requer paciência, de fato, requer você ali inteira, porque suga a sua energia, suga. Tem dias que eu chegava em casa morta, sugada. Você tem que estar ali o tempo todo passando tranquilidade, paciência pra aquela pessoa, motivando-a. São mulheres que você tem que convencer, por exemplo, a mulher tá lá dizendo: ‘eu vou morrer, eu vou morrer, eu sei que eu vou morrer’. E você tem que estar com toda a paciência: ‘não, não vai morrer, pensa positivo’. Você tem que criar um clima positivo naquele cenário em que a mulher está negativa, está com dor, que o acompanhante está nervoso, ansioso, mais ansioso do que a própria mulher. Porque a gente não cuida só da mulher que tá parindo, a gente cuida também do acompanhante, do bebê,

do cenário, de todo o contexto. (Gabriela, residente de enfermagem obstétrica).

A anestesia é um procedimento que marca a passagem do parto de baixo risco a alto risco, o que no caso da assistência praticada na Maria Amélia significa definir se o parto ficará a cargo da equipe de enfermagem ou médica, comportando assim diversas tensões: caso as enfermeiras entendam que é o desejo da mulher ter um parto normal, ceder a assistência à equipe médica abre a possibilidade de ele não ocorrer ou ocorrer com mais intervenções do que elas fariam; além disso, o momento pode tensionar a relação entre as equipes, caso seja lido que as enfermeiras estariam apenas tentando “*passar o serviço*” quando não haveria indicação. Representa, ainda, o fracasso na negociação da dor, que a equipe não conseguiu através do diálogo dissociá-la do sofrimento.

Na opinião da enfermeira obstetra Isabela muito dessa dificuldade se deve ao afastamento da experiência da dor na vida moderna, tal como desenvolvem autores como Duarte (1998) e Le Breton (2004). Segundo ela, na expectativa da dor o imaginário da anestesia é muito forte e, pela sua circulação em serviços como casas de parto, indica que quando a anestesia não é uma possibilidade as mulheres se mostram mais abertas a outras formas de gerir a dor. Esse apontamento também indica um dos porquês de as negociações em torno da anestesia serem demoradas: ganhar tempo para apresentar alternativas e fazer as mulheres desistirem da demanda.

A mulher vem pra cá, às vezes, vem toda empoderada, participou de várias coisas. Vem com dor e aí ela desespera: ela quer uma intervenção, ela quer um remédio, ela quer uma anestesia. E aí ela sabe que aqui tem médico e tem anestesista, então ela quer. Mas se ela estivesse numa casa de parto, ela ia lidar com a dor de forma diferente. Porque ela sabe que ali não tem médico, ela sabe que tem outras formas de aliviar a dor. Então é igual mulher que tá em casa, que planeja o parto domiciliar, o pensamento dela de lidar com a dor não é uma anestesia – tem que ser né, porque ela não vai ter

uma anestesia em casa. Se ela for para um lugar que não tiver um acesso tão fácil assim às vezes poderia estar aberta a outras possibilidades. Porque tem mulher que começou a contrair mesmo ela já desespera e vem com o discurso que é direito da mulher parir sem dor. Só que tem que mostrar que a dor faz parte do trabalho de parto e que a gente é acostumada à dor da doença, mas é outra dor, que não é doença, é da vida. [...] Elas já vêm seguras da dor e pensando: “eles vão me dar uma anestesia, eu vou tentar, mas se não aguentar eles vão me dar a anestesia. Lógico que eu quero a anestesia”. (Isabela, enfermeira obstetra)

O acordado com Vanessa naquele momento foi que seria feito um exame de toque para a avaliação de se já era possível realizar a anestesia. A expectativa era que a dilatação tivesse avançado e pudessem conceder a vontade de Vanessa, porém foi verificado que ela estava apenas com quatro centímetros, iniciando uma nova rodada de negociações, nas quais a parturiente saiu vitoriosa. Determinado que a assistência passaria para a equipe médica, encerrei meu dia de campo. Logo que reencontrei a enfermeira que estava naquele plantão perguntei sobre o desenrolar, ela me informou, com algum pesar, que após a anestesia ocorreu o que elas haviam previsto: o trabalho de parto estagnou e ao final da madrugada acabou no centro cirúrgico. Desfechos desse tipo reforçam a percepção dos perigos em torno da anestesia.

