



Posicionar-se para perceber o mistério do parto. Reflexões localizadas sobre a tecnologia leve empregada pelas doulas¹

Giovana Acacia Tempesta²

Resumo: A partir de uma pesquisa etnográfica com doulas (acompanhantes de parto treinadas) que atuam em Brasília (DF) e levam em consideração dados científicos atualizados sistematizados na Medicina Baseada em Evidências (MBE), gostaria de refletir, à luz da noção de saber localizado formulada por D. Haraway (1995), sobre o repertório híbrido de técnicas, saberes, valores e imagens mobilizado para viabilizar uma experiência de parto respeitosa e satisfatória. Certos aspectos da doulagem surgem como tensionamento entre os conhecimentos biomédicos e “tradicionais” em torno das experiências de gestar e parir e se mostram proposições relevantes no horizonte da possível composição de uma outra referência de cuidado na atenção obstétrica (nos termos da filosofia política renovada proposta por B. Latour). A “tecnologia leve” empregada pelas doulas estaria assim articulada a um léxico específico, a uma ética que se conecta parcialmente com diferentes conhecimentos e a um posicionamento crítico e criativo em face do modelo hegemônico de atenção obstétrica.

Palavras-chave: parto, doula, tecnologia leve, cuidado

¹ Esta é uma versão modificada do manuscrito debatido na sessão 2 do ST 05. Eu gostaria de registrar minha gratidão às organizadoras Daniela Manica, Rosana Castro e Suzane Alencar, que propiciaram uma discussão bastante inspiradora, à qual devo a reformulação de algumas ideias.

² Doutora em Antropologia Social pela UnB, pesquisadora-colaboradora plena vinculada ao PPGAS/UnB.

Apresentação

[...] a gente tem que reconhecer isso, que tem um mistério ainda envolvido ali na gestação, no parto e no pós-parto, e esse mistério tem que ser respeitado. Quando a gente começa a achar que sabe tudo sobre, a gente começa a ter uma arrogância que impede a gente de respeitar o processo do parto. O parto, ele causa também muito medo, porque ali é o momento em que a mulher está num limiar muito tênue, entre nascimento e morte, né? Então é um momento que exige respeito, e se a gente perde essa noção do inexplicável, do milagre que está acontecendo ali, a gente fica muito arrogante diante de um processo que não está na nossa mão. Por mais que a gente tente controla-lo amarrando a mulher, segurando a mulher, impedindo-a de comer, impedindo-a de falar, puxando o bebê, empurrando a barriga, ainda é uma coisa que não está sendo controlada pela gente. [...] Eu sou fã de parto, sabe, eu acho que o que mais me atrai nos partos é justamente esse mistério, é o fato de que, quanto mais eu vejo, mais cai por terra tudo que eu li, tudo que eu estudei; foi ótimo, mas não se aplica à realidade. Parto, muitas vezes, na maioria das vezes, não segue os padrões de livro. A mulher, muitas vezes, não segue os padrões que estão no livro [...] então é uma coisa que bota a gente de volta no lugar, tipo: “Você não sabe absolutamente nada, se enxergue!”.

Essas são algumas das ideias e imagens que Marina (nome fictício), uma doula que atua em Brasília (DF), compartilhou comigo durante uma entrevista em profundidade que ela me concedeu em sua casa, em janeiro de 2018. Doulas não são parteiras, mas sim acompanhantes de parto treinadas para oferecer suporte emocional, informacional e físico para mulheres gestantes, em trabalho de parto e puérperas. Na ocasião da entrevista, Marina tinha 33 anos, não tinha filhos, era estudante de psicologia e se dedicava à doulagem fazia seis anos; ela é uma mulher de classe média, intelectualizada e defensora do atendimento obstétrico respeitoso.

Eu a conhecera em 2016, primeiro graças a suas postagens bastante críticas ao modelo de atenção obstétrica brasileiro, que circulavam em um blog e em uma rede social, depois pessoalmente, na sede de uma microempresa que oferece um renomado curso de formação de doulas, da qual ela era parceira. Até o momento dessa entrevista, nós nos encontramos em alguns eventos públicos e tivemos várias conversas informais, e eu a associava a uma postura mais “cientificista”, que corresponderia à ênfase no valor dos dados científicos atualizados sobre a fisiologia da gestação e do parto providos pela Medicina Baseada em Evidências (MBE). Mas as coisas se mostraram mais embaralhadas na realidade, como veremos.

Posicionar-se perante o modelo hegemônico de atenção obstétrica

No bojo do movimento de mulheres que se tornou conhecido como “humanização” do parto e do nascimento no Brasil (Tornquist, 2004; Diniz, 2005; Rattner, 2009; Carneiro, 2015), a sigla êmica “MBE” se refere a um conjunto de artigos acadêmicos (geralmente em língua inglesa) que contêm revisões sistemáticas sobre práticas médicas elaboradas a partir de ensaios clínicos randomizados; os artigos têm sido publicados desde os anos 1990 na Plataforma Cochrane, uma iniciativa que reúne um grande número de pesquisadores, cuidadores, gestores e financiadores da área da saúde de diversos países, com acesso gratuito e livre. Na Plataforma já foram publicados alguns estudos que comprovam os benefícios do suporte contínuo para a mulher durante o trabalho de parto, justamente o tipo de apoio provido pelas doulas.

