PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM PSICOLOGIA SOCIAL

Priscila Kiselar Mortelaro

Superando tensões entre paradigmas de atenção ao parto: intervenções e uso de tecnologias na prática de obstetrizes

DOUTORADO EM PSICOLOGIA SOCIAL

São Paulo

2022

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM PSICOLOGIA SOCIAL

Priscila Kiselar Mortelaro

Superando tensões entre paradigmas de atenção ao parto: intervenções e uso de tecnologias na prática de obstetrizes

Tese apresentada à banca examinadora como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Psicologia Social sob orientação da Profª Drª Mary Jane Paris Spink

São Paulo

2022

Sistemas de Bibliotecas da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo -
Ficha Catalográfica com dados fornecidos pelo autor

Mortelaro, Priscila Kiselar
Superando tensões entre paradigmas de atenção ao parto: intervenções e uso de tecnologias na prática de obstetrizes / PriscilaKiselar Mortelaro. -- São Paulo: [s.n.], 2022.
141p ; cm.

Orientador: Mary Jane Paris Spink.
Dissertação (Mestrado)-- Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Programa de Estudos Pós Graduados em Psicologia: Psicologia Social.

1. Ciência, tecnologia e sociedade. 2. Parto humanizado. 3. Obstetrizes. I. Spink, Mary Jane Paris. II. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia: Psicologia Social. III. Título.

CDD

Autorizo exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta por processos de fotocopiadoras ou eletrônicos.

Assinatura: _____

Data: _____

e-mail: _____

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM PSICOLOGIA SOCIAL

Priscila Kiselar Mortelaro

Superando tensões entre paradigmas de atenção ao parto: o trabalho das obstetrizes e o projeto de uma assistência centrada nas mulheres

Tese apresentada à banca examinadora como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Psicologia Social sob orientação da Profª Drª Mary Jane Paris Spink

Aprovada em: __/__/__

BANCA EXAMINADORA

_____

_____

_____

_____

Às obstetrizes

AGRADECIMENTO ESPECIAL

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pela bolsa concedida no período de realização desta pesquisa, por meio do processo número 140189/2018-1. Sem o apoio financeiro, este trabalho não poderia ter sido realizado.

AGRADECIMENTOS

À Mary Jane Spink, querida orientadora, que segurou minha mão e me conduziu pelos caminhos (muitas vezes tortuosos) da construção desta tese. Agradeço por compartilhar comigo sua imensa sabedoria e experiência, fazendo-me crer que uma tese não precisa ter a rigidez que se supõe.

À professora Carla Cristina Garcia, quem muito me ensinou sobre a "ciência machadiana" e cujas mãos também ajudaram a dar forma a esta tese.

Às professoras e aos professores do Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Social.

Às professoras e aos professores da graduação em Obstetrícia da Universidade de São Paulo. Em especial à professora Jacqueline Isaac Machado Brigagão, que me conduziu rumo à Psicologia Social; e aos professores Christiane Chofakian e Edemilson Antunes de Campos, pelo carinho com que aceitaram a compor a banca como titular e suplente, respectivamente.

Às professoras Lenise Santana Borges e Denise Bernuzzi de Sant'Anna, pela disposição em compor a banca examinadora, trazendo riqueza ao debate.

Aos colegas e às colegas do núcleo, com quem tive o prazer de conviver nesses seis anos de pós-graduação. Foram muitas trocas, muitos debates e muito apoio mútuo. Agradeço de maneira especial aos queridos Juliana Burti, que aceitou com muita alegria compor a suplência de minha banca, Malu Delavi e Taffarel Ramires, que trouxeram leveza a esse processo com todo carinho e amizade que direcionaram a mim.

Ao Pedro Augusto da Costa Franceschini, meu amor, companheiro, marido e grande inspiração. Disse-lhe o que é o sufoco e vi alguém a fim de me acompanhar. Espero, com ansiedade, pelo sossego vindouro.

Aos meus avós Hilário Mortelaro e Miriam Mortelaro, nascida Bento. Àquele de quem recebi o nome, agradeço pelas tardes sentados à mesa, lendo a Palavra. Graças à sua dedicação pude superar muitas barreiras que a academia me impôs. Àquela de quem não levo o nome, agradeço por me ensinar o tamanho da força da mulher nordestina (e também a melhor receita de bolo de fubá).

Aos meus pais, Paulo Sérgio Mortelaro e Claudete Kiselar Eugelmi, que fizeram tudo o que podiam para que eu pudesse chegar até aqui. Ao Marcus Eugelmi, que permaneceu firme no

cuidado de minha mãe, permitindo que eu pudesse me dedicar o máximo possível ao doutorado. Também agradeço à família Kiselar por toda ajuda que direcionaram a nós desde o acidente.

Agradeço a cada membro de minha família que, de alguma forma, contribuiu para que eu seguisse nessa caminhada: meus queridos tios Jonatas Mortelaro, Tais Mortelaro (minha eterna professora) e Alessandra Mortelaro. Aos "pequenos" Pedro Mortelaro, Bruna Mortelaro e Rebeca Mortelaro, pela alegria que me trazem.

Ao Silvio e à Trude Franceschini, que me acolheram como filha e cujo lar foi o ambiente tranquilo e seguro que permitiu que eu pudesse concluir esta tese. Agradeço também à Ana Beatriz Franceschini e ao Mario Gonçalves, cunhados queridos, pela parceria.

Às obstetrizes que participaram desta pesquisa, compartilhando comigo, de maneira muito corajosa, suas convicções e os pormenores de sua prática.

À Marlene Camargo, pelo apoio nas burocracias da pós-graduação.

Caminhante, não há caminho, o caminho se faz ao caminhar

Antonio Machado

MORTELARO, P. K. **Superando tensões entre paradigmas de atenção ao parto**: o trabalho das obstetrizes e o projeto de uma assistência centrada nas mulheres. 2022. Tese (Doutorado em Psicologia Social). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2022.

RESUMO

Diante da crescente medicalização do corpo feminino, surge um amplo movimento em prol da humanização do parto. No âmbito deste movimento, é possível perceber algumas narrativas que evidenciam tensões entre os corpos que sabem parir naturalmente e a necessidade de intervenções. Tendo isso em vista, decidimos compreender como as obstetrizes, profissionais cuja formação está fundamentada no caráter fisiológico do parto, intervêm nesse processo. Para que pudéssemos alcançar nosso objetivo, realizamos entrevistas semiestruturadas com cinco profissionais, obedecendo ao critério de que estivessem acompanhando partos domiciliares na cidade de São Paulo. Percebendo a necessidade de aprofundar certos aspectos dessa atuação, conduzimos uma segunda rodada de entrevistas com as mesmas obstetizes, que resultaram nos casos discutidos no último capítulo desta tese. Para análise das informações produzidas nos cinco primeiros encontros, utilizamos os mapas de associação de ideias, recurso analítico desenvolvido no âmbito da abordagem teórico-metodológica da pesquisa com práticas discursivas no cotidiano. No processo das entrevistas, não definimos de antemão o que entendemos por intervenções, impondo a nossas entrevistadas uma noção a priori. Antes, assumimos como intervenções o que as obstetrizes classificaram dessa maneira. Nossos resultados indicam que a prática humanizada dessas profissionais é caracterizada pela relação de parceria entre profissional e parturiente, na qual a possibilidade de intervenções não está descartada. Além disso, as condutas são empregadas de modo crítico em cada processo de parturição, fundamentadas por uma multiplicidade de saberes. Defendemos a tese de que precisamos ressignificar a noção de intervenção de modo que ela não se limite aos procedimentos biomédicos, cujo uso é tão exacerbado no paradigma tecnocrático de atenção ao parto. Por fim, faz-se necessário que as mulheres que atendemos sejam o ponto de referência para nos posicionarmos em relação ao uso dos recursos que dispomos para intervir no parto, de modo que nosso posicionamento seja sempre situado.

Palavras-chave: Ciência, Tecnologia e Sociedade; Parto humanizado; Obstetrizes.

MORTELARO, P. K. **Overcoming tensions between paradigms of childbirth care:** the work of midwives and the project of a women oriented practice. Thesis. (PhD in Social Psychology). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2021.

ABSTRACT

In a context of increasing medicalisation of childbirth care, emerged a social movement demanding the humanisation of delivery. Within this movement, it is possible to witness the contrast between discourses that emphasise women's natural ability to give birth and the occasional need for interventions. Having this in mind, our aim is to comprehend how certified midwives intervene in the process of labour and use the technologies they have at their disposal. To fulfill this aim, we conducted semi-structured interviews with five professionals, following the criteria that they are accompanying home births in the city of São Paulo. We used maps of association of ideas to analyse the information produced in those interviews, an analytical resource developed within the scope of the research with discursive practices. Faced with the need to deepen certain aspects of their practice, we conducted a second round of interviews, which resulted in the cases discussed in the last chapter of this thesis. Our results indicate that the humanised practice of the certified midwives is characterised by partnership between professional and parturient, in which the need for interventions is not ruled out. We defend the thesis that it is necessary to strengthen a childbirth care in which the use of technologies is aligned with women's needs. In order to do so, we must re-signify the notion of intervention, so that it is no longer reduced to biomedical procedures. This reduction creates a category of procedures and technologies that must be avoided in an humanised labour, dislocating the decision-making process from each woman to a predetermined consensus. Finally, it is imperative to focus on the women we tend to, so that our positioning regarding interventions and the use of technologies in childbirth is always situated.

Keywords: Science, Tecnology and Society. Humanising Delivery. Midwifery.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 14

1 NOTAS SOBRE A PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO 24

1.1 **Primeiro princípio: produzir conhecimento *para* as mulheres** 24
1.2 **Segundo princípio: o conhecimento adequado é um conhecimento situado** 29
1.3 **Terceiro princípio: a produção de conhecimento é instrumento de construção da realidade** 32
1.4 **Quarto princípio: as obstetrizes são informantes tão privilegiadas quanto o nível mais alto das evidências científicas** 36
1.5 **Colocando em prática os princípios norteadores: procedimentos de pesquisa** 38

2 HUMANIZAÇÃO E INTERVENÇÕES NO TRABALHO DE PARTO: A PERSPECTIVA DAS OBSTETRIZES 49

2.1 **As cinco obstetrizes e suas noções de humanização do parto** 50
2.2 **O que está na valise das obstetrizes?** 69
2.2.1 Comunicação: saber falar e saber ouvir 70
2.2.2 Tensionando o modelo biomédico: o uso de terapias complementares 73
2.2.3 Tecnologias duras: o corpo como instrumento e o instrumento no corpo 74
2.2.4 Saberes estruturados: as tecnologias que fornecem o fundamento para a ação 78

3 QUANDO INTERVIR? ENTRE RISCOS, DEMANDAS E NECESSIDADES 80
3.**1 O que conta como risco?** 80
3.2 **Além do risco: pautando intervenções pelas demandas e necessidades das mulheres** 86

4 SABERES QUE FUNDAMENTAM AS INTERVENÇÕES 93
4.1 **O tripé da tomada de decisão: disciplinas básicas, evidências e conhecimento sensível** 93
4.2 **O lugar da experiência: parteiras guiando parteiras** 105
4.3 **Intuição: lidando com a complexidade** 107

5 CASOS: DISCUSSÃO DA SEGUNDA RODADA DE ENTREVISTAS 112
5.1 **Caso L.** 112
5.2 **Caso G.** 113

5.3 **Caso J.** 116
5.4 **Caso M.** 122
5.5 **Caso F.** 125

CONSIDERAÇÕES FINAIS 131

REFERÊNCIAS 136

INTRODUÇÃO

Esta pesquisa começa a tomar forma a partir da inquietação causada por certos enunciados que circulam com frequência no campo das práticas voltadas à mudança da atenção obstétrica, que chamamos, grosso modo, de movimento de humanização do parto. Ouvindo experiências de mulheres que passaram pelo processo de parturição e relatos de parteiras com ensino superior, é possível perceber que algumas narrativas evidenciam tensões entre os corpos que sabem parir naturalmente e a necessidade de intervenções.

Nesse contexto, escolhemos deixar que essa experiência norteasse os caminhos dessa pesquisa, tendo em vista que o conhecimento é sempre, segundo Donna Haraway[1] (1995), situado, corporificado e, portanto, produzido desde um ponto de vista finito. Reconhecemos, assim, que por meio de nossos percursos e vivências já estamos "em campo". Conforme afirma Peter Spink (2003), as matrizes do campo estão sempre presentes, de tal maneira que sempre temos acesso a pelo menos uma parte das formações discursivas e práticas que o produzem e reproduzem. Desse modo, a noção de campo abre espaço para a de campo-tema, sendo este entendido não como um universo no qual simplesmente entramos para coletar informações e saímos, mas como um campo em relação ao qual o/a pesquisador/a está sempre posicionado/a, um campo de processualidades, tensões e negociações de sentido, com o qual não se estabelece uma relação de neutralidade, mas para o qual carregamos nossas experiências e vivências (Peter SPINK, 2003[2]).

Meu primeiro contato com a humanização e seus discursos foi na graduação em obstetrícia, na qual ingressei no ano de 2010. Reaberto em 2005 na Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo, o curso forma parteiras diplomadas, também conhecidas como obstetrizes, profissionais habilitadas na arte de partejar sem a necessidade da graduação prévia em enfermagem, resgatando o mesmo modelo de formação da Escola de Parteiras de São Paulo. Fundada em 15 de março de 1912, a Escola de Parteiras funcionou anexa à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, sendo integrada à Escola de Enfermagem em 1971 e extinta no ano seguinte (Maria Luiza Gonzalez RIESCO, Maria Alice TSUNECHIRO e Nathalie LEISTER, 2011).

---

[1] Adaptando as normas da ABNT para referências e citações, utilizaremos os prenomes das/os autoras/es na primeira vez em que aparecem.

[2] Para diferenciar Peter Spink e Mary Jane Spink, utilizaremos o prenome do primeiro todas as vezes em que o citarmos.

Desde o encerramento até a reabertura do curso de obstetrícia, o único caminho possível para a formação de parteiras era a graduação em enfermagem, o que contrasta com a tradição de formação de parteiras em cursos de entrada direta, comum na Europa (RIESCO e TSUNECHIRO, 2002). Apesar da pequena diferença de competências técnicas, o curso de entrada direta tem suas especificidades. Riesco e Tsunechiro (2002) destacam que uma das diferenças apontadas é que o viés da enfermagem é mais voltado aos aspectos patológicos do processo saúde–doença. A formação de obstetrizes, por sua vez, estaria centrada no princípio da normalidade da gestação e do parto.

O projeto político pedagógico (PPP) do curso de obstetrícia ressalta esse aspecto da formação das profissionais. Segundo o documento,

> a formação de obstetrizes oferece à sociedade um profissional capaz de promover e oferecer cuidados de saúde a mulheres, especialmente durante a gestação, parto e pós-parto. Essa atenção é realizada no sentido de promover e preservar a normalidade do processo de nascimento e atender as necessidades físicas, emocionais e socioculturais das mulheres no contexto de sua família e comunidade (EACH, 2017, p 8).

A ênfase na normalidade do processo e seu caráter fisiológico situa o curso no âmbito de uma tradição crítica à obstetrícia moderna, cujo fundamento encontra-se na concepção do parto como um evento fundamentalmente patológico, resultando em práticas excessivamente intervencionistas. Tal concepção, por sua vez, tem a ver com a patologização do corpo feminino performada principalmente pela medicina do século XIX, enquanto esta se transformava na "grande ciência capaz de traduzir para a sociedade os desígnios naturais, com base em métodos considerados objetivos e racionais" (Fabíola ROHDEN, 2001, p. 19).

A patologização de nossos corpos, radicalmente reinterpretados no âmbito da consolidação da diferença sexual, torna-se o pretexto para integrá-los ao campo das práticas médicas. Um pretexto que, convenientemente, acaba se 'confirmando' à medida que somos esmiuçadas como objetos de conhecimento e regimes de verdade sobre 'a mulher' produzidos e legitimados no âmbito da medicina. Segundo Ana Paula Vosne Martins (2005), à obstetrícia do século XIX coube tomar o corpo feminino como território mensurável, analisável e passível de intervenção. Nesse contexto, os conhecimentos produzidos – junto com os dispositivos, instrumentos e tecnologias que deles decorrem – passam a ser utilizados para corrigir as distorções do parto, determinadas pela suposta natureza falha do corpo feminino.

Apesar das transformações operadas no século XIX pela obstetrícia com pretensões científicas, a misoginia e o pessimismo sexual e reprodutivo que circunscrevem o corpo

feminino não são exclusividade desse período. Em sua dissertação de mestrado, Carmen Simone Diniz (1997) argumenta que, desde a Idade Média, as práticas de atenção ao parto foram contagiadas pelo pessimismo sexual e reprodutivo característico de um certo cristianismo marcado pela misoginia. Nesse período, amplos esforços foram implementados para deslocar as mulheres como protagonistas da atenção ao parto, seja na condição de cuidadoras, seja na condição de parturientes. Em íntima aliança com uma medicina em vias de institucionalização, a Igreja Católica promoveu uma perseguição sistemática de mulheres e parteiras durante certos períodos da Idade Média, sob o argumento de que estas seriam seres de inclinação viciosa e deviam expiar seus pecados por meio do sofrimento, principalmente no parto. As parteiras, ainda piores, superariam "todas as demais em perversidade" (Heinrich KRAMER e James SPRENGER, 1487/2015).

O que diferenciará o pessimismo sexual e reprodutivo característico da nova ciência médica é o deslocamento das bases que o sustentam (DINIZ, 1997). A teologia deixa de ser seu fundamento e a natureza passa a ser utilizada como argumento para legitimá-lo. Desse modo, o 'novo pessimismo' passaria a estar de acordo com a episteme do modelo iluminista, segundo a qual, conforme afirma Thomas Laqueur (2001), introduz-se uma normatividade baseada em um substrato biológico. Tal normatividade produzirá um discurso muito específico sobre nossos corpos, que o transforma em um corpo falho, frágil, incapaz.

Assim, constitui-se um cenário no qual somente os avanços tecnológicos produzidos pelos grandes homens poderiam nos salvar, caso vivenciássemos a gestação e o parto ao longo de nossa vida sexual e reprodutiva. Segundo Diniz (1997), os discursos que patologizam o corpo feminino o posicionam em uma relação de dependência com o saber médico, alimentando um modelo explicativo do parto centrado na superioridade do conhecimento masculino, na forma do conhecimento científico, sobre o feminino. Nesse modelo, as mulheres não seriam apenas 'incapazes' de parir, mas também de produzir um conhecimento adequado sobre si mesmas. A autora ainda destaca que uma das consequências desse processo é a legitimação de uma superioridade masculina que "se instaurava e explicitava na técnica" (1997, p. 119). Nesse sentido, o século XIX consagraria a hegemonia de um modelo que encontra suas raízes na perseguição às "bruxas-parteiras", colocando no centro da assistência os instrumentos que, desde o fim do século XVII, somente os médicos tinham o direito de manejar (Mary Jane SPINK, 2013).

Conforme destacam Jacqueline Brigagão e Roselane Gonçalves (2010), o resultado da medicalização do parto é sua institucionalização/hospitalização e o uso indiscriminado de

tecnologias. Endossado pelas consagradas autoridades do campo da medicina obstétrica, no início do século XX, iniciou-se um paulatino deslocamento da atenção domiciliar para a atenção hospitalar. Embora, no século XIX, o parto já houvesse sido incorporado à medicina como um de seus objetos privilegiados de conhecimento, apenas no início do século seguinte o hospital firmar-se-ia como o local adequado para esse evento. Até então, grande parte das mulheres resistia ao parto assistido por médicos em ambiente hospitalar. Parir nessas condições ficava reservado àquelas que se encontravam em situação de vulnerabilidade socioeconômica, de modo que o cenário mais comum era o domicílio das mulheres parturientes ou de pessoas próximas. Nesse contexto, a maioria delas era assistida por parteiras não diplomadas e, apesar do crescente número de médicos praticando a obstetrícia, esse profissional era chamado apenas em casos de complicação. Com o fim da restrição legal para a criação de novas faculdades, multiplicam-se as escolas de medicina e as primeiras décadas do século XX testemunham o início das campanhas de valorização do hospital, que se consagraria como um lugar seguro e adequado para a parturição (Maria Lúcia MOTT, 2002).

Uma vez no hospital, reduziram-se os obstáculos para que as mulheres fossem submetidas a toda sorte de intervenções para a conveniência dos médicos e da instituição. Segundo Simone Diniz (2001), já na segunda metade do século XX houve uma rápida expansão no uso de tecnologias a fim de controlar o trabalho de parto. Até hoje, tais tecnologias cumprem a função de monitorar, desencadear, regular ou acelerar esse processo. Os partos cirúrgicos também são abundantes no contexto brasileiro. Conforme apontam dados recentes do Ministério da Saúde, 55,47% do total de partos no ano de 2018 foram cirúrgicos (BRASIL, 2021), quando, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1985), não se justificariam taxas maiores que 10% a 15%.

Diante da hegemonia do paradigma tecnocrático (Robbie DAVIS-FLOYD, 2001), mulheres, profissionais e pesquisadoras/es passaram a implementar esforços para repensar as bases que fundamentam as práticas de atenção ao parto. Nesse contexto, surgem movimentos que começam a criticar a centralidade da tecnologia, buscando o que chamaram de *humanização* do parto e do nascimento. Para Simone Diniz (2005), a princípio, o termo "humanizar" estava associado aos esforços empregados para o alívio da dor no trabalho de parto, o que implicava, em última instância, livrar a mulher de uma violência que seria intrínseca à sua própria natureza. Ao longo do tempo, contudo, o termo passou a ser empregado no Brasil para designar um movimento que se insere em um contexto amplo e internacional pela mudança das práticas em relação ao parto, atrelado à crítica do uso excessivo de

tecnologias. Segundo Davis-Floyd (2001), uma perspectiva humanista surge como reação aos excessos da tecnomedicina. Sem abrir mão do uso de tecnologias, esse novo paradigma busca simplesmente humanizar a medicina tecnocentrada, isto é, torná-la relacional, orientada a parcerias e compassiva.

Segundo Carmen Susana Tornquist (2002), o movimento pela humanização do parto teria surgido, no contexto brasileiro, na década de 1980. Entretanto, Diniz (2005) destaca que desde a década de 1970 profissionais dissidentes da obstetrícia hegemônica já haviam começado a repensar a assistência ao parto, inspirados/as por práticas tradicionais de parteiras e comunidades indígenas. Na década seguinte, a proposta de uma assistência humanizada começa a se consolidar por meio do trabalho de grupos como o Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde e a Associação Comunitária Monte Azul, ambos em São Paulo, e dos grupos Curumim e Cais do Parto, em Pernambuco. No ano de 1993, fundou-se a Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (REHUNA), que atualmente reúne ativistas – profissionais ou não – e instituições. A REHUNA denuncia o caráter desumano das práticas relativas ao parto e ao nascimento e propõe esforços na tentativa de preservar o processo natural, em contraposição a a práticas fundamentadas na patologização do corpo feminino, centradas na tecnologia (DINIZ, 2005).

De acordo com Daphne Rattner (2009), da noção de humanização do parto se infere, de modo muito geral, um movimento de dimensões globais que se apresenta como resposta à mecanização da atenção ao parto. Apesar de não haver um consenso acerca de uma definição exata e específica desse movimento, segundo Diniz (2005), a crítica ao paradigma tecnocrático é um de seus eixos discursivos centrais. Ao incentivar práticas que se adequem à fisiologia, o movimento também traz ao cenário da assistência o conceito da preservação do processo natural do parto. Nesse sentido, Tornquist (2002) destaca a valorização da natureza como um dos elementos fundamentais no discurso da humanização, postulando, no limite, o retorno a uma vida mais natural.

O discurso médico, na forma da Medicina Baseada em Evidências (MBE), também cumpre papel fundamental nas subsequentes transformações de alguns consensos sobre a assistência ao parto. À luz da MBE, o corpo feminino é descrito de uma nova maneira no âmbito da própria medicina, deixando de ser compreendido como fundamentalmente patológico. Ressignificada pelas/os ativistas do movimento de humanização, conforme afirma Diniz (2005), a MBE permite que o parto assuma outro sentido e, consequentemente, que as práticas

em relação a ele se transformem, uma vez que se reconhece a capacidade do corpo feminino de dar à luz sem necessidade de intervenções.

Tendo em vista que a noção de natureza feminina é central para a consolidação do lugar central da tecnologia na atenção ao parto, a crítica a esse tipo de assistência também se organiza em torno dessa mesma noção para operar um processo de ressignificação da fisiologia do parto. Evidentemente, alguns riscos decorrem dessa estratégia, uma vez que as naturalizações estão intimamente relacionadas à emergência de normatividades. Se antes tínhamos a prescrição de intervenções para corrigir falhas intrínsecas ao corpo feminino, agora nos encontramos diante do risco de prescrever uma recusa acrítica do uso de tecnologias no parto, baseando-nos em uma normatividade de cunho estatístico. Isso porque a produção de evidências generalizáveis pode, afinal, resultar em protocolos dirigido a uma mulher universal, pouco sensíveis às singularidades de cada corpo, incorrendo no equívoco da "ficção unitária", que, conforme apontado por Carla Cristina Garcia (2011), assombra os discursos com pretensões universalizantes produzidos sobre as mulheres.

Esse é o cenário no qual o curso de obstetrícia se insere. A formação de obstetrizes está assentada na concepção do parto como um evento normal e fisiológico, cuja grande aliada é a Medicina Baseada em Evidências. Segundo o projeto político pedagógico do curso,

> [...] os pressupostos da Humanização do Cuidado em Saúde, em especial aqueles relacionados ao ciclo gravídico-puerperal e às recomendações da OMS, que preconizam o mínimo possível de intervenções na gestação, no parto e no pós-parto e que reconhecem a importância das evidências científicas e dos direitos das mulheres à informação e à tomada de decisão sobre suas necessidades de saúde, estão presentes transversalmente no projeto político pedagógico da formação em Obstetrícia (EACH, 2017, p. 10).

Embora esteja presente de maneira transversal na formação das obstetrizes, as evidências científicas ocupam um lugar central nas disciplinas do eixo assistir-cuidar[3], que fornecerão, de maneira direta, recursos para a tomada de decisão em casos de intervenções. Dessa maneira, forma-se uma profissional cujo trabalho "deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões fundamentadas em evidências científicas visando o uso apropriado, a eficácia e o custo-efetividade da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas" (EACH, 2017, p. 14). Apesar da ênfase na normalidade do processo, as obstetrizes possuem competências técnicas para o manejo das

[3] O curso de obstetrícia é estruturado em torno de três eixos de disciplinas: o eixo de bases biológicas, eixo de ciências humanas, sociais e da saúde e o eixo assistir, cuidar e gerenciar (EACH, 2017).

intercorrências clínicas, bem como das urgências e emergências gerais, obstétricas e neonatais (EACH, 2017).

Nessa conjuntura, pude perceber que as obstetrizes estão, de fato, situadas em um campo de tensões. Durante meus anos de formação, ouvi em muitas ocasiões que 'bebês sabem nascer e mulheres sabem parir'. Embora o enunciado seja utilizado para criticar intervenções desnecessárias no parto, ele também promove uma visão planificada das intervenções, pouco centrada nas necessidades das mulheres parturientes. Tais discursos estão profundamente enraizados na naturalização do parto, fazendo-nos perder de vista que aquilo que compreendemos como padrões de normalidade não são simples 'traduções' do que está dado pela natureza, mas estão atravessados por uma variedade de práticas sociais.

Se assumirmos como regra que as mulheres sabem parir e os bebês sabem nascer, qual seria a necessidades de obstetrizes, profissionais treinadas para agir e intervir no parto? Movida por esse questionamento, esta tese tem como objetivo compreender o que subsidia as intervenções realizadas por obstetrizes durante o parto. Essa decisão tem a ver com a noção de conhecimento que atravessa todo o processo de pesquisa. Ao compreender o conhecimento como situado, abriu-se um caminho para que pudéssemos reconhecer o problema dos discursos que universalizam o corpo – sobre os quais já nos alertou Adrienne Rich (2002) –, e propor um caminho de pesquisa que partisse de experiências de atenção ao parto localizadas no tempo e no espaço.

Para que pudéssemos atingir nosso objetivo geral, estipulamos os seguintes objetivos específicos:

- Contextualizar o que é humanização para as obstetrizes entrevistadas
- Identificar quais tecnologias estão presentes na caixa de ferramentas das obstetrizes
- Analisar o que conta como risco e como essa noção atravessa a decisão por intervir no parto
- Analisar quais outros elementos as obstetrizes consideram para intervir no parto e como os coordenam com o manejo dos riscos
- Discutir quais saberes orientam e legitimam as intervenções

Não definimos de antemão o que entendemos por intervenções, impondo a nossas entrevistadas uma noção a priori. Antes, assumimos como intervenções o que as obstetrizes

classificaram dessa maneira: para nós, intervenção é, simplesmente, tudo aquilo que as obstetrizes consideram como tal. Um dos riscos dessa estratégia é a construção de uma categoria excessivamente abrangente. No entanto, trabalhar dessa maneira permite ampliar a participação delas no processo de construção da pesquisa, não como meras informantes de um conteúdo que será organizado em categorias pré-definidas, baseadas exclusivamente na literatura. Inspirada pelas contribuições de Michel Callon (1986), essa abordagem compõe o constante esforço de implementar algo que se aproxime minimamente de uma simetria entre o ponto de vista das obstetrizes entrevistadas e da literatura preexistente, inclusive do campo da Medicina Baseada em Evidências. Longe, no entanto, da pretensão de instaurar uma simetria generalizada, buscamos apenas situá-las como informantes tão privilegiadas quanto as autoridades científicas quando se trata da controvérsia sobre intervenções e o uso de tecnologias na assistência obstétrica.

Em inúmeras ocasiões, os termos "intervenção" e "tecnologia" aparecem conjugados. Isso porque, quando falamos de um, falamos, necessariamente, de outro. Toda intervenção no trabalho de parto envolve algum tipo de tecnologia: desde os saberes que as fundamentam até os instrumentos utilizados para monitorar o trabalho de parto, otimizá-lo ou atingir qualquer outro objetivo. Apesar da íntima relação entre eles, isso não significa que haja uma indistinção entre os dois termos. Nesse sentido, as tecnologias são os *recursos* dos quais as obstetrizes dispõem para intervir no trabalho de parto, conforme essas profissionais identifiquem a necessidade de fazê-lo. Com a adoção de uma noção tão abrangente de intervenção, surgiu a necessidade de um arcabouço teórico para definir a noção de tecnologia que fosse igualmente abrangente. Por isso, recorremos à classificação de tecnologias de Emerson Merhy (2000/2006) para ordenar as tecnologias que nossas entrevistadas relataram utilizar para intervir no trabalho de parto.

Para atingir nossos objetivos, planejamos, inicialmente, realizar entrevistas semi-estruturadas com dez obstetrizes. Contudo, ao chegarmos na metade desse trabalho, percebemos a necessidade de visualizar de maneira mais concreta o modo como as obstetrizes intervinham no trabalho de parto. Logo, decidimos realizar duas rodadas de entrevistas com as cinco obstetrizes que já havíamos entrevistado. Enquanto as cinco primeiras foram realizadas a partir de um roteiro norteador, as últimas foram conduzidas como uma conversa que se desdobrava a partir de uma questão disparadora.

A diferença na condução resultou em dois blocos de entrevistas com estruturas muito diferentes. Por conseguinte, o processo de análise foi distinto para cada um deles. Para o

primeiro, recorremos aos mapas de associação de ideias, ferramenta amplamente utilizada pelo Núcleo de Estudos sobre Práticas Discursivas da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP). Para a análise do segundo bloco, utilizamos o recurso de comentários do processador de texto *Word*, 'puxando fios' que ligavam os casos aos aspectos discutidos anteriormente, o que nos forneceu recursos para 'tecer' as discussões que se seguiram.

A abordagem desse Núcleo e das ferramentas de obtenção e análise de informações está assentada em bases contrucionistas, partilhando da concepção da linguagem como performativa, isto é, como elemento capaz de "afetar a construção da realidade" (Tomás IBAÑEZ, 2005, p.47). Nesse contexto, o referencial das práticas discursivas nos fornece ferramentas para compreender que as formações discursivas produzem efeitos na realidade, colocando-se como elementos capazes de construí-la e reconfigurá-la.

Uma vez que entendemos a produção de conhecimento como prática discursiva, esperamos contribuir para a consolidação dos novos paradigmas de atenção ao parto que emergem de uma crítica ao paradigma tecnocrático e se apresentam como potentes estratégias de resistência à excessiva medicalização dos corpos femininos, colaborando para a emergência de outros modos de se relacionar com o próprio corpo por meio desses discursos e práticas de assistência alternativas. Além disso, postulamos ser necessário voltar-nos às experiências reais de assistência ao parto, para que possamos nos contrapor às prescrições e idealizações.

Defendemos a tese de que precisamos ressignificar a noção de intervenção de modo que ela deixe de estar reduzida aos procedimentos biomédicos, cujo uso é tão exacerbado no paradigma tecnocrático de atenção ao parto. Sugerimos que há um amplo espectro de intervenções, que abrange desde a presença de obstetrizes ou outras/os profissionais no trabalho de parto até o uso de tecnologias mais duras. Ao ressignificar essa noção, descobrimos que não há fórmula que nos conte qual intervenção é certa ou errada e deixamos de decidir nossas condutas meramente porque determinada tecnologia faria parte de um paradigma de atenção ao parto ou de outro. Abre-se, portanto, uma nova possibilidade: a de que as mulheres que atendemos sejam o ponto de referência para nos posicionarmos em relação ao uso dos recursos que dispomos para intervir no parto. Desse modo, nosso posicionamento sobre as intervenções no trabalho de parto será verdadeiramente objetivo, isto é, localizado. Há, sim, recomendações gerais que devemos ter em mente, mas só podemos avaliar se o uso de uma tecnologia é apropriado ou não diante da particularidade de cada trabalho de parto e no encontro com cada mulher.

O presente texto é estruturado em cinco capítulos. No primeiro, expomos os princípios epistemológicos que a sustentam. No segundo, situamos o que é humanização para cada uma das profissionais entrevistadas, tratando, em seguida, das tecnologias que compõem suas caixas de ferramentas. No terceiro, discutimos o que conta como risco e quais outros elementos essas profissionais levam em consideração para intervir no parto. No quarto capítulo tratamos dos saberes que fundamentam a atuação dessas profissionais. Por fim, no quinto capítulo discutimos os casos compartilhados pelas obstetrizes na segunda rodada de entrevistas.

1 NOTAS SOBRE A PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO

Muitas vezes penso que preciso dizer as coisas que me parecem mais importantes, verbalizá-las, compartilhá-las, mesmo correndo o risco de que sejam rejeitadas ou mal-entendidas

Audre Lorde

Antes de seguirmos é preciso esclarecer quais princípios epistemológicos dão sustentação a esta tese. Falamos de princípios, pois não se trata de escolher um referencial ou outro: a última coisa que pretendemos é permanecer encarceradas em uma tradição epistemológica, sob o argumento da coerência. Partimos do pressuposto de que coerência não é sinônimo de dogmatismo, mas do constante esforço de cumprir nossos objetivos, permanecendo fiéis ao compromisso de produzir um conhecimento que contribua para a consolidação de uma assistência obstétrica centrada nas mulheres, mesmo em nossa multiplicidade.

Dessa maneira, convocamos aliadas/os que nos fornecem ferramentas para que possamos construir uma pesquisa que aborde da melhor maneira possível a questão do uso de tecnologias no parto. Realizamos algo parecido como uma bricolagem, apropriando-nos de ideias e reflexões de autoras que, a princípio, parecem não estabelecer um diálogo direto entre si, mas que são convidadas a dialogar nesta tese, à medida que são rearranjadas e conectadas de modo que façam sentido no modo como planejamos e executamos esta pesquisa.

Como um todo, esta tese é sustentada por quatro pilares, ou melhor, é guiada por quatro princípios norteadores. Os dois primeiros se inserem na tradição feminista. Em primeiro lugar, somos guiadas pelo esforço constante de produzir um conhecimento que vá além do 'por' e 'sobre' mulheres, mas seja 'para' mulheres. O segundo princípio que nos norteia é o conhecimento situado como estratégia de consolidação de uma ciência que esteja a nosso favor. O terceiro tem a ver com a virada que reposiciona a linguagem como ferramenta de construção da realidade, por meio de seu aspecto performativo. O quarto diz respeito ao modo como posicionamos as parteiras como interlocutoras tão privilegiadas quanto a literatura científica e suas evidências padrão ouro quando se trata de pensar a questão do uso de tecnologias no parto. A seguir, discutiremos detalhadamente cada um deles.

1.1 Primeiro princípio: produzir conhecimento *para* as mulheres

O primeiro princípio que norteia esta tese é o compromisso de produzir um conhecimento sobre o uso de tecnologias no parto que esteja a favor das mulheres. Aqui, dialogamos diretamente com aquilo que Sandra Harding (1987) chamou de projeto de uma ciência feminista. Tal projeto não pode ser reduzido à produção de conhecimento por mulheres ou sobre mulheres, mas implica um fazer científico ancorado em nossas experiências. Para tanto, é preciso desconstruir o androcentrismo perpetuado por princípios caros à ciência moderna, mas também implementar esforços para que possamos construir novas bases epistemológicas que fundamentem nossas práticas.

Segundo Harding (1987), as primeiras tentativas de corrigir o viés androcêntrico das ciências trataram de agregar as mulheres às análises tradicionais, por meio de três estratégias diferentes. Em primeiro lugar, houve um esforço de resgatar e valorizar pensadoras e cientistas, cujo trabalha havia sido ignorado, minimizado ou apropriado sem o devido crédito. Harding pontua que alguns problemas derivam dessa posição. Porque, apesar dos constrangimentos a que foram submetidas e às pressões para conformarem suas investigações ao que os grandes homens de seu tempo afirmavam sobre a vida social, ser mulher produzindo conhecimento não implica incorporar as discussões e contribuições teóricas que derivam de uma postura feminista (HARDING, 1987). Embora seja necessário valorizar e resgatar o conhecimento produzido *por* mulheres cientistas, o gesto pouco esclarece as relações de gênero ou o cotidiano das mulheres e suas experiências. Se parássemos por aí, apenas mulheres excepcionais poderiam contribuir para o modo como compreendemos o mundo e damos sentido a ele.

Além de resgatar mulheres cientistas do 'esquecimento', as análises passaram a incorporar os estudos *sobre* mulheres. Dois grupos de mulheres foram colocadas no centro dessas análises: aquelas que participaram e participam da vida pública ou aquelas em situação de vulnerabilidade, submetidas a formais brutais de dominação masculina (HARDING, 1987). Voltar-se às contribuições femininas na esfera pública compôs o esforço de desconstruir a visão de que o destino da humanidade é formatado exclusivamente por mãos masculinas. Aqui, o que interessa é destacar que as mulheres sempre foram agentes criadoras de cultura. Nesse sentido, tais análises buscam reconhecer que as mulheres nem sempre se conformaram com a configuração social que lhes é imposta, participando ativamente como eleitoras, reformadoras sociais, revolucionárias. Também reconhecem que houve mulheres trabalhadoras[4] nos mais diversos contextos, além do doméstico. Embora esse enfoque seja um passo necessário, tais

[4] Para aprofundamento da discussão sobre as mulheres e o trabalho, conferir Carla Garcia (2019).

análises ainda operam nos termos da ciência androcêntrica, partindo do pressuposto de que as atividades que os homens consideraram importantes são as únicas que dão forma à vida social, deixando de lado o caráter político da sexualidade, da reprodução, da maternidade e como essas questões moldaram o Estado, a economia e outras instituições públicas e privadas (HARDING, 1987).