Ao comentar uma situação em andamento, Daiane indicava, assim como Fátima, a existência de formas diversas da dor se apresentar, que seriam mais fáceis ou difíceis de lidar:

Ela está reclamando de dor no pé da barriga [baixo-ventre]. Essas muitas vezes são as que acabam indo pra anestesia, porque é uma dor que dói o tempo inteiro, não só durante a contração, que vem e passa. O bebê desde cedo forçando ali pra baixo dói continuamente e elas acabam não aguentando e descompensando. (Daiane, residente de enfermagem obstétrica)

“*Descompensada*” era o termo que agia como diagnóstico que tornaria a mulher apta à avaliação para a anestesia, que, uma vez feita, em geral era concedida. Era a forma de designar as mulheres que choravam, se assustavam extremamente, ficavam agressivas, pareciam alheias ao ponto de não escutar o que lhes era dito, em suma, uma soma de sinais que identifiquei como compondo indicativos de que elas haviam saído da esfera da racionalidade. Tal abordagem parece dialogar com o método de Lamaze:

Os lamazistas pregavam que a preparação da gestante para o parto lhes permitiria não perder o controle das emoções, sobretudo durante o trabalho de parto, ocasião em que uma grande parte delas padece de fortes dores. A ideia 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. As dores do parto eram vistas como passíveis de controle, apaziguamento e até mesmo de substituição por sensações de prazer, desde que as mulheres fossem educadas, de forma racional [...] (TORNQUIST; SPINELLI, 2010 p. 136).

Essa é a tensão das pedagogias do parto: o jogo constante entre corpo e mente, razão e emoção e qual dessas deveria ser a esfera predominante, construindo um caminho do descontrole controlado, um entendimento racional do processo para então poder positivamente se entregar a ele. O *descompensamento* seria cruzar essa linha das emoções positivadas e da possibilidade de acionamento da razão. Pedagogia que muitas vezes naquele contexto não havia ocorrido anteriormente, devendo acontecer na própria sala de parto.

Assim como no caso do parto conduzido por um xamã, descrito por Lévi-Strauss (2008), para a dor ser suportada ela precisa ser dotada de sentido. Sem a possibilidade de algum diálogo racional não havia para as enfermeiras formas de contornar as fissuras – ocorridas durante o parto ou anteriores a ele – de modo que o recurso à anestesia era acionado, embora não sem o

desconforto de que aquelas mulheres estariam abrindo mão da experiência do parto. Como ouvi de uma delas: *“Ela tava lá causando até há pouco, chorando, xingando. Agora tomou a anestesia e tá lá, deitadinha na cama, rindo, conversando pelo WhatsApp⁴⁹. Nem parece que tá parindo”*.

Perdas fetais: o caso dos fetos mortos

A avaliação informal das residentes passava pela constatação de sua disposição para o trabalho, ser “fominha”, que não implicava apenas uma proatividade para atuar nos partos, mas uma busca e vontade por ver procedimentos diferentes dos usuais, aproveitando as situações que apareciam. Tais momentos podem conter elementos um tanto mórbidos. Certo dia, cheguei ao CPN e encontrei todas consternadas, pois havia chegado um caso de violência sexual contra uma menina de apenas 11 anos, estuprada no caminho para a escola. Ela estava ali para passar por um procedimento de reconstrução vaginal no centro cirúrgico obstétrico (CCO), setor adjacente e interligado ao CPN. Enquanto comentamos o caso e as condutas que seriam seguidas, chegou uma residente, muito entusiasmada, pois acompanharia o procedimento no centro cirúrgico. Embora seu entusiasmo tenha destoado do clima das demais, ela não foi censurada e seguidamente se solidarizou também com a situação. De forma semelhante, poucos dias depois as residentes comentavam no vestiário que Érica tivera a sorte de acompanhar o mesmo tipo de procedimento no CCO, ao que a enfermeira desse setor ponderou, buscando amenizar o tom de entusiasmo que elas demonstravam: *“Bom pra ela, né. Ruim pra mulher que teve de passar por isso.”⁵⁰*

49 Aplicativo de mensagens para *smartphones*.

50 Embora essas atitudes me parecessem um tanto insensíveis, tive de reconhecer que eu mesma havia me referido a situações dramáticas e menos cotidianas como “que sorte eu tive de estar em campo naquele dia!”. Assim como as residentes, entendia que situações tristes e trágicas ocorrem, de nada adiantaria agir como se não, e nossos trabalhos se enriquecem ao ter contato com elas.