Meus dados de campo indicam que várias doulas vêm se apropriando desses estudos para legitimar sua prática leiga. Desde 2016, diversas vezes ouvi algumas de minhas interlocutoras de pesquisa afirmarem em público que sua atuação era pautada na medicina baseada em evidências e, em vários momentos, me parecia claro que elas faziam isso para se distinguir das doulas “na tradição”, qualificativo que corresponde a profissionais que pautam sua atuação eminentemente por saberes “tradicionais”. Desse modo, foi uma surpresa para mim quando Marina acionou as palavras “milagre” e “mistério” para definir aquilo que a motiva a desempenhar o ofício.

Até então, eu associava essa postura de reverência perante a mulher que dá à luz prioritariamente às doulas “na tradição”, e acreditava que as doulas “alinhadas à MBE” se concentravam em expor e combater um rol de excessos, abusos e imperícias cometidos por profissionais de saúde que se guiam por protocolos hospitalares considerados inadequados – um rol bastante amplo que as ativistas classificam como “violência obstétrica”. Depois dessa entrevista, comecei a perceber que outras doulas que eu acreditava serem propriamente “alinhadas à MBE” na verdade combinavam nos atendimentos individuais um conjunto híbrido de técnicas, saberes, valores e imagens.

Ao agir assim, elas estão em sintonia com o paradigma da humanização, que, conforme indicado por Pimentel et. al (2014), consiste em uma “abertura epistemológica para diversas práticas oriundas de outros sistemas de cura”, incluindo referências da Nova Era e do ecofeminismo (Tornquist, 2004). Mas, a meu ver, não se trata de uma

combinação aleatória, e sim de um saber híbrido localizado (Haraway, 1995), que se contrapõe ao conjunto biomédico hegemônico de técnicas, conceitos, valores e imagens associados às experiências de gestar e parir.

Com efeito, minhas interlocutoras parecem estar tensionando criativamente a gramática biomédica, um nível profundo, subterrâneo, que engendra efeitos de longo prazo, no interior do qual se formam os pressupostos culturais e os sentidos compartilhados atribuídos à gestação e ao parto (e também ao puerpério). Assim, o recurso a um léxico diferenciado, que inclui palavras como “milagre” e “mistério”, articula-se a uma tecnologia diferenciada, que elas chamam por vezes de “leve”, e que consiste, sumariamente, no apoio personalizado para cada cliente, a partir de determinados princípios. Em outro lugar escrevi o seguinte:

As doulas atuam no sentido de favorecer uma experiência de parto percebida como respeitosa, satisfatória, bonita, na qual os recursos médicos sejam empregados somente em caso de necessidade “real”, e com o consentimento expresso da mulher. Assim, para que o parto seja considerado bem-sucedido, a parturiente deve ser respeitada em sua integralidade, enquanto protagonista do evento; ela deve receber todas as informações relevantes em linguagem compreensível e deve ser plenamente acolhida pelos presentes; seus ritmos fisiológicos e psicológicos únicos devem ser respeitados; a dor deve ser enfrentada da maneira que lhe convier no momento de sua manifestação; o contato pele a pele com o bebê deve ser estimulado; métodos não-farmacológicos devem ser aplicados para alívio do desconforto e das dores; e o laço com as pessoas significativas para ela deve ser resguardado na cena do parto. (Tempesta, 2018: 44)

Minhas interlocutoras geralmente sublinham que as doulas não realizam procedimentos da alçada de nenhum profissional de saúde e não pretendem substituir nenhuma especialidade médica; elas encaram sua atuação como complementar às demais especialidades. A tecnologia leve empregada por elas consiste em: i. indicar para a mulher gestante fontes de informação confiáveis sobre múltiplos aspectos da gestação, do parto e do puerpério e apoiá-la na redação de um Plano de Parto, documento em que se registram quais intervenções médicas a mulher aceita e em quais circunstâncias; ii. sugerir à mulher em trabalho de parto a prática de exercícios físicos e mentais, banhos terapêuticos, compressas, chás de ervas com propriedades medicinais e aplicam massagens, dentre outras técnicas e saberes relativamente simples e de baixo custo; iii. propor que a mulher

atendida participe, antes e depois do parto, de grupos de apoio (as rodas de gestantes e puérperas), nos quais ela poderá compartilhar suas angústias e aprendizados e se tornar mais autoconfiante para tomar decisões relativas à saúde e ao bem-estar próprio e do feto ou recém-nascido.

O caráter leigo, personalizado e idealmente não invasivo da tecnologia leve utilizada pelas doulas confronta diretamente “os padrões de livro” (entendidos aqui como um signo do saber científico) impostos às mulheres pelo médico, o qual geralmente é entendido como protagonista na cena de parto. Esse aspecto aparece no relato de Marina e, articulado à valorização corrente das tecnologias duras, configura um valor estruturante do modelo de atenção obstétrica predominante no Brasil. Todavia, Marina não recusa completamente o saber científico, mas busca se apropriar dele de modo crítico e criativo, combinando-o a outros saberes e técnicas.

Na ocasião em que conheci Marina, ela me convidou a assistir às aulas que ministraria alguns dias depois no âmbito do curso de formação de doulas pelo qual já passaram centenas de mulheres em Brasília. Nas aulas sobre fisiologia do parto e na roda de troca de experiências a que assisti, o parto foi apresentado como um fenômeno natural e incontrolável, e as principais imagens acionadas foram as do mar e do tsunami. Marina falou sobre o papel central desempenhado pelos hormônios e sobre a importância de inibir o funcionamento do neocórtex ou “cérebro racional” para que o parto possa acontecer de forma mais fluida; disse que o parto é um evento mais psíquico do que físico e que “o racional” costuma ser o grande sabotador. Essas são ideias defendidas pelo obstetra francês Michel Odent, que ocupa papel de destaque no movimento da humanização. Convém mencionar que, para esse médico, o comportamento instintivo (não racional) seria decisivo para um bom parto, um aspecto fortemente criticado pela antropóloga E. Martin (2006), que reconheceu nessa abordagem psicofisiológica uma forma preconceituosa de identificação das práticas contra-hegemônicas de parto ao domínio “natural” da domesticidade, ao qual as mulheres foram historicamente relegadas.