Outro enfoque dos estudos sobre mulheres as colocam como vítimas da dominação masculina, em suas múltiplas formas. Nele estão inclusas as análises direcionadas à violência contra a mulher, mas também aos padrões de discriminação institucionalizados e à exploração econômica e política das mulheres. Aqui, os privilégios e o modo como perpetuam práticas de sujeição feminina, especialmente das mulheres negras, estão sob os holofotes. Tais estudos performam uma ressignificação do processo civilizatório, colocando em questão a noção de progresso que atravessa uma cultura como a nossa, marcada por processos tão violentos de dominação material e simbólica (HARDING, 1987). Mais uma vez, a autora pontua que esse enfoque tem vantagens, mas também suas limitações. Tratar dos processos de "vitimização" das mulheres tem o potencial de denunciar o sexismo que atravessa as relações sociais, mas pode acabar nos posicionando permanentemente nesse lugar, dificultando o reconhecimento das estratégias de resistência e, além disso, do modo como as mulheres são agentes da própria existência e participam efetivamente das dinâmicas sociais.

As abordagens descritas acima contribuem para o enfraquecimento do androcentrismo enraizado na ciência e em nossa própria concepção do que deve ser considerado ou não conhecimento legítimo. No entanto, é preciso refletir sobre como podemos romper definitivamente com o viés androcêntrico na produção de conhecimento e, mais especificamente, em nossas pesquisas. Tendo isso em vista, Harding (1987) acrescenta que uma das contribuições de uma postura feminista é o compromisso de produzir conhecimento *para* nós mesmas, isto é, que esteja sintonizado com nossas demandas e necessidades. Desse modo, uma postura feminista implica um fazer em ciência que parta de nossas vivências para que possamos delimitar nossos próprios problemas e fornecer possíveis soluções. Nas palavras da autora,

> o objetivo de tal investigação é fornecer às mulheres explicações dos fenômenos sociais que elas querem e necessitam, em vez de fornecer respostas às questões que formulam os departamentos de bem-estar social, os produtores, publicitários, psiquiatras, a instituição médica ou o sistema judiciário (HARDING, 1987, p. 8, tradução nossa)

Portanto, reivindicamos o caráter político da produção de conhecimento, colocando em questão o princípio da neutralidade como dispositivo de legitimação de determinados saberes em detrimento de outros. Fomos e somos posicionadas como objeto de conhecimento de uma ciência que produz regimes de verdade sobre nós, inscrevendo-nos em sofisticados mecanismos de normalização e controle. A ciência é uma prática social que não está fora das relações de poder e nós, como pesquisadoras, continuamos atravessadas por eixos de diferenciação que nos posicionam nessas relações.

Nesse contexto, a neutralidade é um 'privilégio' do qual não dispomos. Por muito tempo, o conhecimento científico foi utilizado como argumento de autoridade para legitimar práticas de sujeição e controle de nossos corpos. A relação entre o poder e um saber investido de autoridade é íntima; uma forma de exercê-lo, portanto, é produzir conhecimentos que estejam a nosso favor. Dessa maneira, apesar da crítica à epistemologia tradicional, as vertentes feministas na ciência apropriaram-se do termo e o ressignificaram, a fim de que pudéssemos redesenhar as fronteiras do que conta como conhecimento válido e de quem pode ser sujeito do conhecimento.

Para Haraway (1995), o interesse das abordagens feministas é construir uma ciência reflexiva em relação às nossas próprias práticas de dominação e às práticas de outras/os, contidas nas partes desiguais de privilégio e opressão que todas as posições contêm. A autora argumenta que, talvez, a questão seja mais ética e política do que epistemológica. Todavia, seria decerto um pouco precipitado abandonar a noção de epistemologia enquanto ainda há quem lute pelo reconhecimento da legitimidade de outros modos de produção de conhecimento. Cecilia Maria Sardenberg (2001, p. 3) argumenta que consolidar uma epistemologia feminista – ou múltiplas epistemologias feministas – cumpriria a função de autorizar e fundamentar um "saber que se quer politizado".

Somos apresentadas, assim, a um fazer científico permeado pela política. Consequentemente, afirma Sardenberg (2001), pensar em uma ciência feminista requer a problematização de princípios de legitimação do conhecimento científico caros à ciência moderna, uma vez que um de seus princípios fundamentais é a separação entre 'fatos' e 'valores'. Ao questionar a relação intrínseca entre neutralidade e objetividade, colocamos em questão certos pressupostos iluministas das práticas científicas. Isso porque, conforme destaca Lorna Shiebinger (2001, p. 205), "desde o Iluminismo, a ciência agitou corações e mentes com sua promessa de uma perspectiva 'neutra' e privilegiada, acima das brigas violentas da vida política".

Enfim, a questão que se coloca é *como* produzir conhecimentos que estejam a nosso favor. Harding (1987) argumenta que, para que possamos levar a cabo esse projeto, devemos iniciar nossas investigações com o que parece problemático em nossa experiência. Segundo a autora, a filosofia da ciência tradicional alega que a origem dos problemas e hipóteses que formulamos é irrelevante para os bons resultados da pesquisa. Questionar como ou por que nossas perguntas são formuladas não faria sentido em uma ciência que opera na 'lógica da descoberta' e coloca exclusivamente no método o princípio que lhe distingue de 'saberes menos rigorosos'. No entanto, mesmo as questões ditas universais sempre foram formuladas desde uma perspectiva específica. Até o momento, as questões relevantes e dignas de investigação para o 'gênero humano' foram formuladas a partir da perspectiva de homens brancos, ocidentais, detentores de recursos materiais e simbólicos. Desse modo, os problemas que identificamos e ao qual dedicaremos nosso tempo são sempre os problemas de alguém: "não há nada parecido com um problema sem uma pessoa (ou grupos de pessoas) que tem um problema" (HARDING, 1987, p. 6, tradução nossa). Parece-nos sensato partir daquilo que vemos desde nossas perspectivas, uma vez que é preciso olhar para o lugar em que estamos para que possamos compreender como estamos posicionadas nas relações de poder.

Trabalhar dessa maneira requer vigilância constante para que não adotemos uma postura excludente, característica dos enfoques totalizantes. É preciso ter a sensibilidade para perceber que algumas questões que dizem respeito a nós, mulheres – como índices inaceitáveis de mortalidade materna, violência obstétrica, impossibilidade de realizar um aborto seguro ou de criar os filhos e filhas em segurança –, nos afetam com mais ou menos intensidade, dependendo de nossa raça, etnia ou condição socioeconômica. Somos mulheres marcadas por diferenças que posicionam nossos corpos de modo distinto nas relações de poder e, portanto, haverá momentos em que compartilharemos problemas e haverá momentos em que não compartilharemos. Nada disso está dado de antemão; logo, faz-se necessário refletir constantemente sobre o lugar em que nos encontramos em relação a outras mulheres.

O deslocamento operado pelas epistemologias feministas nos coloca o desafio de trabalhar com a diferença por meio de um olhar atento à multiplicidade. Caso contrário, estaremos apenas falando das experiências de um grupo específico de mulheres, reproduzindo um modelo de produção de conhecimento contra o qual nos opomos veementemente. A seguir, discutiremos melhor a noção de conhecimento situado e o privilégio da perspectiva parcial: o que para muitas/os é um viés problemático, para nós é aquilo que nos move em direção à consolidação da ciência como um empreendimento coletivo.

1.2 Segundo princípio: o conhecimento adequado é um conhecimento situado

Se temos um compromisso ético e político com a construção de uma ciência que esteja a nosso favor, Haraway (1995, p. 15) argumenta que "não basta mostrar a contingência histórica radical e os modos de construção de tudo", embora sabê-lo faça toda diferença. Um tal compromisso nos impulsiona a ir além, engajando-nos no projeto de (re)construir nossas realidades. Nossa tarefa requer estratégias que nos permitam produzir conhecimentos que forneçam explicações mais adequadas de nossas experiências e necessidades. Dessa maneira, a questão que se coloca é a seguinte: como identificar nossos problemas de maneira adequada? Não seria possível utilizar alguns recursos que já possuímos? A autora insiste que "não é preciso começar do nada" (1995, p. 26). Um dos caminhos possíveis é não abandonar a noção de objetividade, mas ressignificá-la.

A objetividade é um constructo da filosofia moderna e atravessa aquilo que entendemos como 'boa' ciência. Uma versão hegemônica desse constructo é baseada em certos princípios que normatizam os critérios segundo os quais legitimamos o conhecimento e sua correspondência com aquilo que buscamos conhecer. No âmbito da ciência tradicional, segundo Alberto Culpani (1989), maximizá-la pressupõe neutralidade e imparcialidade, o que, consequentemente, garantiria a universalidade do conhecimento. Essa noção de objetividade tem efeitos concretos em nossa vida. No caso das práticas de atenção ao parto, ela fundamenta uma obstetrícia cuja legitimidade se encontra em conhecimentos generalizáveis que universalizam o corpo feminino e produz protocolos e práticas que deixam pouco espaço para a singularidade de cada corpo. Além disso, a objetividade é utilizada para deslegitimar todo conhecimento que recusa essa neutralidade pouco inocente. Podemos nos dar ao luxo de abandoná-la, quando queremos fornecer legitimidade às novas práticas que propomos?

Haraway defende que a objetividade é central para aquelas/es que realizam o esforço de produzir um conhecimento que atenda nossas necessidades, adequado a nossas vivências e realidades. Segundo a autora,

> Esta é uma das razões pelas quais os debates a respeito da objetividade são relevantes, seja metaforicamente ou não. Imortalidade e onipotência não são nossos objetivos. Mas poderíamos fazer uso de algumas explicações confiáveis, aplicáveis, sobre as coisas, que não fossem redutíveis a lances de poder e a jogos de retórica de alto coturno, agonísticos, ou à arrogância cientificista, positivista (HARAWAY, 1995, p. 17).

Em um gesto ousado, a autora parte metaforicamente da visão e da perspectiva para dar forma a uma objetividade muito diferente daquela que conhecemos, associando-a ao caráter situado do conhecimento. A ousadia da estratégia reside no fato de que esse sistema sensorial foi utilizado para marcar um salto para fora do corpo, uma descorporificação do sujeito cognoscente que, afirma, o afasta de tudo e todas/os. Um sujeito abstrato cujo olhar é maximizado por tecnologias, instrumentos e dispositivo de visualização – em sentido amplo – produzidas por uma ciência tão 'objetiva', mas que servem propósitos menos neutros do que pretendem. Nesse caso, todas as perspectivas cedem espaço à visão que tudo vê de lugar nenhum, levando às últimas consequências uma ciência livre da contaminação subjetiva. O resultado é, segundo a autora, um "olhar conquistador que não vem de lugar nenhum" (HARAWAY, 1995, p. 18).

A escolha de apoiar-se na metáfora da visão – assim como a escolha de insistir na importância da objetividade – permite que nos apropriemos dos termos que serviram muito bem para fundamentar e legitimar uma ciência androcêntrica. O próximo passo é ressignificá-los, de modo que possam fornecer a sustentação para nosso projeto de ciência feminista. Nesse contexto, ao insistir na natureza corpórea de toda visão, Haraway (1995, p. 20) se apropria dela para desenvolver aquilo que chama de uma "doutrina utilizável" da objetividade. Tais reflexões nos apresentam um caminho possível para produzirmos conhecimentos de maneira adequada – ou objetiva – sobre nossas experiências; conhecimentos que estejam fortemente ancorados em nossas necessidades.

Aqui, a questão não é se estamos de acordo ou não com a afirmação da visão como sentido supremo, mais relacionado à sabedoria. Interessam-nos as implicações práticas dessa metáfora. A visão está absolutamente relacionada com o lugar em que nos encontramos (e isso inclui nossos aparatos de visualização). Trata-se, portanto, de uma objetividade que só pode ser garantida por meio da corporificação específica e particular e não por meio de uma visão que promete transcender todos os limites. Nesse sentido, se quisermos produzir um conhecimento que esteja a nosso favor, que diga respeito a nossas experiências e nos permita implementar nossos projetos de transformação do mundo, é preciso fazê-lo de modo situado. Apenas assim começaremos a compreender de maneira efetiva como estamos inseridas nas relações de poder. Em vista disso, a autora argumenta que

> Precisamos aprender em nossos corpos, dotados das cores e da visão estereoscópica dos primatas, como vincular o objetivo aos nossos instrumentos teóricos e políticos de modo a nomear onde estamos e onde não

> estamos, nas dimensões do espaço mental e físico que mal sabemos como nomear (HARAWAY, 1995, p. 21).

Nas palavras da autora, a moral da história é bem simples: só a perspectiva parcial pode fornecer uma visão objetiva, de modo que a versão feminista da objetividade diz respeito à localização limitada e ao conhecimento localizado, não à transcendência e à divisão entre sujeito e objeto. Falar de objetividade não significa que estejamos operando na velha dicotomia sujeito-objeto: nossa posição faz toda a diferença e somos responsáveis pelo que aprendemos ou não a ver. A visão não é uma simples recepção passiva, pois nossos olhos e seus "artifícios protéticos" compõem sistemas de percepção ativos que constroem traduções, modos de ver e, finalmente, modos de vida. O resultado é um fazer em ciência permeado pela reflexividade, em oposição aos postulados de conhecimentos não localizáveis e, portanto, não responsabilizáveis pelo mundo que constroem (HARAWAY, 1995).

Contudo, a objetividade da qual falamos é um projeto, uma busca constante motivada por nosso compromisso de construir uma ciência que esteja a nosso favor, não uma certeza. Para Haraway (1995, p. 38), é preciso continuar à procura de fidelidade, mesmo sabendo que seremos enganadas. Segundo a autora, a ciência atravessada pela objetividade feminista é a ciência da tradução, da interpretação do parcialmente compreendido e da negociação, não das certezas incontestáveis de um único ponto de vista.

Assim como o conhecimento situado não implica na oposição entre sujeito e objeto, ele também não pressupõe que nossos objetos de pesquisa sejam passíveis e imutáveis. Buscar explicações que correspondam o máximo possível a nossas realidades não depende da lógica da 'descoberta', mas de estabelecermos uma relação de diálogo com nossos objetos, uma "conversa carregada de poder" (HARAWAY, 1995, p. 37). Nesse sentido, ela argumenta que o mundo nem fala por si mesmo, nem desaparece em favor de um senhor decodificador. Essa conversa, destaca a autora, não é uma versão do 'realismo' pouco sensível à "agência ativa do mundo" (1995, p. 37).

Por fim, com a inegável especificidade e parcialidade de nossas visões, sempre haverá diferença entre o que cada um/a de nós vê em nossas experiências no mundo. Resta-nos aprender, com "cuidado amoroso" (HARAWAY, 1995, p. 22), a ver com os olhos do outro. A noção de conhecimento situado é uma estratégia potente para fugir das universalizações que estejam pouco ancoradas em nossas vivências e em nossas necessidades concretas, além de evitar que incorramos no erro da "ficção unitária", denunciada por Carla Cristina Garcia (2011), tomando-nos como um grupo homogêneo. No entanto, o conhecimento localizado não diz

respeito à posição de sujeitos com identidades fixas e bem-acabadas. A ótica do posicionamento só pode ser exercida pelos sujeitos fraturados de Audre Lorde (2019), divididos e contraditórios, que interrogam constantemente sua própria posição. Contribuindo para esse movimento, Haraway destaca que a objetividade decorre do posicionamento crítico, não da auto-identidade. Esta última seria um mau sistema visual; em contrapartida, a imagem privilegiada das epistemologias feministas seria a divisão e não o 'ser', pois "o eu cognoscente é parcial em todas suas formas, nunca acabado, completo, dado ou original; é sempre construído e alinhavado de maneira imperfeita e, portanto, capaz de juntar-se a outro, de ver junto sem pretender ser outro" (1995, p. 26).

Claro que não daremos conta da multiplicidade de experiências e perspectivas. É justamente esse o motivo que nos impulsiona a fazer nossas pesquisas e produzir um conhecimento que deve ser colocado em redes de conexão.

1.3 Terceiro princípio: a produção de conhecimento é instrumento de construção da realidade

O terceiro princípio que nos norteia e nos motiva a formar alianças para construir esta tese é o aspecto performativo da linguagem, isto é, sua capacidade de participar ativamente da construção da realidade que buscamos conhecer. Anteriormente, vimos que nossos objetos participam ativamente do diálogo que tecemos com eles para compreendê-los por meio de nossas pesquisas. Nos diálogos, nenhuma das partes, nem sujeito nem objeto, permanecem intocáveis. Esse caráter dialógico pressupõe que também participamos ativamente ao produzir conhecimento e atribuir-lhe sentido.

A ciência está situada naquilo que Haraway (1995) chamou de "confusão entre voz e visão", no qual o aspecto concreto (ou real) e o aspecto discursivo estão profundamente imbricados. A linguagem cumpre um papel extremamente importante em nossas práticas científicas: as visões não são transmitidas telepaticamente. Como tornamos discernível e transformamos em prática capaz de modificar o mundo algo tão singular e particular quanto as perspectivas parciais? É por meio da linguagem que nossas perspectivas assumem sua dimensão coletiva e prática.

Desse modo, a produção de conhecimento não pode ser reduzida a uma atividade meramente representacional. Seguindo as reflexões de Mary Jane Spink e Benedito Medrado

(1999/2013), partimos do pressuposto de que a ciência é, sobretudo, uma prática social por meio da qual nos relacionamos com o mundo e atribuímos sentido a ele. Mesmo com o esforço constante da objetividade, o conhecimento científico não é meramente representacional. Os termos que utilizamos para descrever, explicar e ordenar o mundo são instrumentos para performá-lo: compreendê-lo de uma maneira ou de outra contribui para que nossas práticas em relação a ele sejam distintas.

Embora a linguagem tenha um papel importante na construção da realidade, ela não é o único elemento a performá-la. Como vimos, a produção de conhecimento é um diálogo entre práticas discursivas e materialidades concretas, permeado pelo poder. Conforme destacam Mary Jane Spink e Rose Mary Frezza (1999/2013), a realidade que buscamos conhecer não pode ser reduzida a um substrato linguístico. Neste ponto queremos insistir: não se trata de um reducionismo linguístico, de uma doutrina do conhecimento na qual não há espaço para a materialidade. Antes, nosso problema é a relação entre corpos e linguagem, recusando a visão de um mundo reduzido a textos e códigos que se movem em campos de força (HARAWAY, 1995).

Spink e Frezza (2010) citam o trabalho de Thomas Laqueur (2001) e situam seu livro "Inventando o sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud" como uma das análises que evidenciam como a produção de conhecimento excede a simples representação da realidade. No trabalho do autor, fica evidente como a consolidação do modelo da diferença sexual não é mera representação da realidade, mas é performado pelo encontro, mediado pelo poder, da materialidade com o discurso. Na obra, Laqueur apresenta uma postura marcadamente crítica em relação às categorias que utilizamos para dar sentido à "forma de moldar o *self* na experiência da carne", lembrando-nos que nem os dados da natureza, nem os discursos sobre o corpo consolidaram isoladamente a diferença sexual e, consequentemente, seus efeitos na experiência feminina.

Segundo o modelo do sexo único, vigente desde a Antiguidade, homens e mulheres se diferenciavam em grau, não em gênero. Classificavam-se assim as mulheres, cuja estrutura genital não se externalizara em função da falta de calor, como inferiores aos homens em seu grau de perfeição. Tal modelo era marcado pela linguagem, de modo que os ovários sequer tinham um nome específico, sendo nomeados do mesmo modo que os testículos masculinos. Mais tarde, o antigo modelo deu lugar a um modelo de dimorfismo radical. O discurso que passou a ser dominante no século XVIII era formulado pela visão de que havia dois sexos estáveis, incomensuráveis e opostos. Nessa explicação, os aspectos essenciais de

uma diferença que se expressa em espécie, não em grau, estariam impressos no corpo, baseando-se, a princípio, na natureza. À primeira vista, o dimorfismo sexual seria um modelo radicalmente distinto do sexo único, uma vez que este seria marcado pela linguagem, enquanto aquele seria baseado nos achados da 'natureza'.

No entanto, a ruptura entre ambos não é tão evidente. Ao contrário do que se esperaria no primeiro modelo, a materialidade do corpo feminino era constantemente convocada para justificar a indistinção entre os aparelhos sexuais femininos e masculinos. Conforme nos lembra Laqueur (2001), Galeno (séc. II d. C.) citava os trabalhos de dissecação de Herófilo (séc. III a.C.), a fim de justificar o sexo único, respaldando que as mulheres tinham estruturas genitais como as masculinas: dois testículos internalizados com ductos seminais, um de cada lado do útero. No modelo posterior, os achados da natureza também eram convocados discursivamente para dar sentido à materialidade do corpo, porém de um modo distinto. Laqueur cita os tratados de medicina por meio dos quais os médicos se afirmavam categoricamente capazes de identificar os aspectos essenciais que pertencem às mulheres, que servem para distingui-las e fazer delas o que são – desde os traços faciais, até seus tecidos e órgãos.

Há, no entanto, uma mudança fundamental que deve ser reconhecida na passagem de um modelo para o outro: uma mudança epistêmica por meio da qual o modelo iluminista passa a reduzir os significados a um substrato biológico. Nos relatos de produção pós-iluminista, o mundo físico real coloca-se como anterior e independente das reivindicações feitas em seu nome. Neste paradigma, o sexo ou o corpo passou a ser compreendido como epifenômeno, enquanto o gênero, hoje considerado uma categoria cultural, era, no modelo pré-iluminista, primário, real; e o sexo era uma categoria sociológica, não ontológica (LAQUEUR, 2001).

Dessa forma, tanto o antigo quanto o novo modelo são construídos por meio de uma relação intrínseca entre os dois elementos, a linguagem e o corpo. Essa coincidência evidencia o fato de que, mesmo opostos, os dois modelos não são "ficções desenfreadas" (SPINK e FREZZA, 1999/2013), mas dependem de pontos de ancoragem que as materialidades fornecem. Por mais que os efeitos produzidos pela linguagem devam ser sempre contextualizados em relação às materialidades nas quais se ancoram, isso não significa que devemos pensá-las como algum tipo de substrato irredutível. Conforme destaca Rohden (1998) a propósito do lugar do corpo nas reflexões de Laqueur, é preciso levar às últimas consequências a ideia de que ele também é objeto de construção. Nesse sentido, o enfoque de Laqueur parte da centralidade do corpo na ordem social, tanto como elemento que embasa a produção de discursos, quanto como produto de discursos. O autor (2001) pontua que o fato de nos tornarmos humanos na cultura

não nos dá licença para ignorar o corpo e que o corpo aparece mesmo nas reflexões daqueles que voltaram sua atenção para a linguagem, o poder e a cultura, como Michel Foucault.

Contudo, mesmo com as condições que a relação entre as materialidades do corpo e a linguagem forneceram para a mudança geral na interpretação dos corpos femininos e masculinos, Laqueur (2001) argumenta que o modelo da diferença só pode ser efetivamente possível quando a diferença se tornou politicamente importante. Adentrando o problema do poder, o autor afirma que só houve interesse em buscar evidência dos dois sexos distintos, apesar dos discursos científicos que argumentavam a favor desse modelo, quando a biologia – associada à ideia de corpos estáveis, não históricos e sexuados – passa a ser o fundamento epistêmico das afirmações sobre a ordem social. Os fatos naturalizados forjados no âmbito dessa discursividade legitimaram processos de diferenciação e hierarquização da sociedade baseando a vida política, econômica e cultural dos homens e das mulheres e seus respectivos papéis e lugares.

Desse modo, o autor assinala que o modelo do dimorfismo sexual emerge de um encontro da materialidade do corpo com a linguagem, sendo legitimado no âmbito de um determinado projeto de sociedade no qual as mulheres haviam de ocupar um lugar específico, evidenciando a necessidade de nos voltarmos às relações de poder. Apesar de termos separados para fins didáticos linguagem e poder, com o único objetivo de nos contrapor às análises que acabam por dissociar tais elementos, concluímos que, conforme já nos alertou Foucault (1970/2010), há uma indissociabilidade entre discurso – com sua pretensão de verdade – e poder. Assumindo que é inevitável se deparar com o problema do poder ao pensar a emergência de qualquer modelo explicativo da questão da diferença sexual e seus efeitos, faz-se necessário reafirmar que tais modelos só podem ser compreendidos partindo da questão do corpo como materialidade que participa ativamente deste processo de consolidação.

Por fim, vale a pena lembrar que se a ciência contribuiu para a sujeição de nossos corpos, concordamos com Haraway que a produção de conhecimento – especialmente desde perspectivas parciais e críticas – é um dos caminhos possíveis para a construção de "mundos menos organizados por eixos de dominação" (1995, p. 24). É preciso acreditar que podemos performar os objetos por meio de nossas práticas discursivas; e aqui incluo a ciência. Caso contrário, estaremos fadadas a um determinismo que pouco encoraja nossos esforços de transformar a realidade.

1.4 Quarto princípio: as obstetrizes são informantes tão privilegiadas quanto o nível mais alto das evidências científicas

O quarto e último princípio é, ao mesmo tempo, o mais simples e complicado de descrever. Mais simples pois consiste, basicamente, na compreensão das obstetrizes como informantes tão privilegiadas quanto instituições, cientistas e suas produções colocadas em circulação. O que nos orienta aqui é a *simetria* entre o que as obstetrizes têm a dizer quanto a uma assistência obstétrica adequada a nossas necessidades, a obstetrícia tradicional e a medicina baseada em evidência e suas/seus porta-vozes convictos. Logo, trata-se de uma certa simetria entre os diferentes pontos de vista nessa controvérsia.

Ao usar a noção de simetria estamos em diálogo direto com uma certa tradição da sociologia do conhecimento. Nossa inspiração vem da proposta de Michel Callon (1984) de simetria generalizada, que pode ser resumida no compromisso de explicar pontos de vista conflitantes nos mesmos termos. Segundo o autor, "dado o princípio de simetria generalizada, a regra que devemos respeitar é não mudar o registro quando nos movemos dos aspectos técnicos do problema estudado para os sociais" (1984, p. 200, tradução nossa).

A simetria não significa que estejamos sendo neutras em relação ao conteúdo desses discursos, apenas em relação à sua forma. Reconhecer a legitimidade do ponto de vista das obstetrizes é onde reside nossa parcialidade. Isso porque a obstetrícia tradicional, as evidências científicas e os estudos desenhados por autoridades técnico-científicas para dizer o que deve ou não ser feito com nossos corpos já têm legitimidade de antemão. Fugindo de uma imparcialidade que só faz reproduzir relações de poder desiguais nas controvérsias técnico-científicas, inclusive em relação às práticas de atenção ao parto, nossa parcialidade reside no projeto de implementar uma pesquisa norteada por esse princípio.

A questão se complica porque, de fato, fazemos um uso conveniente e incompleto da noção de simetria em nossas análises, tendo em vista o sentido que ela assume na tradição em que se insere inicialmente. Segundo Callon,

> O objetivo é não apenas explicar pontos de vista e argumentos conflitantes em uma controvérsia científica ou tecnológica nos mesmos termos. Nós sabemos que os componentes das controvérsias são uma mistura de considerações que dizem respeito tanto à natureza quanto à sociedade. Por esse motivo, nós exigimos que o/a observador/a use um único repertório quando descrevê-los (1984, p. 200, tradução nossa).

Assim, as reflexões de Callon concernem também à tradicional oposição entre natureza e sociedade no âmbito dessas controvérsias. É justamente isso que atribui a qualidade de generalizada à simetria proposta pelo autor.

A partir desse quadro, reconhecemos que fazemos uma apropriação (in)conveniente e nada generalizada do princípio de simetria. Ao realizarmos entrevistas e focarmos apenas nos discursos dessas parteiras, é bem possível que nossos procedimentos nos conduzam a um reducionismo social (pelo menos à primeira vista). Para implementar plenamente a simetria em nossos estudos, Callon recomenda que sigamos os atores envolvidos. Segundo ele, "(...) o/a observador/a segue os atores para identificar o modo como eles definem e associam os diferentes elementos por meio dos quais eles/as constroem e explicam seu mundo, seja social ou natural" (1984, p. 201). Não seguimos tal recomendação; essa não é nossa proposta. Acreditamos que um passo necessário é estabelecer um diálogo com as obstetrizes e ouvir o que essas profissionais têm a dizer para que possamos compreender quais lições podemos tirar disso. Não obstante, o princípio de simetria ainda tem ressonâncias importantes no modo como idealizamos esta tese, como tecemos esse diálogo, traçando conexões com outros atores sociais.

Por outro lado, se nossas análises não são completamente simétricas, o trabalho de pesquisa não termina aí. Ainda há uma última tentativa de guiar o modo como interpretamos e articulamos as informações produzidas em conjunto com as profissionais entrevistadas, apontando para uma certa generalização desse princípio em relação às tradicionais divisões e hierarquizações entre natureza e sociedade, materialidades e linguagem, corpos que precisam ser vistos e ouvidos e discursos técnico científicos presentes nas práticas que buscamos compreender. Nesse contexto, não compreendemos a simetria como algo dado, mas como um projeto cujo esforço para implementar vale a pena, visto que se coloca como um primeiro passo em direção à desnaturalização de outras dicotomias adjacentes.

Desse modo, se não há esperança para nossos procedimentos de produção de informação e análise, há esperança para nossas interpretações e para os elementos que escolheremos considerar para dar sentido às informações produzidas nas etapas anteriores. Segundo Mariana Cordeiro (2012, p. 24), a simetria generalizada envolve um fazer em pesquisa que não se baseia em dualismos. Por fim, a grande contribuição do princípio de simetria generalizada é que nos desfamiliarizemos com os dualismos hierárquicos, característicos das cisões modernas que estruturam nossa compreensão do mundo e nossas práticas.

***

Em suma, é certo que o diálogo que tecemos entre as/os autoras/es cujas contribuições fundamentam esta tese não está livre de tensões. Ao longo de suas obras suas vozes podem destoar e, de fato, o fazem em muitos momentos. Sabemos das críticas das/os autoras/es cujas reflexões deram origem ao que chamamos de teoria ator-rede – tradição na qual se situa Michel Callon – a um certo perspectivismo, noção da qual Haraway se apropria sem pudores na tarefa de vislumbrar uma ciência comprometida com nossas demandas e necessidades. Haraway, por sua vez, não deixa de alfinetar a posição dos construcionistas sociais, criticando uma tendência à redução da ciência a jogos de linguagem e poder e da objetividade à retórica.

A questão é: por que devemos deixar de traçar esses diálogos interditados? Para quem estamos produzindo conhecimento? Se tais ideias muitas vezes conflituosas podem nos ajudar a delimitar nossos problemas e a buscar soluções, devemos nos apropriar delas e utilizá-las, não como dogmas, mas como potentes ferramentas de transformação do mundo.

É preciso perder certos pudores, convocar aliados que possam minimamente contribuir para que encaremos o desafio que se coloca diante de nós. Esse desafio, usando as palavras de Haraway, é

> ter, simultaneamente, uma explicação da contingência histórica radical sobre todo conhecimento postulado e todos os sujeitos cognoscentes, uma prática crítica de reconhecimento de nossas próprias "tecnologias semióticas" para a construção de sentido, e um compromisso a sério com explicações fiéis de um mundo "real", um mundo que possa ser parcialmente compartilhado e amistoso em relação a projetos terrestres de liberdade finita, abundância material adequada, sofrimento reduzido e felicidade limitada." (1995, p. 15).

Por onde começar? Com o possível.

1.5 Colocando em prática os princípios norteadores: procedimentos de pesquisa

Agora que esclarecemos os princípios que norteiam esta tese, faz-se necessário explicitar o caminho percorrido para construí-la, os nossos procedimentos de pesquisa. Conforme o referencial teórico metodológico do Núcleo de Estudos sobre Práticas Discursivas no Cotidiano (NUPRAD), é dessa maneira que garantimos o rigor de nossas pesquisas e a possibilidade de comunicar com clareza nossos resultados.

A ferramenta escolhida para obtenção das informações analisadas e discutidas nesta tese foram as entrevistas. Decidimos utilizar esse recurso tendo em vista que, conforme destacam Sérgio Aragaki et al. (2014), as entrevistas propiciam processos de negociação de sentidos,

caracterizando um jogo de posicionamento que envolve tanto o/a pesquisador/a, quanto a/o entrevistada/o. Entrevistar é uma estratégia que possibilita a compreensão da circulação das formações discursivas em um determinado momento histórico e social e o modo como são ressignificadas pelas pessoas. Isso porque, segundo Odete Pinheiro (1999), quem responde – assim como quem pergunta – mobiliza conteúdos com os quais foram familiarizadas/os durante suas experiências de vida e que circulam em seu meio, podendo, no decorrer da entrevista, ser questionados, ratificados, ou agrupados de determinada maneira ou outra, dependendo do processo de negociação de sentidos. Em suma, a entrevista é um processo de interanimação dialógica, no qual negociamos pontos de vista e versões sobre questões e acontecimentos, um processo no qual nos posicionamos e somos posicionadas (ARAGAKI et al., 2014).

Estamos cientes de que poderíamos ter escolhido abordar o tema de outras maneiras, mas realizar entrevistas tem a ver com o esforço de compreender como as obstetrizes organizam discursivamente os elementos que atravessam as intervenções no trabalho de parto. Isso não significa que a relação com as intervenções seja exclusivamente uma relação de caráter discursivo. Não é nossa intenção cair em um reducionismo linguístico, embora o aspecto performativo da linguagem seja um dos princípios epistemológicos que fundamentam esta tese.

Para a participação na pesquisa, colocamos apenas o critério de que elas estivessem trabalhando com partos domiciliares no momento da pesquisa, mesmo que também acompanhassem partos hospitalares. O primeiro passo para a seleção das obstetrizes foi o contato por telefone com J.[5], uma das profissionais entrevistadas. J. é uma colega de turma, com quem mantenho um contato periódico e, frequentemente, discuto o cenário da humanização. Desse encontro, obtivemos uma lista de dez profissionais formadas que atuam em partos domiciliares, com seus respectivos contatos. Muitos elementos atravessam a escolha das obstetrizes que participaram desta pesquisa, o acaso – ou sorte – é um deles. Houve desencontros, mensagens não respondidas e uma série de outros elementos que contribuíram para que essas profissionais compusessem o grupo de entrevistadas. Nossas interlocutoras foram as obstetrizes que nos responderam, tiveram disponibilidade e aceitaram com muita gentileza conversar sobre um assunto tão complexo para o movimento de humanização.

A princípio, havíamos planejado realizar entrevistas semiestruturadas com dez obstetrizes. Na metade do caminho, recalculamos nossa rota. Ao percebermos a necessidade de visualizar o que subsidiava as intervenções de maneira mais concreta, decidimos realizar uma

[5] Daqui em diante, referir-nos-emos a cada uma delas pelas iniciais de seus nomes.

segunda rodada de entrevistas com as cinco obstetrizes que já havíamos entrevistado, o que nos deixou com um total de dez entrevistas com cinco profissionais[6]. As entrevistas foram realizadas em um contexto de pandemia de covid-19 e suspensão de atividades presencial, por esse motivo o 'encontro' com as obstetrizes se deu via teleconferência. Compreendemos que pode haver algumas peculiaridades em realizar uma comunicação face a face mediada pela materialidade da tela. Decidimos, entretanto, prosseguir dessa maneira para evitar que colocássemos qualquer pessoa em risco. Utilizamos uma conta institucional para realizar as teleconferências, o que permitiu gravar os encontros sem grandes dificuldades.

Nas cinco primeiras entrevistas conversamos de modo geral sobre intervenções e uso de tecnologias no parto, utilizando um roteiro norteador elaborado a partir de nosso objetivo. Realizá-las de maneira semiestruturada permitiu que pudéssemos garantir certa liberdade ao perguntar e responder, o que proporcionou momentos de "construção, negociação e transformação de sentidos" (ARAGAKI et al., 2014, p. 62). Na segunda rodada de entrevistas, deixamos o roteiro de lado e iniciamos a conversa com uma pergunta disparadora: pedimos para que as obstetrizes contassem um caso em que precisaram intervir durante o parto, um caso em que acreditavam que a intervenção houvesse sido bem empregada.

Posteriormente, transcrevemos o áudio de cada uma das dez entrevistas. Primeiro, realizamos a transcrição sequencial, um tipo de aproximação inicial com o material analisado e que teve a função de auxiliar na definição dos temas ou categorias para uso nos mapas que foram elaborados em seguida (ARAGAKI et al., 2014). Nessa etapa, construímos um quadro para cada uma delas, no qual designamos em três colunas verticais 'quem fala', 'sobre o que fala' e o tema.

Quadro 1. Roteiro da entrevista semiestruturada

Roteiro norteador
Expor objetivo geral e explicar que estamos trabalhando com uma visão ampliada de tecnologias e intervenções
Obter consentimento verbal para entrevista e gravação

[6] O projeto foi submetido à Plataforma Brasil e adotamos os cuidados éticos estabelecidos na Resolução 466 do Conselho Nacional de Saúde, de 12 de dezembro de 2012, que renova diretrizes éticas para a pesquisa com seres humanos, estabelecidas pela resolução 196/1996. Tais diretrizes visam garantir o "respeito ao/às participantes da pesquisa em sua dignidade e autonomia, reconhecendo sua vulnerabilidade, assegurando sua vontade de contribuir e permanecer, ou não, na pesquisa, por intermédio de manifestação expressa, livre e esclarecida" (BRASIL, 2012). Nesta pesquisa, assumimos o compromisso de reconhecer a liberdade e autonomia de todos os envolvidos no processo de pesquisa, inclusive a liberdade científica e acadêmica, conforme recomenda a Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Desse modo, obtivemos o consentimento das pessoas entrevistadas por meio de termo de autorização, respeitando o tempo necessário para a livre decisão pela participação na pesquisa.

1. Conte sobre a sua formação.
2. Descreva seu campo de trabalho
3. Quais são os princípios que orientam sua prática?
4. Como você decide que é o momento de intervir no parto?
5. Quais tecnologias costumam ser utilizadas?
6. Quais são os saberes ou as fontes de conhecimento que você utiliza para avaliar qual é a situação que requer intervenções? O que embasa o processo de tomada de decisão e ação?
7. Em relação às mulheres parturientes, como costuma ser o processo de negociação quando você identifica a necessidade de intervenção?
8. A pandemia de covid-19 impactou a sua prática? Como?

A transcrição sequencial permitiu refinar os objetivos específicos, para que estivessem ancorados nos elementos discutidos e nas questões trazidas pelas entrevistadas. Após as transcrições sequencial e integral, abriram-se dois caminhos de análise, um para cada bloco de entrevistas. O processo que havíamos realizado até então possibilitou a definição das categorias temáticas que dessem conta de nossos objetivos específicos. Uma vez definidas, tais categorias foram utilizadas para a construção dos mapas de associação de ideias, utilizados para a análise das cinco primeiras entrevistas.

Quadro 2. Trecho da transcrição sequencial

Quem fala	Sobre o que fala	Tema
Entrevistada	Defende a necessidade de encontrar um meio termo entre a naturalização e o uso excessivo de intervenções	Tensões entre os paradigmas de atenção ao parto
Entrevistada	Argumenta que a reação exacerbada se equilibra ao longo da vida prática	Experiência própria e de outras parteiras como formação
Entrevistadora	Pergunta se o discurso da naturalização continua circulando na graduação	Idealização do parto
Entrevistada	Afirma que muitas profissionais recentemente egressas e alunas têm um olhar romantizado sobre o parto	Idealização do parto
Entrevistada	Relata caso sobre reação de aluna diante de uma intervenção	Idealização do parto e o emprego de intervenções na assistência humanizada em contexto hospitalar

Apesar de nosso foco de análise não ser a dialogia das entrevistas, o uso dos mapas facilitou a organização do conteúdo das entrevistas nas categorias temáticas, enquanto preservava a interanimação dialógica e o jogo de posicionamentos entre nós e as entrevistadas.

Sua escolha também é um esforço de garantir o rigor da análise, uma vez que entendemos que o rigor metodológico na pesquisa científica está relacionado à explicitação dos passos de busca e análise das informações. Desse modo, segundo Mary Jane Spink e Helena Lima (1999/2013), seu uso tem como objetivo garantir sucesso e legitimação da pesquisa, tendo em vista que a delimitação de um método que garanta determinada sistematização do processo de análise das práticas discursivas é essencial para a comunicação dos resultados.