51 No registro da oralidade, esses casos eram mais referidos pela sigla FM, do que por “feto morto”. Embora as abreviações fossem comuns, neste caso parecia haver a tentativa de distanciamento de uma expressão causadora de desconforto. Por exemplo, quando perguntei a uma residente a que se referia a sigla ela baixou o tom de voz para me responder.

52 Não vi nenhum procedimento envolvendo os FMs, pois o espaço dos leitos extras era mais restrito, ficava tumultuado, e era um procedimento sob comando da equipe médica, uma vez que envolvia o processo de indução. Além disso, realmente não era algo que eu gostaria/fazia questão de ver, uma vez que, além de mortos, os FMs em geral possuem idades gestacionais menores, estando em um estado de desenvolvimento precoce e, portanto, malformados – elemento que aumentava a dose de curiosidade que eles encerravam.

As reações aos “nascimentos” de fetos mortos (FM)⁵¹ eram compostas pelas mesmas dimensões de curiosidade e reprovação. No final de um plantão ouço uma mulher chamando: *“Tá nascendo aqui”* e todas correm para o leito de onde veio o grito. Apenas Érica permanece no posto, dá de ombros e comenta com algum desdém: *“Todo mundo correndo pra ver aquele feto morto...”⁵²*. O próprio status de pessoa dos FMs possuía uma linha divisória protocolar, indicada em um comunicado fixado no interior do posto de enfermagem, classificando que abaixo de determinado comprimento e peso eles seriam *peças anatômicas*. A curiosidade não era impeditivo para que as perdas fetais ou violências fossem sentidas com pesar, principalmente nas primeiras vezes que experimentadas pelas residentes, que relatavam como foi difícil lidar com a primeira vez que se viram na situação de dar a notícia a uma mulher, ou participaram do procedimento de indução para expelir um FM.

A classificação de baixo risco atua como um elemento que auxilia as enfermeiras a não lidarem diretamente com as mortes neonatais, algo muito imprevisto teria de ocorrer para que elas fizessem um parto no qual o bebê nascesse morto. Porém, elas atuam na assistência indireta em casos que podem envolver mortes, como no caso dos FMs, no qual auxiliam no procedimento.

Em relação aos processos de indução dos FM, destaco que me chamou a atenção sua efetuação nos leitos extras, a área de enfermagem do setor, na qual as camas são separadas apenas por biombo. Ou seja, sendo um procedimento de indução, que pode demorar um tempo mais longo do

que um trabalho de parto, são tratados como uma simples indução do parto, ocorrendo na mesma área. A ausência de privacidade coloca mulheres que perderam seus filhos lado a lado com aquelas que aguardam os nascimentos dos seus, ouvindo os choros dos recém-nascidos do setor. A administração da temporalidade do setor certamente é um elemento que conta para essa distribuição espacial, uma vez que caso fossem realizados em salas de parto poderiam ocupá-las por dias. Após o procedimento no CPN não vão para o alojamento conjunto, destinado a abrigar as puérperas e seus bebês, sendo encaminhadas para o setor de enfermaria, onde ficam em salas separadas das mulheres em trabalho de parto e junto às que passaram por situações do tipo, como abortos. Ao menos esse foi o procedimento protocolar que me informaram, não estive na enfermaria de modo que não pude observar como se dá essa dinâmica.

Essa questão de como lidar com as mulheres que tiveram perdas fetais ou neonatais vem sendo pautada pelo movimento da humanização, enfatizando o cuidado emocional que elas necessitam não apenas em não se menosprezar o impacto emocional dessas perdas, mas também no gerenciamento hospitalar adequado a elas, pleiteando que sejam alocadas em áreas distintas às das mulheres em trabalho de parto ou com bebês e evitando que elas tenham de responder qual é a sua situação cada vez que algum profissional entra em cena, ou à pergunta ainda mais desavisada: “*Cadê o seu bebê?*”.