No curso, Marina falou ainda sobre “o mito da dor do parto”, que costuma ser a principal questão colocada pelas gestantes que ela atende. Ela disse ser importante distinguir dor de sofrimento e afirmou que o medo da dor gera tensão, o que amplifica a dor; assim, geralmente as mulheres pedem analgesia por medo de sentir dor intensa, não devido à experiência direta da dor, e sublinhou que cada mulher tem um limiar de dor diferente. Marina explicou que existem lacunas na literatura científica a respeito de

vários aspectos do parto. Ela esclareceu ainda que o bebê também é ativo durante o trabalho de parto, e que o parto requer trabalho conjunto da mulher e do feto. De acordo com Marina, na maioria dos casos o apoio emocional qualificado oferecido à mulher é suficiente para conter o ímpeto de pedir analgesia ou mesmo cesariana, ímpeto que pode surgir na “hora da covardia” (fase ativa do trabalho de parto).

A frase “Nosso corpo foi feito para parir” foi pronunciada diversas vezes por Marina e por outras mulheres durante o curso, com o intuito de reforçar a orientação segundo a qual a doula deve confiar plenamente na capacidade de parir da mulher que ela está atendendo e encorajá-la a ir em frente. Todavia, essa frase era alternada com outra: “Cada parto é um parto”, que parecia funcionar como uma ressalva para evitar normatização de comportamento ou essencialização baseada em gênero. O fato de que a singularidade de cada parto seja enfatizada remete ao tipo de conhecimento “autoritativo” (termo cunhado por Brigitte Jordan) das parteiras, o qual R. Davis-Floyd e E. Davis (1997) chamam de intuição. Essas autoras se referem a um tipo de processo interno no qual a experiência pessoal de conexão (física, emocional e espiritual) é mais valorizada que a normatização. Aqui os parâmetros são continuamente recolocados e as definições de normalidade se expandem de forma processual para abranger o conjunto de comportamentos e signos efetivamente exibidos pelas mulheres atendidas (Davis-Floyd e Davis, 1997: 335).

Marina esclareceu que, no início do trabalho de parto, a doula deve mapear meticolosamente o ambiente e a teia de relações em que a mulher está inserida para avaliar como pode utilizar todos os elementos disponíveis a favor da parturiente. Mas, ao final do trabalho de parto, “O papel da doula é só acolher, aconteça o que acontecer”. Combinando perspicácia, criatividade e sensibilidade, a doula busca assumir uma posição adequada na cena de parto para conseguir interpretar corretamente os sinais emitidos pela parturiente – um estilo de prática de natureza eminentemente comunicacional. Para acolher o grito de medo, de dor ou de alegria, o choro de emoção devido à superação do medo ou o choro de angústia pela negligência ou pela violência sofrida, é preciso assumir uma postura de presença plena, respeito, contemplação e intervenção cuidadosa, que pode requerer repactuações sucessivas, mas que não raro passa despercebida pelos demais presentes.

O aspecto sutil do trabalho da doula costuma ser pouco valorizado e nos remete à discussão teórica em torno do *care* (cuidado remunerado) e as contradições, dilemas e armadilhas nele envolvidos, tal como pontuam diversas pensadoras desde o Norte e

desde o Sul global (a exemplo de A. Hochschild, S. Laugier, P. Molinier, P. Paperman, J. Tronto, V. Zelizer, M. P. de la Bellacasa, H. Hirata, K. Batthyány e F. Biroli) – uma discussão essa que será enfrentada em outra oportunidade.

Mas podemos perceber que a figura contemporânea da doula consiste simultaneamente em um resultado do processo histórico de medicalização e patologização da gestação e do parto e em um contraponto contundente ao modelo de atenção obstétrica hegemônico, surgido no interior desse mesmo campo de saber-poder. Em suma, a voz dissonante de muitas doulas pode ser interpretada como uma forma de conscientização e protesto contra o enredamento das experiências reprodutivas em relações de poder assimétricas, que se exprime ao modo de uma invenção cultural, nos termos de R. Wagner (2010).

O que as tecnologias comunicam

O modelo de atenção obstétrica brasileiro se inspira no modelo norte-americano, que foi classificado como “tecnocrático” por Robbie Davis-Floyd (2001). Este é um modelo que se organiza em torno da separação entre corpo e mente e da definição do corpo como máquina, em contraposição ao modelo “humanista” (que enfatiza a conexão entre corpo e mente e define o corpo como um organismo) e ao modelo “holístico” (que enfatiza a unidade entre corpo, mente e espírito e define o corpo como um campo energético em interação com outros campos energéticos).

O modelo tecnocrático seria tributário do paradigma cultural que supervaloriza a ciência e a tecnologia “dura” e que enxerga o corpo feminino como inerentemente defeituoso e perigoso. Esse modelo corresponde ainda a “tecnologias de separação”, que se opõem a “tecnologias de conexão”, empregadas nos outros dois modelos (Davis-Floyd e Davis, 1997).