Quadro 3. Trecho do mapa

Diferentes visões da obstetrícia e o uso de tecnologias	Tecnologias utilizadas durante o trabalho de parto	Risco na tomada de decisão	Outros elementos considerados na tomada de decisão	Saberes que fundamentam a tomada de decisão	Outros
			Pesquisadora: E saindo um pouquinho dessa parte das definições e tudo mais, eu queria ir pra um aspecto um pouco mais das suas experiências concretas de atenção ao parto, da sua prática mesmo. Eu queria que você me contasse um pouquinho… Alguns partos precisam mesmo de intervenção, acho que você ficou claro na sua fala e eu queria que você compartilhasse comigo como é que você decide? Como é que você percebe e como é que você decide quando é o momento de intervir? Você pode usar situações concretas, eu queria entender um pouco esse processo		

	J.: Ah, então, tem algumas situações que a gente acaba fazendo intervenções. Então, eu acho que a primeira delas é quando a gente tem um risco iminente de alguma coisa. Ou um risco real pro bebê ou um risco real pra mãe. Então, esse é um dos tipos de intervenção, né. Então, quando eu vejo que um bebê não tá dando conta desse trabalho de parto, eu preciso fazer algumas intervenções pra que ele melhore e pra que ele acabe nascendo mais rápido mesmo, sem grandes repercussões. Então, acho que essa é uma delas. Quer que eu exemplifique isso, por exemplo?	
		Pesquisadora: Eu queria que você me explicasse como é que você detecta esse risco real J.: Tá. O principal jeito de eu conseguir detectar um risco no trabalho de parto é auscultando o BCF do bebê, o batimento cardíaco do bebê. Então, a gente tem dois

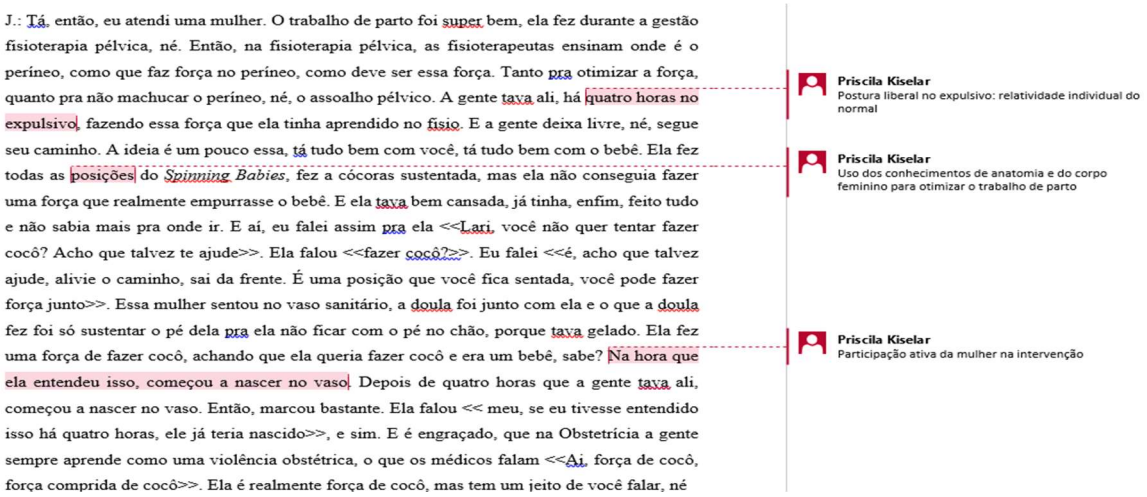
		aparelhos que a gente usa; um deles é um sonar, que a gente consegue fazer uma ausculta intermitente desse coração do bebê e ele consegue me dizer o quão dando conta ele está do trabalho de parto, o quão tá sendo *ok* para ele passar por esse processo. E a gente tem a cardiotocografia também, que é um aparelho que eu tenho que prender na mulher, ele é um pouco mais invasivo porque eu tenho que colocar duas fitas na barriga dela, e ele me dá um gráfico em torno de vinte minutos, ali, de como que esse bebê está respondendo ao processo. Então, são dessas duas maneiras, né, nesses dois aparelhos, mas é o batimento cardíaco do bebê que me diz se tá tudo bem ou se não tá. Uma outra forma que a gente consegue ver também é se, por algum motivo rompe bolsa dessa mulher, a gente tem uma presença de um líquido sujo de mecônio, né. Claro que não posso olhar o mecônio sozinho, mas eu junto o mecônio com o batimento do bebê, são dois sinais que me dizem que esse bebê não tá bem. Uma outra forma é a pressão arterial da mãe e os sinais vitais da mãe, né.

		Pressão, oxigenação dessa mulher, como é que está sendo. São os parâmetros que eu consigo ver
	Pesquisadora: E fora isso – que eu acho que estão as situações que precisamos de uma intervenção rápida, né, que você precisa entrar em ação – tem outros elementos que você considera na hora de usar tecnologias e fazer intervenções	
		J.: Sim, um outro deles é se eu vejo, com a observação mesmo, se aquele trabalho de parto não tá correndo como ele deveria correr. Claro que a gente não chega a usar o que a medicina tradicional usa, né. Então, por exemplo, a medicina fala que a cada uma hora essa mulher precisa dilatar um centímetro o colo dela. A gente não usa esse tipo de embasamento, né, mas a gente consegue observar que esse trabalho de parto não tá correndo como deveria estar. Então, às vezes as contrações não estão sendo efetivas ou a dilatação não tá correndo como deveria ou o bebê não tá descendo como ele deveria descer ou ele tá sempre numa mesma altura ou está sempre na

		mesma posição da cabeça. Então, essa é uma coisa observacional que eu consigo ter de um trabalho de parto não tá fluindo como deveria e vale a pena fazer uma intervenção ali pra corrigir algum possível erro que esteja acontecendo	
			Pesquisadora: Você já... pode falar, segue
	J.: E eu não sei se tem a ver com a sua pergunta agora, mas uma outra coisa que a gente observa e que a gente acaba interferindo é com os desejos dessa mulher. Então, a gente conhece a mulher durante a gestação e a gente sabe o que ela deseja de parto, qual que é o sonho dela mesma para esse nascimento e algo que ela não gostaria de jeito nenhum, né. Então, é legal a gente ter esse conhecimento e no trabalho de parto a gente acaba fazendo algumas intervenções pra que isso não ocorra. Então, um exemplo é um bebê que ele tá muito perto de nascer, mas as contrações dessa mulher não são tão efetivas, né. Esse bebê vai nascer em algum momento, só que ele vai demorar um pouco mais e ela não quer uma analgesia de jeito		

		nenhum, por exemplo. Tem formas que eu consigo otimizar esse nascimento, pra que a gente não peça uma analgesia, porque sei que para ela é algo muito ruim, analgesia.
	J.: Então, às vezes eu consigo ligar uma ocitocina pra que esse bebê nasça mais rápido. Eu consigo fazer um vácuo pra que esse bebê nasça mais rápido, do que pedir uma analgesia, por exemplo	

No segundo bloco de entrevistas, algumas obstetrizes compartilharam conosco mais de um caso. Excluímos aqueles em que elas relatavam intervenções por meio do uso de tecnologias cuja uso não é prerrogativa das obstetrizes, como o vácuo extrator ou a analgesia. Para a análise do segundo bloco de entrevistas, utilizamos o recurso comentários no *Word* para ir "puxando fios" e fazer ligações dos relatos com os conteúdos trazidos na primeira rodada de entrevistas. A partir dos "fios soltos" pudemos tecer as discussões que apresentadas no quinto e último capítulo.



Por fim, gostaríamos de lembrar que nossas escolhas metodológicas estão diretamente atreladas ao referencial teórico-metodológico do NUPRAD. Ao partir da linguagem em uso, esse referencial torna possível trabalhar com as produções linguísticas em sua dinâmica. Os estudos que as abordam não consideram apenas a sua regularidade e o consenso, mas também a variabilidade e a polissemia que caracterizam os discursos (Mary Jane SPINK & Benedito MEDRADO, 1999). Desse modo, torna-se possível perceber as regularidades discursivas sem desconsiderar os diversos sentidos que determinadas formações discursivas podem assumir. No entanto, admitir que as práticas discursivas são polissêmicas não implica afirmar que não há tendência à hegemonia de determinadas formações discursivas, nem que os sentidos produzidos possuem igual poder de provocar mudanças. Implica, antes, poder transitar por diversos contextos e compreender os repertórios no âmbito de variadas situações.

2 HUMANIZAÇÃO E INTERVENÇÕES NO TRABALHO DE PARTO: A PERSPECTIVA DAS OBSTETRIZES

Como vimos, é o caráter situado do conhecimento que garante sua objetividade. Logo, faz-se necessário exercitar uma reflexividade constante em relação à vista do lugar que ocupamos e do trajeto que trilhamos para chegar até lá, pois isso atravessa a formulação de nosso problema de pesquisa, bem como nossas análises e interpretações. Não basta, contudo, apenas situar o/a pesquisador/a, também é preciso fazê-lo com as obstetrizes com quem estamos tecendo um diálogo nesta pesquisa. Não apenas porque elas participam ativamente desse processo, mas porque participam igualmente no desenrolar das disputas em relação ao uso de tecnologias durante o parto. Em vista disso, Callon (1984) destaca que os atores que participam de uma controvérsia técnico-científica podem desenvolver argumentos e pontos de vista que se tensionam, levando-os a propor diferentes versões dos problemas em questão e do mundo.

Levando isso em consideração, buscamos, na medida do possível, situar quais são as convicções, vivências e os aspetos de suas identidades que nossas interlocutoras acharam relevantes compartilhar conosco, a fim de que seja possível compreender de maneira adequada as versões dessas profissionais e até que ponto coincidem ou divergem, mesmo tendo o mesmo repertório de formação. Conforme destaca Callon (1984), as controvérsias não devem se resumir às particularidades dos atores envolvidos, embora esse seja um dos aspectos em questão. Claro, é preciso manter em vista que tais identidades são problemáticas, uma vez que também estão presentes no âmbito das controvérsias (CALLON, 1984). O que é ser uma obstetriz? As pessoalidades, aspectos identitários e posicionamentos políticos têm espaço em suas atuações profissionais? Como isso afeta o modo segundo o qual se relacionam com intervenções e o uso de tecnologias no trabalho de parto? Responder a essas questões é tão difícil quanto fazer um retrato fiel daquilo que está em constante movimento. De qualquer maneira, consideramos este um importante elemento a ser abordado.

Portanto, a primeira parte de nossa análise consiste em uma breve contextualização dos aspectos pessoais das cinco parteiras entrevistadas, suas vivências, inserções profissionais e acadêmicas expressas nas entrevistas, articuladas com suas próprias versões do movimento de humanização e seus efeitos no modo como lidam com o uso de tecnologias. Cada uma delas tem um percurso singular que se inicia antes do ingresso na graduação e se estende para além de seu término. Daqui em diante, referir-nos-emos a cada uma delas pelas iniciais de seus nomes. Em seguida, falaremos sobre as tecnologias que as obstetrizes costumam utilizar na atenção ao parto, ou seja, o que está presente na caixa de ferramentas dessas profissionais.

2.1 As cinco obstetrizes e suas noções de humanização do parto

J. foi a primeira obstetriz entrevistada por nós. Logo no início da conversa foi possível perceber como sua relação com o movimento de humanização e intervenções no trabalho de parto é profundamente atravessada pela experiência da pós-graduação. Quando questionada sobre sua formação, J. faz questão de pontuar que a graduação foi o início de um caminho de aprendizagem que passa pela experiência com outras parteiras e a atualização contínua por meio de cursos e formações. Ela afirma:

> *Acho que ali só começou o caminho mesmo, né. Então, abriu as portas para coisas que eu nunca tinha ouvido antes, mas me abriu um caminho novo de estudo mesmo e de entendimento do que era o parto e o nascimento. Então, depois disso eu fui morar em Campinas e fiz um mestrado lá. Eu estudei causas indiretas de morte materna, o que foi muito bom. Então, eu saí da obstetrícia que tinha um olhar todo apaixonado e todo encantado com a obstetrícia como algo fisiológico e só olhava para isso e eu fui para um outro lugar totalmente diferente, onde eu olhava as mortes maternas, né, o porquê que essas mulheres acabam morrendo.*

Em sua fala, J. situa o curso de obstetrícia como o marco de um futuro permeado pela reflexividade e pelo estudo contínuo. É ao mestrado que vincula sua versão da humanização do parto, em contraposição a *um olhar apaixonado* que marcou sua graduação. Para ela, a nova perspectiva que se abria com o estudo da mortalidade materna colocava em questão uma concepção simplista do parto como um evento meramente fisiológico, causando um estranhamento: *Foi um choque no começo, mas me fez muito bem ter esses dois olhares, né, esses dois tipos de visão, o que foi muito bom.*

Quando questionada sobre o que se trata esse olhar, a obstetriz retoma um dos repertórios que circulam sobre o parto e nascimento – nosso enunciado disparador, inclusive – para ilustrá-lo. Com isso, parece-nos que o olhar fisiológico tem a ver com a naturalização do parto. Como se houvesse algo como uma natureza pura que, no momento do parto, encontra-se suspensa da cultura e fora das relações de poder.

> *Pesquisadora – Eu queria que você voltasse um pouquinho na obstetrícia e me explicasse o que seria esse olhar fisiológico que depois você acabou contrapondo com outras experiências na sua formação*
>
> *J. –Tá. Acho que se tem uma frase que cabe bem pra profissional da obstetrícia, assim que sai da obstetrícia, então, uma obstetriz formada, é uma frase que, hoje, eu vejo ela como um viés bem ruim, na verdade, é 'as mulheres sabem parir e os*

> *bebês sabem nascer'. É bem preocupante, na verdade, porque na hora que a gente olha simplesmente desse jeito a gente vê as intervenções, ou algo que sai desse fisiológico, uma mulher que não consegue parir naturalmente e acaba tendo uma anestesia ou uma cesariana, como algo muito ruim, algo que coloca aquela mulher no lugar quase de falha, sabe? Ou então o profissional que assistiu essas mulheres como um carrasco intervencionista que tá olhando só o próprio bem e não pra aquela mulher. E a gente sabe que hoje não é assim, né.*

Aqui, parece haver um paradoxo. Ao mesmo tempo que há uma natureza soberana, ela parece estar submetida a nossos modelos explicativos. Uma natureza dócil, previsível, que funciona no regime da causalidade, na qual não há espaço para a contingência: *mulheres sabem parir e bebês sabem nascer*, essa é uma certeza.

Nesse sentido, a proposta de J. se distancia tanto do paradigma tecnocentrado quanto de uma certa humanização que ainda está fundamentada em uma visão simplista de natureza. Isso porque o modelo excessivamente medicalizado compreende que o evento do parto é, 'fisiologicamente', uma grande intercorrência que requer intervenções para corrigi-lo. Já a versão de humanização que associou com *a obstetriz formada* parece partir de uma noção de fisiologia na qual é a natureza que é sempre constante. Tão constante que não tem agência nenhuma. Enquanto as ciências médicas produzem regimes de verdade sobre o corpo feminino que enfatizam sua suposta natureza falha, os discursos hegemônicos da humanização do parto utilizam a noção de fisiologia como recurso para naturalizar o parto sem intercorrência. Nos dois casos, a natureza é um substrato irredutível ao qual atribuímos modelos explicativos cujos conteúdos podem ser contraditórios, mas a forma é a mesma. A antropóloga Carmen Suzana Tornquist (2002, p. 487) já havia concluído que "a categoria 'Natureza' aparece com frequência no ideário [desse movimento], e parece ser um ponto de acordo entre as vertentes biomédica e alternativa", de modo que a alternativa proposta por uma certa vertente do movimento de humanização se aproximava às concepções de fisiologia humana e do parto, centrais para a concepção biomédica.

Porém, ao criticar o *olhar fisiológico*, J. não está assumindo uma postura antifisiológica. Em sua versão de um parto humanizado, a natureza ocupa um outro lugar. Segundo Diniz (2005), o próprio movimento de humanização apropria-se da fisiologia do parto em seus discursos para então ressignificá-la. É o que J., como obstetriz, continua fazendo. Isso fica claro quando ela continua a utilizar o termo na entrevista para se referir à própria prática e aos critérios que utiliza para guiar suas condutas.

Para ela, a fisiologia do parto é produzida em nossas relações sociais, não há o puramente natural, nem o puramente social:

> *Hoje eu consigo ver na minha prática que a gente saiu um pouco disso. Estamos em 2020, somos seres pensantes e essa coisa de ser pensante, ser um ser que produz atrapalha um pouco nosso fisiológico. Acho que… Não atrapalha, acho que é ruim essa palavra, mas que se perde um pouco 'a coisa do animal'. Então, a gente não vai parir como um chimpanzé vai parir. Não tem mais como, sabe? A gente tem que colocar tudo isso, todas as nossas crenças, o que a nossa sociedade traz nesse contexto. Então, o parto vai ser diferente.*

Por um momento, ela cogita dizer que aquilo que diria respeito ao mundo social *atrapalha um pouco nosso fisiológico*. Contudo, ela reformula seu discurso, estabelecendo uma relação intrínseca entre o que geralmente acreditamos estar completamente separado. Nesse deslocamento, *o parto vai ser diferente*; há sempre um elemento particular em cada parto. Apesar de conhecermos aquilo que é normal, isto é, o que geralmente acontece, há algo que pode escapar de nosso controle. O que sai da norma pode ser patológico ou não, podendo precisar apenas de paciência (como um tempo de trabalho de parto ligeiramente maior do que a maioria das mulheres) ou de algum tipo de intervenção. É justamente isso que justifica a presença de uma profissional preparada para manejar intercorrências conforme elas são detectadas. Desse modo, a fisiologia do parto continua sendo continuamente ressignificada em uma disputa que impacta nossas práticas de atenção ao parto.

Para a entrevistada, uma concepção naturalizada do parto sem intercorrências tem algumas implicações importantes para a vida das mulheres e a assistência que as obstetrizes lhes oferecem. Com a naturalização, vem a idealização, levando a uma compreensão de que todos os partos deveriam acontecer da mesma maneira, todos os corpos femininos seriam capazes de parir. Configura-se, então, uma nova normatividade, da qual resultam novas prescrições, tanto para as mulheres parturientes, quanto para as profissionais – uma normatividade pouco situada. De maneira ilustrativa, J. compartilhou sua experiência como docente temporária da obstetrícia:

> *[...] a gente percebe que, sim, os profissionais da obstetrícia continuam chegando com esse olhar super apaixonado, encantado e bem enviesado para o que é um parto fisiológico. Eu dei aula também na obstetrícia por 6 meses, como professora substituta, e no começo era bem difícil. As alunas chegavam para mim com coração bem apertado mesmo, do que era uma prática de um hospital, achando que aquilo era a pior coisa que podia existir, quase todas elas choravam no final do plantão porque tinha acontecido alguma atrocidade e, normalmente, não era bem assim. Às vezes, elas só não estavam entendendo o que era aquele contexto do que tava*

> *acontecendo de verdade com aquelas mulheres e que aquilo era uma forma do profissional querer, sim, ajudar nesses partos, né.*

J. reconhece que isso decorre da necessidade de uma ofensiva diante da medicalização intensa do parto, mas que acabamos indo para um outro extremo:

> *Então, a medicina apareceu e acabou um pouco com as parteiras e a gente foi para o mundo médico mesmo, que ele é extremamente intervencionista e com tecnologia super, mega avançadas, né, pra esse nascimento. Então, a obstetrícia, ela vai contrapor esse momento, só que ela vai para o outro extremo. A gente ainda não chegou no meio termo, né. Então, a parteira, ela sai de um momento muito de luta, ali, querendo lutar muito pelas mulheres e pelo parto fisiológico que ela acha que se pôr a mão ela vai atrapalhar ou ela vai estar sendo tão ruim quanto o médico, né, um parto tão medicalizado.*

Nesse contexto, justifica-se uma crítica contundente ao paradigma tecnocrático. É compreensível que as obstetrizes, entre todas as profissionais, levantassem suas vozes (e suas mãos) para se oporem a uma obstetrícia cujas raízes se encontram na perseguição sistemática das mulheres que prestavam assistência ao parto. Conforme destacam Barbara Ehrenreich e Deirdre English (1973/2010), as ofensivas que visavam à degradação do papel dos/as curandeiros/as, principalmente das práticas de cura de mulheres 'leigas', foi um dos aspectos que possibilitou a institucionalização da medicina e a crescente medicalização do parto e do corpo feminino.

Não obstante, como as mulheres se beneficiariam de uma obstetrícia cujo ponto de referência é a medicina e não elas mesmas? O que J. propõe é uma síntese dos dois olhares. Uma síntese que não está dada apenas com a formação, mas que vem com a experiência, partindo do princípio de que vivências concretas podem expandir nossas próprias concepções de fisiologia e de intervenções necessárias ou desnecessárias. Ela afirma que entre os corpos naturalmente falhos e aqueles que sabem parir, deve haver um outro modo de se relacionar com o parto:

> *E não é bem assim, eu acho que a gente precisa encontrar o caminho do meio. Só que na nossa inexperiência, assim que a gente sai, atrapalha um pouco. Acho que a parteira acaba levando um pouco na cabeça, ao longo dos partos, e aí ela consegue achar o meio-termo. Só que quando você se forma na obstetrícia você tem esse olhar de que as mulheres sabem parir, os bebês sabem nascer, e a gente vê as intervenções como algo ruim ou, então... as falas são até muito rasas, né. Então, a gente tem uma coisa de que <<ai, tá tudo bem, é assim mesmo, é assim que era para ser>>, mas não, né. Você precisa de uma explicação um pouquinho maior do que é esse nascimento.*

Por fim, questionamos quais seriam os princípios que norteiam sua prática, em uma tentativa de visualizar mais especificamente o que fundamenta o modo como J. se relaciona com o movimento de humanização:

> *Pesquisadora – [...] não sei se você consegue fazer isso, né, se você já pensou sobre isso, mas você consegue pontuar para mim, resumir para mim quais seriam os princípios que norteiam a sua prática?*
>
> *J. – Acho que eu posso tentar. Eu acho que a primeira coisa é estar em defesa das mulheres mesmo, né. Aí eu posso aumentar um pouco isso, então. Eu acho que passar informação de qualidade e essa mulher conseguir ter o corpo dela sabendo o que tá acontecendo tanto na gestação quanto no parto, então uma coisa meio de empoderamento, mesmo, desse processo que foi tirado da gente. E eu acho que uma opção livre de escolha, né, ela conseguir escolher livremente todas as opções que existem, que seja uma cesariana, eu acho que a gente não pode lutar pelo parto normal a qualquer custo se essa mulher não quer esse parto normal. Só que, ao mesmo tempo, eu preciso que ela tenha informação de qualidade para isso. Se ela tiver todas as informações referentes a isso, se puder escolher livremente, acho que é isso que embasa minha prática, que as mulheres sejam livres. Então, a informação é uma delas, o respeito é outra e a segurança; são essas.*

Para ela, o foco da atenção ao parto deve ser as mulheres, proporcionando tudo o que está ao seu alcance para que possam ser sujeitos do próprio processo de parturição.

Assim como J., F. não faz questão de ressaltar nenhum aspecto de suas vivências anteriores à graduação que teriam algum tipo de importância no modo como ela compreende e exerce a obstetrícia hoje, nem em suas convicções como profissional. A segunda obstetriz que entrevistamos também tem a relação com a obstetrícia e o movimento de humanização marcada pela experiência que adquiriu após a formação. Apesar disso, é possível perceber que suas falas evidenciam que recebeu já durante a graduação os recursos necessários para ressignificá-la. Ela considera indispensável pontuar que aprendeu em sua formação universitária que a mulher é sujeito da assistência e, portanto, não deve ser fragmentada para a conveniência de qualquer profissional:

> *F. – A nossa formação de obstetrícia foi, acho, meio que um divisor de águas pra tudo que a gente acreditava, né. Então, a gente aprende a ver mulher como um todo, então a gente para de ver o processo do nascimento como um objeto de estudo e a mulher sendo a protagonista daquilo tudo.*

Compreender as mulheres como um todo requer uma assistência que contemple as singularidades de cada uma delas. É aqui que surge o problema da idealização, não apenas do parto, mas de um certo cenário de atuação no qual a parteira ou obstetriz não interfira no processo. Nessa conjuntura, ela acaba se afastando de uma versão da humanização que se define

apenas pela preservação de um processo mais natural, uma das muitas faces da humanização, conforme destaca Tornquist (2002).

Ela diz que aprendeu qual seria o cenário ideal, mas que, ao longo da prática, percebeu que sua conduta precisava ser localizada. Diferente de J., foi sua experiência como funcionária pública de um hospital estadual que lhe trouxe uma visão mais pragmática. Segundo ela, independente das condições, o melhor que pode fazer é informar a mulher parturiente para que elas possam tomar uma decisão em conjunto:

> *F. – Mas eu acho que [o que] eu falo agora da minha formação tá muito ligado com o jeito que eu vejo a obstetrícia agora, sabe? Porque, na época, era tipo assim <<humanização, parto normal, vamos entender o que a mulher tá sentindo>>, mas eu acho que cada vez mais, uma coisa que a gente não tem na faculdade é informar pra mulher tomar decisão junto com você.*

Ao afirmar seu papel de informar a mulher sobre aquilo que está acontecendo no trabalho de parto e sobre o que pode contribuir para o bom andamento do processo, F. propõe uma outra síntese, dessa vez entre particularidades insuperáveis, em que a pessoa sabe melhor por si mesma, e a autoridade de quem seria detentor de um conhecimento 'objetivo' sobre o corpo feminino, por meio do qual seria possível saber quais seriam suas necessidades, sem que a perspectiva da mulher parturiente seja sequer levada em consideração. Para Joan Tronto (1997, p. 192) "do ponto de vista do cuidado, ambas as visões são igualmente incompletas". Se concordamos com o argumento de Tronto, é preciso resgatar a noção de objetividade feminista, na qual qualquer tipo de conhecimento que se pretenda adequado e objetivo deve ser sempre situado e dialógico. Nesse contexto, a obstetriz tem uma perspectiva privilegiada, claro, com sua formação e os saberes que estruturam sua expertise; por outro lado, há algo que só pode ser visto da perspectiva da mulher parturiente, o que a torna também privilegiada. Esse cuidado proposto por F. não está fundamentado nem em um indivíduo liberal soberano, nem na autoridade incontestável da obstetriz, mas na relação entre parturiente e profissional. É preciso que elas estejam em diálogo para que a melhor conduta possível seja adotada.

Ao longo de nossa conversa, ela relata que durante sua experiência profissional acabou precisando fazer procedimentos que, a princípio, não faria, para evitar que a mulher fosse submetida a algum tipo de intervenção mais invasiva:

> *F. – Ah, a gente aprende o cenário ideal de humanização, de você informar, de você não ter intervenção, de um hospital que atende a pessoa um pra um, de você entender onde ela está inserida, né. Essa obstetrícia que a mulher pode parir do jeito que ela quiser, onde ela quiser e eu acho que depois que a gente se forma a*

> *gente entra, assim, em um cenário que é um tanto quanto assustador, né. A gente sai do mundo fantasioso pra trabalhar com redução de danos, né. No SUS a gente faz redução de danos. Então, a gente vai fazendo uma coisa ou outra, até mesmo intervenções pra nascer mais rápido, falando pra mulher, pro médico não fazer um fórceps nela, por exemplo. E aí, a gente vê que nesse cenário que a gente está inserida, a obstetrícia é mais redução de danos, né.*

O que ela está chamando de cenário ideal de humanização é, entre outras coisas, *não ter intervenção* no parto. Contudo, isso não significa que F. tenha aberto mão do princípio de evitá-las o máximo possível. A questão é que esse ideal não pode ser sobreposto às necessidades de cada uma das mulheres parturientes e o que ela pode fazer em cada situação para evitar condutas mais invasivas. O relato acima aguçou nossa curiosidade, sendo um dos aspectos fundamentais na decisão de realizar uma segunda conversa com as obstetrizes para que pudéssemos visualizar melhor situações dessa ordem.

A graduação acaba ensinando aquilo que é ideal e supostamente generalizável para todas as mulheres, mas, conforme J. já nos alertou, há sempre algo de particular em cada parto. Por isso, para F., as decisões precisam estar sempre ancoradas em cada uma dessas mulheres, o que exige que seja levada em consideração a complexidade do parto. Por mais que haja algum tipo de princípio/diretriz geral de diminuição das intervenções, não há nada decidido de antemão. A questão que se coloca para ela é como aplicá-los cotidianamente por meio do esforço contínuo de prestar a melhor assistência possível: *Não é o mundo ideal, é trazer o empoderamento da mulher, é você reduzir a mortalidade materna, reduzir a mortalidade natal e reduzir a quantidade de cesárea*.

Atualmente, F. não tem mais vínculo com o hospital em que trabalhava e participa de um coletivo de profissionais que acompanham partos hospitalares e domiciliares. Ela pontua que, nesse novo cenário de atuação, consegue fazer algo mais próximo de um ideal

> *F. – Agora que eu tô em outro cenário, sem ser o SUS, a gente consegue atuar de uma forma que a gente acredita, empoderar a mulher, de informar e, tipo, não é a gente que vai tomar a decisão, é a mulher conhecer todas as opções e ela decidir qual vai ser a opção. Que é meio diferente, assim, do que a gente aprende mais ou menos na faculdade*

O discurso de F. é marcado por uma crítica à recusa descontextualizada das intervenções. A justificativa dessa recusa é uma certa moralização das mulheres que decorre da idealização:

> *[...] eu tenho muito medo dos extremos, né, porque a gente já tá aprendendo... A gente já aprendeu a lidar com isso e eu acho que isso é ruim e acaba julgando*

> *muito uma mulher que não consegue um parto normal, por exemplo. Então, mas isso também a gente só aprende na prática, né. Então, acho que basicamente você sai com uma formação um pouco idealizada e aí você vai ver qual que é a situação real das mulheres, né, e a partir daí você tem que ter um jogo de cintura*

Quando questionada sobre os princípios que norteiam a prática, F. responde que sua atuação é baseada no respeito à mulher, seu espaço, sua história e a todo processo de parturição:

> *Pesquisadora – F., agora, querendo expandir um pouquinho, tá? Pensando não só na sua formação, mas também na sua trajetória profissional. Você conseguiria dizer para mim quais são os princípios que norteiam e orientam a sua prática como parteira?*
>
> *F. – Ai, eu acho que a primeira é, tipo, respeito, né. A gente respeita a casa que a gente entra, a gente respeita a história da pessoa, a gente respeita, tipo, o processo, respeita tudo. Eu acho muito difícil não falar que... Amor. Porque eu amo cada mulher que eu atendo, sabe? Eu levo elas pra minha vida, real. Eu crio muito vínculo com elas... E vínculo, né. Eu acho que é... E, é claro, eu vejo que são as palavras, né, mas a gente leva muito pro lado emocional. Mas eu acho que a gente é profissional pra caramba, sabe? A gente é muito profissional. E eu acho que a parte do respeito tá em ser profissional também, porque você tá respeitando o limite da mulher também, então acho que é isso*

Para ela, prestar um cuidado adequado, profissional e rigoroso só é possível se houver emoção e vínculo. Podemos perceber que F. sente a necessidade de argumentar que a emoção é parte intrínseca de sua prática, não sendo contraposta, e sim justamente aquilo que faz com que as obstetrizes sejam profissionais *pra caramba*. Imaginamos que isso deve se relacionar com um repertório do tempo longo[7] que cinde e opõe razão e emoção. Segundo Alison Jaggar,

> De forma típica, embora não invariável, o racional tem sido posto em contraste com o emocional e esse par contrastado tem sido, por sua vez, vinculado a outras dicotomias. A razão não só se opõe à emoção, mas é associada ao mental, ao cultural, ao universal, ao público e ao masculino, enquanto a emoção é associada ao irracional, ao físico, ao natural, ao particular, ao privado e, obviamente, ao feminino (JAGGAR, 1988, p. 157).

O projeto moderno de racionalidade redefiniu as emoções como impulsos não racionais. Tratando-as como paixões, essa tradição ressignificou a emoção como algo que acontece à revelia de alguém, tornando-a algo que se sofre, não algo que se faz. Claramente, essa

[7] Segundo Spink e Medrado (1999/2013), as práticas discursivas têm uma temporalidade tríplice. Os repertórios – também chamados conteúdos – têm uma longa história, mas nunca estão dessituados do tempo vivido e do tempo curto. Nos processos de produção de sentido, o tempo longo é o lugar da construção dos conteúdos culturais que foram (ou são) hegemônicos em uma dada época. O tempo vivido, por sua vez, é o tempo de ressignificação destes conteúdos históricos a partir dos processos de socialização. Por fim, o tempo curto é o tempo da interanimação dialógica e da dinâmica da produção de sentidos, a partir da presentificação da memória cultural do tempo longo ou da memória pessoal do tempo vivido.

‘passividade’ era incompatível com o sujeito de conhecimento soberano, que tem o ‘mundo natural’ a seu dispor. Além disso, as emoções atrapalhariam a objetividade e, consequentemente, o rigor, pois atrapalhariam uma prática livre da interferência de aspectos subjetivos das/os profissionais (JAGGAR, 1997, p. 158).

Para F., todavia, o amor e o rigor coexistem em sua assistência. Acreditamos que isso se relacione com o fato de que as emoções estão intrinsecamente relacionadas ao modo como percebemos e damos atenção ao mundo à nossa volta (JAGGAR, 1997), possibilitando que ela esteja profundamente sintonizada com as necessidades das mulheres e, ainda, o estabelecimento de uma relação de troca, parceria e confiança. É um consenso entre as obstetrizes entrevistadas que esse tipo de relação é de importância fundamental para que os desejos das mulheres sejam conhecidos e levados em consideração, e que elas, em contrapartida, colaborem no momento em que as obstetrizes percebem, utilizando sua expertise, que alguma intervenção se faz necessária.

Por fim, F. argumenta que no trabalho autônomo de obstetriz as condições para que um vínculo satisfatório seja criado são, pelo menos por enquanto, melhores do que as dinâmicas institucionais do Sistema Único de Saúde (SUS). Segundo ela, *[...] você sendo autônomo, mas você entra real na história da mulher, né. Você conhece ela, você conhece a família, então, é diferente, né*. Nesse contexto, ela defende a necessidade de que trabalho similar possa ser realizado no sistema de saúde brasileiro, desde que as obstetrizes possam ser incorporadas na assistência pré-natal: *Claro que todo mundo gostaria de trabalhar no SUS, ter essa visão, mas só que pra gente trabalhar no SUS, a gente tinha que estar lá no pré-natal. A gente tem que mudar a mulher lá atrás, sabe?*.

A terceira obstetriz que entrevistamos, G., apresenta-nos um modo de se relacionar com a obstetrícia e com o movimento de humanização profundamente atravessado por seus posicionamentos ético-políticos anteriores à graduação. Tais posicionamentos a levaram a escolher cursar obstetrícia, um curso que, para ela, era mais alinhado com seu feminismo:

> *Eu já era de esquerda, eu já me entendia como feminista na escola, né, no colégio, quando eu tava me preparando pro vestibular. Eu me dava muito bem nas matérias de sociologia, história e etc., e gostava de biológicas também, mas de uma outra forma, né. Então, eu sempre tive esse olhar assim. Então, aquilo para mim ficou muito forte, quando eu vi que o curso tinha esses preceitos, eu falei "é isso, é com isso que eu me identifico" e percebi que eu fui me distanciando cada vez mais da visão da medicina sobre a obstetrícia, sobre a mulher.*

Nesse contexto, ela faz questão de pontuar que ser de esquerda e feminista a levaram a privilegiar um modelo de formação em saúde da mulher em detrimento de outro. Isso porque, para ela, a medicina estaria muito mais centrada na tecnologia, enquanto as obstetrizes teriam uma formação mais ampla em saúde da mulher. Segundo ela, sua formação também permite que tenha domínio das tecnologias, mas forneceria uma perspectiva em que esses recursos não estariam em primeiro plano. Podemos perceber a diferenciação que ela faz dos modelos formativos e o modo como isso influenciou sua escolha no trecho abaixo:

> *No meu caso, por exemplo, eu sempre quis trabalhar com obstetrícia, mas eu não sabia que eu podia ser parteira, eu achava que eu tinha que ser ginecologista obstetra. E aí, quando eu soube do curso de obstetrícia, eu continuei prestando vestibular pra medicina em todas as outras universidades, Unicamp Unesp e tal, e na USP eu desisti de prestar medicina e prestei obstetrícia. E aí, nessa tomada de decisão, eu fui pesquisar sobre o que era, né, o curso de obstetrícia e eu falei "pera aí, mas é isso aqui que eu quero fazer na verdade". E aí, eu descobri que se eu fosse médica, dificilmente eu conseguiria, porque a formação médica é uma formação muito arcaica, né. Então, tem um olhar para as tecnologias mais duras, né, muito mais forte do que para nós, por exemplo, do que pra nós obstetrizes. Então, pra gente, a gente conseguiu ter esse olhar pra essas tecnologias também, mas também conseguiu olhar para outras coisas. E na medicina isso não acontece ou, se acontece, tem uma negligência também.*

A obstetriz defende que sua formação oferece recursos para que se possa visualizar outros elementos tão importantes quanto as *tecnologias mais duras*, deslocando o lugar dessas tecnologias na assistência, tirando-as do centro. O argumento dela nos remete à análise de Davis-Floyd (2001) sobre o paradigma tecnocrático de atenção ao parto e o contraponto que uma proposta de humanização faz àquele. Para a autora, uma prática centrada na tecnologia posiciona a mulher parturiente como objeto de uma prática cujo sujeito é o/a médico/a, no âmbito da qual seu corpo é entendido como uma máquina operada e controlada por aquele/a que detém o saber. Baseado na organização hierárquica e na padronização do cuidado, ciência e tecnologia são supervalorizadas no paradigma tecnocrático. Consequentemente, autoridade e responsabilidade são privilégios do/a profissional. Nesse cenário, a humanização viria para ressignificar o lugar e o propósito das intervenções e do uso de tecnologias, não para simplesmente recusá-las. Isso leva G., inclusive, a compreender as intervenções e tecnologias no parto de outra maneira, a ponto de afirmar que *a mulher pode ter uma cesárea e ter tido um atendimento humanizado*. A diferença entre um paradigma e outro está no fato de que nossas tecnologias são recursos que devem ser utilizados em casos em que sejam, de fato, necessárias.

> *E aí, o que a gente tá tentando fazer é: <<ok, a gente não vai negar que existem essas tecnologias, muito pelo contrário, a gente quer utilizar, mas se necessário,*

> *não para todo mundo, né. Então, é isso que essas mulheres estão dizendo "olha, não serve mais, o que vocês estão fazendo tá ficando obsoleto, né, a gente quer, mas a gente quer mais do que isso>>.*

A questão que se coloca, a partir daí, é como as obstetrizes decidem o que é necessário ou não. A essa questão, buscaremos responder mais adiante, no próximo capítulo.

Os posicionamentos de G. foram e são fundamentais para a versão de humanização que ela construiu ao longo de seu processo de formação. Além disso, a partir de seus valores, ela também acaba construindo um certo ideal de obstetriz/parteira:

> *E eu não vejo como ser parteira de outra forma, eu não vejo essa possibilidade de ser parteira e não ser feminista, por exemplo, né. Você ser parteira e não ser de esquerda. Então, acho muito complicado a gente conseguir fazer esses outros tipos de combinação. É claro que uma pessoa pode ser de direita e ser uma boa parteira e tal, mas em algum momento ela vai ter que enfrentar certas questões e vai precisar se posicionar. E se ela se posicionar no sentido mais liberal que vá contra, né, o direito das mulheres, ela não tem como se denominar parteira de fato.*

Parece-nos que a humanização de G. está mais alinhada à questão da garantia de direitos sexuais e reprodutivos e relacionada a um movimento mais amplo de mulheres que os reivindicam:

> *Essa luta de mudança pela assistência é uma luta de mulheres, né, do movimento de mulheres. Então, o curso de obstetrícia, ele vem para somar, né, porque aí a gente tem um encontro, então, do movimento de mulheres com as profissionais que vão entender essas mulheres, né.*

Nesse sentido, aquilo que a obstetriz defende como humanização se aproxima daquilo que Diniz (2005) chamou de assistência baseada nos direitos (*rights-based*). Essa é uma das muitas práticas de humanização apontadas pela autora e, segundo ela, deve ser compreendida na chave da legitimidade política da reivindicação e da defesa dos direitos das mulheres na assistência ao parto. Essa versão do que é humanizar o parto e o nascimento está intimamente atrelada à tradição do feminismo como movimento social e a problematização dos aspectos extra técnicos das práticas de saúde direcionadas às mulheres, tendo em vista o sentido político dessas práticas (DINIZ, 1997).