Em uma semana em que ocorria uma indução de um FM já há alguns dias, eu conversava com Talita, enfermeira obstetra, a respeito, perguntando o porquê de nesses casos se optar por um procedimento mais demorado do que seria o recurso cirúrgico:

Cara, perda neonatal é muito difícil. Porque você não tem o que falar pra aquela mulher. Diferente do parto que aquela dor que ela tá sentindo vai trazer o filho pros braços dela, nesses casos a dor não tem recompensa nenhuma, só leva à concretização de algo muito triste. Essa [a opção pela indução] era uma coisa que me custava a

entrar na cabeça, foi realmente muito difícil acompanhar e entender porque as mulheres tinham que passar por aquilo dessa forma. Mas aí eu entendi/me explicaram que o risco de proceder com uma cesárea nesses casos é muito maior, ainda mais do que o de uma cesárea normal. Porque o bebê já morreu lá dentro, já tem um processo de putrefação, então abrir ali torna o risco de infecção muito maior. Aconteceu com uma enfermeira que trabalhava aqui, ela estava grávida de 31 semanas e sentiu o bebê parar de mexer, na manhã seguinte veio aqui e fez uma ultrassom que confirmou o óbito. Ela não quis nem saber, insistiu que queria resolver o mais rápido possível, que não poderia passar por tudo aquilo e fizeram nela o procedimento cirúrgico. Ela sabia dos riscos e mesmo assim preferiu eles a passar por todo o sofrimento. Super entendo a posição dela e como ela conhecia todo mundo aqui, todo mundo se solidarizou e ela conseguiu. Se fosse comigo eu não sei o que faria também. (Talita, enfermeira obstetra).

Como se pode perceber, o caminho escolhido se relaciona com a noção de risco, priorizando os riscos fisiológicos aos riscos emocionais – como em diversos outros procedimentos. Porém esse processo não se dá sem a percepção dessa ambiguidade. Talita mesmo relata a dificuldade em conseguir compreender o porquê de os riscos fisiológicos serem priorizados.

O caso da enfermeira que optou pelo procedimento cirúrgico revela uma solidariedade estendida à colega, um reconhecimento local de que os aspectos emocionais e de escolha informada devem ser levados em conta. Ela ser uma profissional da saúde implicava na leitura de que ela seria capaz de fazer uma escolha que, mesmo com grande carga emocional, era informada dos riscos possíveis, habilitando-a a escolher. Capacidade de entendimento que talvez não fosse estendida às demais mulheres na mesma situação.

O fato de que ela pôde pleitear uma opção não disponível às outras mulheres traz a problemática dos privilégios obtidos pela personalidade das relações. A conduta diferencial seguida ao se

tratar de uma colega revela a noção de “abrir uma exceção”, de excepcionalidade. Realizar apenas um procedimento com risco aumentado produzia um pequeno incremento no risco de elevar a taxa de mortalidade materna da maternidade, realizá-lo de modo padrão aumentaria muito o risco de elevar essa taxa. Prevaleceram no caso as relações de afeto e identificação entre os profissionais do setor, que gostariam eles próprios de serem tratados com tal excepcionalidade.

Enquanto em relação à indução do FMs os riscos fisiológicos eram priorizados em detrimento dos emocionais, uma situação inverteu isso de um modo que para mim foi quase incompreensível. Era um casal na 30ª semana de gestação, inicialmente a mulher havia sido diagnosticada com diabetes gestacional, porém ali havia se levantado a suspeita de que ela já fosse diabética anteriormente, apesar de a doença ter estado até então invisível. No dia anterior havia sido feito um ultrassom que indicou que o bebê poderia não estar bem e foi recomendada a interrupção da gravidez. Na manhã daquele dia o exame foi repetido e indicou que o bebê estava bem. O casal insistia em antecipar o nascimento. A mulher estava particularmente ansiosa, pois queria saber logo se era ou não diabética, tal como Ludmila, residente, me explicou:

L: Ela ficou abalada né, uma coisa é diabetes gestacional, que passa quando o bebê nasce. Outra é descobrir que você vai ter a doença a vida toda. Ela tá pensando que quanto mais rápido nascer mais rápido ela descobre isso. E também não ajudou nada que o pessoal que fez o ultrassom ontem fez uma leitura negativa, foi alarmista, sendo que no de hoje deu que tava tudo certo. Eles já tão aqui faz tempo, tão querendo ir logo pra casa, ao invés de ela ficar aqui internada e tal.

S: Ué, mas eles tão achando que um bebê de 30 semanas vai nascer, ficar dois dias aqui e ir pra casa? Não é muito mais provável que eles tenham de passar mais algumas semanas aqui, dessa vez com um filho internado na UTI?