Em sua pesquisa sobre as metáforas médicas relacionadas ao corpo feminino, E. Martin formulou a tese segundo a qual “desde que o trabalho de parto foi definido sumariamente como trabalho mecânico realizado pelo útero, o nascimento passou a ser visto como a (re)produção de bens” (Martin, 2006: 228). Engendradas no século XVII, as metáforas mecânicas usadas para descrever a natureza e os seres humanos foram se consolidando e especializando no campo da obstetrícia, até que, no século XIX, “a metáfora do útero como máquina é combinada ao emprego de instrumentos mecânicos reais (como o fórceps), que tiveram papel importante na substituição das mãos das parteiras

por mãos masculinas que usam ferramentas” (idem, ibidem: 205). O saber sobre o corpo feminino se tornara tão especializado que a mulher podia simplesmente ignorar o que acontecia em seu próprio corpo.

Já em meados do século XX, a metáfora da produção capitalista ganhava terreno:

O atendimento pré-natal torna-se trabalho de manutenção e detecção de falhas de funcionamento, e a intervenção obstétrica no parto equivale ao conserto de falhas mecânicas com perícia mecânica. As mulheres parecem, concreta e ideologicamente, transformar-se em máquinas à medida que as máquinas são cada vez mais usadas para monitorar a gravidez e o trabalho de parto e para iniciá-lo e terminá-lo. (idem, ibidem: 107)

Por seu turno, W. Arney (1982) propôs que, na obstetrícia, ao final da Segunda Guerra Mundial a metáfora do corpo como máquina passou a conviver com a imagem do corpo como sistema, segundo a qual o corpo é concebido como um sistema de comunicação aberto, composto por níveis distintos – um sistema que deveria ser monitorado continuamente por vários profissionais, mais do que controlado por um único sujeito. Gravidez e parto passavam, então, a ser conceitualizados como eventos bidimensionais (simultaneamente fisiológicos e psicológicos), caracterização da qual está ausente, significativamente, a dimensão social.

Nos anos 1940, surgiram os testes laboratoriais a partir da urina da mulher para detectar a gestação. De acordo com L. Chazan: “Essa mediação da tecnologia transformava a suspeita de gravidez em um razoável grau de probabilidade positiva e, ao mesmo tempo, reforçava a ideia de detecção da gravidez como uma questão ‘diagnóstica’” (Chazan, 2007: 40), incluindo o evento em uma categoria patológica. Duas décadas mais tarde, as mulheres das camadas médias urbanas em vários países passaram a se interessar por tecnologias de contracepção e de reprodução assistida, em consonância com a ideia do direito de escolha em relação à maternidade.

Nos anos 1980, o recurso massivo a novas tecnologias de reprodução (como aparelhos de monitoramento fetal, exames sofisticados e anestesia), a drástica redução de certas habilidades manuais e a ênfase na “produtividade” estariam acarretando o repúdio total ao corpo da mulher. O parto passava então a ser entendido como processo de produção de bebês perfeitos, simbolicamente equiparados a mercadorias. Neste sentido, ganhavam forma novas normas, padrões e expectativas relativas ao crescimento e ao

desenvolvimento fetal, a exemplo da fixação de curvas médias de dilatação do colo do útero durante o trabalho de parto (evolução-padrão de 1 cm por hora) e do tempo máximo de duração do trabalho de parto (12 horas). Naquele contexto, surgiu no meio médico a ideia de que cesarianas poderiam produzir bebês de melhor qualidade, considerando que se trata de um procedimento que conjuga intervenção médica máxima e participação mínima da mulher.

No final do século XX, a operação cesariana, completamente controlada por médicos, entendida como a forma forte do parto tecnológico, tornou-se um valor social, porém pouco se sabia sobre os riscos para a mãe e o bebê envolvidos no procedimento. Vale frisar que a cesariana foi testada em mulheres de baixo poder aquisitivo antes de se tornar um bem de consumo desejado, de acesso restrito, seguindo o padrão histórico de realização de testes de novos métodos, aparelhos e medicamentos em pacientes mais pobres (Hurst e Summey, 1984: 629 *apud* Martin, 2006: 237).

À medida que começaram a ser divulgadas informações sobre tais riscos, surgia uma reação social de defesa do uso parcimonioso da tecnologia dura, que se ampara na premissa da perfeição do corpo da mulher, por oposição à premissa do corpo defeituoso, carente de correção, que fundamenta as intervenções médicas tecnocráticas. Para os críticos do modelo tecnocrático, a intervenção invasiva deveria ser a exceção, não a regra na assistência à mulher. Nos Estados Unidos e na Europa, nos anos 1980, um número expressivo de mulheres começava a se apropriar de informações especializadas e a exigir o uso de tecnologias de parto menos invasivas.

Inspirada nas ideias de M. Foucault, L. Chazan (2007) demonstra que a tecnologia no campo da obstetrícia está associada à cultura visual que se consolidou no século XIX e ao processo mais amplo e pervasivo de normatização de corpos e subjetividades pelo saber-poder médico. A autora sublinha o aspecto propriamente relacional da tecnologia de ultrassom obstétrico, popularizada a partir dos anos 1980: “O biopoder e os dispositivos tecnológicos que o acompanham estariam produzindo, assim, além de corpos úteis e dóceis, subjetividades hiperinvestidas de afetos e desejos” (Chazan, 2007: 59). Estaríamos, então, diante da “produção de um olhar fragmentador e escrutinador nos mínimos detalhes, que constrói corpos medicalizados desde antes do nascimento” (idem, *ibidem*: 48) e que tem repercussões importantes no bojo dos debates sobre aborto seguro.