A natureza aparece no discurso de G., embora de maneira distinta das formulações das duas primeiras obstetrizes que entrevistamos. Seu discurso se aproxima de uma das tradicionais estratégias discursivas do movimento de humanização clássico, aquela do retorno a uma vida mais natural (TORNQUIST, 2002). Contudo, seu discurso está profundamente relacionado aos

impactos do modo como lidamos com a natureza nas relações socioeconômicas e não a uma preservação do processo 'mais natural' do parto como um fim em si:

> *Eu vejo esse movimento crescendo, né, e entrando junto, pegando a onda dessa coisa do movimento por aquilo que é mais orgânico, mais natural. Então, a questão dos alimentos, né, dos tecidos, de como a gente consome, né, a indústria em todos os sentidos, alimentícia, têxtil, serviços. Então, eu vejo o crescimento. É claro que em contrapartida a resposta também é tão forte quanto... Na verdade mais, né. Então, a história toda do ecossocialismo, enfim. Eu acho que tá dentro disso assim, porque para além de todos os benefícios biológicos e físicos, né, do parto normal; existe também um menor uso de tecnologias duras, menos gastos, né. Então, tem uma questão também difícil do tempo, porque o tempo que se usa para um parto normal é maior do que uma cesárea. Nesse ponto pega um pouco, porque aí os hospitais, as grandes empresas vão dizer <<mas aí você fica ocupando esse leito>>. Por outro lado, a gente entende que existe um fundamento muito importante de trabalhar na atenção básica, né. Então, não é só sobre o parto, é sobre toda uma promoção de saúde que, consequentemente, vai gerar queda dos custos, né. Então, eu vejo dessa forma.*

As vantagens socioeconômicas às quais ela associa uma prática que utiliza a natureza a seu favor a levam, assim como F., a defender a importância da implementação desse modelo na atenção básica a fim de que sejam prevenidas possíveis complicações evitáveis e, consequentemente, poupados os recursos para manejá-las.

Ao ser questionada sobre os princípios que norteiam sua prática, G. argumenta que o parto humanizado não pode ser reduzido a um estereótipo e que é o respeito à mulher e àquilo que ela traz consigo que humanizam a assistência:

> *E é isso que a gente tenta também mostrar para essas mulheres <<olha, o parto humanizado não significa você parir embaixo da árvore, né, ou dentro do mar ou numa banheira com musiquinha e incenso>>. Não, pode ser também, mas não necessariamente. A humanização, ela se refere a respeito, né, a ver a mulher nesse contexto mais amplo, como eu falei, entender quais são as demandas dela, demanda da família, né, do companheiro ou companheira, se ela é uma mãe solo, enfim. Você precisa ver isso, não pode ignorar, né, esses aspectos. Então, a humanização nada mais é do que isso*

Assim sendo, a obstetriz tem uma postura muito clara em relação ao uso de tecnologias no parto. Para ela, as intervenções devem ser feitas em função das necessidades de cada mulher, em uma assistência pautada pelo que as mulheres estão passando quando escolhem um parto humanizado.

Tendo em vista seu posicionamento político, G. não se furta a criticar uma certa elitização do acesso ao trabalho das obstetrizes autônomas. Ela afirma que isso lhe causa certo

desconforto, pois tem se dedicado a esse tipo de assistência após sua saída do sistema público. Desse modo, ela adiciona que outro princípio fundamental de seu trabalho é o esforço de tornar mais acessível esse tipo de assistência. Para tanto, ela argumenta que se esforça para atender as mulheres com condições socioeconômicas incompatíveis com os valores de seu atendimento: *Assim, eu penso que não faz sentido, pra mim, deixar de atender alguém porque a pessoa não pode pagar ou porque não pode pagar o valor que eu estou cobrando. Eu faço 1001 estripulias pra que isso seja possível*.

M. foi a quarta obstetriz que entrevistamos. Para ela, a relação com a obstetrícia e o movimento de humanização é permeada por sua experiência como mulher negra e periférica. Ela afirma o quanto valoriza sua formação, mas tem um tom crítico em relação às disciplinas do eixo assistencial e o modo como estão pouco conjugadas às discussões do eixo de ciências humanas, sociais e da saúde, espaço no qual pensamos sobre a assistência que queremos e propomos:

> *Eu acho que perto de vários outros profissionais da área da saúde – eu só me dei conta disso quando eu fui trabalhar no hospital – a minha formação é muito boa. Eu me dei conta disso, foi muito triste, mas quando eu pisei no hospital, eu pensei <<nossa, eu estou muito bem formada>>. Mas ao mesmo tempo, pensando na própria proposta do curso... Então, eu sou formada em obstetrícia e entrei na Escola de Artes, Ciências e Humanidades da USP em 2010. E aí, dentro disso eu conheci um curso que tinha uma proposta de humanização, de olhar integral, né, de atenção com equidade, enfim, tudo isso não se molda dentro do curso. Pelo menos ao longo das disciplinas que a gente tem, né. Eu acho que, por mais que a gente tente deixar as disciplinas mais integralizadas, isso não acontece. Então, a gente sempre falava assim, que a gente tinha três eixos, né. O eixo de biológicas, o eixo de questões psíquicas e sociais, não sei se dá pra chamar assim, e o eixo de questões assistenciais. Eu acho que justamente nesse eixo assistencial é onde as outras coisas não casavam, né.*

Quando questionamos se ela já havia refletido sobre o que a levaria a ter um olhar crítico a esse aspecto de sua formação, ela argumenta que sua crítica vem da sensação de estranhamento que marca sua inserção na graduação. Seu estranhamento decorre da vivência da negritude dentro da universidade, em um espaço ocupado majoritariamente por mulheres brancas, algo muito distante de suas vivências anteriores:

> *Então, essa é uma pergunta interessante, né, poucas pessoas conseguem ter um olhar crítico pro ambiente que elas estão acostumadas. E eu não tava acostumada com aquele ambiente, um ambiente majoritariamente de pessoas brancas, que tinham uma outra classe social do que eu. Eu morava no Ermelino Matarazzo, né, vim de uma vivência de escola pública, onde tinha pessoas que eram iguais a mim, que tinham uma vivência parecida com a minha, né. E eu acho que é isso.*

> *Geralmente, a gente vive num ambiente e a gente naturaliza esse ambiente. Entrar na universidade, pra mim, foi esse choque. Eu comecei a olhar pra universidade e pensar "Nossa, tem muita coisa errada aqui".*

Ela relata que, em sua vivência universitária, precisou implementar algumas estratégias de sobrevivência. Em um lugar onde é preciso estar constantemente atenta e alerta, parece-nos que um senso crítico aguçado é indispensável.

De fato, a formação em obstetrícia é orientada pelo compromisso de formar "profissionais preparados para implementar o modelo de atenção integral à saúde da mulher" (EACH, 2017, p.8). A integralidade é uma das diretrizes do SUS, por meio da qual se preconiza uma assistência que ultrapasse a lógica da cura de doenças, partindo do princípio de que as pessoas são indissociáveis de seus contextos sociais, familiares e culturais e devem ser compreendidas dessa maneira nas práticas de atenção à saúde (Marcio Costa de SOUZA et al., 2012). Entretanto, M. argumenta que há certas dificuldades para que essa proposta seja plenamente realizada, porque ainda há uma certa idealização da mulher no âmbito do movimento de humanização do parto. Para ela, *a gente ainda não tá nem perto, né, de conseguir verdadeiramente atender a todas as mulheres de maneira igualitária*. Para implementar a atenção ao parto que as mulheres merecem e necessitam, é preciso uma humanização que se mostre mais sensível às diferenças entre mulheres:

> *Primeiro porque as pessoas trabalhavam justamente a humanização, que é isso que pode ser tudo ou nada, né. Discutia a humanização a partir de uma mulher universal, né. Então, a gente tinha essa mulher universal e era uma mulher branca, né, uma mulher gestante, uma mulher que se sentia confortável em ser mãe, né. Uma mulher que tava querendo, por exemplo, saber o que era o parto, o que era um pré-natal, que tava acontecendo com o corpo dela. Então, a gente partia muito desse pressuposto, né, que todas as mulheres seriam assim e que até aquela mulher que não quisesse uma gestação, era só ela ter um apoio, ali, profissional, uma escuta que ia ficar tudo bem, né.*

Tendo em vista sua crítica contundente, questionamos se ela se considerava parte desse movimento. Sua resposta indica uma relação ambivalente de pertencimento e exterioridade:

> *Eu acho que eu estou, sim, dentro do movimento de humanização. Isso é inegável, né. Trabalho nessa filosofia, em lugares que têm essa filosofia, mas eu acho que, talvez, a crítica me afaste enquanto indivíduo, né. Enquanto pessoa coletiva ali, que faz parte de uma classe de profissionais, que são as obstetrizes, né – é mais específico, né, as obstetrizes que trabalham com parto domiciliar –, eu acho que eu estou inclusa automaticamente aí nesse movimento. Não tem como eu dizer que eu não tô, mas eu, enquanto indivíduo, me sinto distanciada, justamente por essas críticas, né. E por ser uma mulher negra também. Acho que talvez, não vou negar,*

> *talvez se eu fosse uma mulher branca, eu me sentiria muito mais inclusa enquanto indivíduo, do que uma mulher negra, né.*

Ao dizer que está, sim, dentro do movimento de humanização, mesmo não sendo contemplada por um certo ideal, ela se engaja em um projeto de humanização distinto daquele que lhe causa desconforto. Ela toma a humanização como um empreendimento coletivo, cujas definições estão em disputa em cada uma de nossas práticas. Assim, apesar de cada uma das parteiras ter seu próprio conjunto de práticas que definem como humanizadas, existem certos discursos profundamente institucionalizados no âmbito desse movimento, os quais M. e outras obstetrizes não se furtam a problematizar.

Nesse contexto, ela sugere que o modelo de mulher universal presente no movimento de humanização acaba sendo perpetuado nas disciplinas assistenciais, e afirma: *às vezes não vai caber, assim, muito bem*. Nem todas as mulheres querem e, principalmente, precisam das mesmas coisas: é preciso reafirmar a perspectiva privilegiada das mulheres na definição das próprias necessidades. Às obstetrizes caberia fornecer informações, compartilhar aquilo a que temos acesso por meio de nossas perspectivas como profissionais da saúde. Isso a leva a fazer um deslocamento para a discussão da autonomia na assistência ao parto e à saúde da mulher:

> *Eu acho também que a gente fala muito sobre humanização e discute muito sobre isso, mas a gente tem que começar também a falar sobre autonomia. Acho que até agora a gente não entendeu ainda o que é promover uma assistência autônoma, né, que tem que estar acima do nosso ego de profissional. Eu acho que a gente tem muita dificuldade de lidar com isso. A gente, me coloco muito nesse lugar. Eu acho que a gente, obstetriz, especificamente. Colocar a humanização abaixo do nosso ego, né, aquilo que a gente acha que aquela mulher precisa passar, que a gente acha que aquela mulher precisa ter.*

Mais uma vez, a idealização aparece como um problema. Anteriormente, vimos críticas em relação à idealização da assistência humanizada, dessa vez, é a idealização da mulher parturiente que está em questão. Nessas circunstâncias, não há como uma mulher ideal ser sujeito da assistência, pois ela acaba deslocando as mulheres concretas do centro da assistência, cujas necessidades e demandas devem guiar nossas práticas.

O conteúdo de sua crítica é também sua forma de atuação. Para M., é importante não partir de uma mulher universal para oferecer uma assistência que leve em consideração as necessidades concretas de cada mulher. Claro, para fazê-lo é preciso estar atenta ao contexto de assistência, pois aquilo que ela entende como práticas humanizadas parece variar de acordo com esse mesmo contexto em que mulher e profissional estão inseridas. Além de sua

experiência de inserção em um hospital estadual do SUS, M. trabalha em um coletivo de mulheres negras voltado à promoção de saúde e acompanhamento de partos domiciliares que tem a população negra como público-alvo. Quando a questionamos sobre os princípios que norteiam sua prática, ela afirma que há uma certa diferença quando se trata de um parto domiciliar planejado e de outros contextos assistência:

> *Assim, acho que pra trabalhar com parto domiciliar você precisa se orientar, em primeiro lugar, na informação – informação nítida e transparente – e no processo autônomo do corpo do outro, da vivência familiar do outro. Acho que esse é o princípio de tudo. É entender que eu tenho que dar uma informação transparente e construir, né, construir junto com aquela pessoa um plano terapêutico para ela, individualizado. Que eu acho que é isso que o parto domiciliar propõe e promove, né, uma assistência completamente individualizada*

Segundo ela, quando se trata de lugares em que a própria obstetriz tem sua autonomia reduzida, o mínimo que se pode fazer é compreender que, diferente de quem está envolvida com a experiência da gestação e do parto a ponto de planejar um parto domiciliar, aquilo pode não ocupar um lugar na sua vida que uma certa humanização pressupõe:

> *Eu fui lá para assistir o parto dela, mas a questão dela... o parto pode ser a questão importante da vida dela, né. E faz diferença eu entender isso no momento do parto, né. Eu vou lá só para atender o parto, mas faz muita diferença entender isso. Eu acho que a gente não sai [do curso] entendendo isso.*

Desse modo, apesar dessas diferenças, há um princípio geral que a norteia. Ele não fornece fórmulas específicas, mas orienta seu olhar (e sua escuta) para o que cada uma das mulheres tem de singular. Ela pontua que o curso forneceu uma ferramenta para que ela pudesse implementar práticas que deixassem de lado a mulher universal e a tornassem sensível às necessidades de cada uma delas:

> *Mas eu acho que uma das coisas que eu aprendi muito, muito, muito no curso pra assistência, foi a escuta. Através da escuta, você consegue delinear muito bem e mesmo que você se sinta, né, em déficit com algumas questões da formação, se você consegue ouvir o outro, ouvir e fazer uma leitura verdadeira de uma pessoa, você consegue pensar numa linha de cuidado muito, muito, assim, como eu posso dizer? Com equidade, sabe? De verdade, eu acho que é isso.*

Por fim, entrevistamos L., uma obstetriz que se encontra inserida em uma equipe de parteiras que acompanham partos domiciliares e hospitalares, desde que a instituição aceite equipes particulares. Logo após a graduação, ela trabalhou em um hospital municipal, no qual permaneceu por um breve período, retirando-se para atuar em um contexto domiciliar com uma obstetriz mais experiente. L. explica que, por muito tempo, seu público encarnou um certo tipo

de humanização. A obstetriz pontua que as pessoas que a procuravam buscavam um parto mais natural, sem intervenções, com o objetivo de recuperar um modo ancestral de parir:

> *As pessoas que procuravam antes, o perfil de mulher que me procurava antes pro parto em casa, era um perfil muito bem definido. Assim, eram mulheres que têm um estilo de vida diferenciado, né, já têm uma prática mais holística, já têm uma vivência às vezes até ancestral mesmo. Então já foi passado por várias gerações, essa visão, né. Então não posso excluir o fato de que, logo no começo, as mulheres que me procuravam tinham uma condição financeira mais elevada, uma condição não só financeira, mas acadêmica também. Então, sim, são pessoas que têm um outro tipo de conhecimento sobre o corpo.*

Assim, essas mulheres buscavam uma assistência que correspondesse a uma certa idealização no âmbito da qual o parto humanizado coincide com um parto natural. Se, de fato, você atende apenas essas mulheres, o parto humanizado será indiscernível do parto natural, já que é a demanda e a necessidade delas. L. argumenta que, mesmo nesses casos, o que torna sua assistência humanizada não é o fato de que o parto seja o mais natural possível e sim sua capacidade de atender às necessidades dessas mulheres que estão buscando um parto sem intervenções:

> *Então, assim, o que é exatamente humanização, eu acho que para esse grupo específico que eu atendo, esse olhar muito mais sensível mesmo pro que ela precisa e não para um padrão de assistência, eu posso dizer que, sim, isso é humanizado, porque eu tô olhando a individualidade daquele ser.*

Quando questionamos se, além de atender as demandas desse grupo, ela se entende como uma profissional humanizada, L. argumenta que a humanização do parto é algo que está sendo constantemente revisitado e ressignificado. Para ela, preservar o processo natural é uma entre múltiplas possibilidades de humanizar o parto e não deve ser uma fórmula aplicável a todas as mulheres. Humanizar o parto partindo apenas desse molde resultaria no que ela chamou de uma humanização *realmente muito quadradinha*. Nesse contexto, ela argumenta que, se a humanização se resume a isso, ela não seria uma profissional humanizada. O que humaniza suas práticas de atenção ao parto é traçar uma trajetória que projeta qual seria a assistência ideal para cada uma das mulheres, mas que permaneça sensível às demandas que as mulheres apresentam ao longo do processo:

> *Então, se eu for falar dessa humanização, que é realmente muito quadradinha, né, passa uma imagem de que é inflexível, dá pra dizer que eu não sou. Mas se a gente buscar realmente na raiz da palavra da humanização, né, o que é realmente humanizado, que é um tratamento mais humano, eu acredito que é isso. A gente traça uma trajetória para ela e se tiver vírgulas nessa trajetória, a gente vai*

> *contornando. A gente vai dando recursos para ela lidar com uma dor ou se precisar de uma transferência*

Ao pensar no que seria ideal para as mulheres, é difícil não se basear em parâmetros universalizáveis: temos recomendações de organizações de saúde, estudos e evidências científicas que prescrevem boas práticas, tomando as mulheres como um todo homogêneo. Claro, disso decorrem certas normatividades. Nesse sentido, L. pontua que temos um ideal pautado naquilo que aprendemos que é correto, mas que isso não deve simplesmente se sobrepor às demandas das mulheres. Como vimos anteriormente, se temos uma visão privilegiada como profissionais, as mulheres também o têm: elas veem algo que não vemos do lugar em que nos encontramos. Para L., é preciso tornar a humanização menos normativa:

> *Eu percebo que essas escolhas, elas são muito pautadas no que a gente acha que é correto, né. Então tem algumas mulheres que se sentem até um pouco envergonhadas ou se sentem julgadas quando não escolhem um pacote da humanização, né. Então o discurso começa assim <<ah, eu quero um parto natural, mas eu tenho muito medo da dor, eu não queria ficar em casa se eu tivesse com muita dor e eu queria me respeitar, eu queria entender como é o processo de parir em casa e se eu precisar, eu gostaria de uma analgesia>>. E aí eu me deparo com uma questão, que é onde que meu discurso ou no discurso mesmo das pessoas que atuam, né, ou até na formulação mesmo do que a gente passa para essas mulheres, onde que tá subentendido que o parto não pode ser assim? Sabe? De que o parto não respeita esse lugar, por exemplo, da analgesia? Óbvio, né, no SUS tem muitos hospitais que não possuem esse recurso por questões financeiras mesmo, recurso humano. Pra cada parturiente teria que ter um anestesista ou pelo menos pra cada três parturientes um anestesista. Isso é... além de medicamento, maquinário, profissional, isso é muito custoso pro SUS. Mas a minha realidade, ela é um recorte. Dentro da realidade que eu trabalho, isso é uma possibilidade. Então, onde é que tá no meu discurso o que falhou?*

Quando questiono princípios que orientam sua prática, ela afirma que seu trabalho está fundamentado na autonomia e no respeito ao corpo. Em primeiro lugar, ela afirma que sua equipe tem o projeto de fortalecimento da autonomia da obstetriz como uma profissional capacitada para a assistência ao parto e à saúde da mulher. Ela argumenta que, diante da hegemonia de uma obstetrícia excessivamente medicalizada, a obstetriz tem sua legitimidade como profissional constantemente questionada:

> *Então autonomia mesmo, ela ainda tá bem limitada. Primeiro porque a nossa assistência ela é vista como inferior à do médico, então ela já é muito medicalizada, né. E aí, a nossa atuação já diminui um pouco, porque o saber, principalmente das parteiras, ele é muito questionado.*

O princípio do respeito ao corpo é, de certa forma, uma versão do princípio da autonomia aplicado às mulheres:

> *O outro eu acho que é respeito ao corpo da outra pessoa, né, ao corpo que eu tô atendendo. Porque uma coisa é o que eu acho que é bom pro parto, né, uma coisa é o que as evidências mostram que é bom pro parto, outra coisa é a escolha dessa mulher, né. Então ela sabe o que cabe para vida dela, ela sabe o que é melhor. Então quem tá na prestação de serviço passa essa informação então. A gente vai se moldando de acordo com o que essa mulher quer. Então a humanização, parece que, hoje em dia, tá muito mais assim: eu tenho um molde e você mulher se encaixa nele e não deveria ser assim, né. Deveria o profissional se moldar para o que essa mulher quer.*

Uma atenção ao parto baseada nesse princípio implica uma atuação flexível. Nesse caso, o que será humanizado para uma mulher, não será para outra. Isso não significa que não haja nenhum elemento que possa ser universalizável reverberando em sua atuação, pelo contrário. Os repertórios que baseiam suas condutas como obstetriz são compostos por certos conhecimentos adquiridos ao longo de sua formação, que funcionam como diretrizes gerais em sua prática. A questão é que tais diretrizes não devem ser colocadas acima das necessidades das mulheres e sim utilizadas para que ela ofereça a melhor assistência possível para cada uma delas. Nesse cenário, o grande desafio de seu trabalho seria como coordenar suas convicções como profissional engajada em um movimento, aquilo que as evidências científicas preconizam e as demandas e necessidades das mulheres.

Em suma, tendo em vista nosso conjunto de entrevistadas, é possível afirmar que suas vivências e o percurso que seguiram após a formação foram fundamentais no modo como se relacionam com os conteúdos articulados no curso de obstetrícia e com os repertórios que circulam no contexto amplo da humanização do parto. A partir desse lugar, elas irão se relacionar com instituições, como a medicina, tecnologias e discursos institucionalizados, sejam eles hegemônicos ou não. Em sua entrevista, M. afirma que uma postura crítica depende do que cada um faz daquilo com que entra em contato na formação. A graduação em obstetrícia oferece um conteúdo crítico em ciências sociais, humanas e da saúde, que possibilitou a essas obstetrizes fazerem críticas a certas práticas associadas ao movimento de humanização e às lacunas em sua formação, principalmente aquelas que decorrem do modo como os discursos desse movimento são vinculados no curso. Em nossos diálogos com as obstetrizes, notamos críticas aos elementos que afastam a assistência das necessidades e demandas de mulheres concretas e a fazem flutuar em meio a um ideal de humanização, a um ideal de mulher e às normatividades que decorrem da naturalização do parto sem intervenções.

Consequentemente, pudemos observar bem como a humanização é um conjunto muito heterogêneo de práticas discursivas e não discursivas, unidas sob um mesmo termo. Assim, conforme destaca Diniz (2005), esse termo é caracterizado pela polissemia, de modo que esse movimento se apresenta como um ponto de articulação de práticas que podem ser conflitantes ou não, dependendo do sentido que a humanização assume. À medida que alguns discursos se tornam mais hegemônicos que outros, vemo-nos diante de um campo de tensões no qual as obstetrizes entrevistadas estão profundamente engajadas.

2.2 O que está na valise das obstetrizes?

Para que pudéssemos compreender quais são os recursos dos quais as obstetrizes dispõem para agir no parto, colocamos para elas uma questão muito simples: quais tecnologias vocês costumam utilizar quando intervêm no parto? Nossa intenção era que elas pudessem compartilhar aquilo que utilizavam durante o processo e entendiam como intervenções. Desse modo, logo antes do início da entrevista expusemos nosso objetivo e explicamos que estávamos trabalhando com uma visão mais ampla de tecnologias, sem restringi-las a equipamentos médico-cirúrgicos.

Essa visão mais ampliada de tecnologias nos aproximou à noção de valises, utilizada por Emerson Merhy (2000;2006) para descrever as caixas de ferramentas tecnológicas que as/os profissionais têm à sua disposição para agir conforme as finalidades que almejam no encontro com aquela/e a quem direcionam suas práticas. Segundo o autor, existem três tipos de valises:

> uma, vinculada a sua mão e na qual cabe, por exemplo, o estetoscópio, bem como o ecógrafo, o endoscópio, entre vários outros equipamentos que expressam uma caixa de ferramentas tecnológicas formada por "tecnologias duras"; outra, está na sua cabeça, na qual cabem saberes bem estruturados como a clínica e a epidemiologia, que expressam uma caixa formada por tecnologias leve-duras; e, finalmente, uma outra, presente no espaço relacional trabalhador–usuário, que contém tecnologias leves implicadas com a produção das relações entre dois sujeitos, que só tem materialidade em ato (MERHY, 2000, p. 109).

Nesse contexto, entendemos por tecnologias uma gama de instrumentos que incluem desde tecnologias leves, como a conversa e a escuta, a duras, como o amniótomo[8].

F. afirma que a mera presença da obstetriz já é uma intervenção no processo. Para ela, *só a obstetriz estar presente já é uma intervenção, né*. Isso porque elas carregaram os saberes

[8] Instrumento utilizado para romper artificialmente a bolsa amniótica.

estruturados que fundamentam sua atuação, suas vivências e convicções, as lentes sob as quais visualizam e significam as necessidades das mulheres parturientes. Conforme afirma Merhy (2000), ao tomarmos alguém como objeto de nossa intervenção o inserimos em um processo no qual essa pessoa, seu mundo e suas necessidades são significados sob uma forma muito particular.

Na análise realizada na primeira parte desse capítulo, pudemos perceber que as obstetrizes trabalham com a diretriz de realizar o mínimo possível de intervenções. Esse possível, contudo, pode variar em cada trabalho de parto, pois nem todas as mulheres terão as mesmas necessidades, mesmo que um objetivo geral de assistência seja compartilhado para cada uma delas. Por mais que a redução de intervenções seja uma das diretrizes dessas profissionais, elas possuem recursos para agir no trabalho de parto. As falas de J. deixam claro que há sempre uma certa imprevisibilidade no parto, mesmo que esmiucemos seus mecanismos, classifiquemos seus períodos e tenhamos projeções daquilo que acontece na maior parte dos casos.

J. argumenta, assim, que as parteiras têm uma postura caracterizada pela *paciência ativa*, agindo conforme vão identificando a necessidade de intervir. Ao fazê-lo, começam utilizando tecnologias mais leves, avançando em direção às mais duras e invasivas caso o fim da intervenção não seja alcançado. Nesse sentido, J. afirma:

> *A gente [as obstetrizes] vai do menos invasivo para o mais invasivo, sempre. Então, se eu precisar virar essa mulher de ponta cabeça pra esse nascimento, beleza, eu vou virar. Porque eu sei que se não funcionar, eu vou ter que usar uma intervenção um pouco mais forte, eu acho, para isso.*

2.2.1 Comunicação: saber falar e saber ouvir

A questão *quais tecnologias vocês costumam utilizar?* suscitou respostas que incluem desde tecnologias da ordem das relações, até procedimentos que são prerrogativas de outros profissionais. Para todas as obstetrizes entrevistadas, a comunicação foi uma das primeiras respostas. J. argumenta que, para que a obstetriz possa atender as demandas e necessidades das mulheres, *a primeira coisa é saber ouvir, né. Então, ouvir no sentido de ouvir aquela mulher e ouvir o que ela tá passando e como ela tá passando*.

A comunicação, todavia, não se resume à escuta. Para G., comunicar-se com a mulher é um processo de troca, por meio do qual as obstetrizes interferem efetivamente no processo. A obstetriz argumenta que esse processo de troca é o instrumento do qual as obstetrizes dispõem para acolher as demandas, identificar as necessidades e informar de maneira clara o que está acontecendo:

> *Sendo muito sincera, a comunicação, a minha fala, a forma como eu uso a minha voz, é o principal. É o que eu mais uso pra intervir. Eu digo que a comunicação é mais importante, porque me comunicando eu consigo escutar a mulher, consigo saberd o que ela tá precisando, o que ela tá sentindo, qual é a questão ali, né. E consigo também me fazer mais clara com ela.*

Para M., o diálogo é a primeira forma de intervenção efetiva, isso porque ela entende que o parto é um processo constante de convencimento:

> *Particularmente, eu uso muito o diálogo. Acho que o diálogo é o primeiro modo de intervenção efetiva. Às vezes você dialoga ali e você não precisa fazer nada, né. Só pegar a pessoa e falar <<Pessoa, olha aqui para mim, vamos conversar, né. Que tá acontecendo? Que você tá sentindo?>>. Eu acho que é isso. O diálogo, eu acho que é a intervenção que eu mais utilizo. Que a gente, em conjunto, mais utiliza. A todo momento a gente tá dialogando com a mulher, né e fazendo... Porque eu acho que é isso, né, o trabalho de parto é um processo de convencimento. Você fica lá o tempo inteiro convencendo aquela pessoa de que ela vai conseguir, né, que é possível.*

F. e L. argumentam que o diálogo estabelece uma relação de confiança entre mulher e parturiente, facilitando, inclusive, o processo de negociação em casos de intervenções que, a princípio, não eram desejadas e se fizeram necessárias. F. faz questão de pontuar que a criação de vínculo no pré-natal e informar a mulher sobre o que está acontecendo no corpo dela no momento do parto fazem toda diferença:

> *A mulher, é muito difícil desconfiar quando você fala que vai transferir, porque você também tá indo lá, sabe? Ou, até quando você fala assim: "Então, eu vou romper sua bolsa porque o coraçãozinho não tá muito bem", ela não vai questionar, porque ela sabe que você tá fazendo o melhor para ela ali. Eu acho que é construção de pré-natal diferente, uma criação de vínculo diferente. Então... E também ela não se sente desconfiada porque ela sabe o que tá rolando, né. Então, a gente, não, a gente não esconde nada, a gente sempre é muito franco. Que elas também pedem, né, até no plano de parto, que falem a verdade e a gente não é de mentir. Então, elas confiam muito nisso.*

De maneira análoga, L. afirma que a comunicação sobre a eventual necessidade de intervenções é fundamental para o trabalho da obstetriz e para que as mulheres tenham uma

experiência mais positiva, mesmo nos casos em que intervenções mais invasivas se façam necessárias, principalmente em urgências e emergências:

> *Aos poucos eu fui entendendo que eu precisava discutir isso com as mulheres durante o pré-natal. Mesmo que aconteça em 1% das vezes, né, então minha chance de uma hemorragia pós-parto de uma placenta retida é de 1%, eu preciso falar pra ela. Inclusive, isso pode acontecer. Então durante o pré-natal, a gente tem conversado muito sobre isso. E quando a gente tá fazendo coisas, a gente não consegue ser tão clara, não consegue explicar. Então a gente atua e depois conversa com ela o que aconteceu. Então já durante o pré-natal, ela sabe que isso pode acontecer.*

Vimos que, para algumas obstetrizes, garantir a autonomia da mulher parturiente e posicioná-la como sujeito do processo de parturição estão entre os princípios que norteiam suas práticas. Nesse sentido, retomamos a fala de J., situando a importância de informar a mulher na promoção de uma assistência verdadeiramente humanizada:

> *Eu acho que passar informação de qualidade e essa mulher conseguir ter o corpo dela sabendo o que tá acontecendo, tanto na gestação, quanto no parto, então uma coisa meio de empoderamento, mesmo, desse processo que foi tirado da gente.*

J. argumenta que apenas assim poderemos forjar alianças com as mulheres que privilegiem sua autonomia nesse processo, de modo que toda escolha seja fundamentada em informações transmitidas com clareza pelas profissionais. Consequentemente, informar a mulher sobre o que está acontecendo com o corpo dela é um passo fundamental, condição *sine qua non* para que as mulheres sejam sujeitos dessa assistência:

> *E eu acho que uma opção livre de escolha, né, ela conseguir escolher livremente todas as opções que existem, que seja uma cesariana, eu acho que a gente não pode lutar pelo parto normal a qualquer custo se essa mulher não quer esse parto normal. Só que, ao mesmo tempo, eu preciso que ela tenha informação de qualidade para isso. Se ela tiver todas as informações referentes a isso, se puder escolher livremente, acho que é isso que embasa minha prática, que as mulheres sejam livres.*

Além disso, J. utiliza a comunicação para mudar os termos por meio dos quais compreendemos a experiência do parto, interferindo no modo como as mulheres vivenciam esse momento. Para ela, o modo como falamos sobre o processo pode tornar a experiência de parto mais positiva ou não:

> *Então, a forma que eu falo é uma dessas coisas. Então, ao invés de falar que na contração ela vai sentir dor, eu falo que a contração é uma onda, que ela vai passar por ela, né. Então, isso é uma coisa que eu, particularmente, gosto muito. É a gente sair um pouco dessa experiência de parto dolorosa e violenta pra uma experiência de parto que simplesmente vai acontecendo.*

2.2.2 Tensionando o modelo biomédico: o uso de terapias complementares

Em segundo lugar, é comum que elas utilizem recursos exteriores ao modelo biomédico ocidental e que, ultimamente, têm recebido crescente incentivo e sido incorporadas na agenda pública sob o nome de práticas integrativas e complementares (BRASIL, 2006). Tais recursos caracterizam uma forma alternativa de cuidado, orientado ao paradigma holístico de atenção à saúde (Octávio Augusto CONTATORE et al., 2015). Aqui, essas profissionais estão em diálogo com um outro paradigma de atenção ao parto, ao qual Davis-Floyd (2001) chamou de holístico. No âmbito deste, parte-se do princípio da unidade entre corpo, mente e espírito, um todo definido como um campo de energia em constante interação com outros campos de energia (DAVIS-FLOYD, 2001). Os discursos, preceitos e práticas de cuidado do paradigma holístico de atenção ao parto, sobre o qual pouco comentamos, acabam tendo ressonâncias nas práticas de humanização, visto que tencionam de maneira contundente a concepção mecanicista do corpo inerente ao paradigma tecnocrático. Entre as práticas complementares citadas por três das obstetrizes entrevistadas encontramos a homeopatia, a acupuntura e aromaterapia e auriculoterapia.

O eixo assistir, cuidar e gerenciar do curso de obstetrícia conta com uma disciplina chamada "Terapias Complementares na Assistência", cujo objetivo é familiarizar as profissionais em formação com "paradigmas de saúde não convencionais" (EACH, 2017, p. 56). Sendo assim, as obstetrizes também dispõem de instrumentos vinculados a outros saberes que não caracterizam aqueles que fundamentam a medicina ocidental. Além disso, as profissionais entrevistadas também contam com seus próprios cursos e formações complementares que as auxiliam a utilizar tais recursos da maneira adequada.

Em nossa análise, pudemos perceber que a escolha de incorporar tais elementos na atuação está pautada pelo princípio de que algo não valorizado na medicina tradicional pode ser um instrumento de promoção de uma experiência mais positiva e, consequentemente, de redução de outros tipos de intervenção mais invasivas. J. argumenta, por exemplo, que *o cheiro consegue transformar a vivência daquele processo*. F. pontua que as terapias complementares não são utilizadas para acelerar o processo – até porque, caso fosse necessário, as obstetrizes possuem outras tecnologias mais duras em suas valises –, mas para maximizar as condições favoráveis a um parto com o mínimo possível de intervenções:

> *E ajudam muito, né, tipo muito mesmo, em tudo. E o que a gente sabe é que o bebê vem no tempo dele, né. Então, a gente faz a acupuntura, por exemplo, eu não faço pro bebê nascer, porque a gente sabe que ele vem no tempo dele, ele tem 42 semanas, mas eu faço para melhorar o ambiente, eu faço para melhorar a posição. Quando ele vier, ele vier bem.*

2.2.3 Tecnologias duras: o corpo como instrumento e o instrumento no corpo

Daqui em diante, as respostas de nossas entrevistadas vão se se encaminhando em direção ao uso de tecnologias mais duras para intervir no processo de parturição:

> *M. – E aí se você ouviu, falou, abraçou, chorou, mexeu na ambiência da casa, né, e você tá vendo ali que alguma coisa não tá fluindo, né. Então aí, a gente pensa em fazer alguma intervenção nossa, né. Propor algum exercício, mudança de posição. né. A partir disso você tá literalmente, para mim, intervindo no processo, né. Que até aí você tá deixando a mulher andar, ser livre, virar de cambalhota, sei lá.*

Quando as obstetrizes já utilizaram as tecnologias leves de que dispõem e não conseguiram atingir seu objetivo, elas começam a recorrer a seus instrumentos materiais. O primeiro deles não cabe bem na definição de Merhy (2000; 2006) de instrumentos como produtos que envolvem aquilo que chamou de "trabalho morto" em seu processo produtivo. Contudo, diríamos que são tecnologias duras no sentido de que as obstetrizes dispõem de sua materialidade como um instrumento de intervenção no parto.

Aqui, referimo-nos ao uso da materialidade do corpo da mulher parturiente, por meio de exercícios e posições específicas, utilizando a anatomia a favor do nascimento. Nesse sentido, as obstetrizes entrevistadas se referem a um método denominado *Spinning Babies* (marca registrada), o qual, conforme explica J., consiste em *basicamente usar o corpo da mãe a favor do nascimento. Então, posições que a mãe faz ao longo da gestação e do trabalho de parto, pra que esse nascimento seja mais fluido, né.*

Segundo o *website* do método, ele foi criado pela parteira estadunidense Gail Tully. A proposta é oferecer uma terceira perspectiva para a dicotomia entre tecnologia e natureza no parto, uma vez que ambas não precisam excluir-se uma à outra (SPINNING BABIES, sem data, tradução nossa). Trata-se, portanto, de utilizar a materialidade da própria natureza como instrumento de intervenção no parto, trabalhando com o corpo de maneiras novas. Para nossas entrevistadas, o objetivo é utilizar o corpo da mulher e do bebê, antes de recorrer a outras tecnologias duras.

L. argumenta que

> *É algo que, realmente, ajuda muito no parto, muito, muito, muito. Então a gente entender com um olhar muito mais específico, saber que não é somente que a mulher faz força e que o bebê faz uma rotação, mas que sim, as partes moles do corpo, né, a pelve tá muito ligada, os tendões, o tanto de tensão que tem naquele corpo.*

A mesma obstetriz, todavia, submete o uso do método a um exercício reflexivo. Recorrer ao método implica, de certa forma, interferir na liberdade da mulher de se posicionar. É preciso fazê-lo quando, na verdade, não há nenhum problema objetivo que requeira soluções? Nesse sentido, L. questiona se não o estaria utilizando de maneira protocolar, justamente porque ele tem se apresentado como um recurso efetivo para a diminuição de outras intervenções:

> *Diminuiu demais as minhas transferências por analgesia. Porque daí eu posicionei melhor esse bebê, o tempo de duração do trabalho de parto, ele ficou muito mais curto. Só que daí, como tudo que funciona muito bem, o que a gente quer? A gente quer replicar, a gente quer replicar aquele modelo. Então eu, esse ano, fiz uma porcentagem de vezes que eu uso spinning babies. Ele deveria ser utilizado pra casos específicos, assim. Tipo vi um bebê que tá mal posicionado, eu vou lá e utilizo, mas não. Essa já virou uma prática rotineira. Então eu tenho 60% dos meus partos que eu uso spinning babies. Sessenta. Será que 60% dos meus bebês estão mal posicionados?*

Não é apenas a materialidade do corpo da mulher parturiente que entra na valise dessas profissionais como instrumentos de intervenção, mas também a materialidade de seus próprios corpos. Com suas mãos, a obstetriz pode intervir no parto dos mais diversos modos. M. garante que o toque é uma das intervenções que ela utiliza no parto, trazendo uma afetividade que dá recursos para que as mulheres lidem com a dor ritmada prolongada:

> *Eu acho que o toque, ele também ajuda muito assim. Às vezes, segurar na mão, né, fazer massagem, fazer um carinho no cabelo, sabe? Ou então deixar a pessoa encostar em você, chorar.*

Nessa conjuntura, o toque é o contato físico entre obstetriz e parturiente utilizado como estratégia para fornecer à mulher apoio físico e emocional. Entretanto, as obstetrizes também utilizam suas mãos para realizar outros tipos de procedimentos. Um deles é a redução manual de colo, cujo uso é bem controverso no campo da humanização. Nos aprofundaremos nessa discussão no quinto capítulo, quando discutirmos um dos casos relatados pelas entrevistadas. A esse propósito, G. pontua que as mãos são um dos instrumentos mais versáteis e importantes de sua atuação:

> *As mãos da parteira... A parteira, ela é isso, né, a gente se resume às mãos. É o que a gente põe de fato pra jogo, né. E eu uso as mãos em vários sentidos, né. Eu uso as mãos, às vezes, só pra encostar na mulher. Uso as mãos pra intervir, no sentido de virar a cabeça do bebê, se precisar, reduzir colo, né, que é quando a gente*

> *empurra o colo, faz com que ele dilate no dedo. Então, isso é uma coisa que a gente usa muito e que na faculdade, por exemplo, eu achava um horror. Pensava <<gente, que absurdo, né>>. E é um absurdo se isso é usado de rotina.*

Além disso, as mãos serão um dos primeiros recursos utilizados para o manejo de urgências e emergências, conforme afirma G. ao citar as manobras em casos de distócias de ombro e de hemorragias pós-parto decorrentes de hipotonia uterina. Em contextos nos quais há liberdade para parir em posições não supinas, o algoritmo A SAIDA[9] recomenda que utilizemos o corpo da mulher parturiente para facilitar o desprendimento, recorrendo, se necessário, a manobras manuais (Melania AMORIM, et al., 2013). Para o controle de hemorragias, os primeiros instrumentos utilizados pelas obstetrizes são suas mãos, para realizar massagem uterina e compressão bimanual do útero.