Como visto na minha reação, o dilema todo que foi armado não fez o menor sentido para mim, que me vi pensando “não faz sentido fazer um bebê nascer prematuro só porque o casal quer”, considerando tanto que seria um sofrimento desnecessário ao bebê quanto oneroso à gestão dos recursos, na qual a internação em UTI representa tanto um gasto financeiro como a possibilidade de ausência de vagas para um bebê cuja internação não pudesse ser evitada. Já a assistência reconheceu que foram os próprios desencontros diagnósticos que produziram a tensão então colocada, causando sofrimento e angústia, de modo que estes não poderiam ser ignorados. Diversas pessoas de ambas as equipes conversaram com o casal, buscando acalmá-los e dissuadi-los, mas a equipe médica não considerou que caberia uma postura taxativa de “sem indicação não há porque antecipar o nascimento”. A mulher estaria mais inclinada para dar continuidade à gestação, apesar de incerta devido à questão da diabetes, enquanto o marido entendia que a vida do filho estava em risco e que a gestação deveria ser interrompida, trazendo para a situação essa tensão também entre o casal. O desfecho do caso foi realmente a interrupção cirúrgica da gravidez, porém não tive informações a respeito da saúde do bebê.

“Humanização é o que a mulher quer, mas a gente não pode fazer isso”

Não são apenas as situações mais extremas, relacionadas à vida ou morte, que trazem essa tensão entre a priorização dos riscos fisiológicos em detrimento dos aspectos emocionais: o serviço como um todo se equilibra sobre essa linha tênue de “*humanização é o que a mulher quer ... mas a gente não pode fazer isso*”. De pedidos por intervenções que são aceitas dentro do que se compreende como uma assistência humanizada informada pela MBE, mas que possuem indicações específicas para serem realizados – como os para amenizar a dor, como a anestesia, ou para acelerar o nascimento, como a ruptura da bolsa amniótica – até os mais condenados, como a episiotomia (“*me corta*”) e a manobra de Kristeller (“*empurra minha barriga*”): todos esses eram demandados pelas

mulheres em sala de parto. Pedidos que exigiam das enfermeiras jogo de cintura para evitar os vistos como mais prejudiciais e conceder os que entendiam como mais inocentes.

Há pouco espaço para os desejos que não sejam convergentes com o “respeito do tempo do parto”, “deixar o parto acontecer”, ainda que na Maria Amélia essa extensão do tempo não fosse tão ampla como desejariam setores do movimento. Tal situação está inerentemente ligada à disputa que a humanização instala no campo (BOURDIEU, 1990) da obstetrícia:

Partimos do pressuposto de que a obstetrícia é um campo marcado por disputas políticas, mas que as vanguardas obstétricas não rompem com as linhas mestras que compõem o campo da medicina moderna (no sentido bourdieusiano), campo de saber central no dispositivo do biopoder, portanto ocupam o lugar de importantes críticos do interior, instigantes para pensar tanto nas relações internas a biomedicina como nas conexões entre esse campo, já que o campo científico é, inevitavelmente, atravessado de relações de poder (Bourdieu, 1986), aspecto favorecido pelo recorte temporal aqui adotado. (TORNQUIST; SPINELLI; 2010, p. 130).

Como elaboram as autoras, esta disputa não rompe com as linhas mestras do campo. Argumento, inclusive, que sequer poderia romper, ao menos não enquanto não se tornarem o grupo com maior força política dentro do campo. Ao negociar com os estabelecidos do campo, Elias e Scotson (2000a) partir de uma posição minoritária, defensores da humanização, buscaram o solo comum a partir do qual poderiam legitimar suas posições. Optaram por se afastar dos argumentos demasiadamente elogiosos a um estilo de vida mais associado à natureza e investiram no argumento científico: por um lado atacando que os mesmos adversários que dizem valorizar a ciência não a praticariam verdadeiramente, operacionalizando dela apenas um simulacro enganoso; pelo outro, se construindo como os verdadeiros expoentes da ciência, cujas proposições foram construídas através de rigorosos métodos científicos.