É interessante notar que, no Brasil, diferente do que se passa em outros países, a ultrassonografia é uma tecnologia operador-dependente, isto é, cabe ao médico

decodificar as informações providas pela imagem. Desse modo, trata-se de um saber independente e superespecializado: “a ultrassonografia obstétrica não apenas antecipa a existência social do feto em termos da rede de relações sociais como, também, constrói a ‘realidade’ do próprio conceito para os futuros pais” (idem, ibidem: 155). Em última instância, a tecnologia de ultrassom pode ser compreendida como um *embodiment* do poder disciplinar, normatizador, subjetivante e, portanto, constitutivo de novos sujeitos: gestantes e fetos. Ao mesmo tempo em que a tecnologia produz o “bebê” intra-útero, a interação com o profissional produz marcadores identitários da pessoa não-nascida, especialmente o marcador de gênero, intrinsecamente associado ao consumo de objetos predeterminado por convenções rígidas.

Considerando a relação de “realimentação” entre cultura médica e cultura leiga postulada por Chazan (2007), podemos perceber que, em alguma medida, os ensaios clínicos randomizados disponibilizados na Plataforma Cochrane vêm ao encontro das reações críticas demonstradas por mulheres das camadas médias urbanas, somadas a posicionamentos críticos de profissionais de saúde dissidentes, alguns deles bastante influentes em organismos e fóruns internacionais de saúde. Para a autora, o novo modelo de medicina obstétrica se estrutura em “redes de monitoramento do poder, nas quais todos são capturados por meio do conhecimento, da subjetivação da gravidez e do parto e da participação ativa nesses eventos” (Chazan, 2007: 40).

Na entrevista que abre o presente artigo, Marina se referiu à MBE nos seguintes termos:

É impossível a gente ter uma ciência que explique todas as situações possíveis de gestação, parto e pós-parto, porque a singularidade individual de cada mulher num processo que dura mais de um ano é muito difícil de se limitar e reduzir. O que a medicina baseada em evidências [MBE] está procurando fazer hoje em dia é definir, em termos estatísticos, tendências. E aí, pra definir termos estatísticos, tem que ter amostragens muito grandes, então ela se baseia em revisões sistemáticas de séries de artigos, que estão sendo produzidos agora, nos últimos anos, essa produção cada vez maior de artigos, estimulada principalmente pelas universidades, que são feitos por alunos, alunos de graduação, de mestrado, de doutorado, geralmente. A gente no Brasil não tem pesquisadores profissionais, é muito raro isso, e aí essas evidências estão surgindo a partir desses levantamentos de pesquisas. Só que cada uma dessas pesquisas surge de um interesse específico, alguém está indo atrás de uma informação específica, e nem todas as temáticas são de interesse, então

nem todas as temáticas têm pesquisas que trazem informações relevantes. Por exemplo, o consumo da placenta: hoje em dia tem cada vez mais mulheres interessadas em ingerir a sua própria placenta, tem cada vez mais relatos de mulheres que ingeriram e sentiram efeitos positivos, mas ainda não tem pesquisas suficientes para a gente poder afirmar se isso traz um benefício ou não ao organismo, porque a quem interessa pesquisar os benefícios de consumir a placenta, realmente? Vamos pensar bem nisso: a quem interessa?

Percebo que, na prática de Marina e outras interlocutoras, a MBE é utilizada de forma seletiva e suas diretrizes são elogiadas. O foco em “tendências”, não em “padrões”, parece se ajustar bem à ênfase que essas profissionais conferem às singularidades de suas clientes. Mas há um outro aspecto importante associado à modalidade de tecnologia empregada por elas.

Na primeira década do século XXI, um marco nessa disputa simbólica sobre o parto foi o lançamento do filme *Orgasmic Birth. The best kept secret*, dirigido pela doula Debra Pascali-Bonaro (2009), de par com o livro *Orgasmic birth. Your guide to a safe, satisfying and pleasurable birth*, escrito pela parteira Elisabeth Davis (2009), obras que chegaram rapidamente ao Brasil e que difundiram no circuito da humanização a possibilidade de associar parto e prazer. O pressuposto do parto “fisiológico” e orgásmico, entendido como experiência sexual, íntima, ritual e potencialmente satisfatória, que ganhara forma em certos círculos sociais, fundamenta-se na ideia da perfeição do corpo feminino e na importância da consciência corporal da mulher. Nesse horizonte, se o processo não evoluir bem – o que é concebido como extraordinário –, então se pode recorrer à tecnologia dura, mas, ainda assim, as intervenções devem ser adaptadas às necessidades e desejos de cada mulher.

No Brasil, em 2013 foi lançado o primeiro filme da trilogia O renascimento do parto, coproduzido por uma doula brasileira, que reverbera alguns dos pressupostos culturais relacionados ao parto orgásmico. O filme foi um sucesso de público e impulsionou debates sobre as formas como os bebês nascem aqui e em outros países. O alvo inicial da crítica apresentada eram as taxas alarmantes de cesariana, que no Brasil giram em torno de 85%, quando a recomendação da Organização Mundial de Saúde é de 15%. O parto humanizado – que pode ser definido sumariamente pela combinação de protagonismo da mulher e cuidado provido por equipe multidisciplinar, amparado na melhor evidência disponível – aparecia como alternativa desejável à “cascata de intervenções” médicas

que acabava resultando em cesarianas consideradas desnecessárias pelas adeptas do parto “mais natural” (Carneiro, 2014), amparadas nos dados científicos providos pela MBE.

Para conseguir ter um parto humanizado, a mulher (e também seu companheiro) deveria se “empoderar”, isto é, munir-se de um vasto arsenal de informações especializadas confiáveis e obter apoio de outras mulheres com propósitos comuns, o que se faz possível por meio de participação ativa em rodas presenciais de gestantes e em comunidades fechadas nas redes sociais virtuais.