Caso essas estratégias não funcionem, a materialidade do corpo se associa a outras tecnologias duras. No controle de hemorragias decorrentes de hipotonia uterina, por exemplo, administra-se ocitócitos e outros medicamentos. Nesse sentido, M. pontua que, além das tecnologias leves, ela faz uso de outras tecnologias duras, como o uso de substâncias uterotônicas no terceiro período, a fim de evitar hemorragias: *O que mais? Massagem uterina, medicação, né, no pós-parto. São várias intervenções, pegar acesso, por exemplo*.

Ainda assim, o uso de tecnologias duras não está restrito ao manejo de urgências e emergências. As obstetrizes entrevistadas afirmam que as utilizam igualmente para conduzir o trabalho de parto, caso as tentativas com tecnologias mais leves não tenham cumprido seu objetivo. J. e F. argumentam que, caso seja necessário, elas podem recorrer à ruptura artificial das membranas do saco amniótico, também conhecida como amniotomia, procedimento feito com um instrumento específico e estéril, denominado amniótomo.

Logo, além da materialidade do corpo, são muitos os instrumentos da parteira que se encaixariam na tradicional definição de tecnologias duras, feita por Merhy (2000;2006). Conforme destaca L., essas profissionais carregam para o parto suas caixas de ferramentas, no sentido literal:

> *Olha, se eu for te falar todo o material que eu tenho... Eu tenho carro e eu vou de carro para os partos e o meu porta-malas, ele não existe para minha vida pessoal. Eu, quando eu vou escolher um carro, eu pergunto quantos litros cabe no porta-*

[9] O mnemônico A SAIDA consiste em: A = chamar ajuda, avisar parturiente, aumentar agachamento; S = pressão suprapúbica; A = alterar posição para quatro apoios (manobra de Gaskin); I = manobras internas (Rubin II, Wood, parafuso invertido); D = desprender ombro posterior; A = avaliar manobras de resgate. Com as três primeiras manobras, os autores têm observado sucesso em mais de 90% dos casos (AMORIM et al., 2013)

> *malas. Não quero saber se ele é potente, quantos quilômetros faz por litro, a potência. Risos. Então a gente tem uma lista, né, de materiais e recursos técnicos. Então vai desde oxigênio, cilindro de oxigênio, né, de pelo menos três litros. Então a gente precisa ver sempre a manutenção desse oxigênio, ver se ele tá recarregado todas as vezes. Então tem... Além de ter o material, a gente precisa checar se ele tá completo. Então, material de reanimação neonatal. Então a gente tem ringer, a gente tem soro fisiológico, a gente tem equipo. A gente tem medicamentos, né, então a gente tem seringa, agulha. A gente tem material específico pra punção, então jelco, garrote e swab. A gente tem kit também pra caso aconteça alguma laceração, então tem kit sutura, gase, luva estéril, xilocaína. Então antes do parto a gente dá uma checada em todo esse material e pro parto em si o que eu acabo levando? A banqueta que é algo que eu deixo lá e se a mulher quiser utilizar, ela utiliza.*

Em algumas das intervenções citadas pelas obstetrizes há o uso de tecnologias duras que exigem a transferência para o hospital, caso o parto esteja acontecendo no domicílio da mulher. Tais intervenções podem se fazer necessárias tanto para o manejo de urgências e emergências, como uma hemorragia de difícil controle, quanto para a condução do trabalho de parto. Um desses casos é o uso da ocitocina. As obstetrizes afirmam que essa é, de fato, uma das possibilidades, sempre argumentando que recursos como esse são utilizados em casos de real necessidade. F. argumenta que pode haver uma diferença no uso de ocitocina no contexto hospitalar e em partos domiciliares, já que a parteira tem mais autonomia para dispor de outras estratégias e a transferência é algo mais trabalhoso. Tendo em vista sua atuação em um hospital estadual localizado na zona sul da cidade de São Paulo, ela argumenta que, nesse contexto, ela acaba intervindo para *reduzir danos*.

Nossas entrevistadas ainda citaram tecnologias cujo uso não é prerrogativa das obstetrizes, como o vácuo-extrator, o fórceps, a analgesia e cesárea. Desde que utilizadas quando houver necessidade, elas entendem que não estão interditadas no parto humanizado. Nesse sentido, J. argumenta que elas utilizam recursos menos invasivos antes de partir para essas intervenções, mas que elas não estão descartadas. A questão é que elas pressupõem um trabalho em equipe que não pode se dar no parto domiciliar:

> *Porque eu sei que se não funcionar, eu vou ter que usar uma intervenção um pouco mais forte, eu acho, para isso. E aí, as outras coisas são: ocitocina, que eu posso ter que usar em algum momento. Romper bolsa é uma outra delas. Reduzir o colo acaba sendo uma prática que a gente faz. O uso do vácuo extrator. Não sou eu que acaba fazendo uso disso, né, parteira no nosso país não pode usar o vácuo, mas o médico vai. Só que a gente, ali, junto acaba participando desse processo, sim, só não sendo a pessoa que faz essa intervenção. Então, o vácuo-extrator. O fórceps é muito pouco usado na nossa medicina, principalmente no parto humanizado, mas, se houver necessidade, em alguns pequenos casos ele existe. E a cesariana também, eu acho que é uma intervenção boa, né, usada como deveria ser usada na vida.*

> *Acho que são essas, um pouco. Ah, e analgesia. Não é minha preferida, mas ela é muito boa*

Diante da fala da obstetriz, questiono como essa intervenção deveria ser usada, a fim de compreender minimamente quais são os critérios de necessidade das obstetrizes:

> *Pesquisadora – Tá. E como é que a cesariana deveria ser usada?*
>
> *J. – A cesariana deveria ser usada, a meu ver, quando houver um risco real para mãe e para o bebê. Eu acho que esse é o momento exato da cesariana entrar em ação, né, que é quando o médico deveria entrar em ação, na verdade. Então, eu tenho um profissional superespecializado, com muitos anos de estudo com muita prática, mas muita prática na intervenção. A intervenção, sei como que eu posso separar aqui a intervenção mais leve da intervenção mais forte, mas é esse profissional super capacitado que a meu ver deveria entrar quando ele tivesse um real momento, né. Então, eu acho que quando a gente precisa, um bebê que não tá bem, que não responde bem, a gente deveria usar a cesariana. Ou, então, se a gente tem alguma disfunção entre mãe e bebê, que esse bebê realmente não nasce, a gente chama hoje de desproporção céfalo-pélvica isso, que é quando aquele bebê e aquela pelve não são compatíveis e ele não nasce de parto normal, ele precisa nascer de uma outra via. E que bom que existe a cesariana, porque antigamente ia acontecer que ou essa mãe ou esse bebê ia vir a óbito, né.*

Na fala de J., fica claro que o risco é um dos elementos centrais da determinação do que torna necessário ou não utilizar determinadas tecnologias no trabalho de parto. Contudo, nas análises anteriores pudemos perceber que esse não é o único critério. Tendo isso em vista, no próximo capítulo analisaremos como o risco atravessa essa decisão e quais são os outros elementos que as obstetrizes consideram para intervir ou não no parto.

2.2.4 Saberes estruturados: as tecnologias que fornecem o fundamento para a ação

Se olharmos apenas para tecnologias leves e duras, algumas questões permanecem sem respostas. Por exemplo, como as obstetrizes sabem que tipo de exercício utilizar ou em qual momento? Como são detectadas situações em que a cesariana se faz necessária, como a desproporção céfalo-pélvica? Quanto a isso, Merhy (2000;2006) argumenta que há um conjunto de tecnologias leve-duras que atravessa de maneira transversal o uso de tecnologias leves e duras: os saberes estruturados.

Sobre o uso de exercícios no parto, J. afirma:

> *Eu sei que se eu mudar de posição eu consigo fazer com que essa mulher tenha um parto mais tranquilo, com menos dor ou então até mais rápido por esses exercícios. Então, particularmente, eu gosto muito desse tipo de prática*

Eu sei. Que saber é esse? É preciso, no mínimo, dominar repertórios de anatomia, conhecer os mecanismos do trabalho de parto e a fisiologia desse evento. É dessa maneira que as obstetrizes podem implementar práticas que utilizam o corpo a favor do parto. Agora pensemos na cesariana em casos de desproporção céfalo-pélvica. Além desses mesmos saberes, existem protocolos claros de ação, para que as/os profissionais reconheçam as situações em que a cesariana é realmente indicada:

> *Pesquisadora – E como é que você detecta uma desproporção céfalo-pélvica?*
>
> *J. – Em termos técnicos, o que a gente usa hoje é quando eu tenho uma mulher que está com dilatação total, ela já tomou analgesia, então, ela já passou por todas as intervenções mais leves e chegamos numa intervenção um pouco mais intensa, aí, na analgesia e ela já tá com quatro horas desse processo de dilatação total em analgesia e não houve mudança nenhuma do bebê no plano na pelve. Então, ele tá sempre no mesmo plano, ele não desceu nada, a cabeça dele não fez giro nenhum. A gente detecta como desproporção céfalo-pélvica*

Nas análises realizadas até o momento, pudemos perceber que as disciplinas que constituem a formação acadêmica dessas profissionais não são os únicos saberes que fundamentam a escolha por utilizar esses recursos. No quarto capítulo discutiremos com mais detalhes quais saberes fundamentam a atuação dessas profissionais.

À primeira vista, as obstetrizes se encontram alinhadas com as recomendações da Organização Mundial de Saúde (1996), implementando uma assistência cujo objetivo seria manter mulher e bebê saudáveis, praticando o mínimo possível de intervenções, sempre em compatibilidade com a segurança. Esse mínimo, contudo, é que pode variar. No próximo capítulo, veremos que a segurança, isto é, o manejo dos riscos cumpre papel central em suas práticas de atenção ao parto, mas elas não podem ser resumidas a isso. Como já pudemos perceber em algumas das falas das obstetrizes discutidas neste capítulo, elas precisam levar em consideração outros elementos, coordenando-os com o manejo de possíveis complicações.

3 QUANDO INTERVIR? ENTRE RISCOS, DEMANDAS E NECESSIDADES

De acordo com Merhy (2000), há uma tensão constitutiva do processo em saúde. Essa tensão é caracterizada pelo encontro entre as profissionais, com suas valises tecnológicas, e as mulheres parturientes, com suas demandas e necessidades muito particulares. Enquanto a segurança não é colocada em questão, o espaço interrelacional é o lugar onde nossos consensos, evidências e protocolos são colocados em questão. Tendo isso em vista, discutiremos a seguir como a noção de risco atravessa a atuação das obstetrizes no parto e como elas a coordenam com os outros elementos que levam em consideração para intervir ou não nesse processo.

3.1 O que conta como risco?

Segundo Spink (2018), os discursos sobre risco definem territórios linguísticos que demarcam campos de gestão da vida, tanto no nível populacional, quanto individual. No interior de cada campo de gestão da vida, desenham-se formas específicas de falar sobre risco, as quais estão presas às três tradições de discursos sobre o risco identificadas por ela em sua longa trajetória nesse campo de análise (SPINK, 2018). A primeira tradição antecede a emergência da própria noção de risco e diz respeito à fala do senso comum sobre perigos e infortúnios imprevisíveis, que fogem da possibilidade do cálculo. Essa tradição é pouco considerada nas análises, mas se faz presente no modo de falar sobre riscos no cotidiano. A segunda está atrelada à emergência desse conceito e o modo como marca uma nova forma de se relacionar com o futuro na pré-modernidade, e sua consolidação como maneira de se relacionar com o futuro característica da modernidade clássica. Essa estratégia de "domesticação do futuro" (SPINK, 2018, p. 17) coincide com a emergência da população como problema de governo, movimento por meio do qual a economia se tornou o novo fundamento das estratégias de gestão da população, e a estatística se tornou seu principal instrumento técnico. Nesse contexto, esses discursos sobre o risco se apoiam na demografia, nas estimativas e nos cálculos sobre a relação entre recursos e habitantes, sobre a vida e sua duração provável: aquilo que Foucault (1976/2015) chamou de gestão calculista da vida. Segundo Spink (2018), essa tradição referenda medidas coletivas, mas também, como subproduto, introduz processos de disciplinarização da vida privada das pessoas. Por fim, a terceira tradição, a do risco aventura, ressignifica o risco como algo positivo. Em pleno diálogo com os esportes e a economia, institui o risco como prática necessária para alcançar certos ganhos (SPINK, 2018).

A primeira coisa que pauta a ação dessas profissionais no trabalho de parto é garantir a segurança da mulher e do bebê com o mínimo possível de intervenções. Para tanto, as obstetrizes planejam a assistência levando em conta o risco provável e manejando o risco "real" de morbimortalidade materna e neonatal, materializado e localizado em cada trabalho de parto. Pudemos perceber que as obstetrizes estão localizadas entre duas tradições da linguagem dos riscos. O modo como essa noção as orienta para intervir no trabalho de parto é uma mescla da noção de risco perigo, característica do senso comum, e do risco probabilidade. Pois a atuação dessas profissionais precisa levar em consideração os cálculos e projeções populacionais e a constante possibilidade de algum evento indesejado não previsto, não associado à gestação de risco habitual, não previsto pelas estatísticas, mas que se apresente como ameaça ao bem-estar físico tanto da mulher parturiente quanto do feto. Se reconhecermos, como fazem as obstetrizes, que há sempre algo de singular em cada trabalho de parto, no momento em que essas profissionais estão assistindo uma mulher parturiente o risco deixa de ser apenas probabilidade, algo da ordem da abstração.

Em primeiro lugar, o risco probabilidade é utilizado como recurso para regulamentar quem pode ou não ter um parto domiciliar. Caso haja a presença de algum fator que altera a classificação de risco da gestação, deslocando-a do risco habitual para o risco intermediário ou alto, o parto domiciliar se torna uma impossibilidade. As obstetrizes se orientam por tais protocolos, com o objetivo de promover um parto seguro:

> *G. – Então, é claro que a gente tem uma série de protocolos, não é qualquer mulher que pode ter um parto domiciliar, né, precisa ter uma gestação de risco habitual, que não tem alto risco, e se a qualquer momento durante a gestação se tornar um caso de alto risco, é contraindicado o parto domiciliar.*

Essa é a primeira forma como o risco atravessa a maneira como uma obstetriz irá ou não intervir no parto, pois será o elemento decisivo que autorizará em qual ambiente as mulheres devem parir. Vimos que o domicílio é um lugar que possibilita às obstetrizes e parturientes mais autonomia e liberdade para utilizar todos os recursos menos invasivos de que dispõem antes de partir para tecnologias mais duras. Além disso, F. argumenta que se espera mais tempo para intervir no parto domiciliar do que no parto hospitalar, onde a autonomia da obstetriz está reduzida:

> *F. – É, a gente tem algumas coisas, né. Por exemplo, em um parto domiciliar, a gente vai levando. A gente não tem, não trabalha com tempo, né. Mas, é claro, que a gente vê que tá passando algum tempo e a criança, né, o bebê começa a dar algum deslize, a gente vai avaliar. Em casa, a gente começa com uma intervenção mais*

> *sutil, mas no hospital, o que a gente fala <<o coraçãozinho não tá tão bacana, o cardiotoco não tá tão bacana, então vamos tentar acelerar esse processo>>. É um expulsivo que tá muito demorado? Cada vez que vem a contração o coração também cai, do bebê? A gente vai acelerar esse processo. Então, acho que são medidas para não ter maus desfechos. Diferente de medidas de se acelerar porque a gente precisa daquele leito.*

A obstetrícia, ao pretender-se ciência, produziu seus consensos sobre o tempo normal de progressão do trabalho de parto. Tais parâmetros universalizantes de normalidade são úteis para orientar nossas práticas, mas podem não contemplar partos que, embora mais lentos, são normais e não colocam em risco o bem-estar materno fetal. Segundo João Paulo Souza et al. (2018), o parto é um fenômeno extremamente variável e a avaliação da dilatação cervical em função do tempo é um mau preditor de desfechos adversos graves. Quando se trata de partos concretos, é preciso trabalhar com uma outra temporalidade. O que está acontecendo naquele momento, isso implica em algum perigo para mulher e bebê? Nesse momento, as projeções da probabilidade interessam muito pouco e o risco volta a se apresentar como perigo objetivo, aquilo que J. chamou de *risco real pro bebê ou um risco real pra mãe*. Isso não tem a ver necessariamente com o senso comum, mas com uma outra temporalidade, que não é a das grandes projeções de um risco futuro, mas do aqui e agora.

Caso as urgências venham a se tornar emergências que requeiram manejo imediato, essa flexibilidade diminui. Segundo J., quando se trata de intervir ou não no trabalho de parto, a segurança é o aspecto mais importante a se considerar. Nesse sentido, ela afirma que a primeira coisa à qual precisa estar atenta são os sinais que indicam que o bem-estar materno-fetal está em risco:

> *Pesquisadora – E saindo um pouquinho dessa parte das definições e tudo mais, eu queria ir pra um aspecto um pouco mais das suas experiências concretas de atenção ao parto, da sua prática mesmo. Eu queria que você me contasse um pouquinho… Alguns partos precisam mesmo de intervenção, acho que você deixou claro na sua fala e eu queria que você compartilhasse comigo como é que você decide quando é o momento de intervir. Você pode usar situações concretas, eu queria entender um pouco esse processo*
>
> *J. – Ah, então, tem algumas situações que a gente acaba fazendo intervenções. Então, eu acho que a primeira delas é quando a gente tem um risco iminente de alguma coisa. Ou um risco real pro bebê ou um risco real pra mãe. Então, esse é um dos tipos de intervenção, né. Então, quando eu vejo que um bebê não tá dando conta desse trabalho de parto, eu preciso fazer algumas intervenções pra que ele melhore e pra que ele acabe nascendo mais rápido mesmo, sem grandes repercussões. Então, acho que essa é uma delas.*

A respeito do *risco real* citado por J., questiono como ele é identificado:

Pesquisadora – Eu queria que você me explicasse como é que você detecta esse risco real

J. – Tá. O principal jeito de eu conseguir detectar um risco no trabalho de parto é auscultando o BCF do bebê, o batimento cardíaco do bebê. Então, a gente tem dois aparelhos que a gente usa: um deles é um sonar, que a gente consegue fazer uma ausculta intermitente desse coração do bebê e ele consegue me dizer o quão dando conta ele está do trabalho de parto, o quão tá sendo ok para ele passar por esse processo; e a gente tem a cardiotocografia também, que é um aparelho que eu tenho que prender na mulher, ele é um pouco mais invasivo porque eu tenho que colocar duas fitas na barriga dela, e ele me dá um gráfico em torno de vinte minutos, ali, de como que esse bebê está respondendo ao processo. Então, são dessas duas maneiras, né, nesses dois aparelhos, mas é o batimento cardíaco do bebê que me diz se tá tudo bem ou se não tá. Uma outra forma que a gente consegue ver também é se, por algum motivo rompe bolsa dessa mulher, a gente tem uma presença de um líquido sujo de mecônio, né. Claro que não posso olhar o mecônio sozinho, mas eu junto o mecônio com o batimento do bebê, são dois sinais que me dizem que esse bebê não tá bem, Uma outra forma é a pressão arterial da mãe e os sinais vitais da mãe, né, e a perda sanguínea no pós-parto. Pressão, oxigenação dessa mulher, como é que está sendo. São os parâmetros que eu consigo ver.

Apesar de a percepção desses sinais estar atravessada pelos saberes estruturados, há uma dimensão que diz respeito ao desenrolar de cada trabalho de parto e exige que as obstetrizes estejam presentes e atentas durante todo o processo. Aqui, o manejo dos riscos requer que elas mobilizem seus saberes à luz dos sinais identificados pela observação atenta do trabalho de parto. Essa observação também inclui nossas "próteses" (HARAWAY, 1995), tecnologias duras que ampliam não apenas o olhar, mas os outros sentidos também: sonar, cardiotocógrafo, esfigmomanômetro, estetoscópio, oxímetro.

Uma das falas das entrevistadas sobre a hemorragia pós-parto ilustra bem o modo como saberes estruturados e observação dos sinais fundamentam a identificação dessa intercorrência e a necessidade de intervir, a relação entre o *eu sei* e o *eu tô vendo*:

Pesquisadora – Como é que você decide qual que é o momento de intervir?

G. – Olha...
Pesquisadora – Se você quiser usar exemplos para dar até uma concretude

G. – É, são várias coisas. Eu acho que tem um tanto de: eu estudei, eu sei que tal complicação, sei lá, uma hemorragia acontece de tal forma e eu tô vendo isso se desenhando aqui na minha cara, então, eu preciso intervir.

Utilizando a hemorragia pós-parto como exemplo, M. argumenta que existem situações em que não há muito espaço para negociação, ao contrário das situações em que não há nenhum risco iminente:

> *M. – Então acho que existe esse tipo de intervenção, que é a intervenção que você não tem que perguntar, você tem que fazer, mas a família de um parto domiciliar já tá muito preparada para isso. Ela sabe que se acontecer aquela situação você vai fazer isso, isso, isso, isso e aquilo. E isso não é opcional, né. Mas uma família que tá, por exemplo, nessa situação de bolsa rota, você pode intervir, você consegue negociar com eles, você consegue ter um diálogo, pra você conseguir delinear a conduta terapêutica que você vai manter.*

Segundo F., a transferência é uma delas:

> *F. – Uma coisa que a gente deixa bem claro é: se a gente fala que vai transferir, é porque vai transferir. Não adianta discutir comigo, sabe? Porque, simplesmente, eu vou ter que ir embora, porque ali não está mais seguro para os dois e eu não consigo mais passar essa segurança para os dois.*

Visando a segurança no processo, as obstetrizes recorrem à transferência caso as intervenções empregadas não sejam efetivas no manejo das intercorrências:

> *L. – Se eu tenho uma hemorragia pós-parto que eu não consigo controlar em casa, eu já durante o parto falo que essa mulher está em trabalho de parto pro plano B. Ele fica de sobreaviso, quando nasce, eu aviso que nasceu, aviso que dequitou, aviso peso. Mando fotinho também, [pra] dizer <<olha não só estão bem, como estão vivos>>. Então uma tecnologia que a gente usa é mesmo o WhatsApp, assim, uma comunicação muito rápida. E aí se precisa de uma intervenção, esse plano B já tá de sobreaviso que a gente vai pro hospital, que o sangramento tá aumentado. Então já sabe quais as etapas, inclusive, que a gente fez em casa, então não vai repetir o processo no hospital. Então por isso o plano B, ele precisa ser muito bem estruturado, precisa ter uma afinidade, inclusive, da parteira com o médico.*

G. argumenta que a transferência é um momento que requer muita assertividade, uma vez que as mulheres desejam muito parir em casa. Segundo a obstetriz, isso, inclusive, é um dos fatores que fazem com que elas aceitem melhor a gama de intervenções que essas profissionais têm a oferecer para resolver os problemas que requerem solução durante o parto:

> *Pesquisadora – Você já falou que as mulheres costumam aceitar melhor, né, essa assertividade. Por que você acha que isso acontece nesse contexto específico [parto domiciliar]?*
>
> *G. – Porque elas querem muito parir em casa, né. Então, tem isso. Elas querem que funcione. O pavor delas é ter que sair de casa, e aí sim, essa conversa já não é tão fácil. <<Olha, a gente precisa ir para hospital>>, isso é mais difícil e exige mais assertividade ainda, né. Quando a obstetriz decide que tem que transferir, não tem conversa. Nesse momento, não tem conversa; as outras coisas a gente ainda*

> *consegue, eventualmente, negociar, mas esse momento não. Talvez por isso ele seja o mais crítico, né. Então, eu vejo que elas têm mais facilidade de aceitar as outras intervenções, porque elas tão assim <<meu, faz qualquer coisa, mas essa criança precisa nascer aqui>>, sabe?*

Contudo, J. pontua que o vínculo construído no pré-natal e a relação de confiança entre obstetriz e parturiente contribui para que as mulheres aceitem uma transferência ou mesmo um desfecho indesejado como a cesariana:

> *J. – Se eu disser para essa mulher que o bebê dela realmente não está bem e ele precisa nascer de uma cesariana, por mais que seja a coisa que ela menos quer na vida, ela vai falar <<ok, vamos pra cesariana agora>>, né, sem grandes titubeios ou dúvidas disso. Ela ainda vai sofrer bastante por isso, porque não era o que ela desejava, mas ela sabe que ninguém ali enganou ela. Então, eu acho que a verdade é o principal caminho dessa relação. Você põe os interesses dela na frente do seu, então, eu quero que esse bebê nasça não é porque eu cansei do trabalho de parto, porque eu tenho uma festa para ir à noite.*

Aqui, voltamos a insistir: não estamos afirmando que essas profissionais perdem de vista o risco probabilidade, muito pelo contrário. Quando as obstetrizes têm noção de que em dada proporção dos partos acontecem hemorragias e a quais fatores ela costuma estar associada, elas poderão planejar sua assistência, estar alertas e preparadas para agirem, utilizando as tecnologias que estão ao alcance. Segundo a OMS,

> A hemorragia pós-parto (HPP) é comumente definida como uma perda de 500 ml de sangue ou mais no período de 24 horas após o parto, enquanto a HPP grave é definida como uma perda de 1000 ml de sangue ou mais dentro do mesmo período de tempo. A HPP afeta aproximadamente 2% de todas as mulheres que dão à luz: ela não somente está associada a quase um quarto de todas as mortes maternas no nível global, como também é a principal causa de mortalidade materna na maioria dos países de baixa renda. A HPP é um contribuinte significativo para a morbidade materna grave e incapacidade prolongada bem como para várias outras condições maternas graves geralmente associadas à perda de sangue mais substancial, incluindo choque e disfunção orgânica (OMS, 2014, p. 8).

No Brasil, o cenário não é diferente. A hemorragia pós-parto está entre as duas principais causas diretas[10] de mortalidade materna (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021). Diante dessas informações, as obstetrizes reconhecem a necessidade de preparar a si mesmas e às mulheres para esse tipo de situação. Os materiais que as obstetrizes carregam, os esclarecimentos que prestam em seus contratos, as informações sobre possíveis complicações que fornecem durante o pré-natal, tudo isso está atravessado pelo risco probabilidade. No capítulo anterior, a fala de

[10] De acordo com Ruy Laurenti, Maria Helena de Mello Jorge e Sabina Léa Davidson Gotlied (2008, p. 283), estão entre as causas diretas as "complicações obstétricas na gravidez, no parto e no puerpério devidas a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos resultantes de quaisquer dessas causas mencionadas".

L. permitiu que vislumbrássemos o que compõe a lista de materiais que uma obstetriz deve levar para o parto, caso haja alguma eventualidade. As obstetrizes entrevistadas também lembraram dos esclarecimentos que fazem durante o pré-natal, preparando a mulher gestante para as intercorrências que podem acontecer e quais seriam as condutas das obstetrizes diante desses acontecimentos. Nesse sentido, F. afirma

> *F. – Uma coisa que a gente fala muito lá no domiciliar, a gente fala tudo que pode acontecer no nosso contrato. A gente fala tudo que pode acontecer, o que a gente transfere, o que a gente não transfere.*

Em suma, é em torno da linguagem dos riscos que as obstetrizes organizam conceitualmente sua assistência e, consequentemente, fundamentam suas práticas no trabalho de parto. Elas se orientam por projeções populacionais dos riscos inerentes à gestação e ao parto, bem delimitadas por estudos de orientação epidemiológica que fundamentam políticas, legitimam ou deslegitimam certas práticas em detrimento de outras. No entanto, ao focarmos na dimensão que o risco assume na singularidade de cada parto, teremos que mudar nossos repertórios. Há, sim, uma dimensão de suas condutas que está relacionada à tradição da gestão de populações, mas o risco no parto também envolve um perigo que se apresenta como possibilidade, algo que escapa dos cálculos epidemiológicos, das probabilidades de ordem populacional. O risco perigo, aquele *risco real para mãe e bebê*, materializado nas urgências e emergências, que, segundo as obstetrizes, é o primeiro aspecto que as leva a intervir no parto.

3.2 Além do risco: pautando intervenções pelas demandas e necessidades das mulheres

Anteriormente, vimos que a ação das obstetrizes é orientada, de modo mais geral, pela manutenção da segurança com o mínimo possível de intervenções. Ainda assim, o manejo dos riscos não é o único motivo para essas profissionais intervirem no parto. Para nossas entrevistadas, a/o profissional, com suas tecnologias e convicções, é deslocada/o do centro da atenção, para que as mulheres possam ocupar esse lugar. Como argumenta L., não é a mulher que deve se conformar à humanização, mas a humanização que deve estar centrada em seus desejos e necessidades. Dessa maneira, caso não haja algum *risco real*, a intervenção e o uso de tecnologias será resultado de um constante processo de negociação entre mulher e obstetriz, atravessado pela expertise técnica desta última.

Quando questionamos sobre quais elementos considera na hora de intervir no parto, J. argumenta que, tirando o risco iminente ao bem-estar materno-fetal, são os desejos da mulher parturiente que pautarão suas condutas:

> *J. – E eu não sei se tem a ver, mas uma outra coisa que a gente observa e que a gente acaba interferindo é com os desejos dessa mulher. Então, a gente conhece a mulher durante a gestação e a gente sabe o que ela deseja de parto, qual que é o sonho dela mesmo para esse nascimento e algo que ela não gostaria de jeito nenhum, né. Então, é legal a gente ter esse conhecimento e no trabalho de parto a gente acaba fazendo algumas intervenções pra que isso não ocorra. Então, um exemplo é um bebê que ele tá muito perto de nascer, mas as contrações dessa mulher não são tão efetivas, né. Esse bebê vai nascer em algum momento, só que ele vai demorar um pouco mais e ela não quer uma analgesia de jeito nenhum, por exemplo. Tem formas que eu consigo otimizar esse nascimento, pra que ela não peça uma analgesia, porque sei que para ela é algo muito ruim, analgesia. Então, às vezes eu consigo ligar uma ocitocina pra que esse bebê nasça mais rápido, do que pedir uma analgesia, por exemplo.*

Notamos, portanto, que mesmo intervenções que ela não faria – idealmente – não estão descartadas de antemão. Em seu relato, ela pontua que pode empregar as tecnologias que tem à sua disposição para evitar que essa mulher seja submetida a algo indesejado. Nesse caso, a atuação dela não está pautada por algum princípio a priori relacionado a um ideal de humanização, e sim pela demanda que essa mulher trouxe durante o pré-natal.

Aqui, sentimos a necessidade de diferenciar demandas e necessidades. As primeiras são trazidas pelas mulheres para o parto e podem ser conhecidas ao longo do pré-natal por meio da escuta e da criação de vínculo entre mulher e obstetriz. Um dos recursos dos quais essas profissionais dispõem para se familiarizaram com as demandas das mulheres a quem atendem é o plano de parto, uma espécie de descrição do parto ideal. Já as necessidades são construídas no encontro entre a mulher e a profissional que a acompanhará, são localizadas no espaço e no tempo. Recuperando as reflexões de Haraway (1995), as necessidades são sempre situadas, e para identificá-las de maneira adequada é preciso olhar para a mulher em sua integralidade, buscando contemplar a complexidade desse evento. Em que lugar esse parto acontece? Quais são as vulnerabilidades dessa mulher? Sua condição socioeconômica? Qual é seu plano B, o hospital de referência de sua região ou um hospital particular no qual um/a médico/a está à espera? Não podemos dar conta de todos os elementos a serem considerados, pois eles só podem ser conhecidos em situações concretas de parturição. Mesmo assim, nossas entrevistadas fornecem algumas pistas que nos permitem vislumbrar situações em que as obstetrizes reconhecem uma necessidade de intervir que não está relacionada ao risco.

L. argumenta acerca da importância do plano de parto, deixando claro que a função desse instrumento não é apenas projetar o parto ideal, mas também permitir que as obstetrizes visualizem quais são as necessidades das parturientes e possíveis dificuldades a serem superadas, talvez por meio de intervenções no processo:

> *Realmente não é uma visão muito simples de qual é o momento de intervir. Eu já acompanhei parto de três dias e que a mulher tava super bem. Então ela me passou que tava aguentando esses três dias e tava num ritmo bom para o corpo dela. E eu já tive parto de duas horas que realmente a mulher não queria. Então eu acho que... Durante o pré-natal a gente faz um plano de parto, né, tem um plano de parto onde a gente coloca os nossos desejos, o que a gente quer, o que a gente espera do parto e coloca também que a gente imagina que vai ser dificuldade, né. Então se eu percebo depois de ler plano de parto dela que a dificuldade é lidar com a dor, então meu olhar já vai ser muito mais sensível pra essa questão, né.*

Logo na primeira entrevista que realizamos, J. faz um relato que nos interessa nessa discussão. Parece que, nesse caso, o local de parto é o fator decisivo para a maneira como ela interveio no processo. Transcrevemos abaixo:

> *J. – [...]. Então, eu posso contar um caso aqui?*
>
> *Pesquisadora – Pode*
>
> *J. – Eu lembro de um caso que ficou muito marcado para mim. Era uma adolescente, ela tinha 16 pra 17 anos, ela tava sozinha, a mãe conseguiu entrar só no final do parto e era o fim do plantão já. A gente tava à noite, já ia trocar o plantão e a médica residente, ela cuidava desse plantão, né. Então, ela deixava a gente tocar esses partos, só que ela chegou no final do plantão para mim e disse <<olha, se não nascer na próxima meia hora eu vou pegar esse parto pra gente e a gente vai resolver. Porque tem que passar o plantão vazio, né, não pode passar o plantão com alguém em trabalho de parto>>. E aí, eu olhei pra aquela adolescente, aquela mulher que tava ali e fui lá conversar um pouco com ela, ver como é que estavam as coisas e ela tinha um rebordo de colo. Rebordo de colo é quando a mulher tá quase na dilatação total e a gente tem ali 9 para 10 cm e existe uma manobra que a gente reduz esse colo. E aí, eu falei para ela <<olha, eu preciso te ajudar agora, o seu bebê precisa nascer, né>>. E aí, eu fui lá, reduzi esse colo e ela entrou no expulsivo em seguida e o bebê nasceu, enfim, em torno de 20 minutos, nem isso. E eu lembro que a aluna que tava comigo ela veio falar assim <<nossa, o que você fez foi horrível, achei uma atrocidade, não sei por que você mexeu nela>>. Enfim, ficou horas ali, eu deixei ela liberar todos os sentimentos que ela tinha, mas eu falei <<você tem noção do que aconteceria se a gente não reduzisse esse colo? é uma intervenção pequena, né, é algo que não dura nem dois minutos, em termos de dor não aumenta muita dor>> e ela disse <<não, o que ia acontecer?>>. Eu falei <<olha, a residente ia colocar ela em uma posição ginecológica, ela não ia parir na banqueta, como foi, ela ia ficar totalmente vulnerável e eles iam fazer nascer com fórceps. Você tem noção do que é o nascimento por fórceps pra uma menina de 16 anos? A chance de laceração que ia*

> *ter, de machucar esse bebê?>>. E eu lembro que a aluna ficou com o olho arregalado, assim, meio não entendendo muito o que era aquilo, mas eu espero que na vida prática dela ela consiga entender a diferença entre uma coisa e outra e o que a gente tem que pôr na balança mesmo do que dá para a gente fazer.*

É claro que o fato dessa adolescente estar parindo em um local em que frequentemente se privilegia a conveniência do profissional como critério para se intervir no parto foi um dos fatores decisivos para que ela fizesse a redução manual do colo uterino. Contudo, parece-nos que essa decisão só foi possível devido à capacidade da obstetriz de visualizar a complexidade da situação, levando em consideração lógicas institucionais, relações de poder, predicados da mulher parturiente e suas vulnerabilidades.

Sobre a atuação no hospital, F. argumenta que, frequentemente, ela consiste em práticas de redução de danos. Aqui, vale a pena resgatar uma fala já trazida no segundo capítulo para discutir como essa profissional problematiza a idealização da assistência. Seu depoimento evidencia como a redução da autonomia da obstetriz acaba contribuindo para que elas façam o que está a seu alcance para que as mulheres recebam a melhor assistência possível:

> *F. – Ah, a gente aprende o cenário ideal de humanização, de você informar, de você não ter intervenção, de um hospital que atende a pessoa um pra um, de você entender onde ela está inserida, né. Essa obstetrícia que a mulher pode parir do jeito que ela quiser, onde ela quiser e eu acho que depois que a gente se forma a gente entra, assim, em um cenário que é um tanto quanto assustador, né. A gente sai do mundo fantasioso pra trabalhar com redução de danos, né. No SUS a gente faz redução de danos. Então, a gente vai fazendo uma coisa ou outra, até mesmo intervenções pra nascer mais rápido, falando pra mulher, pro médico não fazer um fórceps nela, por exemplo. E aí, a gente vê que nesse cenário que a gente está inserida, a obstetrícia é mais redução de danos, né.*

Tendo em vista o ambiente hospitalar, muitas vezes elas realizam intervenções para evitar que uma transferência se faça necessária:

> *G. – Se você tá no contexto de um parto domiciliar, um bebê com batimento caindo e você tem as opções, ou você transfere essa mulher ou você reduz um colo e faz nascer, né, ajuda pra que o bebê nasça mais rápido, é muito preferível que você escolha a opção de intervir. A não ser que a mulher diga <<eu quero ir pro hospital>>.*

No quinto capítulo discutiremos um caso em que M. realizou uma intervenção que considerava ruim, mas que, naquele caso acreditou ser bem empregada para evitar a transferência, pois no hospital aquela mulher estaria vulnerável a certas violências em função de sua etnia. Quando está acompanhando partos domiciliares, M. mantém em vista que as

mulheres negras podem estar mais vulneráveis à violência obstétrica e racial, o que pautará suas condutas, inclusive na hora de intervir:

> *M. – Provavelmente ela vai chegar lá e além da violência obstétrica, também pode sofrer essa violência racial e essa negligência, isso é bem comum, então acho que isso guia muito, assim.*

Outras questões podem interferir nessa decisão. Em sua primeira entrevista ela relatou um caso em que fez justamente o contrário e transferiu a mulher porque o ambiente domiciliar estava insalubre, devido à violência psicológica de seu companheiro:

> *M. – Então, por exemplo, eu atendi um parto de uma mulher que virou uma transferência. Por que virou uma transferência? O bebê tava bem, tava evoluindo, tava tudo certo. Só que a casa dela estava completamente insalubre emocionalmente. Assim, o marido... Ela sentindo dor e eu lembro que o marido falava pra ela <<Ué, porque tá gritando? Você não queria isso?>>. Era aqueles maridos, não sei se você já conversou com alguma parteira que disse isso, mas você sabe o marido que vai se envolver ou não na primeira consulta. Que tem uns que só tão preocupados com o preço. Esse marido que só tá preocupado com preço, ele dificilmente vai se envolver, ele vai se envolver muito pouco. E era essa pessoa e ele tava assim... Era muito agressivo, o jeito dele tratá-la, enfim, né, ela nunca verbalizou pra gente nenhum tipo de abuso, enfim, mas naquele dia ele tava muito agressivo. Ele tinha uma academia, a academia deles ficava do lado da casa deles, né, e ele do nada tinha aula. Ele ia pra aula enquanto a mulher tava em trabalho de parto e aí ele chamou alguns alunos que estavam na academia, que eram amigos dele, para tomar café, enquanto a mulher tava tendo bebê, sabe, em trabalho de parto. Ele chamou dois casais da família pra ir pra lá, falou <<Ah, o bebê vai nascer, vem aqui>>, que eram pessoas que não tavam nem um pouco no script dela, sabe? A mãe era contra aquilo que ela tava fazendo e a mãe também tava lá e ela tinha duas doulas. Ou seja, aí teve uma hora que a doula brigou com o marido e o marido mandou ela embora, mas a mulher não queria que ela fosse embora. E aí nesse momento, Priscila, eu pensei <<gente, esse parto já deu. Já deu, né, infelizmente>>. Assim, eu lamento muito por essa mulher. Ela teria todas as condições de parir em casa, se não fosse esse contexto. Então, eu acho que isso é uma intervenção, né.*

Portanto, entendemos que as obstetrizes levam em consideração as vulnerabilidades da mulher que estão atendendo e se o local de parto irá maximizar ou minimizar tais vulnerabilidades. Dentre elas, no entanto, a única que faz reflexões sobre uma ação pautada pelas vulnerabilidades étnico-raciais é M., mulher negra cuja atuação se dá em um coletivo de mulheres negras. As outras obstetrizes parecem estar sobretudo concentradas nas vulnerabilidades específicas de cada indivíduo, embora não seja possível concluir que elas não levem esses aspectos em consideração, caso eles se apresentem como uma necessidade a ser considerada.