Tal estratégia possui uma grande potência de ganhos, porém coloca em segundo plano a esfera da autonomia da mulher, também parte do ideário, elemento que mobiliza o ativismo de mulheres e se vincula aos direitos reprodutivos – outra esfera que legitima a humanização. Significa também perdas no sentido de uma visão mais holista, ao não conseguir realizar sua proposta de superação da dicotomia hierárquica entre corpo e mente. Radicalizando o argumento apenas para efeitos de reflexão, caso a MBE saia plenamente vitoriosa a humanização seria descaracterizada. Em última instância a questão se resumiria a qual corrente ditaria à mulher o que deveria ser feito do corpo dela.

Referências bibliográficas

BECK, Ulrich. *Sociedade de risco*. São Paulo: Editora 34, 2016.

BONET, Octavio. *Saber e sentir: uma etnografia da aprendizagem da biomedicina*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.

CARNEIRO, Rosamaria Giatti. De perto e de longe do que seria natural, mais natural e/ou humanizado: uma etnografia de grupos de preparo para o parto. In: FERREIRA, Jaqueline; FLEISCHER, Soraya (orgs.). In: *Etnografias em serviços de saúde*. Rio de Janeiro: Garamond, 2014

DAVIS-FLOYD, Robbie. *Birth as an American rite of passage*. Berkeley: University California Press, 2003.

DÍAZ-BENÍTEZ, María Elvira. “O espetáculo da humilhação, fissuras e limites da sexualidade”. In: *Mana*, vol. 21, nº 1, 2015, p.65-90.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. “Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento”. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 10, nº 3, 2005, p. 627-637.

DUARTE, Luiz Fernando Dias. “Pessoa e dor no Ocidente”. In: *Horizontes Antropológicos – corpo, doença e saúde*. Ano 4, nº 9, 1998.

ELIAS, Norbert; SCOTSON, John L. *Os estabelecidos e os outsiders: sociologia das relações*

de poder a partir de uma pequena comunidade. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000.

GREGORI, Maria Filomena. *Prazeres perigosos: erotismo, gênero e limites da sexualidade*. Tese de livre docência, Departamento de Antropologia, Universidade Estadual de Campinas, 2010.

LEAL, Maria do Carmo *et al.* “A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil”. In: *Cad. Saúde Pública*, vol.33 supl.1. Rio de Janeiro, 2017.

LE BRETON, David. *Antropología del dolor*. Barcelona: Seix Barral, 2004.

LÉVI-STRAUSS, Claude. A eficácia simbólica. In: *Antropologia Estrutural*. São Paulo: Cosac Naify, 2008b.

LOPES, A.A. “Medicina Baseada em Evidências: a arte de aplicar o conhecimento científico na prática clínica”. In: *Revista da Associação Médica Brasileira*, vol. 46, nº 3, 2000.

MENDONÇA, Sara Sousa. *Parir na Maria Amélia: uma etnografia dos dilemas, possibilidades e disputas da humanização em uma maternidade pública carioca*. Tese (Doutorado), Programa de Pós-graduação em Antropologia, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2018.

_____. “Modelos de assistência obstétrica concorrentes e ativismo pela humanização do parto”. In: *Civitas*, Porto Alegre, vol. 15, nº 2, abr.-jun. 2015, p. 250-271.

_____. Mudando a forma de nascer: agência e construções de verdades entre ativistas pela humanização do parto. Dissertação (Mestrado), Programa de Pós-graduação em Antropologia, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2013.

MOULIN, Anne Marie. O corpo diante da medicina. In: *História do corpo, 3. As mutações do olhar: O século XX*. Petrópolis: Ed. Vozes, 2008.

PULHEZ, Mariana Marques. “Parem a violência obstétrica: a construção das noções de ‘violência’ e ‘vítima’ nas experiências de parto”. In: *RBSE – Revista Brasileira de Sociologia da Emoção*, vol. 12, nº 35, agosto de 2013, p. 544-564.

ROHDEN, Fabíola. *Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009.

TORNQUIST, Carmen Susana. “Armadilhas da nova era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto”. In: *Estudos Feministas*, vol. 10, nº 2, 2002, p. 483-492.

TORNQUIST, Carmem Susana; SPINELLI, Carolina Shimomura. “Um jeito soviético de dar à luz: o parto sem dor no sul da América do Sul”. In: *História oral*, vol. 12, nº 1-2, jan.-dez. 2009, p. 129-156.

VIEIRA, Elisabeth Meloni. *A medicalização do corpo feminino*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.