Não parece exagerado afirmar que essas mulheres, predominantemente brancas, pertencentes a camadas médias urbanas e com alto grau de escolarização, vêm delineando uma nova estética do parto, a partir de relatos em primeira pessoa, fotos e vídeos que contêm imagens positivadas de partos. Tal estética se articula à dimensão moral, mobiliza afetos e gera ações concretas, que por vezes são interpretadas como expressões de sororidade; trata-se de uma atitude que interliga mulheres com estilos de vida variados, que moram em lugares distantes, porém estão igualmente empenhadas em “driblar o sistema” e passar por uma experiência de parto respeitosa e satisfatória, uma atitude que não raro acaba por gerar novas normatividades relativas ao parto.

O caráter elitista do movimento não tardou a ser criticado, inclusive por ativistas, dentre as quais várias doulas.³ O parto “humanizado” passou a ser sinônimo de um bem de consumo luxuoso, algo místico ou excêntrico, acessível a pouquíssimas pessoas. Todavia, nesse cenário a expressão “parto humanizado” passou a ser entendida como sinônimo de parto não violento, e a expressão “violência obstétrica” passou a abranger mais do que a “cascata de intervenções” que culmina na cesariana, um recurso tecnológico que estava sendo recusado pelas mulheres “informadas” e “empoderadas”.

A expressão “violência obstétrica” se consolidou no vocabulário do movimento em torno de 2010, por ocasião da realização de uma pesquisa realizada pela Fundação Perseu Abramo, que demonstrou que cerca de 25% (ou ¼) das mulheres que pariram nos setores público e privado relataram ter sofrido maus tratos ou desrespeito durante o parto (Sena, 2016). Em 2011 e 2012 pesquisadores da Fiocruz coordenaram um inquérito de abrangência nacional sobre parto e nascimento, que ficou conhecido como *Nascer no Brasil*, e chegaram à seguinte conclusão:

³ Outros aspectos do movimento também foram criticados “de dentro”, tais como sua feição heteronormativa e individualista. O ideal de conjugalidade ativado pelo movimento de humanização do parto e do nascimento no Brasil tem pontos de contato com o fenômeno do casal grávido, que foi objeto de um importante estudo etnográfico levado a cabo por Tânia Salem (2007), na década de 1980.

As mulheres brasileiras e seus bebês de qualquer grupo social estão sendo desnecessariamente expostos ao risco de efeitos adversos no parto e nascimento. As mulheres de mais elevado nível social sofrem maior número de intervenções obstétricas, em especial a operação cesariana, e dão à luz um grande número de bebês com menos de 39 semanas, perdendo assim as vantagens advindas da sua situação social. As mais pobres, atendidas no setor público, estão submetidas a partos extremamente medicalizados, dolorosos, e demonstram menor satisfação com a atenção recebida. Têm piores indicadores perinatais e de condições de saúde em geral [destaque para a depressão pós-parto], indicando a baixa efetividade do modelo de atenção obstétrica e neonatal predominante nos serviços públicos e privados do país (*Sumário Executivo Temático da Pesquisa*).

De acordo com as ativistas da humanização, esse inquérito trouxe comprovação científica para uma realidade que já vinha sendo denunciada pelo movimento desde a década de 1980. Nos últimos anos começaram a circular nos debates públicos acusações de negligência, imperícia e múltiplos abusos que atingem diferencialmente mulheres de segmentos sociais distintos. Neste sentido, o conceito de “hierarquias reprodutivas”, formulado por L. Mattar e S. Diniz (2012) em sua análise sobre dados epidemiológicos brasileiros, é relevante para apreendermos as formas contextuais nas quais a articulação entre os marcadores sociais de gênero, sexualidade, classe, raça e faixa etária é modulada na esfera da assistência obstétrica e gera efeitos nefastos sobre mulheres de carne e osso.

Na América Latina, a expressão “violência obstétrica” foi contemplada de forma pioneira na Lei nº 25.929 de 25 de agosto de 2004, que se refere ao *parto respeitado*, editada na Argentina, e na Lei Orgânica Sobre o Direito das Mulheres a Uma Vida Livre de Violência, editada na Venezuela em 2007. Uma década mais tarde, no Brasil foi elaborado o Projeto de Lei n.º 7.633/2014, que visa definir categorias e atribuir penalidades para casos de violência contra a mulher praticados no interior do sistema médico-hospitalar ao longo da gestação, parto e pós-parto. A esse PL foram anexados dois outros, mas a tramitação vem se arrastando ao longo dos anos, por isso algumas unidades da federação aprovaram leis próprias, quais sejam: Santa Catarina, Distrito Federal, Minas Gerais e Pernambuco.

Em uma importante revisão das pesquisas sobre parto no Brasil nos últimos cinquenta anos, Picheth, Crubellate e Verdu (2018) destacam o que chamam de transnacionalização do parto normal, uma dinâmica internacional em que novos atores, padrões, regulamentos e instituições são constituídos em meio a fluxos locais e globais,

borrando-se as fronteiras convencionais entre as esferas pública e privada. Nesse cenário caracterizado por interdependências imbricadas, o discurso do risco tornou-se predominante, levando à utilização de tecnologias cada vez mais complexas para assegurar a saúde materno-infantil. Porém ao final da década de 1970 as Nações Unidas tomaram a iniciativa de restringir o uso dessas tecnologias e, nos anos 1980 e 1990, a Organização Mundial da Saúde publicou diretrizes que deveriam ser respeitadas em todo o mundo.