Além disso, há a possibilidade de alguma intervenção se fazer necessária nos casos em que a mulher atinge exaustão no trabalho de parto. G. apresenta o vácuo-extrator como uma tecnologia que pode ser usada nessas ocasiões. Mesmo que não seja prerrogativa das obstetrizes, consideramos relevante realizar essa discussão, já que é preciso que essas profissionais identifiquem essa necessidade e transfiram a parturiente, caso ela esteja parindo em casa:

> *G. – Ele é usado também em caso de exaustão materna, se a mulher tá muito cansada, não consegue fazer força tão bem, mas o bebê tá perto de nascer. Então, é melhor a gente trazer esse alívio para ela. Então, chama fórceps de alívio, por exemplo, ou vácuo de alívio. E é uma tecnologia que eu aprendi a gostar muito, porque, poxa, você evita uma cesárea, né. Então, assim, tem várias formas de enxergar. Você pode dizer <<nossa, que horror. Se esperasse mais duas, três horas ia nascer sozinho, né>>. No caso da mulher cansada, por exemplo, a mulher tá te dizendo que não tá legal para ela e você não sabe até que ponto vai continuar legal pra aquele bebê também. Mas daí, já são outros 500, porque uma vez que tá tudo bem, tá tudo bem, não seria essa indicação. Mas tem mulher que tá dizendo <<por favor. me ajuda, eu preciso de alguma coisa, tira ele daí>>. Muitas vezes você vai poder ajudar, sim, e aí o vácuo entraria.*

O uso dessa tecnologia nesses casos é fonte de controvérsia entre as entrevistadas. Ao citar o vácuo-extrator como uma possibilidade – defendendo, inclusive, que as obstetrizes possam realizar a extração –, J. argumenta que há situações em que seu uso é necessário e bem empregado, mas que a exaustão materna não é uma delas:

> *Pesquisadora – O você acha que é uma indicação correta dessa extração e o que é uma indicação incorreta?*
>
> *J. – Como qualquer intervenção que a gente faça no parto, nada é inócuo. Não é assim, simplesmente eu vou fazer, vai nascer pronto e acabou. Não, eu tô mexendo no polo cefálico do bebê e é uma coisa muito grande. Então, a real indicação é quando eu preciso abreviar o expulsivo, por algum motivo aquele bebê tá mostrando que ele não tá bem, que pra ele não tá mais seguro aquele trabalho de parto e ele precisa nascer mais rápido. E a forma mais rápida acaba sendo utilizar o fórceps ou o vácuo, do que eu ir pra uma cesariana, tomar anestesia, em termos de tempo mesmo. Essa é a indicação correta. A indicação que eu vejo, na minha prática, que é incorreta, é por exaustão materna. Então, é uma mulher que ficou muito tempo no trabalho de parto, chega no expulsivo exausta, ela tá muito cansada, ela não aguenta mais, só que o bebê tá ali, prestes a nascer. Então, ao invés de aguardar mais uma hora, até que ele nasça, faz-se o vácuo. Mas o vácuo tem um problema, né, ele não é assim, simples de ser feito. O que a gente tem de evidência é que só podem fazer três tentativas. Depois dessa terceira tentativa, a gente precisa ir pra uma cesariana. Então, tem muitas cesarianas que acabam indo, que o vácuo foi feito fora da hora, sabe. Ainda não era o momento, daria pra aguentar mais ali.*

Essa fala evidencia justamente a tensão que há entre o manejo dos riscos e esses outros elementos que as obstetrizes levam em consideração para intervir no processo. De acordo com o argumento de J., o uso dessa tecnologia nesses casos pode ser iatrogênico[11], gerando complicações não previstas e riscos adicionais; ao passo que, para G., seu uso é válido quando houver necessidade de se abreviar o processo por exaustão materna, atendendo às necessidades daquela mulher. Tendo em vista a polissemia característica do movimento de humanização, nota-se que o modo como o manejo dos riscos é coordenado com as demandas e necessidades de cada mulher é marcado por uma dimensão subjetiva, que diz respeito ao que cada uma dessas profissionais entende como humanização do parto.

[11] Medidas terapêuticas que podem provocar efeitos nocivos a quem as recebe, dependendo de seu uso (Estela Regina FERRAZ et al., 1982)

4 SABERES QUE FUNDAMENTAM AS INTERVENÇÕES

Neste capítulo, discutiremos quais saberes fundamentam as intervenções e o uso de tecnologias no parto e veremos como a prática das obstetrizes comporta saberes muito distintos, sem necessariamente hierarquizá-los. Entre eles, estão presentes as disciplinas que estruturam a formação universitária, as evidências científicas e o conhecimento sensível, os quais se conjugam para formar um tripé que sustenta a tomada de decisão. Além disso, as escolhas que nossas entrevistadas fazem são orientadas pela experiência que adquirirem com os anos de prática e com outras obstetrizes ou parteiras mais experientes. Há, ainda, um outro tipo de conhecimento que escapa às formas tradicionais de conhecimentos legitimados[12] no âmbito da assistência ao parto, que as obstetrizes associam à intuição.

4.1 O tripé da tomada de decisão: disciplinas básicas, evidências e conhecimento sensível

Nos capítulos anteriores, vimos que as obstetrizes agem progressivamente conforme identificam a necessidade de intervir no processo, dispondo de seus recursos para atingir um dado objetivo, utilizando-os dos menos invasivos para os mais invasivos. Além disso, pudemos perceber que os saberes estruturados cumprem papel fundamental nesse processo; eles são as lentes por meio das quais as obstetrizes avaliam os acontecimentos nesse processo e se há necessidade de intervir ou não. L. explica que

> *Pesquisadora – E quais são as fontes de conhecimento que você utiliza pra avaliar, quando é que você percebe que precisa de uma intervenção? Tanto na parte mais leve, quanto nos casos de <<ah, é uma emergência, preciso intervir>>*
>
> *L. – Olha, a faculdade me deu essa base biológica. É isso, não é que a gente sai da faculdade sem saber nada de parto, a gente é um profissional extremamente completo. Então, pros saberes mais pragmáticos assim, a gente tem a faculdade, que nos estruturou muito*.

No curso de Obstetrícia, essa base biológica é proporcionada, principalmente, por um conjunto de disciplinas – Fundamentos Biológicos da Obstetrícia (FBO) I a IV – que abordam de forma integrada os conhecimentos fundamentais da morfologia, fisiologia, farmacologia e bioquímica dos sistemas fisiológicos do corpo humano. Os conteúdos tratados I, II, III e IV dizem respeito, respectivamente, aos sistemas nervoso; cardiovascular e respiratório; urinário e

[12] Aquilo que Brigitte Jordan chamou de conhecimento legítimo, ou *authoritative knowledge*, determinado segundo critérios internos aos diferentes campos de atenção à saúde.

digestório; e, por fim, ao sistema endócrino. De acordo com o Sistema de Gestão Acadêmica da Pró-Reitoria de Graduação (Jupiterweb), as disciplinas propõem-se a

> Aprofundar princípios de construção e função das unidades orgânicas desses sistemas enfatizando, sempre que pertinente, as adaptações que ocorrem na gravidez saudável;
> Despertar no aluno raciocínio científico e crítico, favorecendo a integração do conhecimento tecido na disciplina de Fundamentos Biológicos do ponto de vista amplo e geral até o molecular;
> Promover a participação discente como agente do processo ensino-aprendizagem e o desenvolvimento de habilidades na execução de trabalhos em equipe;
> Promover o desenvolvimento das formas de comunicação oral e escrita (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, sem data, web).

Além das disciplinas de FBO, as obstetrizes cursam obrigatoriamente disciplinas que aprofundam seus conhecimentos sobre as bases biológicas do ciclo reprodutivo e anatomia do sistema reprodutor. No segundo e terceiro períodos ideais do curso, tais conteúdos são discutidos nas disciplinas "Anatomia, Fisiologia e Endocrinologia do Sistema Reprodutor" e "Embriologia e Genética", também oferecidas pela Escola de Artes, Ciências e Humanidades. Em 2011, o curso passou por uma reestruturação curricular.

Quadro 4. Disciplinas eixo bases biológicas do curso de Obstetrícia

Disciplinas eixo bases biológicas		
Disciplina	Código	Departamento oferecido
Fundamentos Biológicos da Obstetrícia I	ACH5002	EACH
Biologia Celular	ACH5022	EACH
Fundamentos Biológicos da Obstetrícia II	ACH5003	EACH
Anatomia, Fisiologia e Endocrinologia do Sistema Reprodutor	ACH5044	EACH
Fundamentos Biológicos da Obstetrícia III	ACH5004	EACH
Embriologia e Genética	ACH5043	EACH
Imunologia Básica	BMI0469	ICB

Microbiologia Básica	BMM0126	ICB
Fundamentos Biológicos da Obstetrícia IV	ACH5005	EACH
Processos Patológicos	ACH8616	EACH
Parasitologia Básica	BMP0219	ICB
Farmacologia	BMF0403	ICB
Fisiologia da Gestação, Parto e Pós-Parto	ACH5035	EACH
Nutrição	ACH5063	EACH
Optativa Livre: Placenta e placentação: aspectos básicos e clínicos	BMC0146	ICB
Optativa Livre: Tópicos em análises clínicas	ACH5032	EACH

Desde então, o eixo de bases biológicas é composto por disciplinas oferecidas pelo Instituto de Ciências Biomédicas (ICB), no campus Cidade Universitária. No ICB, as/os obstetrizes cursam Imunologia Básica, Microbiologia Básica, Parasitologia Básica e Farmacologia.

Embora a graduação em Obstetrícia seja atravessada pela compreensão da gestação e do parto como eventos fundamentalmente fisiológicos, o quarto período ideal do curso conta com a disciplina Processos Patológicos, na qual se discutem, segundo o programa resumido disponível no sistema Jupiterweb, doenças inflamatórias e processos imunes, tanto na mulher gestante quanto no neonato; doenças perinatais causadas por bactérias, vírus e fungos; infecções odontogênicas e risco na gestação e os antimicrobianos nas infecções perinatais (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, sem data, web).

Finalmente, no quinto período ideal, a estrutura curricular do curso prevê, desde que tenham cumprido os pré-requisitos, que as/os alunas/os cursem Fisiologia da Gestação, Parto e Pós-parto, que retoma alguns conteúdos já tratados em disciplinas anteriores, abrangendo as adaptações gravídicas em sistemas estudados nas disciplinas de FBO. Além disso, essa disciplina introduz conteúdos que serão mobilizados diretamente na prática clínica pelas/os

obstetrizes, como fisiologia e determinismo do parto, bem como seus períodos clínicos. Abaixo, o programa da disciplina disponível no Jupiterweb:

> Aspectos gerais do ciclo reprodutor feminino, fecundação e placentação. Adaptações do sistema endócrino materno e suas consequências para o metabolismo materno-fetal, crescimento e desenvolvimento fetal, parto e pós-parto. Endocrinologia placentária. Adaptações fisiológicas gravídicas cardiovasculares, respiratórias, digestórias e renais. Circulação fetal e neonatal. Adaptações cardiorrespiratórias do neonato. Fisiologia e determinismo do parto. Períodos clínicos e contratilidade do parto. Fisiologia e modulação da dor do parto. Fisiologia do puerpério e da Lactação (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, sem data, web).

De acordo com o projeto político pedagógico do curso (EACH, 2017), essas disciplinas sedimentam as bases para os conhecimentos específicos sobre a gestação, o parto e pós-parto, despertando o raciocínio científico e crítico por meio da proposta de um processo de aprendizagem ativo, cooperativo. Seguindo as recomendações e diretrizes da *International Confederation of Midwives* sobre o modelo de cuidado que deve ser oferecido pelas obstetrizes, a promoção do raciocínio crítico e científico não se restringe a esse eixo da formação em obstetrícia, estendendo-se às disciplinas que preparam para a prática clínica. De acordo com a instituição, o cuidado ético e competente promovido por obstetrizes é guiado pela educação formal e contínua, por pesquisas científicas e aplicação prática da evidência (ICM, 2014).

Para J., a proposta de uma assistência baseada em evidências científicas é o princípio que norteia a prática das obstetrizes. Segundo ela, apesar de toda a base teórica, a Medicina Baseada em Evidências é o *norte* dessas profissionais:

> *Pesquisadora – Tá. Você já começou a falar um pouquinho, né, quando você tava falando dos parâmetros da medicina, mas o que eu queria te perguntar é quais são as fontes de conhecimento que você utiliza pra embasar essa decisão, né, essa decisão nas situações que você diz que você avalia e tá pedindo uma intervenção. Então, onde é que você busca essa informação, onde é que você busca esse conhecimento que vai embasar essa decisão efetivamente?*
>
> *J. – Sim. Hoje eu trabalho só com parto humanizado, né, e uma das premissas do parto humanizado é que a gente tenha a Medicina Baseada em Evidências, ali, como nosso norte. Então, a gente tem bons estudos e estudos novos saindo sobre o acompanhamento mesmo do trabalho de parto e o que deveria ser levado como... eu não posso dizer como comum, mas como deveria ser o fisiológico daquele nascimento, né*

Essa abordagem de formação e atuação se insere no âmbito da tendência de deslocamento do paradigma da base biológica para o das evidências científicas na prática clínica de profissionais na medicina e outras áreas da saúde (Lina FARIA, José Antonio de

OLIVEIRA-LIMA e Naomar ALMEIDA-FILHO, 2021). Segundo David Sackett (1996), a Medicina Baseada em Evidências – ou o que Faria, Oliveira-Lima e Almeida-Filho (2021) chamaram de maneira mais inclusiva de Prática Baseada em Evidências – caracteriza-se pelo uso consciente, explícito e judicioso das melhores evidências clínicas provenientes de pesquisas sistemáticas na tomada de decisões sobre o cuidado de cada paciente ou usuário do sistema de saúde. O uso da MBE tem como objetivo maximizar a expertise médica e diminuir incertezas no processo clínico à luz das informações produzidas e validadas no âmbito da epidemiologia clínica. Nesse sentido, pode-se dizer que uma prática baseada em evidências se resume a coordenar a proficiência e capacidade de julgamento que os/as médicos/as e profissionais da saúde adquirem através da experiência com tais produções científicas.

Para nossas entrevistadas, as evidências científicas são o grande ponto de sustentação e legitimação de suas práticas cotidianas. L. argumenta que as evidências científicas fornecem o respaldo para o contraponto a práticas excessivamente intervencionistas:

> *L. – Pra nossa realidade de cesáreas em hospitais, uma obstetriz sai da faculdade e opta pelo parto domiciliar, ela tá se expondo muito. É uma cultura cesarista, é uma cultura muito tecnocrática mesmo, extremamente medicalizada. Então precisa, quando você vai pro parto em casa, ter um pouco de experiência na sua atuação, na parte de emergência mesmo. Porque senão você vai realmente ser muito hostilizada, sabe? Então, tem todos os anos os cursos de atualização. Então todos os anos a gente revê o que é realmente emergencial. Tem as evidências científicas que elas são anualmente desenvolvidas e reafirmadas.*

Dessa maneira, as evidências científicas seriam aliadas na revisão de consensos e práticas amplamente aceitas no paradigma tecnocrático de atenção ao parto, mas que apenas se justificam à luz de uma compreensão do corpo feminino como naturalmente falho. A grande estratégia dessas profissionais não consiste no questionamento da misoginia profundamente enraizada na medicina, apesar do fato de as obstetrizes não deixarem de fazê-lo. Consiste, antes, em problematizar se as práticas que resultam dessa compreensão do corpo feminino são, de fato, necessárias e eficientes.

Conforme destaca Spink (2013), as origens da obstetrícia moderna remontam ao processo de institucionalização da medicina, iniciado na Idade Média (entre os séculos XII e XII) e sustentado pela progressiva perseguição e desqualificação de parteiras e curandeiras articulada no âmbito de uma caça às bruxas. A aliança entre médicos e Igreja, na qual o exercício da profissão era fiscalizado pelas autoridades eclesiásticas, contribuiu para a consolidação de uma prática carregada de pessimismo sexual e da misoginia característicos de

uma certa interpretação do cristianismo. De acordo com Elisabeth Meloni Vieira (2002), a caça às bruxas não conseguiu acabar com as parteiras e curandeiras (até porque as classes mais baixas ainda dependiam de seus serviços), mas tornou sua prática uma atividade suspeita.

A distância da atenção ao parto oferecida por parteiras e médicos aumentou com a introdução de novas tecnologias, como o fórceps no século XVII. Desde o século XIII, as guildas de cirurgiões barbeiros reivindicavam a prerrogativa do uso de instrumentos na atenção ao parto exclusivamente para si, muito antes da invenção do fórceps, no século XVII, por Peter Chamberlain (Sheila KITZINGER, 1978). Segundo Spink (2013), embora haja relatos de parteiras que empregavam o fórceps e a proibição propriamente dita do uso desses instrumentos por essas profissionais seja posterior, elas resistiram à incorporação dessas ferramentas na atenção ao parto. Talvez, conforme argumenta a autora, por causa das taxas mais altas de morbimortalidade associada a partos instrumentais.

Ao fim do século XVIII, período marcado pela Revolução Industrial, a população é tomada como objeto de governo e a vida é incluída nos cálculos do poder. Nesse contexto, as variáveis que poderiam ameaçar a homeostase da população, como as taxas de mortalidade e natalidade se tornaram alvo de intervenção e controle (FOUCAULT, 2005). Foucault (2015) argumenta que o corpo feminino se constituiu como um dos domínios estratégicos em torno dos quais se organiza esse poder sobre a vida. A partir de então, a medicina ocupará lugar central nos cálculos e operações de poder, colocando-se como um saber que incide sobre o corpo e sobre a população, tendo, ao mesmo tempo, efeitos disciplinares e reguladores (FOUCAULT, 2005).

Já no século XIX, a medicina se apresentava como a grande ciência capaz de traduzir para a ordem social os desígnios da natureza. À ginecologia coube analisar, descrever e explicar o corpo feminino, determinando, com base nos ‘critérios objetivos’ da anatomia e da fisiologia, seu lugar na sociedade; e a obstetrícia se tornou campo privilegiado de produção de conhecimento sobre o parto (ROHDEN, 2009; MARTINS, 2005). Tal período coincide com uma mudança epistêmica, descrita por Foucault em “O nascimento da clínica” (1977), por meio da qual uma pretensão científica passa a se inscrever no interior da medicina. A partir dessa virada, o discurso médico busca seu fundamento na observação, na experiência clínica e na expertise decorrente da familiarização com as disciplinas básicas, como a biologia, a anatomia e a fisiologia. Combinado à autoridade que emanava do status científico, possibilitou-se a formação de consensos baseados na experiência pessoal – uma experiência que apenas o

médico, com seu olhar atento e atravessado pela expertise clínica adquirida por meio das disciplinas básicas, poderia ter. Assentada na longa história de pessimismo sexual e misoginia que atravessam a tomada do corpo feminino como objeto de conhecimento, tal expertise clínica estava longe da tão sonhada objetividade.

Uma das tentativas emblemáticas de determinar cientificamente o que é o parto normal é o trabalho de Emanuel Friedman (1955). O professor de obstetrícia, ginecologia e biologia reprodutiva da Universidade de Harvard dividiu o trabalho de parto em fases, conduzindo um estudo quantitativo a fim de determinar a relação normal entre dilatação e tempo de trabalho de parto em mulheres primigestas. Utilizando os dados produzidos em seu estudo, Friedman determinou a curva média do trabalho de parto, definindo os limites do trabalho de parto normal. Além disso, ele projetou a progressão ideal do trabalho de parto, ao excluir de seu cálculo os dados de trabalhos de parto com intercorrências. Segundo os parâmetros do estudo, a fase ativa do parto deve progredir com dilatação de 1 cm/hora. A progressão em velocidade inferior a esse parâmetro caracterizaria distócia funcional (Carlos Antonio Barbosa MONTENEGRO e Jorge de REZENDE FILHO, 2014).

Entretanto, grande parcela dos trabalhos de parto não apresenta essa curva de progressão. É o que mostram os resultados publicados por Jun Zhang et al. (2010), obtidos por meio da análise de dados do *Consortium on Safe Labour*, um estudo retrospectivo multicêntrico guiado por dois institutos estadunidenses – *National Institute of Child Health and Human Development* (NICHD) e *National Institutes of Health* (NIH) – que recolheu informações detalhadas de prontuários eletrônicos de dezenove hospitais distribuídos pelo território dos Estados Unidos. De acordo com o artigo publicado na revista *Obstetrics & Gynecology*, foram selecionados dados de um total de 62.415 mulheres primigestas com gestação a termo, início espontâneo do trabalho de parto, apresentação do vértice, parto vaginal e um resultado perinatal normal. Para análise, usou-se medidas repetidas para construir curvas de progressão do trabalho de parto por paridade.

O estudo conclui que, tratando-se de uma grande população contemporânea, a taxa de dilatação cervical é muito mais lenta do que o descrito previamente e acelera após os seis centímetros. Desse modo, os/as autores/as sugeriram novos parâmetros para delimitar a progressão normal do trabalho de parto e a ocorrência de distócias, com base no que Alessandra Marcolin (2017) chamou de “dados mais robustos”. A menção à ‘robustez’ dos dados remete à discussão sobre a qualidade e atualidade das evidências científicas utilizadas para determinar

padrões de normalidade e, posteriormente, protocolos e condutas terapêuticas e de manejo do trabalho de parto.

A MBE tem como princípio o uso racional das melhores evidências disponíveis na atualidade. De acordo com o *Oxford Centre for Evidence-Based Medicine*, a qualidade das evidências científicas para tratamento, prevenção e etiologia dos problemas identificados na prática clínica é classificada em cinco níveis, incluindo desde revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados até a opinião de *experts* baseada em disciplinas básicas. O primeiro nível subdivide-se de 1a a 1c, abrangendo ensaios clínicos randomizados, revisões sistemáticas desse tipo de estudo e resultados terapêuticos "tudo ou nada". O segundo, também é subdividido em três categorias que incluem revisões sistemáticas de estudo de coorte, estudos de coorte, ensaios clínicos randomizados de baixa qualidade, observação de resultados terapêuticos (*"Outcomes research")* e estudos ecológicos. Os níveis 3a e 3b incluem, respectivamente, revisões sistemáticas de estudos caso-controle e estudos caso-controle individuais. Por fim, o nível 4 diz respeito a relatos de caso e estudos de coorte ou caso-controle de menor qualidade; enquanto o nível 5 contempla opiniões de *experts* baseadas em conhecimentos de fisiologia e outras disciplinas básicas, bem como em pesquisas de bancada e em primeiros princípios. Conforme o quadro abaixo, tais níveis são organizados, ainda, em graus de recomendação:

Quadro 5. Qualidade das evidências científicas para tratamento, prevenção e etiologia

Classificação da qualidade das evidências científicas para tratamento, prevenção e etiologia em relação aos problemas identificados na prática clínica		
Graus de recomendação	Nível de evidência	Tipo de estudo
A	1ª	Revisão sistemática (com homogeneidade) de ensaios clínicos randomizados
	1b	Ensaios clínicos randomizados com intervalo de confiança estreito
	1c	Resultados terapêuticos "tudo ou nada"

B	2ª	Revisão sistemática (com homogeneidade) de Estudos de Coorte
	2b	Estudo de coorte individual (incluindo Ensaios clínicos randomizados de baixa qualidade)
	2c	Observação de resultados terapêuticos ("*Outcomes Research*") e Estudo Ecológico
	3ª	Revisão sistemática (com homogeneidade) de estudos caso-controle
	3b	Estudo caso-controle individual
C	4	Relato de caso e estudos de coorte ou caso-controle de menor qualidade
D	5	Opiniões de *experts* sem avaliação crítica explícita ou baseada em pesquisas de bancada ou "primeiros princípios"

Disponível em: https://www.cebm.ox.ac.uk/resources/levels-of-evidence/oxford-centre-for-evidence-based-medicine-levels-of-evidence-march-2009

Tendo em vista a necessidade de se manterem atualizadas e familiarizadas com as melhores evidências, as obstetrizes organizam e frequentam cursos de atualização, congressos e simpósios. Entre eles, destaca-se o Simpósio Internacional de Assistência ao Parto (Siaparto), como relata L.:

> *L. – Todos os anos os cursos de atualização. Então todos os anos a gente revê o que é realmente emergencial. Tem as evidências científicas que são anualmente desenvolvidas e reafirmados. Então tem um simpósio que acontece aqui em São Paulo e esse ano de pandemia aconteceu virtualmente, que é o Siaparto. Que é um dos lugares onde eu tenho saberes de fora do Brasil, tem muito conhecimento também brasileiro. Então a gente discute muito e então a nossa prática, a nossa técnica, também é pautada por esses cursos de atualização, né. Que são poucos, assim, eu acho que uma vez por ano é realmente bem pouco e a gente também tem que expandir para outras visões, né*

Com uma comissão científica composta por médicas/os, enfermeiras obstétricas e obstetrizes, o Siaparto "é dedicado aos profissionais da saúde interessados em transformar a

assistência brasileira ao parto a partir de ESTUDOS clínicos e EVIDÊNCIAS atuais, referendados por pesquisadores nacionais e internacionais" (SIAPARTO, 2021). Em 2021, o simpósio foi realizado *on-line*, no mês de agosto, contando com cinco salas dedicadas a discussões que abrangeram questões da obstetrícia nacional e internacional, da neonatologia, da psicologia e da fisioterapia.

Embora as evidências científicas ocupem o lugar do *norte* na bússola que guia as obstetrizes – servindo, ao mesmo tempo, como ponto de apoio para o questionamento de uma assistência intervencionista – pudemos perceber que o uso desse recurso se dá de maneira mais estratégica que dogmática. Isso se torna evidente na fala de F., umas das obstetrizes cuja visão da humanização é profundamente marcada pela vivência como trabalhadora do SUS. Ela aponta a diferença entre o lugar que as evidências ocupam em sua prática domiciliar e hospitalar, argumentando que, no hospital, todas as condutas devem ter algum tipo de respaldo em evidências científicas. Contudo, a lógica de ir para as tecnologias menos invasivas para as mais invasivas permanece:

> *F. – No hospital, é muito do conhecimento da faculdade, mas o que a gente escuta também em simpósios, né, em congressos e evidências. Eu acho que a gente faz um pouquinho de tudo, sabe? A gente é muito diferente, eu sou muito diferente nos dois cenários. Inclusive, eu escutei isso de uma doula, que eu sou muito diferente nos dois cenários. Eu acho que no hospital a gente pega uma postura meio protetora, assim, da mulher, mas a gente pega uma postura completamente baseada em protocolo e evidência científica, entendeu? Porque tudo que a gente faz lá a gente tem que ser respaldado. Então, tudo que eu vou fazer de ocitocina, de aumentar, é baseado em alguma evidência científica. Claro, que eu uso tudo, antes né, tudo que eu sei de natural eu uso antes, mas, no hospital a gente tem esse perfil de... a gente tem que fazer certo, tem que fazer baseado em evidência, porque se forem questionar, a gente tem respaldo para isso.*

Em seguida, F. nos conta uma das grandes especificidades da atuação domiciliar. Nesse caso, não é a duração média do processo calculada com base em uma grande amostra populacional que determinará quanto tempo um trabalho de parto pode durar sem precisar de intervenções mais resolutivas. Em casa, apoia-se na monitoração cuidadosa para avaliação da necessidade do emprego de alguma conduta ou, ao contrário, para avaliar se a situação pode ser 'levada' por mais algum tempo:

> *F. – É, a gente tem algumas coisas, né. Por exemplo, em um parto domiciliar, a gente vai levando. A gente não tem, não trabalha com tempo, né. Mas, é claro, que a gente vê que tá passando algum tempo e a criança, né, o bebê começa a dar algum deslize, a gente vai avaliar.*

Parece-nos, assim, que as obstetrizes são sensíveis àquilo que Georges Canguilhem (1982/2009) chamou de relatividade individual do normal, princípio segundo o qual o normal não pode ser aprisionado na média, nem reduzido ao que é mais comum a uma população. Em outras palavras, o parto normal não é necessariamente o parto médio. Logo, apesar de sua importância inegável, as produções científicas de cunho quantitativo não são o único tipo de conhecimento legítimo a guiar todo o processo de tomada de decisão e ação no cotidiano das obstetrizes.

É nesse contexto que Canguilhem (1982/2009) afirma que a medicina – e aqui incluímos todos os fazeres em saúde – é uma técnica que não pode ser simplesmente reduzida ao conhecimento científico, sendo-lhe intrínseco o exercício de um tatear experimental. Nem mesmo todo conhecimento dedutivo pode fornecer protocolos universalmente aplicáveis diante das dificuldades, principalmente no nível do organismo. Esse tatear experimental só é possível por meio da atenção e observação dos indícios da singularidade de cada corpo. Aqui, o paradigma indiciário, do qual fala Carlo Ginzburg (1989), que consiste no exercício de buscar e interpretar pistas que remontam à semiologia médica, pode contribuir de maneira significativa para que essas profissionais sejam capazes de apreender, por meio do uso de "dados aparentemente negligenciáveis", uma "realidade complexa não experimentável diretamente" (1989, p. 152).

Para lidar de maneira adequada com os corpos femininos que colocam em questão essa normatividade estatística, faz-se necessário que o conhecimento sensível deixe de ser compreendido como fonte de engano para ser considerado válido na produção de conhecimento. Quem exerce a arte de partejar deve não apenas observar, mas também tatear e ouvir as mulheres que encontra diante de si, voltando-se para o corpo que pare, em busca da singularidade – apreensível por meio dos detalhes facilmente ignorados – que possa orientar o cuidado e ação diante de possíveis intercorrências e mesmo o uso consciente das evidências científicas. De acordo com F., *o parto dá sinais de que a gente precisa intervir*. Como vimos no capítulo anterior, o monitoramento dos sinais vitais é grande aliado da/o profissional na detecção do risco e real e, portanto, do emprego de intervenções para o manejo desse risco e evitar desfechos negativos. Para detectá-los, no entanto, é preciso dedicação e sentidos aguçados (Priscila MORTELARO e Jessica CIRELLI, 2021).

Para a avaliação do bem-estar fetal, por exemplo, recomenda-se ausculta intermitente, a cada 15 a 30 minutos; e, no período expulsivo, a cada 5 minutos (OMS, 2018). Deve-se avaliar

se há presença de taquicardia, desacelerações tardias aos picos das contrações, desacelerações frequentes e ausência de acelerações compensatórias após as desacelerações. No período expulsivo, por sua vez, a ocorrência de bradicardia é esperada e deve ser interpretada em relação à iminência do nascimento.

Muitos são os sinais que o corpo feminino nos dá por meio da ausculta, do toque ou de uma observação atenciosa, e eles devem ser interpretados em conjunto, como um todo. Quanto a esse ponto, retomamos uma fala de J. já trazida na discussão sobre o lugar do risco na tomada de decisão:

> *Uma outra forma que a gente consegue ver também é se, por algum motivo rompe bolsa dessa mulher, a gente tem uma presença de um líquido sujo de mecônio, né. Claro que não posso olhar o mecônio sozinho, mas eu junto o mecônio com o batimento do bebê, são dois sinais que me dizem que esse bebê não tá bem, Uma outra forma é a pressão arterial da mãe e os sinais vitais da mãe, né, e a perda sanguínea no pós-parto. Pressão, oxigenação dessa mulher, como é que está sendo. São os parâmetros que eu consigo ver*

Embora reconheçamos a importância do que o corpo feminino nos conta, isso não significa afirmar algum tipo de soberania da clínica sobre a MBE, de modo a produzir uma dicotomia pouco produtiva para o trabalho das obstetrizes e pouco interessante para as mulheres, que devem ter seu direito de acesso a uma assistência de qualidade assegurado. O que se salienta, antes, é o fato de que não há uso "consciente, explícito e judicioso" das evidências científicas sem a devida atenção aos sinais clínicos. Se considerarmos a seguinte afirmação de Sackett, podemos concluir que a atuação das obstetrizes está em consonância com os princípios da MBE:

> Porque requer uma abordagem ascendente que integra a melhor evidência externa com experiência clínica individual e escolha do paciente, [a MBE] não pode resultar em abordagens escravistas e manualescas para o atendimento de pacientes individuais. A evidência clínica externa pode informar, mas nunca pode substituir, a experiência clínica individual, e é essa experiência que decide se a evidência externa se aplica ao paciente individual e, em caso afirmativo, como deve ser integrada a uma decisão clínica (SACKET, 1996, tradução nossa).

Também nesse sentido, Antonio Lopes (2000), nos lembra que muitas das informações que orientam a detecção de problemas e o que deve ser feito em relação a eles são adquiridas por meio da observação atenta da evolução, da avaliação laboratorial e da conversa com familiares e outros/as profissionais de saúde. Sem outras fontes de conhecimento que possibilitam sua operacionalização, uma prática baseada em evidências é apenas uma abstração, um *norte* fantasioso e inatingível. É por meio da observação empírica e da expertise clínica

associada às melhores evidências científicas disponíveis que as obstetrizes detectam problemas e planejam sua assistência, o que as caracteriza como profissionais absolutamente sensíveis à relatividade individual do normal.

Tendo isso em vista, argumentamos que há uma interdependência entre os saberes estruturados das disciplinas básicas, as evidências científicas e o conhecimento sensível produzido no encontro com cada mulher, com cada trabalho de parto. Juntos, eles são o tripé que fornece sustentação ao processo de decisão e ação. À luz das disciplinas básicas, as obstetrizes dão sentido aos sinais que o corpo da mulher parturiente dá e que são apreendidos por meio do conhecimento sensível. A partir desses sinais, elas mobilizam as evidências, avaliando se são aplicáveis para o manejo dos problemas detectados.

4.2 O lugar da experiência: parteiras guiando parteiras

Outro aspecto fundamental é o modo como o trabalho das obstetrizes é fundamentado pela experiência. Quando a questiono sobre os saberes e as fontes de conhecimento que ela utiliza para avaliar quais são as situações que requerem intervenção, M. argumenta que alguns elementos discutidos no capítulo anterior atravessam essa decisão, mas destaca o lugar das evidências científicas e da experiência de atuação nesse processo:

> *M. – Primeiro as evidências científicas, né, os nossos limites enquanto profissional, né. A vontade da mulher, né, e... nossa eu ia falar uma coisa que é muito importante, mas fugiu da minha cabeça. Eu falei os desejos da mulher, os nossos limites, né, as evidências científicas. Ah, e a nossa experiência. A nossa experiência, eu acho que isso conta demais, demais, né.*

J. também cita a experiência como um dos aspectos centrais de sua formação como parteira. Para ela, no entanto, essa experiência está intimamente atrelada à experiência de outras obstetrizes:

> *J. – Eu não sei se cabe aqui nessa resposta, mas eu colocaria também um pouco da prática mesmo que eu tive com outras parteiras. Então, acompanhar partos, acompanhar gestações e nascimentos com outras pessoas que já estavam na prática foi muito bom, porque cada uma traz um pouco das suas experiências, das suas vivências e do conhecimento delas.*

Acompanhando partos domiciliares com profissionais que já estavam inseridas nesse campo de atuação permitiu que a experiência fundamentasse duplamente seu trabalho como

obstetriz: ela forma a si mesma, adquirindo experiência que terá um lugar central em sua prática, quando permite ser instruída e orientada pela experiência de outras obstetrizes.

Entrevistando L., podemos ver de maneira mais concreta o que uma obstetriz pode aprender com outra, principalmente quando se trata de uma prática domiciliar, que, segundo ela, se trata de *um modelo muito artesanal*:

> *L. – Olha, durante a faculdade não estudei muito sobre parto em casa, né. Então se a gente for realmente comentar sobre isso, talvez a gente tenha tido algumas aulas da parte de sociais falando que existe, mas a técnica mesmo, o que diferencia um parto em casa, qual é a proposta do pré-natal no parto em casa, como que se dá a atuação da obstetriz no parto em casa, isso a gente não teve mesmo. Então assim que eu me formei eu passei no concurso público e daí eu fui para o SUS e fiquei trabalhando no hospital geral de São Mateus e depois eu... Era um mini concurso, assim, era pra você trabalhar por um tempo específico e daí eu não terminei esse tempo todo. Assim eu fiquei um ano e meio, quase dois, em São Mateus e daí A. C. veio me chamar pra trabalhar com ela. A. C. é uma parteira experiente aqui de São Paulo, ela já trabalha há muitos anos, ela é da primeira turma de obstetrícia, ela já tinha se formado quando eu entrei. Na verdade, no mesmo ano que ela se formou e eu entrei e ela já estava atuando há um tempo como parteira autônoma domiciliar. Ela trabalhava sozinha e ela sabe que precisa, realmente, de alguém trabalhando junto, né. A parteria domiciliar, ela é muito mais segura quando tem duas parteiras atuando no mesmo parto. Então ela me chamou para trabalhar com ela, eu fiquei um pouco balançada, porque eu tinha acabado de me formar. Enfim, no SUS a gente atende bastante partos, era uma média de sete, oito partos por plantão, assim, era bem alto no período de 12 horas, né. Então eu tinha bastante experiência, só que, realmente, não tinha experiência com o parto domiciliar. E ela me passou tudo, assim, tudo, tudo, tudo. Desde como é a atuação, de como que a gente precisa ser, além de acolhedora, ser muito atuante no parto domiciliar. Assim, com ela eu aprendi acolhimento, aprendi também a colocar em prática muita coisa que na faculdade eu tinha só uma ideia, sabe?*

Ao ouvir o relato de L., fomos instantaneamente remetidas à prática do *affidamento*, descrita por Luisa Muraro (1991) como a construção de relações de confiança entre mulheres. Práticas de valorização da autoridade feminina, deixando-se guiar por uma mulher mais experiente que eu/nós e que, por conta dessa experiência, encontra-se em um lugar do qual pode ver coisas que não vejo/vemos. Aqui, não falamos da autoridade vazia, que vale por si mesma. Falamos de uma autoridade que, conforme destaca Muraro (1994), desloca o poder dos eixos hegemônicos. Para L., A. C. é uma figura que a ensina sentir, falar e agir. Não há uso de conhecimento por L. que não passe pela relação com A. C.; e, ao mesmo tempo, essa relação a impulsiona a ir além, constituindo-se como parteira qualificada para estabelecer relações de confiança com outras mulheres, sejam profissionais ou parturientes. Nesse contexto, L. e sua

mentora constroem uma relação em que a autoridade feminina não é vista com ressentimento, pois deixa de ser "o fantasma de uma relação impossível" (MURARO, 1991).

Não nos surpreendeu quando, mais adiante, L. afirma que está envolvida com a promoção de mentorias entre obstetrizes:

> *L. – Tem umas coisas muito legais que a gente tá promovendo agora, que são mentorias. Então a gente tem uma discussão específica sobre um caso clínico. Ali é uma parteira experiente conversando com outra iniciante, isso agrega muito. Então o que ela fala eu posso nunca ter passado e daí eu vou pesquisar com embasamento teórico e também de prática de outras pessoas. Então a gente tá, aos pouquinhos, se rearranjando. Assim, eu acho isso muito rico.*

Desse modo, ela segue repassando a outras a mentoria que um dia recebeu. Parece-nos, entretanto, que tal exercício não se restringe ao compartilhamento de conteúdos sobre condutas adequadas em dadas situações que podem ocorrer no trabalho de parto. Trata-se, de fato, de ressignificar a relação com a autoridade feminina, criando laços de confiança entre obstetrizes.

4.3 Intuição: lidando com a complexidade

Há, ainda, um aspecto fundamental da prática dessas profissionais que escapa às formas lineares de raciocínio indutivo e dedutivo, aos quais é concedido o monopólio da legitimidade em relação à produção de conhecimento nas sociedades ocidentais (Elisabeth DAVIS, 1989). Ele consiste na intuição como fonte de conhecimento embasando o processo de tomada de decisão e ação das obstetrizes:

> *G. – E tem um outro aspecto também, que é o da intuição, né, que não é exatamente, assim, tão cartesiano, mas às vezes simplesmente você tem a sensação de que algo não está bem e nem sempre você tem dados concretos, né. O batimento do bebê tá bom, a mulher tá bem, até tá evoluindo, mas tem alguma coisa ali que indica algum possível problema. E não necessariamente vai ser um problema físico, biológico, como uma hemorragia. Às vezes, é uma questão da mulher não tá confortável ali, ela tá querendo ir pro hospital e ela não tá te dizendo, por exemplo, né. Então eu enxergo muito esses aspectos. Então, eu percebo a minha tomada de decisão baseada naquilo que eu estudei, eu sei que provavelmente é isso que vai acontecer, e tem esse outro caminho da intuição. Que eu não sei nem dizer exatamente quais elementos, mas algo não tá legal, acho que a gente precisa fazer alguma coisa. Então, tem isso, né, assim que eu vejo.*

Assim como G., a intuição é o recurso que F. utiliza para explicar como decide agir diante da singularidade de cada parto, daquilo que é inexplicável, que escapa às universalizações e, geralmente, carece de explicação:

> *F. – Então, a gente vai intervindo realmente quando é necessário, mas sempre pensando no bem-estar materno-fetal, assim, do binômio. Mas é, na realidade, medidas para você ver quando tudo aquilo que a gente aprende, né, não tá indo de acordo com que a gente sabe, né, que o curso não tá indo bonitinho, mas para prevenir os maus desfechos. É meio que abreviar algo que pode acontecer de ruim. E é ruim porque cada parto é de um jeito, né. Tipo <<como que você sabe?>>. Eu não sei como eu sei.*

L. e J. não utilizam a noção de intuição, mas trazem repertórios muito próximos aos que G. e F. utilizam para se referir ao lugar da intuição na avaliação do trabalho de parto e no emprego de intervenções. No caso de J., tais repertórios estão agrupados sob aquilo que a obstetriz chamou de *feeling de parteira*:

> *J. – Acho que a medicina é muito útil, ela consegue nortear a gente muito bem, só que eu ainda preciso usar o meu feeling de parteira. Não sei como se consegue colocar isso muito bem, mas hoje eu vejo, por exemplo, que na minha prática a gente consegue casar muito bem o trabalho do médico com o trabalho da parteira. Porque eu consigo deixar pra esse médico um pouco mais esse lado da medicina e eu consigo ter o meu lado ainda de parteira tradicional e a gente dividir um pouco saberes e achar o meio do caminho. Só que, se eu tô sozinha ali na prática, fica um pouco mais difícil. Então, hoje o trabalho em conjunto tem me feito bem pra encontrar esse meio do caminho. Então, acho que os artigos são o que a gente tem de melhor resposta, sabe?*
>
> *Pesquisadora – Tá. Então, tem uma certa a medicina baseada em evidências, né, e o feeling de parteira. É uma coisa que eu queria que você falasse um pouquinho mais. O que é esse feeling, o que compõe esse feeling, né, o que orienta esse feeling*
>
> *J. – Nossa, é difícil essa resposta. O feeling, eu acho que ele vem um pouco da conexão que você tem que ter, ali, na prática mesmo. Acho que a vivência é uma coisa que também vai muito. Então, eu não acho que o feeling de parteira é uma coisa que você nasceu, não é um dom que a gente simplesmente nasceu com ele. Eu acho que a gente precisa estar em contato com ele o tempo todo. Então, a prática ajuda muito. Então, hoje eu tenho aí uma prática que compõe mais ou menos de 10 a 15 nascimentos no mês, né. Isso faz uma vivência realmente muito grande e uma diferença muito grande dos partos que eu acompanhei cinco anos atrás pra hoje, né. Então, acho que isso não pode ser não levado em consideração. Ai, não sei como explicar o feeling tão bem*
>
> *Pesquisadora – Talvez, uma coisa que… não sei se vai ajudar, mas o feeling em ação. Me explica como é o feeling em ação*
>
> *J. – Acho que a primeira coisa é saber ouvir, né. Então, ouvir no sentido de ouvir aquela mulher e ouvir o que ela tá passando e como ela tá passando. Quando eu coloco o meu ego e o meu medo na frente eu acabo com meu feeling. Eu tenho que estar ali de verdade vivenciando aquela experiência daquela mulher e não a minha. Quando eu venho já no parto... isso acontece muito quando tem uma experiência ruim. Aconteceu um nascimento que ele não, que ele teve um desfecho ruim, o próximo parto eu sei que vai ser muito difícil em termos de feeling, porque eu vou estar contaminada com o resultado anterior, né. Então, eu tenho que deixar um*

> *pouco de lado isso, saber que existe, mas eu tenho que estar de volta ali pra aquele detalhe, daquele dia específico. Não sei se eu consigo explicar tão bem o feeling*
>
> *Pesquisadora – Consegue, mas o que é esse detalhe? Fala um pouquinho mais para mim desse detalhe?*
>
> *J. – Detalhe. Eu tenho que levar em consideração tudo. Então, isso é uma coisa que eu tento. Eu tento sentar no canto da sala e olhar só pra aquilo. Então, que horas que aquela mulher começou a ter contração, que hora que rompeu bolsa, qual formato daquela barriga que vai mudando ao longo do trabalho de parto, onde que ela tá sentindo dor, isso também muda ao longo de trabalho de parto, a quantidade de sangue que tá saindo, o que ela me diz. Então, a forma que eu conheci ela na gestação. A forma que ela tá vivenciando aquele parto é totalmente nova mesmo, tem uma parteira, que eu gosto muito, que ela disse que as mulheres vão parir da forma que elas vivem. Então, no pré-natal, uma coisa que eu tento, para além dos parâmetros da medicina, ali – de barriga, pressão, não sei o que – eu tento ouvir aquela mulher no seu mais íntimo, para saber mais ou menos como ela vai parir, sabe? Então, o que ela me diz ao longo do trabalho de partes são frases soltas, não são frases muito bem estruturadas, mas elas me dizem muitas coisas. Então, acho que é isso.*

L., por sua vez, fala de um modo de raciocínio muito específico, que mais se aproxima a um fluxo de impressões, uma variedade de elementos que ela vai conectando de maneira quase automática, de modo que ela consiga agir de maneira intuitiva no trabalho de parto:

> *L. – Eu acho que meu cérebro reuniu alguns pontos que meu cérebro vai conectando, que às vezes eu não preciso pensar nisso quando eu vou agir. A gente fala <<as palavras saem soltas no parto em casa>>, mas, na verdade, não. Assim a gente criou uma linha de raciocínio e a gente segue ela, sabe?*

Contudo, o que parece irracional tem, na verdade, uma racionalidade própria. Operando por meio de uma maneira de raciocinar que as permite ligar informações que, à primeira vista, parecem estar completamente desconectadas, as obstetrizes articulam os conhecimentos que aprenderam de maneira fragmentada de modo a lidar com o parto, um evento que é, na verdade, complexo, apesar de nossas tendências de simplificá-lo. As falas de nossas entrevistadas, principalmente de J. e L., nos conduzem por um caminho de associação de informações que não é o da fragmentação e da simplificação: suas descrições nos apresentam a um olhar desfocado que permite ver que aquilo que é dificilmente apreendido por uma racionalidade mecanicista que esquadrinha e desmembra o parto em fases, a pelve em quadrantes e reduz o corpo que pare à fisiologia da reprodução.

Embora a formação de nossas entrevistadas ainda esteja situada no âmbito de um modelo biomédico – em que pesem os constantes esforços de reformá-lo, deslocando-o do paradigma tecnocrático para o paradigma humanizado –, elas desenvolveram a capacidade de

reatar ligações desfeitas, unindo evidências científicas, saberes produzidos sobre a fisiologia e anatomia do corpo feminino, sinais clínicos e outros elementos tão singulares, que dizem respeito a cada experiência de parturição. Fugindo de uma concepção linear de causalidade, nossas entrevistadas se investem de um tipo de racionalidade que lida com a complexidade. Dessa forma, elas colocam em prática um pensamento que, segundo Edgar Morin (2003), trata da incerteza enquanto consegue conceber a organização; um pensamento apto a unir, globalizar e, ao mesmo tempo, a voltar-se ao singular, ao individual e ao concreto. Contudo, gostaríamos de insistir que não se trata de uma dicotomia. Como bem notam Davis-Floyd e Davis (1996), a própria ciência, mesmo com sua supervalorização das formas mais lineares de raciocínio indutivo e dedutivo, não poderia ter prosseguido sem a criatividade da intuição, do mesmo modo que as culturas orientadas pela intuição não poderiam sobreviver sem depender fortemente de formas mais lineares de raciocínio.

Levando em consideração os relatos acima, defendemos que a intuição é o próprio princípio de conexão presente na atuação dessas profissionais. Vimos que os saberes estruturados se conjugam às evidências científicas e ao conhecimento sensível, fornecendo uma base para a tomada de decisão. Porém, três hastes sozinhas não fazem um tripé; é preciso haver algum tipo de dispositivo que faça a ligação entre elas. A intuição é, portanto, o próprio modo como elas articulam saberes tão distintos no manejo do trabalho de parto. Essa capacidade de conexão e articulação de elementos tão díspares – como saberes que se propõem universais com *detalhes* tão particulares de cada trabalho – não é algo inato ou algum tipo de dádiva sobrenatural. Essa habilidade aumenta conforme a experiência da obstetriz ou parteira. Aqui, retomamos uma fala de J., já trazida acima. Para ela, o *feeling*

> *não é um dom que a gente simplesmente nasceu com ele. Eu acho que a gente precisa estar em contato com ele o tempo todo. Então, a prática ajuda muito. Então, hoje eu tenho aí uma prática que compõe mais ou menos de 10 a 15 nascimentos no mês, né. Isso faz uma vivência realmente muito grande e uma diferença muito grande dos partos que eu acompanhei cinco anos atrás pra hoje, né*

No trabalho publicado em 1996, Davis-Floyd e Davis traçam uma ligação entre intuição e os princípios de conexão no trabalho domiciliar de parteiras norte-americanas. Nesse caso, a conexão é entendida para além do sentido físico, englobando as dimensões emocionais, intelectuais e psíquicas. Ademais, essa conexão deve ser visualizada como uma rede tecida a partir do encontro entre obstetriz e gestante, e envolve uma série de outras associações com pessoas, comunidades, materialidades e saberes. As falas de J. e L., por sua vez, situam com

clareza esse tipo de conexão como pré-requisito para exercitar esse tipo de pensamento complexo.

Na esteira das reflexões de Davis-Floyd e Davis (1996), concluímos que a atuação das obstetrizes se alinha à tradição da parteria pós-moderna, que envolve, de muitas maneiras, o exercício cuidadoso do raciocínio indutivo e dedutivo, sem negligenciar outros modos de produção de conhecimento.

5 CASOS: DISCUSSÃO DA SEGUNDA RODADA DE ENTREVISTAS

Neste capítulo, trouxemos os casos compartilhados pelas obstetrizes no segundo turno de entrevistas, discutindo-os à luz dos aspectos identificados por meio da análise apresentada anteriormente.

5.1 Caso L.

L. compartilhou outro relato da efetividade das tecnologias leves no manejo do trabalho de parto. Ela conta um caso em que, após oito horas de dilatação total (e de algumas tentativas de fazê-lo progredir), uma simples intervenção na dinâmica familiar criou o ambiente propício para que o nascimento finalmente acontecesse:

> *L. – Há uns anos… é um caso super curioso, bem legal esse caso, que a gente ainda não atendia com Spinning Babies, que é uma técnica muito legal, né, de pensar o parto pelas partes moles também; você não pensa no parto só como sendo algo de proporção, né. O Spinning Babies traz uma visão de encaixe bem legal, que a gente não trabalhava com isso ainda. Mas era uma mulher que chamou todo mundo pro parto. Todo mundo. A tia, a avó, a mãe, a sogra. Assim, tinha muita gente, muita gente. Sabe aquela história do cachorro, periquito, papagaio? Tinha todo mundo lá. E, assim, tavam hipersensíveis os hormônios dela, porque quando a gente se afastava os hormônios super agiam e quando a gente chegava parava tudo. E a gente já tava, mais ou menos, umas oito horas no expulsivo. E chegou uma hora que, assim, não dava. E eu falei pra todo mundo <<olha, vamos tomar um café longe>>. Aí ficou a outra parteira que estava comigo e a doula. Aí saímos eu, a mãe, a tia, a sogra, a sobrinha, a acupunturista, a fotógrafa… Ah, o pai ficou também. Saiu todo mundo e a gente foi pra uma outra casa, que era no mesmo andar, que era da sogra dela. Assim, foi ótimo, depois o bebê nasceu, depois dessas oito horas e assim que o bebê nasceu a gente voltou. Então, eu falei <<me avisa quando o bebê sair, porque não vai dar pra estar junto assim, tem muita gente>>. Realmente, é muito história de pescador, né. Tipo <<nossa, olha só essa parteira, visualizou isso>>, mas, assim, foi depois de oito horas, sabe?*
>
> *Pesquisadora – Provavelmente, vocês tentaram muita coisa antes, né?*
>
> *L. – Sim, sim. A gente tentou todos os recursos que a gente tinha. Ela ficar de lado, de orientar o puxo a gente fez. E ela tava com uma acupunturista com quem ela tava na gravidez e ela achou que ia ser ótimo. Assim, realmente foi, pra um determinado momento. Mas, realmente, a intervenção que foi muito simples, que era você sair do ambiente e deixar os hormônios agirem que funcionou mais, sabe?*

O relato acima nos mostra que, para que o parto domiciliar seja bem-sucedido, a parteira deve estar imbuída de autoridade para reorganizar a dinâmica da casa e da família e tomar outras decisões que privilegiarão os mecanismos fisiológicos do parto. Conforme já discutimos nos

capítulos anteriores, as obstetrizes atribuem essa autoridade à relação de confiança que começa a ser construída desde o início do pré-natal. Claro que todo conhecimento que essas profissionais possuem é a base sólida dessa autoridade, mas isso não basta, já que é preciso que ela faça sentido para a mulher parturiente. Nesse contexto, é a confiança na obstetriz que permite que ela revogue certas decisões da mulher feitas antes do trabalho de parto caso elas estejam atrapalhando aquele processo; e essa confiança vem da certeza de que essas profissionais só intervirão quando acreditarem que isso é absolutamente necessário.

5.2 Caso G.

O caso de G. é exemplo de como uma intervenção leve, da ordem das relações, pode ser a peça que falta para garantir o bom andamento do trabalho de parto, independente da disponibilidade de instrumentos e tecnologias mais duras. G. relata uma situação em que a equipe da qual faz parte indicou a realização de um parto assistido por vácuo-extrator, tecnologia, como vimos, utilizada quando há necessidade de se abreviar o período expulsivo. O instrumento é composto por uma ventosa associada a uma fonte de vácuo, que é aderida à cabeça do bebê; em seguida, realiza-se a tração, preferencialmente durante a contração, para retirá-la do canal vaginal. Observamos no relato que, após a indicação, G. cumpriu um papel fundamental, acolhendo e apoiando a mulher parturiente para que ela se sentisse segura e a intervenção fosse bem-sucedida.

Anteriormente, vimos que as obstetrizes costumam ter uma abordagem mais paciente com o período expulsivo, o que acaba reduzindo a necessidade do vácuo-extrator e outras tecnologias utilizadas para o parto instrumental (Richard JOHANSON e Vijay MENON, 1999). Entretanto, caso as obstetrizes identifiquem um padrão não tranquilizador na frequência cardíaca fetal, a paciência se torna proatividade. No Brasil, o uso dessa tecnologia é prerrogativa médica, uma vez identificada a necessidade do parto instrumental a obstetriz deverá transferir a mulher parturiente ao hospital, onde um/a médico/a irá indicar e realizar o procedimento. Em países como Estados Unidos e Inglaterra, o parto assistido por vácuo-extrator pode ser realizado por parteiras certificadas (Phyllis Annie CLARK, 2005).

No caso compartilhado conosco por G., a mulher parturiente foi levada ao hospital aos oito centímetros de dilatação, já que era previsto que o nascimento acontecesse nesse ambiente. No contexto hospitalar, essa mulher parturiente começou a apresentar dificuldades com o

período expulsivo, situação que, associada à analgesia, acabou levando ao prolongamento dessa fase do trabalho de parto:

> *G. – Tem exemplos que eu lembro, de simplesmente falar com a mulher, conversar. Teve um caso que não foi em casa, foi no hospital, que precisava ser um vácuo, um instrumento semelhante ao fórceps, que a gente usa quando o parto tem que acontecer mais rápido, porque o batimento do bebê não tá tão bom. Só que a mulher ficou muito assustada, ela gritava muito e era um grito que não era de dor, era um grito de desespero, de medo. A equipe do hospital, do plantão do hospital, tava pressionando a nossa equipe pra que a gente fizesse uma cesárea, na verdade. Então, juntou um monte de gente na sala. A gente tentou que essas pessoas saíssem e não conseguimos e ficaram assistindo, assim, meio que esperando a coisa dar errado, né. E aí, eu lembro que eu tive uma ideia. Eu percebi que ela não escutava ninguém, ela gritava e não conseguia escutar ninguém. Eu tive a ideia de falar no ouvido dela. Eu pensei <<vou orientar, né, vou falar no ouvido dela como que vai ser, que ela vai fazer força junto com o vácuo, que a médica vai puxar e tal>>. Só que aí, rapidamente eu percebi que não era essa melhor estratégia. Eu continuei falando no ouvido dela, só que eu não tava mais falando sobre o que ia acontecer. Eu falava só palavras de alento assim dizia quanto ela era maravilhosa, como ela tinha chegado até ali, lembrava do de todo o que veio antes. Porque eu tava com ela em casa a princípio. Então a gente ficou em casa até os oito centímetros de dilatação e aí eu levei ela pro hospital. Ela tava super bem, no hospital é que coisa encruou*
>
> *Pesquisadora – G., por que você levou ela pro hospital?*
>
> *G. – Porque ia ser um parto hospitalar mesmo, eu só tava em casa com ela pra ir avaliando. Eu cheguei, ela tava com uns cinco centímetros e as contrações ainda engrenando, eu falei <<ah, ela tá bem aqui, vamos ficar mais um pouco>>. E aí, quando tava com oito centímetros e a bolsa rompeu, eu falei <<Agora é melhor a gente ir>>. Porque quando a bolsa rompe pode ir mais rápido, né. Fui com ela pro hospital, a obstetra tava esperando lá, e ela pediu analgesia depois de um tempo. Aí analgesiou, as contrações começaram a dar uma espaçada. Ela tinha alguma questão com o expulsivo, porque assim que ela começou a sentir que o bebê tava descendo, aquilo foi dando pânico nela e eu percebi isso pelo rosto dela. Então, na hora que a médica falou <<tá com dilatação total, já tá aqui embaixo>>, a cara dela não foi uma feição de alívio, foi de medo. Mas muito medo, não um medo esperado, que muitas vezes aparece. Era um medo, assim, de <<eu não vou botar essa criança pra fora, não vou porque não quero, porque tô com medo>> e eu vi isso pelo rosto dela. Virou um vácuo, justamente porque tava muitas horas ali naquele momento e ela com dificuldade*
>
> *Pesquisadora – Quanto tempo vocês já tavam no hospital?*
>
> *G. – Eu acho que já fazia umas cinco horas, mais ou menos. Ficou bem arrastado no hospital. Isso para nós, uma equipe humanizada, não é um problema, mas pro hospital era um absurdo <<como assim expulsivo de mais de duas horas?>>, né. E até explicar que ela nem tinha começado ainda a fazer força, só tava com dilatação total. <<tá dilatação total desde tal hora, cadê? vamo vamo>>. E a gente estava usando uma sala que não era sala de parto normal, era uma sala de cesárea. Eu acho que isso impactou também, porque a gente tava ali, impedindo*

que essa sala circule, né, que ela gere mais dinheiro, né, enfim. E aí, na hora que indicou o vácuo, eu pensei <<bom, por um lado a gente vai ter a últimação desse parto, vão parar de encher o saco>>. Porque foi um dia que a diretora do hospital chegou a ligar na sala e falar pra médica <<você vai fazer uma cesárea>>. Então, foi muito aflitivo pra nós, tanto que na foto do pós-parto você vê que a médica tá com cara de choro, assim, foi bem pesado. E aí, foi uma outra médica da equipe pra auxiliar esse vácuo e também pra dar uma força moral caso o hospital encrespasse com a gente. E aí, essa mulher com muito medo, o olhar dela era de pânico. E, assim, por mais que ela tivesse com uma assistência humanizada, eu vi que não tava sendo legal pra ela. Então, aquilo poderia sim configurar uma violência obstétrica, mas não era o caso também de fazer uma cesárea. Não é que ela quisesse uma cesárea, ela só tava com medo. Eu sei que eu fui no ouvido dela e comecei a falar coisas assim, como ela era maravilhosa e tal. Tanto que a médica percebeu que quando eu falava algo no ouvido dela, que a médica não conseguia escutar, ela parava de gritar e ela prestava atenção, ela concentrava e conseguia fazer a força. No fim das contas, ela ficou com uma imagem super boa do parto. Então, a gente conseguiu de alguma forma tornar aquilo não um momento de pânico e de trauma, mas realmente focar que o filho dela tava nascendo, que a gente conseguiu ajudar ela com aquele vácuo, né. Então, foram as duas coisas, ter o vácuo, mas foi muito importante eu sacar do que ela precisava

Pesquisadora – Porque o vácuo não ia ajudar sozinho se ela não coordenasse e conseguisse fazer uma força junto, né

G. – Exatamente, então, não ia dar certo. E o vácuo, ele tem uma questão que é assim, a gente pode tentar três vezes. Se não nascer em três tentativas, vai pra cesárea. Essa é a regra, o protocolo de uso do instrumento. E, assim, poxa, não tinha indicação de cesárea ali e se fosse tentar o vácuo daquele jeito que ela tava, certamente ia dar errado. Aí iam falar <<ah, foi uma falha de vácuo>>. Mas não, se a mulher não tá empurrando, nem pode considerar que foi feito o vácuo, né. Então, é isso que você falou, precisava ter a força dela

Pesquisadora – E nesse sentido a sua intervenção veio ajudar?

G. – Foi. O coletivo tava no começo ainda, não tinha um entrosamento da equipe, mas eu lembro que no final a médica me chamou e falou <<foi muito importante você ter falado com ela. Eu não sei o que você falou, mas quando você falava ela fazia força e parava de gritar>>. Tudo bem a mulher gritar no parto, não é essa a questão, mas era um grito de terror, muito medo. Então, ela gritava e não fazia força. É isso, eu falei pra ela <<você é maravilhosa, você é incrível. Você tá indo muito bem, seu bebê tá chegando>>. Foi isso, assim. Devo ter falado outras coisas, que não lembro agora, mas eu não foquei no <<faz força, empurra não sei onde>>, só em acalmar ela.

G. estava atenta às feições e expressões da mulher parturiente, a ponto de notar o desconforto que a iminência do período expulsivo causava nela. Isso permitiu que a obstetriz oferecesse a ela o apoio que ela tanto necessitava, não apenas para que a experiência de parto fosse satisfatória, mas para que nenhum outro tipo de intervenção fosse necessário. Mesmo no parto instrumental, o corpo feminino ainda participa ativamente realizando a força expulsiva coordenada à extração. Eram grandes as chances desse caso evoluir para uma cesariana sem o

apoio da profissional, de modo que é possível perceber, nessa situação, a diferença que a observação atenta dessa mulher e de seu corpo teve no desfecho do trabalho de parto. A atenção da obstetriz estava completamente voltada à parturiente, possibilitando-lhe perceber aspectos do processo que excedem os sinais vitais e os indicadores da progressão do trabalho de parto.

Por fim, gostaríamos de destacar como esse relato evidencia a indissociabilidade entre natureza e cultura no trabalho de parto. O que se passa nesse processo não é simplesmente determinado pela natureza; é resultado de uma série de elementos interconectados, sendo o contexto imediato do nascimento um dos mais importantes. Em seu relato, G. afirma que a mulher parturiente estava bem até a chegada no hospital, onde *a coisa encruou*. Ao contrário do domicílio, o hospital é um ambiente estranho e intensamente iluminado, o que pode, por fim, influenciar negativamente o processo de parturição ao causar a liberação de substâncias, como a adrenalina, que desfavorecem a ação da ocitocina, hormônio produzido pelo hipotálamo e que tem papel fundamental no trabalho de parto.

A solução, porém, para esse e outros problemas que criamos ao longo da história da obstetrícia não se encontra na 'animalização' ou 'mamiferização' do parto ou em uma espécie de retorno à 'natureza primordial'. O fato dessa mulher se sentir mais segura para parir no ambiente hospitalar está intimamente relacionado ao processo de desvalorização de seu próprio corpo e à afirmação dos hospitais como locais seguros para a parturição, promovida por autoridades do campo da medicina já no século XX (MOTT, 2002). Afinal, relações sociais estão envolvidas na liberação de hormônios, na mesma medida em que hormônios estão envolvidos em relações sociais. Reconhecer o caráter profundamente cultural e historicamente situado da própria natureza e daquilo que descrevemos como fisiológico permite que compreendamos por que nossas práticas em relação ao parto são o que são, para que, então, possamos traçar novas rotas.

5.3 Caso J.

Nos capítulos anteriores, vimos que nossas entrevistadas contam com um amplo espectro de tecnologias, que vão de leves a duras, como recurso para intervenção no trabalho de parto. De acordo com a classificação de Merhy (2000), as tecnologias duras incluem os instrumentos produzidos pelo trabalho humano a partir de dada expertise; são as materialidades produzidas por meio do conhecimento aplicado com as quais contamos para atingir certos objetivos terapêuticos. Tendo em vista o modo como as obstetrizes o utilizam, tanto seu próprio

corpo como o corpo da parturiente para intervir no parto, tensionamos a classificação de Merhy de tecnologias duras para incluir também esse tipo de materialidade. Ou seja, propomos que o uso de posições corporais é uma modalidade de tecnologia dura.

O caso compartilhado por J. ilustra o modo como a expertise das obstetrizes permite que o corpo da parturiente seja um dos instrumentos de intervenção mais utilizados para corrigir distócias. Como resposta ao pedido de contar um caso em que ela havia intervindo de maneira bem-sucedida, a obstetriz relata um trabalho de parto em que a parturiente estava com dilatação total havia quatro horas, sem evolução mesmo após o emprego de algumas posições que facilitam o período expulsivo:

> *J. – Tá, então, eu atendi uma mulher. O trabalho de parto foi super bem, ela fez, durante a gestação, fisioterapia pélvica, né. Então, na fisioterapia pélvica, as fisioterapeutas ensinam onde é o períneo, como que faz força no períneo, como deve ser essa força. Tanto pra otimizar a força, quanto pra não machucar o períneo, né, o assoalho pélvico. A gente tava ali, há quatro horas no expulsivo, fazendo essa força que ela tinha aprendido na fisio. E a gente deixa livre, né, segue seu caminho. A ideia é um pouco essa, tá tudo bem com você, tá tudo bem com o bebê. Ela fez todas as posições do Spinning Babies, fez a cócoras sustentada, mas ela não conseguia fazer uma força que realmente empurrasse o bebê. E ela tava bem cansada, já tinha, enfim, feito tudo e não sabia mais pra onde ir. E aí, eu falei assim pra ela <<L., você não quer tentar fazer cocô? Acho que talvez te ajude>>. Ela falou <<fazer cocô?>>. Eu falei <<é, acho que talvez ajude, alivie o caminho, sai da frente. É uma posição que você fica sentada, você pode fazer força junto>>. Essa mulher sentou no vaso sanitário, a doula foi junto com ela e o que a doula fez foi só sustentar o pé dela, pra ela não ficar com o pé no chão, porque tava gelado. Ela fez uma força de fazer cocô, achando que ela queria fazer cocô e era um bebê, sabe? Na hora que ela entendeu isso, começou a nascer no vaso. Depois de quatro horas que a gente tava ali, começou a nascer no vaso. Então, marcou bastante. Ela falou <<meu, se eu tivesse entendido isso há quatro horas, ele já teria nascido>>, e sim. E é engraçado, que na obstetrícia a gente sempre aprende como uma violência obstétrica, o que os médicos falam <<ai, força de cocô, força comprida de cocô>>. Ela é realmente força de cocô, mas tem um jeito de você falar, né*
>
> *Pesquisadora – Então, ela sentou no vaso e fez toda diferença?*
>
> *J. – Toda diferença, o parto tava quatro horas sem sair do lugar*

Apesar de parecer uma intervenção muito simples, a mudança de posição contribui para que houvesse uma mudança da percepção corporal da parturiente, de modo que ela pudesse visualizar o tipo de força que era necessário fazer para que o parto prosseguisse. Um dos aspectos interessantes do caso relatado por J. é o modo como ela conduz L. por um caminho no qual o puxo efetivo não é resultado de uma ordem, um comando verbal. A obstetriz fez uma intervenção muito mais efetiva ao posicionar a mulher como sujeito desse processo. Consequentemente, corpo aparece como um instrumento na mão da parteira, mas sem ser

reduzido à condição de simples objeto: o comando verbal "força de cocô" não basta, se aquela mulher não compreende com seu próprio corpo porque fazê-la é necessário.

Um outro aspecto desse caso se relaciona com as questões discutidas anteriormente e diz respeito ao modo como as obstetrizes são sensíveis às variações individuais não previstas pelos padrões de normalidade determinados pela obstetrícia científica. Em seu relato, J. narra a intervenção sutil, mas efetiva, em um trabalho de parto que atingiu a dilatação total e já estava na fase expulsiva havia quatro horas. De acordo com uma das obras de referência no campo da obstetrícia, são considerados normais expulsivos que durem até duras horas em mulheres primíparas e até uma hora em mulheres multíparas. Sob anestesia peridural, esse tempo pode chegar a três horas em mulheres primíparas e duas horas para mulheres multíparas (Carlos Antonio Barbosa MONTENEGRO e Jorge de RENZENDE FILHO, 2014).

A partir desse quadro, a questão que se coloca é como reconhecer *um bebê que tá precisando nascer*. Nesses casos, vimos que as obstetrizes estão sempre atentas aos sinais de sofrimento fetal agudo. Lembremos da fala de F., no capítulo anterior: *o parto dá sinais de que a gente precisa intervir*. Tais sinais são identificáveis por meio da ausculta e da observação de outros fatores associados, como a presença de mecônio[13] no líquido amniótico. A OMS (2018) recomenda que, no período expulsivo, ausculte-se os batimentos cardíacos fetais (BCF) a cada 15 minutos, a fim de que se detectem alterações como taquicardia (BCF >160 batimentos por minuto) e ausência de variabilidade, bem como bradicardia (BCF <110 batimentos por minuto) persistente. Contudo, J. argumenta que, mesmo antes da presença de qualquer indício de sofrimento fetal, um dos recursos mais utilizados no expulsivo são as posições que desencadeiam rapidamente o nascimento:

> *J. – Quando a gente tem um bebê que tá precisando nascer, tá ali no final, e ainda não tá no nível de precisar do vácuo, mas eu preciso otimizar isso, o que a gente faz é fazer um cócoras, onde ela mesmo faz o cócoras. Então, a gente levanta a cama, que é o que a gente tem, ela se pendura ali e ela faz um cócoras. Na hora que vem a contração, ela faz a força junto, com a força do puxo natural, né. Então, normalmente a gente usa bastante essa posição, que é um cócoras com ela mesmo se sustentando. E tem algumas técnicas também, de Spinning Babies, que a gente sabe que ajudam a liberar esse último estreito, esse último pedacinho que o bebê precisa fazer. E, normalmente, a gente já faz isso. Então, a mulher entrou no expulsivo, a primeira coisa... Antigamente, era assim, a mulher entrava no expulsivo, tá com dilatação total e tá com vontade de fazer força: <<Faz força aí. Força, força, força, vai nascer>>. Hoje em dia, a gente não entra mais nesse movimento, a gente deixa ela ter essa força natural, mas a gente oferece pra ela*

[13] Matéria fecal produzida e eliminada pelo feto.

> *posições que auxiliem. Então, tem essa do cócoras, que ela mesmo se sustenta. Tem uma que se chama lunge, do Spinning Babies, eu posso mostrar depois como é que faz, que ajuda bastante. E tem uma outra que chama Batoré, o nome não é muito bom, acho que foi a F. que batizou esse, inclusive. Mas é uma posição que a gente faz que a gente abre o estreito inferior.*

Acima, J. relata a efetividade de certas posições para abrir o estreito inferior da pelve e viabilizar o nascimento em casos em que *o bebê tá precisando nascer*. No entanto, ela acrescenta que, normalmente, as posições sempre são oferecidas, mesmo sem qualquer sinal de que o trabalho de parto exija algum tipo de intervenção. Essa fala suscita um debate importante. Qual é, de fato, o trabalho da obstetriz? Intervir para sempre otimizar ou 'sentar nas mãos'[14] e só entrar em cena para o manejo de urgências e emergências? Nos capítulos anteriores, trouxemos uma fala de L. que problematizava o uso generalizado de intervenções que, à primeira vista, parecem inofensivas, como as posições relatadas por J.. Para responder a tais perguntas, é preciso retornar aos princípios que orientam nossa tese. Por isso, mais uma vez, concluímos que não há resposta absoluta: a conduta apropriada será sempre definida a partir das necessidades de cada mulher. Há mulheres que permanecem em movimento e adotam posições que auxiliam o processo sem a interferência da obstetriz, seja por ter tido acesso a esse tipo de informação, seja por possuir um nível elevado de consciência corporal. Haverá, pelo contrário, mulheres que necessitam de orientação constante. Para ilustrar, resgatamos um relato de M., retirado da primeira entrevista que fizemos com ela:

> *M. – Ou então, por exemplo, não intervir né. Porque eu já atendi muitos partos que eu não fiz nada, né. Eu só ia lá, fazia os sinais, né, e mais nada. Que eram mulheres que andavam. Porque eu acho que hoje a gente tem muita coisa, né. Tem Spinning Babies, tem exercício, aí você vai pro parto com isso na cabeça. Não precisa sair por aí fazendo isso em todo mundo, né, só em quem realmente precisa. Eu acho que as pessoas, tem muita gente que perde a mão, né. Tudo isso que a gente vem aprendendo, que são intervenções mais leves, né, tem mulher que sente o corpo, que anda e você não precisa fazer nada. Só que eu acho que é isso, né. Tem gente, por exemplo, que tem pouca autonomia sobre si mesmo, sobre seu corpo e você percebe. Porque é uma pessoa que você chega no parto, ela fica <<O que eu faço agora? O que eu tenho que fazer agora?>>, sabe? Então cada passo que ela dá, ela acha que você tem que falar, né. E você tem que falar, porque isso é humanização. Se é uma necessidade dela você precisa falar, né <<então, agora fica assim, fica assado>>.*

Para M., erra tanto quem usa tais estratégias acriticamente com todas as mulheres, quanto quem deixa de orientar aquelas que precisam de auxílio sobre as posições adequadas,

[14] Expressão utilizada no movimento de humanização, indicando que o trabalho da parteira é apenas esperar que o nascimento ocorra naturalmente.

uma vez que, conclui a obstetriz, *isso é humanização*: estar atenta/o às necessidades de cada mulher a fim de atingir o objetivo de um parto seguro e uma experiência satisfatória. É preciso considerar, então, o fato de que as mulheres não são um grupo homogêneo e suas necessidades são distintas. Afinal, todas as mulheres têm o privilégio de estar tão conscientes do próprio corpo a ponto de saber, quase que 'instintivamente', quais posições devem adotar em cada fase do trabalho de parto? Se essa é uma expertise que essas profissionais possuem, adquirida por anos de estudo e experiência, o compromisso das obstetrizes é identificar a necessidade de guiar e orientar as mulheres ao longo do processo de parturição.