No Brasil, as diretrizes foram incorporadas pelo Ministério da Saúde, em grande medida devido à atuação do movimento de mulheres na área da saúde pública, que pautava a agenda dos direitos sexuais e reprodutivos; esse movimento articulou-se a redes transnacionais, no interior das quais foram criadas as condições objetivas para o delineamento de novas leis, documentos e políticas públicas, a partir da realização de congressos, cursos de formação e pesquisas.

No caso das doulas, temos que em 2003 foi fundada a Associação Nacional de Doulas (Ando), responsável por ministrar um curso de formação de abrangência nacional. As doulas têm participado das Conferências Internacionais de Humanização do Parto e Nascimento e, em 2014, criaram a Convenção Nacional de Doulas (Conadoula), que vem se reunindo anualmente desde então. Nos últimos anos, começaram a fundar associações municipais, regionais e estaduais, as quais se uniram para formar a Fenadoulas-BR em 2018. A federação tem conexões com a DONA International (fundada em 1992), a European Doula Network (fundada em 2010) e a Red Mundial de Doulas (fundada também em 2010).

F. Ginsburg e R. Rapp (1991) já haviam sublinhado a importância de os estudos sobre a política da reprodução considerarem as conexões entre micropolítica e macropolítica. Apontando a multidirecionalidade dos fluxos globais, as autoras focalizam algumas articulações entre as relações reprodutivas locais e componentes de base regional, nacional e transnacional, tais como programas de planejamento familiar elaborados por organismos internacionais, novas tecnologias reprodutivas, movimentos sociais em defesa da descriminalização do aborto e redes de apoio a mulheres referentes à infertilidade, perda gestacional e adoção. Desse modo, formas de contracepção, aborto, esterilização, seleção de fetos e modelos de atenção obstétrica estão imbricados com métodos de vigilância social e regulação de práticas reprodutivas.

As autoras postulam que os paradigmas biomédicos geralmente omitem dados importantes quando tratam os corpos das mulheres como se fossem constantes biológicas

universais e afirmam que a propensão ocidental a fazer coincidir o parentesco biológico e as relações de parentesco isolou a maternidade como prática e como categoria social, distorcendo-se assim a análise de vários aspectos sociais referentes à reprodução. Elas defendem que a política da reprodução, na perspectiva da intersecção com outros aspectos das hierarquias sociais, é uma parte importantíssima da política em geral no mundo contemporâneo e por isso propõem examinar as práticas discursivas e os constrangimentos biológicos como elementos modelados pela história político-econômica.

Nesse horizonte teórico, a *perspectiva parcial* (Haraway, 1995) provida pela pauta da “violência obstétrica” permite perceber que a visibilização de uma modalidade específica de violência de gênero por meio da conversação entre mulheres sobre experiências pessoais produz ruídos importantes no espaço público. Na medida em que a expressão “violência obstétrica” evidencia, a partir da gramática dos direitos humanos (Pulhez, 2013), uma disputa simbólica e política em torno de conceitos científicos, imagens e valores, visando à construção de uma nova cultura do parto e do nascimento, a tecnologia passa a ser encarada como objeto de política pública, ou seja, como objeto de deliberações coletivas mediadas por critérios éticos, envolvendo necessariamente suas beneficiárias enquanto sujeitos plenos de direitos.

Considerações finais

No livro *Calibã e a bruxa*, a filósofa S. Federici (2017) lançou a tese segundo a qual teria sido a crise populacional na Europa dos séculos XVI e XVII (e não a fome no século XVIII, como propusera Foucault) a causa da transformação da reprodução e do crescimento populacional em assuntos de Estado e em objetos privilegiados do discurso intelectual. De acordo com a autora, o longo e conflituoso processo de disciplinamento do corpo humano, em especial o corpo feminino, fundamental para a acumulação primitiva que assumiria a forma capitalista, norteou-se pela ruptura ontológica entre microcosmo e macrocosmo formulada por Descartes e levada a cabo pela anatomia, em franca oposição ao pensamento mágico que predominara no período medieval.

No século XVII, o corpo desencantado, profanado, inerte estava em condições de se transformar em força de trabalho, de se submeter aos novos princípios da regularidade, da repetição, da previsibilidade, do automatismo e da uniformidade. O corpo isolado, idealmente imune aos laços de solidariedade e à espiritualidade, podia então ser equi-

parado à máquina. Ao mesmo tempo, os nascimentos passavam a ser controlados por interesses políticos e econômicos da alçada do Estado. Neste sentido, Federici afirma que o desenvolvimento da “máquina humana” foi o principal salto tecnológico, o passo mais importante no desenvolvimento das forças produtivas que teve lugar no período de acumulação primitiva (Federici, 2017: 267). A “tecnologia humana” inventada pelo capitalismo sobrepunha-se, assim, a formas de comportamento inconstantes e relativamente autônomas.

Vimos como E. Martin (2006), partindo igualmente de um diálogo crítico com o marxismo, identificou imagens mecanicistas e derivadas da produção capitalista nos manuais de ginecologia e obstetrícia em língua inglesa, elaborados desde o século XIX. Nesse horizonte, entendo que as metáforas do *mistério* e do *milagre* acionadas por Marina exprimem um tensionamento produtivo e algo irônico⁴ com o léxico médico, que representa a mulher como máquina defeituosa, e também com leituras naturalistas, que reduzem o trabalho de parto à ação de instintos primários e hormônios. Essas metáforas parecem redesenhar a experiência de parto a partir da centralidade da posição da mulher, dos laços de solidariedade entre mulheres (de natureza fundamentalmente política) e das conexões entre a pessoa (microcosmo) e o universo simbólico mais amplo no qual são considerados múltiplos elementos humanos e não humanos, sentimentos, sensações, percepções, relações, saberes, afetos, ritmos, frequências, movimentos, sons e vibrações (macrocosmo).

É preciso considerar que, na cena de parto, a doula ocupa uma posição algo indefinida, porém potente; idealmente ela está física e emocionalmente próxima à mulher e perscruta o ambiente e as relações a partir de um repertório heterogêneo de conhecimentos e técnicas, o que permite que ela atue como tradutora ou mediadora. Ao experimentar desenvolver a habilidade de operar um código, ela pode introduzir certos ruídos, alterar esse código e propor um outro mundo de possíveis. Aproveitando os insights de B. Latour (cf. Cesarino, 2005), podemos ler a tecnologia leve como um artefato cujo manejo pode se conformar à imagem da dança em par, que implica cooperação, sensibilidade, intimidade e intuição, visando ao desenvolvimento de ritmo, compasso, sintonização e improvisação.

⁴ Lembro que D. Haraway menciona o senso de humor como recurso importante para “visualizações feministas do mundo como um ser espirituoso”, um ser que não se curva facilmente a tentativas de controle político e epistemológico (Haraway, 1995: 38). Não posso deixar de registrar esse traço de espiritualidade presente na narrativa de minha interlocutora – a quem agradeço uma vez mais pela partilha e pela confiança.

A composição obtida na parceria doula-doulanda criaria um efeito estético a partir da exposição da plasticidade da experiência e de uma certa imprevisibilidade no arranjo dos componentes. Claro está que o rol de possibilidades de agenciamento é determinado contextualmente pela articulação objetiva, contingencial, de marcadores sociais e estruturas de poder. Eventualmente, a relação entre doula e doulanda pode atualizar uma hierarquia de saber, gerando efeitos negativos. Porém minhas interlocutoras costumam afirmar que acompanhar parto “vicia”, o que pode sugerir uma espécie de construção de consenso provisório por contágio em torno de um paradigma respeitoso de atenção às experiências de gestar e parir.

Posicionar-se em um espaço modelado pelo ideário biomédico de modo a captar e decifrar (e eventualmente inovar em relação a) toda essa riqueza de expressões de vida parece então ser o principal desafio encarado por Marina, algo que estou lendo como uma composição de cuidado “boa para pensar”, para além das inevitáveis ambiguidades, contradições, dilemas e armadilhas decorrentes das conexões complexas com a feição atual do neoliberalismo, que se caracteriza pela precarização geral da vida.

Referências

- ARNEY, William Ray. 1982. **Power and the Profession of Obstetrics**. Chicago: University of Chicago Press.
- CARNEIRO, Rosamaria Giatti. 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: FERREIRA, J. & FLEISCHER, S. (orgs.) **Etnografias em Serviços de Saúde**. Rio de Janeiro: Garamond. pp. 243-265.
- CESARINO, Leticia. 2005. Resenha bibliográfica de “Políticas da Natureza” (B. Latour). **Anuário Antropológico/2004**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro. pp. 171-186.
- CHAZAN, Lilian Krakowski. 2007. “**Meio quilo de gente**”: um estudo antropológico sobre ultrassom obstétrico [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.
- DAVIS-FLOYD, Robbie. 2001. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, 75: S5-S23.

- DAVIS-FLOYD, Robbie & DAVIS, Elisabeth. 1997. Intuition as authoritative knowledge in midwifery and home birth. In: DAVIS-FLOYD, R. E. & SARGENT, C. F. (eds.) **Childbirth and Authoritative Knowledge. Cross-cultural perspectives**. Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press. pp. 315-349.
- DINIZ, Carmen Simone Grilo. 2005. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência e Saúde Coletiva**, 10 (3): 627-637.
- FEDERICI, Silvia. 2017. **Calibã e a Bruxa. Mulheres, corpo e acumulação primitiva**. São Paulo: Elefante.
- HARAWAY, Donna. 1995. Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. **Cadernos Pagu**, (5): 07-41.
- MARTIN, Emily. 2006. **A Mulher no Corpo. Uma análise cultural da reprodução**. Rio de Janeiro: Garamond.
- MATTAR, Laura & DINIZ, Carmen Simone Grilo. 2012. Hierarquias reprodutivas: maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres. **Interface**, 16 (40): 107-19.
- PIMENTEL, Camila et al. 2014. Autonomia, Risco e Sexualidade. A humanização do parto como possibilidade de redefinições descoloniais acerca da noção de sujeito. **REALIS**, 4 (1): 166-185.
- GINSBURG, Faye & RAPP, Rayna. 1991. The politics of reproduction. **Annual Review of Anthropology**, 20: 311-43.
- PICHETH, Sara Fernandes; CRUBELLATE, João Marcelo; VERDU, Fabiane Cortez. 2018. A transnacionalização do parto normal no Brasil: um estudo das últimas cinco décadas. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, 25 (4): 1063-1082.
- PULHEZ, Mariana Marques. 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): 544-64.
- RATTNER, Daphne. 2009. Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico. **Interface**, 13 (supl. I): 595-602.

- SALEM, Tania. 2007. **O Casal Grávido. Disposições e dilemas da parceria igualitária.** Rio de Janeiro: FGV Editora.
- TORNQUIST, Carmen Susana. 2004. **Parto e Poder. O movimento pela humanização do parto no Brasil.** Tese de Doutorado, Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina.
- TEMPESTA, Giovana Acacia. 2018. Trabalhando pelos bons vinculamentos. Reflexões antropológicas sobre o ofício das doulas. **Anuário Antropológico**, 43 (1): 37-66.
- WAGNER, Roy. (1981) 2010. **A invenção da cultura.** São Paulo: Cosac & Naify.