Durante nossa conversa, retomo as posições citadas por J., na tentativa de visualizá-las de modo adequado. Estamos sentadas, cada uma em sua mesa, nos vendo e conversando por vídeo-chamada e ela me orienta a abrir as pernas e, em seguida, aproximar os joelhos e afastar os pés. Contrastando a diferença que ambas as posições fazem no assoalho pélvico, ela ressalta que é preciso entender que, conforme se aproxima o período expulsivo, é necessário adotar posições que facilitem a passagem pela pelve e seu assoalho. Em sua explicação, ela ainda utiliza seu repertório de anatomia feminina para deslegitimar a adoção da posição ginecológica no trabalho de parto:

> *Pesquisadora – E agora eu quero visualizar, provavelmente você vai ter que me mostrar, mas você consegue explicar pra mim aquelas posições que você falou?*
>
> *J. – Eu posso te mandar uma foto, mas a ideia que é que... você pode até tentar fazer em você, né. Então, a hora que... Ah, isso é uma coisa legal. Antigamente, na hora que o bebê tava nascendo, se você olhar as fotos de parto, todo mundo abre a perna da mulher. Então, tenta fazer isso em você, abrir sua perna. Você vai perceber que o seu assoalho pélvico fecha. Agora, junta o seu joelho e abre o seu pé. Ele abre*
>
> *Pesquisadora – É abre. Risos. Agora eu entendi... na hora que eu fiz eu juntei com o nome*
>
> *J. – Com o Batoré. Exato. Até pra você fazer cocô, essa é uma posição muito mais fácil. O que a gente quer é abrir. Então, pra abrir o final, o último estreito, a ideia é um pouco essa. E o cócoras, o cócoras também. Então, tem dois tipos de cócoras. O primeiro, é um cócoras que essa mulher se pendura em algum lugar e ela joga a bunda pra dentro. Consegue imaginar isso?*
>
> *Pesquisadora – Aham*
>
> *J. – Só que tem um outro cócoras, que a mulher segura na frente e a bunda vai pra trás. Então, é onde abre mais. Você tem que saber o que você quer abrir nesse momento. São essas, principalmente. E o lunge é que ajuda a descer um pouco mais bebê nesse final, meio que sacode. A mulher fica com um pé de pé, o outro pé ela põe em cima do banquinho ou da escadinha. Você nunca fez um lunge na academia? Ela vai estar com um pé mais alto, tá vendo [faz a posição], o que ela*

> *vai fazer é descer com o corpo. Então, eu abri mais um pouco, joguei esse bebê um pouquinho pro lado. Depois, eu faço três contrações com a outra perna e eu jogo esse bebê pro outro lado. Porque ele desce assim.*

Além disso, J. argumenta que, em relação às posições utilizadas para intervir no trabalho de parto, ela privilegia aquelas em que a mulher consegue sentir melhor o próprio corpo e a força da gravidade, facilitando todo o processo. Isso porque, para ela, a obstetriz só consegue orientar a mulher parturiente até certo ponto:

> *J. – Eu acho que isso de posição acontece quase sempre. Esses casos de quando a mulher faz um cócoras que ela se sustenta, isso faz muita diferença, uma posição que ela sente sozinha, sabe? Todas as outras posições, a gente mexe muito e nessa é ela com ela mesma. Então, ela sente a força da gravidade puxando o bebê pra baixo. É uma que a gente usa em quase todos os partos e que faz a diferença*
>
> *Pesquisadora – Pelo que eu tô percebendo, tem dois jeitos de você explorar a posição. Um é você colocar a anatomia mesmo numa posição que facilite, que seja a melhor posição possível. O outro é você mudar a posição pra que uma percepção corporal seja diferente, né?*
>
> *J. – Exatamente, porque mesmo que eu faça todas as posições que eu conheço de parto, eu vou conseguir levar esse bebê até certo ponto, até o assoalho pélvico mesmo. Na hora que ele bate no assoalho pélvico, eu preciso que a mulher entenda onde é e o que é. Então, são essas duas, esses dois caminhos que a gente tem que pensar.*

Tendo em vista a afirmação de que *você tem que saber o que você quer abrir nesse momento*, questiono sobre a necessidade de se saber exatamente o que está acontecendo no trabalho de parto para indicar a posição mais adequada. Nesse sentido, a obstetriz conclui que é preciso ter plena noção do período no qual o processo de parturição se encontra, bem como da altura do bebê e sua posição. Não basta prescrever posições sem o acompanhamento atento do trabalho de parto:

> *Pesquisadora – Então, vai sempre depender... a posição que vocês vão indicar vai depender do momento do trabalho de parto? Vai depender da sua observação se precisa, se é o momento que precisa, onde tá esse bebê?*
>
> *J. – Isso, não adianta eu saber todas elas, <<ai, te ensinei aí três manobras>>, você pegar toda grávida e fazer essas três manobras com a grávida. Não, não faz o menor sentido. Você tem que saber exatamente qual a posição da cabeça do bebê, qual é a altura e o que você quer fazer com ele. Se tem necessidade de você mexer ou não.*

Anteriormente discutimos como o uso das tecnologias duras está sempre fundamentado pelos saberes que justificam e legitimam seu uso. Para que a materialidade do corpo passe a ser um instrumento na mão das obstetrizes, é necessário que elas mobilizem seus conhecimentos

de anatomia, dos períodos clínicos e mecanismos de parto, além de produzirem um conhecimento extremamente localizado no encontro com aquele corpo parturiente, dando sentido a tais informações à luz de toda a base fornecida pela formação que tiveram. Entendemos que, para essas profissionais, o corpo feminino não é um produto acabado da natureza, cuja posição na ordem social havia sido 'desvendada' pela medicina da mulher ao tomar-lhe apenas como objeto de controle e intervenção.

Isso não significa, por outro lado, que a relação entre parturiente e obstetriz seja completamente simétrica e horizontal, estando fora do marco da autoridade. O que vemos é a construção de uma relação na qual a autoridade não é vazia, nem se justifica por si mesma, mas é marcada pela confiança e parceria entre uma profissional que detém um conhecimento privilegiado do corpo feminino e mulheres que têm algo a dizer sobre si mesmas e seus corpos. Além disso, o corpo parturiente, entendido como materialidade, também tem muito a dizer, mas só adquire a condição de agente desse processo no encontro com as obstetrizes, profissionais que detêm saberes que as qualificam a ouvi-lo e a interpretar o que ouvem.

5.4 Caso M.

Ao se locomoverem do domicílio para o hospital, as mulheres parturientes ficam expostas ao risco de serem submetidas a algum tipo de violência obstétrica, uma das muitas facetas da violência de gênero. Mesmo contando com uma equipe particular e utilizando o espaço de um hospital privado, o caso compartilhado por G. já contém relatos preocupantes de coerção para a realização de intervenções que seriam desnecessárias naquele momento. Há, todavia, certos eixos de diferenciação que atravessam o corpo feminino e nos posicionam de maneiras distintas nas relações de poder, fazendo com que algumas mulheres estejam mais vulneráveis que outras a esse tipo de violência.

O relato de M. nos mostra como esse é um aspecto que deve ser considerado na hora de decidir intervir (ou deixar de intervir) no trabalho de parto. M. nos conta um caso em que realizou uma redução manual de colo – procedimento em que a profissional empurra manualmente o colo residual que está impedindo a dilatação completa – para evitar um desfecho de transferência para o hospital. Mesmo que a contragosto, M. realizou o procedimento, levando em consideração que, nessa situação, o benefício superaria o risco. Tratava-se do parto de uma mulher indígena que, porventura transferida para o hospital, poderia ser submetida a algum tipo de violência ou, no mínimo, ter uma experiência marcada pelo medo:

> *M. – Lá no primeiro ano que eu tava atendendo parto, né, foi em 2015, eu lembro que atendi uma moça indígena, que mora aqui em São Paulo, mas é paraense. E ela começou a ter uma desaceleração bem importante, assim, né, só que ela tava com oito cm e o bebê tava muito baixo. Era uma desaceleração importante? Sim, era uma desaceleração importante, mas eu sabia que aquele neném poderia nascer bem, mas ele poderia nascer mal se o parto demorasse mais um pouco. Então eu intervim sim. Depois desse dia, eu sempre conto essa história pras gestantes, pra elas entenderem que existem intervenções que a gente diz que não se deve fazer nunca, né, mas em alguns momentos o benefício pode superar o risco, né. Talvez a gente possa realizar e não necessariamente aquilo vai ser bom, aquilo vai continuar sendo ruim e ela vai poder escolher. Foi uma redução de colo, né, naquele momento, que era um bebezinho baixo, ela tava com oito cm, colo fino. Então expliquei para ela falei <<olha, tá assim, assim, assado. Seu bebê tá assim, assim, assado. A gente pode te transferir ou a gente pode fazer essa criança nascer agora>>, basicamente isso, e ela optou por fazer o neném nascer naquele momento. Ela era uma mulher indígena que tinha um fenótipo muito característico, assim, muito característico. Ela tava aqui em São Paulo para fazer pós-graduação, ela fazia pós-graduação na USP, por isso que ela tava aqui. Ela tinha muito medo, assim, muito receio de hospital. Então o primeiro dia que a gente fez uma consulta com ela, ela foi falando sobre o como ela tava triste de não poder parir essa criança no estado onde ela nasceu, né que era o Pará, com a família dela. Então ela queria buscar uma equipe pra parir em casa, porque ela tinha muito medo do hospital e ela tinha muitas histórias ruins pra contar. Eu lembro dela falando isso, de pessoas indígenas que precisaram do hospital. Então, né, tive que levar em consideração e propor essa intervenção pra ela, mas dizendo pra ela que aquilo não deixava de ser um procedimento ruim para mim*
>
> *Pesquisadora – Tá, você diria pra mim que, por mais que seja algo que você não faz normalmente, nesse caso foi bem empregado, considerando tudo que tava envolvido nessa situação?*
>
> *M. – Eu acho que é isso, assim, eu quis me convencer que foi bem empregado, porque ela topou, né. Ela achou uma boa experiência de parto e a minha consciência limpa é pelo consentimento, pela explicação*

Vimos que uma das competências previstas no projeto de formação de obstetrizes é olhar para as mulheres em sua integralidade. Isso não implica apenas situá-las em sua comunidade, mas também compreender como raça, etnia, gênero e condição socioeconômica se emaranham, dando forma a experiências muito particulares, como as de mulheres negras, indígenas, migrantes e imigrantes. Caso essas diferenças e a vulnerabilidade associada a elas não sejam reconhecidas, acabamos contribuindo para a manutenção das hierarquias apontadas por Kelly Diogo de Lima, Camila Pimentel e Tereza Maciel Lima (2021) no acesso e na qualidade da assistência obstétrica.

A parteira adota uma abordagem mais ativa porque é preciso evitar complicações que requeiram o deslocamento para o hospital. A decisão de transferir a mulher parturiente deve

levar em consideração as relações de gênero, raça e classe, além do modo como essas relações se organizam no território. Apesar de algumas políticas públicas que visam à promoção da humanização na assistência ao parto no SUS, como a Rede Cegonha, em algumas ocasiões o hospital de referência e seus profissionais não estão preparados para lidar com as necessidades dessas mulheres de maneira adequada. Em alguns casos, é preferível que a profissional utilize todos os recursos de sua valise para evitar esse deslocamento:

> *M. – Tudo que é consentido a gente espera, né. Eu fiquei já uma semana com uma mulher em casa, de bolsa rota, também com consentimento muito acertado entre a gente. Ela era uma mulher negra também, primeira gestação, morava na Cidade Tiradentes, no extremo leste da cidade de São Paulo e a gente encaminhou ela. A gente revirou ela do avesso, pra ver se ela não entrava em trabalho de parto e aí a gente levou ela pro hospital na quinta-feira à noite. Ela ficou 6 dias, na verdade, com a gente, né. E foi bem ruim a experiência de parto dela, assim, ela sofreu bastante violência. Eu lembro que, na época, a gente ainda não tinha esse conhecimento, aqui no Brasil, pelo menos, de Spinning Babies e tudo mais. Aí a gente se encontra pensando... Foi no começo de 2016 e aí eu sempre fico pensando se a gente soubesse várias coisas, como seria né.*

A literatura nos conta como as mulheres negras estão mais suscetíveis a alguns tipos de violência, como negligência com a dor, procedimentos sem analgesia e violência verbal, física ou psicológica (Maria do Carmo LEAL et al., 2017; Eleonora d'ORSI et al., 2014). As dificuldades em reconhecer tais diferenças podem camuflar vulnerabilidades específicas de determinados grupos de mulheres, mantendo-nos inertes em relação às assimetrias que impedem a garantia de seus direitos reprodutivos. Portanto, um olhar atento às diferenças é fundamental para "lidarmos de forma efetiva com as distorções que resultaram de as termos ignorado e confundido" (Audre LORDE, 2019, p. 154). A resistência intransigente a fazer certas intervenções endossa, nessas circunstâncias, a ideia fictícia de uma mulher universal – mamífera, empoderada, plenamente conhecedora do próprio corpo –, apagando nossas diferenças em nome de meros princípios abstratos do movimento de humanização.

Em seu texto "Idade, raça, classe e sexo: as mulheres negras redefinem a diferença", Audre Lorde (2019, p. 151) pergunta "quais detalhes específicos em cada uma de nossas vidas podem ser examinados e alterados para ajudar a trazer a mudança?". O caso de M. nos ensina que um pequeno detalhe que podemos começar examinando e repensando é a atitude em relação ao trabalho das obstetrizes que o resuma a 'sentar na mão' e deixar a natureza fazer seu trabalho quando podemos fazer algo para minimizar as vulnerabilidades de algumas de nós.

5.5 Caso F.

A intervenção feita no caso relatado por F. é objeto de grandes controvérsias no campo da humanização, assim como no contexto mais amplo de atenção ao parto. Trata-se da incisão no períneo da mulher parturiente, feita com a *intenção* de facilitar a passagem do bebê e o nascimento, procedimento conhecido como episiotomia. O procedimento foi proposto pela primeira vez no século XVIII, no livro *A Treatise of Midwifery* (1724) escrito por Sir Fielding Ould, obstetra irlandês. Em 1847, Dubois sugeriu a realização de uma incisão oblíqua no períneo, hoje conhecida como episiotomia médio-lateral (Melania AMORIM, 2015). Conforme destaca Paul Shoon (2001), inicialmente, as indicações da episiotomia se limitavam aos partos difíceis, para evitar o óbito fetal, foi apenas no fim do século XIX que seu uso indiscriminado foi implementado. Em 1878, a médica estadunidense Anna Broomall defendeu o uso dessa intervenção para o controle de lacerações perineais (SHOON, 2001). De acordo com Amorim (2015), a disponibilidade de anestesia e as emergentes estratégias de controle de infecções possibilitaram que a realização do procedimento fosse popularizada naquele século (AMORIM, 2015), de modo que, no século XX, seu uso passou a ser rotineiro, mesmo sem eficácia comprovada por estudos bem conduzidos (Stephen THACKER e David BANTA, 1983).

Repetimos para F. o pedido de ouvir um relato de intervenção bem-sucedida no trabalho de parto. Em sua resposta, ela relata uma situação em que a mulher parturiente que já estava com puxos voluntários e, ao realizar força no período expulsivo, não conseguia vencer a resistência da musculatura perineal. A primeira intervenção de F. foi menos invasiva sugerindo uma mudança de posição. F., assim como as outras entrevistadas, está bem familiarizada com posições que facilitam o trajeto pela pelve óssea e suas partes moles. No caso relatado, o expulsivo se prolongava e, quando podiam ser ouvidos, os batimentos cardíacos fetais mostravam que a frequência cardíaca fetal não estava respondendo bem às contrações. Diante disso, F. examinou a parturiente e constatou que havia algum tipo de anomalia dificultando esse expulsivo e decidiu que a melhor conduta naquele momento seria fazer uma incisão no períneo:

> *F. – Não, teve uma que a gente foi... Ah, é que tudo depende, né. Teve uma moça que, na realidade, ela tava fazendo bastante força e o bebê não saía. Eu olhei pra ela e ela tava roxa, de tanta força. E aí, eu falei <<não, espera>>, né. E o coração começou a ficar num lugar onde era difícil de escutar, o bebê começou a não responder bem à contração. E ela roxa, assim, mudei de posição e nada e aí eu fui passar o dedo e ela tinha meio que uma fibra, era uma fibra muito dura. Então, o que a gente pensou. Ela fazia um exercício do epi-no[15], só que, na realidade, com*

[15] Aparelho utilizado para o fortalecimento da musculatura perineal.

> *um brinquedo erótico e ela não fez pra ter essa sensação de expulsão, igual o epi-no faz. Ela fez de um jeito que fortaleceu a musculatura. Então, tinha um anel fibrótico ali, que não cedia por nada. E aí, o que eu fiz? Enfiei a tesoura por dentro e cortei. Aí, o bebê veio, sabe?*
>
> *Pesquisadora – Aham*
>
> *F. – E nasceu meio mal, a gente teve que reanimar, porque tava bastante tempo. Então, acho que essa foi uma das piores intervenções que eu fiz, assim, porque eu fiquei me sentindo muito mal. Muito mal mesmo. Tipo, eu pensava nossa <<por quê?>>, mas era isso, se eu não fizesse, eu não sei o que ia acontecer com o bebê, mas acho que essa foi a pior intervenção que eu já fiz.*

Tendo em vista a culpa que F. relata, parece-nos que o procedimento é uma das competências tecnológicas que ficam bem guardadas no fundo de sua valise. Seu uso não foi inócuo, mas causou intensa culpa na profissional e, possivelmente, complicações adicionais no puerpério dessa mulher. Diante do desconforto dessa obstetriz, pareceu-nos que o procedimento só foi realizado porque ela, com todo seu repertório e toda sua experiência, achou que fosse realmente necessário. Questionamos, portanto, se naquele momento ela ainda avaliava a intervenção como necessária:

> *Pesquisadora – Olhando retrospectivamente você acha que foi uma boa decisão? Que resolveu algo de pior que poderia acontecer?*
>
> *F. – Sim. Ela [a bebê] tá com dois, três anos, e eu não faria diferente. Assim, porque, por exemplo, o vácuo é uma coisa que a gente não tem acesso aqui no Brasil pra obstetriz, né, e sem ser no ambiente hospitalar, né. Então, talvez fosse uma opção. Mas, e eu não cortei o períneo dela, de fato, né, eu entrei com a tesoura, mas, claro, que lacerou depois que o bebê veio com tudo, mas não, porque poderia ser muito pior. Logo em seguida, teve um post da Maíra[16], falando dos casos de episio[tomia] que as pessoas acharam necessários, que nem sempre era, tipo, nunca faça, sabe? Parecia que alguém tinha falado pra ela e aliviou meu coração. Se eu... não sei o que poderia ter acontecido com o bebê. Ele ficou muito tempo, ali, no canal, sabe?*
>
> *Em casa a gente espera bastante, mas no que eu olhei pra mulher e ela tava roxa, falei <<não, calma, espera, respira>>. A gente tava exigindo dela um tanto, que a gente teve que parar todo mundo pra respirar pra não transparecer esse desespero, né. Mas, depois, o bebê ficou bem, mas eu fiquei de coração na mão até a passada dele no pediatra, né. Queria ver se essa criança ia desenvolver bonitinho, mas desenvolveu, assim*
>
> *Eu tenho uma cabeça que é, um pouco... que também não é a do SUS, que era de redução de danos, tipo, <<não, vamos fazer aqui pra reduzir o que pode acontecer*

[16] Maíra Libertad, Enfermeira Obstétrica amplamente conhecida no movimento de humanização. Doutora em Ciências Médicas pela UERJ (2014). Fonte: Currículo Lattes.

> *de pior que vão fazer nela>>, mas, eu acho que a gente tem que intervir quando é necessário, é pra isso que a gente tá lá, né, senão os bebês nasciam sozinhos em casa.*
>
> *A gente sabe o que a evidência fala, né, a gente sabe quando intervir ou não, então, a gente tem que intervir quando é necessário.*

Como profissional da humanização, F. se localiza no centro de um acalorado debate que escapa dos círculos científicos e adentra a internet, ressoando em *blogs* e perfis nas redes sociais – como o *instagram* – de profissionais, pesquisadoras/es e mulheres que defendem a humanização do parto. Nesses espaços, há uma crescente discussão sobre a absoluta obsolescência deste procedimento. A médica e doutora em Tocoginecologia (UNICAMP) Melania Amorim é uma das influentes profissionais cujo discurso se ancora na MBE para reafirmar a ausência de justificativas para o uso rotineiro da episiotomia. Seu perfil nas redes sociais promove e se engaja em debates sobre o procedimento, utilizando seu testemunho pessoal para convencer cada vez mais profissionais de que é possível nunca adotar o procedimento. Na ocasião da escrita desta tese, sua última publicação sobre o tema em seu perfil do *instagram* resgatava uma postagem feita um ano antes em outra rede social. À época, ela estava havia quase 18 anos e 10 meses sem episiotomias. Na publicação de janeiro de 2022, o período sem a realização do procedimento totalizava 19 anos, 9 meses e 25 dias:

Há um ano eu postava esse texto:

"Recebi o e-mail de uma pessoa que se envolveu em uma discussão que rendeu o maior bafafá sobre episiotomia aqui nas redes. E tenho a mais grata satisfação de constatar que ela conseguiu rever conceitos e atitudes e reformular sua prática. Bem sei que não é fácil - apenas eu estou há muito mais tempo na estrada.

Até a MBE entrar na minha vida em 1992 (e eu estava em franco puerpério de meu primeiro filho) nunca tinha me ocorrido questionar a prática - e olhem, eu já era feminista.

Ainda foram necessários mais anos para que eu avançasse mais além do conceito que me trazia a MBE - de não fazer episiotomia de rotina - quando então minhas taxas foram declinando progressivamente - para não fazer NUNCA. Hoje, como eu digo, prazer, eu sou Melania. Estou há 18 anos, 9 meses e 25 dias sem realizar uma episiotomia.

Vamos acreditar no potencial de transformação do ser humano e que sim, é possível atingir mentes e corações com os nossos discursos, com essa tarefa que às vezes parece ingrata de divulgação científica.

Por isso uma força me leva a cantar
Por isso uma força estranha..."

Agora são 19 anos, 9 meses e 25 dias, rumo a 20 anos sem episiotomias.

❤

#episiotomianão
#pelofimdocortemutilador

(@melania44, 02 de jan. 2022. Disponível em https://www.instagram.com/p/CYOu955r4L7/. Acesso em 04 jan. 2022)

Duas revisões sistemáticas da Biblioteca Cochrane oferecem evidências do mais alto nível sobre as vantagens do uso seletivo da episiotomia em relação ao seu uso rotineiro. A primeira (Guillermo CARROLI e Luciano MIGNINI, 2009) conclui que o uso seletivo do procedimento está associado a menos trauma perineal posterior, menor necessidade de sutura, sem haver diferenças na intensidade da dor e no trauma vaginal ou perineal grave. Contudo, o estudo conclui que o uso seletivo aumenta o risco de trauma perineal anterior. A segunda, por sua vez, corrobora os achados de que a episiotomia seletiva está associada a menor risco de trauma perineal/vaginal grave, mas conclui que não existem evidências claras de que a episiotomia seletiva traga outros danos para a mãe ou para o bebê (Hong JIANG et al., 2017).

Os resultados dos dois estudos privilegiam o uso restritivo da episiotomia em detrimento do rotineiro. Não há, todavia, qualquer definição das ocasiões em que o procedimento deve ser realizado. Além disso, não há evidências do benefício dessa intervenção, mesmo quando realizada seletivamente. Diante da falta dessas informações, as últimas recomendações da OMS (2018) desencorajam o uso rotineiro ou liberal de episiotomia, não o recomendando para mulheres passando por parto vaginal espontâneo.

As grandes referências no campo da Medicina Baseada em Evidências concordam que o bom uso do conhecimento científico começa com a habilidade de formular perguntas (FARIA, OLIVEIRA-LIMA e ALMEIDA-FILHO, 2021). A pergunta que o relato de F. suscita não é se a episiotomia deve ou não continuar sendo realizada com seletividade. Esta tese contribuiria muito pouco para responder um questionamento dessa magnitude, e se nos propuséssemos a fazê-lo, estaríamos produzindo pseudociência: para produzir conhecimentos universalizáveis e prescritivos, é preciso se valer do método científico para produzir dados “robustos”. A questão que se coloca é se, naquele momento, naquele lugar e para aquela mulher, a decisão de F., uma parteira formada e experiente, pôde trazer algum tipo de benefício. E o que podemos aprender com esse caso? Ele pode servir de exemplo para a imprevisibilidade que escapa às universalizações? Além disso, como reconhecer aquilo que escapa de ser apreendido por meio do método científico mas pode contribuir para que ofereçamos a melhor assistência possível a

essas mulheres? O esforço de responder a tais questões pode contribuir para que façamos um uso responsável e localizado das evidências científicas, de modo que os sujeitos da assistência ao parto sejam as mulheres, não os dados.

Talvez o caso relatado por F. não traga respostas para essas perguntas. No entanto, uma pergunta bem formulada é o lugar onde se inicia toda produção de conhecimento que se propõe objetiva e adequada às nossas necessidades. Harding (1987) chama a atenção para o fato de que o contexto da formulação de nossas perguntas é, geralmente, deixado de lado ao determinarmos a qualidade de nossas produções científicas. Valemo-nos do método e por meio dele legitimamos nossas respostas; nos apegamos às respostas e esquecemos da importância das perguntas. Desse modo, é preciso que voltemos ao contexto no qual se inserem as questões colocadas acima: nossa entrevistada, diante de um cenário não tranquilizador da frequência cardíaca fetal, decide utilizar a mais enferrujada das tecnologias presentes em sua caixa de ferramentas. Lembremos que F. é uma obstetriz se dispondo a compartilhar com a mulher a responsabilidade da escolha de um parto domiciliar em um país cesarista. Claro que o uso do vácuo-extrator seria uma alternativa viável à realização da episiotomia. Sabemos, inclusive, da possibilidade de partos instrumentais sem qualquer tipo de incisão no períneo (AMORIM et al., 2014). O caso que a profissional compartilha conosco, por sua vez, requereria a transferência do domicílio ao hospital, bem como a presença de um/a médico/a, já que, ao contrário de outros países, as parteiras (sejam elas obstetrizes ou enfermeiras obstétricas) não são autorizadas a utilizar essa tecnologia no Brasil. Quanto mais atentamente revisamos o cenário dessa intervenção, mais perguntas somos levadas a fazer. Essa mulher queria sair de sua casa? Havia tempo para isso? E quanto mais perguntas fazemos, mais vislumbramos os detalhes que abrem inúmeras possibilidades de respostas para além do “não, realizar uma episiotomia nunca se justifica”.

Se estivéssemos falando de um parto assistido por um médico ou uma médica, em contexto hospitalar, essa discussão tomaria um rumo muito distinto, contexto no qual é possível compreender como a máxima “episiotomia nunca!” cumpre um papel estratégico na luta pela diminuição de intervenções invasivas, principalmente nos casos em que outras intervenções ainda podem ser consideradas para o manejo das urgências e emergências no trabalho de parto hospitalar. Para os médicos/as e outros profissionais tecnocentrados, essa máxima coloca em questão um modelo de formação baseado na desqualificação do corpo feminino. Por outro aldo, preocupamo-nos com o simples apagamento das particularidades que decorre das máximas inegociáveis, principalmente quando essas dizem respeito ao trabalho das parteiras. Nem todos

os partos são assistidos por médicos/as, em contexto hospitalar, com a possibilidade de realizar um parto assistido por vácuo-extrator sem episiotomia. Ainda temos um longo caminho a percorrer em direção a um cenário ideal de atenção ao parto, se é que ele é possível. Enquanto isso, um olhar atento às singularidades nos capacita a oferecer a melhor assistência possível para cada mulher parturiente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Iniciamos esta tese fazendo um breve histórico da história da obstetrícia moderna. Ao fazê-lo, vimos que o paradigma tecnocrático de atenção ao parto, hegemônico no ocidente, encontra suas raízes na dupla desqualificação das mulheres, operada por meio da sistemática perseguição de parteiras e curandeiras e da posterior patologização do corpo feminino. A aliança, na Idade Média, entre a Medicina em vias de institucionalização e a Igreja sedimentaram as bases para que as parteiras viessem a ocupar, cada vez mais, um lugar marginal na atenção ao parto. Uma Medicina já institucionalizada, agora 'tradutora' da própria natureza para a ordem social, passa, já no século XIX, a se valer de sua autoridade para declarar o caráter fundamentalmente patológico do corpo feminino.

Assentado nessas bases, o paradigma tecnocrático posiciona a mulher parturiente como objeto de uma prática cujo sujeito é o/a médico/a, reproduzindo uma dicotomia subjacente que opera como um de seus princípios: a separação e oposição entre mente e corpo. Nesse âmbito, as mulheres são reduzidas a uma corporeidade bruta, vivenciando um processo a ser controlado, a fim de que suas falhas possam ser corrigidas. Isso resulta em uma supervalorização da ciência e da tecnologia, as quais fundamentam a organização hierárquica e a padronização do cuidado (DAVIS-FLOYD, 2001). Consequentemente, autoridade e responsabilidade são prerrogativas do/a profissional e não da mulher parturiente.

É verdade que as obstetrizes não rompem com o modelo biomédico: elas estão plenamente familiarizadas com os saberes produzidos no âmbito dessa lógica, saberes que são da ordem do tempo longo. Vimos que conteúdos de anatomia, fisiologia e outras disciplinas básicas da formação médica estão presentes no curso de Obstetrícia e estruturam a formação dessas profissionais. Esses repertórios da obstetrícia moderna, porém, são incorporados à prática dessas profissionais e ressignificados à luz da crítica à centralidade da tecnologia e das origens misóginas da obstetrícia como disciplina médica. Dessa maneira, elas abandonam o paradigma tecnocrático e passam a compor os esforços da luta pela humanização da atenção ao parto, uma espécie de reforma do modelo biomédico.

Conforme aponta Diniz (2005), o movimento de humanização é caracterizado pela polissemia. Ele não é homogêneo e os sentidos do termo "humanizar" podem variar conforme as experiências do tempo vivido de cada uma das profissionais. Entre nossas entrevistadas, ele está fortemente associado à preservação de um processo fisiológico, mas essa fisiologia não é sinônimo de uma natureza pura, separada da cultura e previsível. Para elas, humanizar o parto

também diz respeito à garantia dos direitos sexuais e reprodutivos e a um olhar sensível à mulher em sua integralidade.

Nossos resultados indicam que, por mais que nosso enunciado disparador possa sugerir que o parto sempre ocorra com sucesso sem nenhuma necessidade de interferência externa, o que se percebe na prática humanizada dessas profissionais é uma relação de parceria entre profissional e mulher, na qual a possibilidade de intervenções não está descartada; as condutas não estão definidas a priori e são empregadas de modo crítico em cada processo de parturição. Apesar de algumas diretrizes gerais, como a garantia da segurança materno-fetal com o mínimo possível de intervenções, o emprego das tecnologias pelas obstetrizes se dá sempre em relação a cada trabalho de parto e sua evolução, deixando de lado diretrizes gerais ou prescrições descontextualizadas de conduta ideal, consolidando, portanto, uma prática também situada e corporificada (HARAWAY, 1995). Nesse sentido, as evidências científicas, protocolos e os demais conteúdos generalizantes adquirem seu sentido pleno no encontro com cada uma das mulheres parturientes, de modo que essas profissionais encontram em cada trabalho de parto e em cada uma das mulheres os elementos necessários para fundamentar suas condutas.

Em linhas gerais, as obstetrizes compartilham da diretriz de reduzir intervenções, desde que permaneça assegurada a segurança do processo de parturição. Elas avaliam, a cada momento, a necessidade de intervirem no processo, por meio da observação atenta da mulher parturiente e de seus sinais vitais, bem como dos sinais vitais fetais. Tais informações são interpretadas à luz dos saberes fornecidos por toda sua formação e pelas evidências científicas. Assim, as tecnologias leve-duras (MERHY, 2000/2006) atravessam toda a assistência oferecida por essas profissionais, fundamentando o processo de tomada de decisão. Tais saberes não são os únicos recursos das quais as obstetrizes dispõem para intervir no parto. Na valise dessas profissionais podemos encontrar desde tecnologias leves, aquelas da ordem das relações, até tecnologias duras, aquelas da ordem da materialidade. Estas últimas incluem tanto os instrumentos produzidos pela atividade humana – banqueta, amniótomo, agulha, linha para sutura –, quanto o próprio corpo das obstetrizes e das mulheres parturientes.

Entre os motivos que as levam a intervir no processo, o manejo das urgências e emergências está em primeiro lugar. Aqui, leva-se em consideração o risco de morbimortalidade materna e fetal, associado a alguns sinais detectados na monitoração do parto. O mero tempo de parto não é um desses sinais de alerta, se não se encontrar conjugado a outros sinais, como uma frequência cardíaca fetal não tranquilizadora ou a presença de mecônio. Além

disso, são considerados os desejos e demandas de cada uma das mulheres, bem como suas necessidades. Tais necessidades são identificadas por meio do olhar que busca enxergar a mulher em sua integralidade, o que inclui sua família e comunidade, mas também sua raça, etnia e condição socioeconômica.

Observamos, nesse ponto, que as obstetrizes não estão totalmente conformadas aos imperativos que impõem uma relação simplista com as intervenções no parto. A trajetória das obstetrizes é marcada por resistências: resistência às constantes perseguições, que datam de tempos longínquos e se perpetuam no cotidiano das práticas de atenção ao parto, resistência a uma assistência tecnocentrada. Mais uma vez, as parteiras resistem também à normatividade característica dos discursos naturalizantes. Dos atos de resistência dessas profissionais desdobram-se, como bem observou Glauce Ferreira Soares (2016, p. 291) "novas possibilidades de cuidado".

Em vista disso, podemos afirmar que a prática dessas profissionais é profundamente situada. Nada encontra seu sentido pleno fora do encontro com a mulher parturiente: nem o que é humanização, nem as evidências científicas, nem os saberes produzidos sobre o corpo feminino. Embora possa parecer à primeira vista, essa prática não coloca em risco o lugar da MBE como o norte da assistência, pelo contrário. Isso faz com que as obstetrizes façam um uso racional das evidências científicas, enquanto estão profundamente atentas às 'pedras no caminho', às intempéries e também ao que escapa das normas e generalizações.

Há, no movimento de humanização, um discurso que defende um "caminho do meio", um caminho entre o uso exacerbado de tecnologias e sua recusa. J. utiliza esse argumento em uma das entrevistas, ao afirmar que o parto não deve ser reduzido a um acontecimento exclusivamente natural, pelo menos não de acordo com uma noção específica de natureza. Ao complexificar nossa compreensão desse evento, complexifica-se também nossa relação com as intervenções e com os recursos utilizados para intervir. Concordamos com J. na medida em que entendemos que o parto é um evento complexo, que coloca em questão uma das dicotomias fundantes da modernidade – aquela entre natureza e cultura. Entretanto, não aceitamos que a solução é trilhar um caminho do meio.

Não podemos negligenciar a força da metáfora do caminhar, mas é preciso deslocar seu eixo, da tecnologia, para as mulheres. Ao decidirmos seguir o caminho do meio, nos posicionamos tendo as tecnologias como foco: de um lado temos uma noção de humanização que as recusam sem entender que as mulheres possuem necessidades distintas; de outro uma

assistência na qual a tecnologia tem mais espaço do que precisam ter. Se a assistência está centrada na mulher, não é possível que o caminho esteja dado de antemão. Se a colocamos no centro, o caminho será feito ao caminhar de mãos dadas com ela, carregando nossa valise e usando os recursos nela contidos para que possamos nos guiar: estetoscópio, esfigmomanômetro, sonar *doppler* fetal, nossas mãos, saberes adquiridos por anos de estudo e muita experiência, saberes que ajudamos a produzir com nossas pesquisas.

Além disso, o discurso do caminho do meio reproduz uma dicotomia que pouco interessa ao objetivo de implementar a assistência obstétrica da qual precisamos. Isso porque, ao nos posicionarmos dessa maneira, admitimos que podemos encontrar um meio termo entre o que é da ordem da natureza e tudo aquilo que é produto humano e supostamente a corrompe. Essa visão está conjugada a uma noção simplista de intervenção, que a associa apenas a tecnologias originadas no âmbito do modelo biomédico e cujo uso foi banalizado pelo paradigma tecnocrático de atenção ao parto.

No fim das contas, o saldo da análise realizada nesta tese é, portanto, a ressignificação da própria noção de intervenção, ampliando-a de tal modo a sugerir uma superação da visão ingênua de nossas práticas de atenção ao parto. Na esteira do pensamento de Gaston Bachelard (1986), entendemos que, no momento em que nos erguemos a pensar o mundo e a dar-lhe sentido, intervimos nele. Conforme destaca André Vinicius Pessôa (2008), para Bachelard, a ação do ser humano no mundo é a de um demiurgo, um artesão, um manipulador. O autor contrapõe "à consagrada filosofia passiva da visão uma filosofia ativa das mãos, a que pertence aos artistas, aos alquimistas, aos obreiros e a todos os que enfrentam a matéria para transformá-la" (PESSÔA, 2008, p. 1). Logo, concluímos que produzir conhecimento e aplicá-lo ao parto é também intervir nesse processo.

Essa visão ampliada das intervenções complexifica nossa relação com elas, permitindo que possamos ver certas nuances na velha oposição "parto natural x parto com intervenções". Esse gesto pode evitar as consequências desastrosas da oposição que nos leva a pautar nossas práticas pela defesa de uma natureza pura e sábia, mesmo que em detrimento das necessidades das mulheres que não personificam esse ideal. Afinal, qual parto se reduz a um acontecimento exclusivamente da ordem da natureza? Contudo, não nos enganemos, isso não torna a natureza simplesmente matéria para nossos desígnios, uma vez que isso ainda nos perpetuaria em uma mera dicotomia frente a ela. O que está em jogo, antes, é o reconhecimento de que a natureza não permanece incólume enquanto implementamos nossos esforços para conhecê-la e de que ela participa ativamente de nossos processos de produção de conhecimento. Devemos

permanecer vigilantes, pois esse deslocamento de perspectiva não nos dá o direito de banalizar o uso de tecnologias; e não o faremos enquanto a assistência que prestarmos estiver centrada nas mulheres.

Finalmente, gostaríamos de argumentar a necessidade de alargarmos a metáfora dos sentidos na produção de conhecimento, para que ela passe a contemplar o tato. Para podermos reconhecer plenamente nossa perspectiva, o tato é tão útil quanto a visão: é por meio do tato que o mundo adquire dimensões, conforme o lugar que nos encontramos. Por causa do tato sabemos que não olhamos para uma tela plana e, então, o mundo ganha complexidade. Incluí-lo nessa metáfora permite que relembremos um dos princípios mais caros aos construcionismos: produzir conhecimento é um meio de agir sobre o mundo e dar forma a ele.

REFERÊNCIAS

AMORIM, M. M. R.et al. Distócia de ombro: proposta de um novo algoritmo para conduta em partos em posições não supinas. **Revista Femina**, v. 41, n. 3, p.115-124, 2013.

AMORIM, M. M. R. et al. Is It Possible to Never Perform Episiotomy During Vaginal Delivery? **Obstetrics & Gynecology**, v. 123, 2014.

AMORIM, M. M. R.; KATZ, L. O papel da episiotomia na obstetrícia moderna. **Femina**, v. 36, n. 1, p.47-54, 2008.

ARAGAKI, S. S. et al. Entrevistas: negociando sentidos e coproduzindo versões de realidade. In: **A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas**. SPINK, Mary Jane; BRIGAGÃO, Jacqueline; NASCIMENTO, Vanda; CORDEIRO, Mariana. (orgs.). 1 ed. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2014.

BARCHELARD, G. **O direito de sonhar**. Trad. PESSANHA, J. A. M. et al. São Paulo: DIFEL, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. Tipo de parto segundo Região/Unidade da Federação, Período: 2018. **Sistema de informações sobre nascidos vivos**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>. Acesso em 28 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 971, de 4 de maio de 2006. **Dispõe sobre a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde**. Diário Oficial da União, 2006.

BRIGAGÃO, J. I. M.; GONCALVES, R. Uso de tecnologias em obstetrícia: uma leitura crítica. **Fazendo Gênero IX**: diásporas, diversidades, deslocamentos. Universidade Fedral de Santa Catarina, ago. 2010.

CALLON, M. Some elements of a sociology of translation: domesticantion of the scallopsand the fisherman of St. Brieuc Bay. In: LAW, J. **Power, action and belief: a new sociology of knowledge?** London: Routledge, 1984.

CARROLI, G.; MIGNINI, L. Episiotomy for vaginal birth. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 1, n. CD000088, 2009.

CLARK, P. A. Use of the vacuum extractor by midwives--what has changed in the last decade? **Journal of Midwifery & Women's Health**., v. 50, n. 6, p. 517-524, nov./dez. 2005.

CONTATORE, O. A. et al. Uso, cuidado e política das Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 10, out. 2015.

CORDEIRO, M. P. **Psicologia Social no Brasil: multiplicidade, performatividade e controvérsias**. Tese (Doutorado em Psicologia Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2012.

CULPANI, A. A objetividade científica como problema filosófico. **Cad. Cat. Ens. Fís**, v. 6, p.18-29, 1989.

DINIZ, C. S. G. **Atenção ao parto e relações de gênero: elementos para uma releitura médico-social**. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

DINIZ, C. S. G. **Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites das propostas de humanização do parto**. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

DAVIS, E. **Women's Intuition**. Berkeley, Califórnia: Celestial Arts, 1989.

DAVIS-FLOYD, R. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 75, n. 5, p. 05-23, 2001

DAVIS-FLOYD, R.; DAVIS, E. Intuition as authoritative knowledge in midwifery and homebirth. **Med. Anthropol. quart**., v. 10, n. 2, p. 237-269, 1996.

DUNN, P. M. The Chamberlen family (1560–1728) and obstetric fórceps. **Arch. Dis. Child Fetal Neonatal**. v. 81, p.232–235, 1999.

d'ORSI, E. et al. Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, n. 1, p. 154-168, 2014.

EACH. Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo. **Projeto político pedagógico curso de graduação em obstetrícia**, 2017. Disponível em: <http://www5.each.usp.br/wp-content/uploads/2015/11/PPP-Obstetr%C3%ADcia-2017.pdf>. Acesso em 30 jun. 2021.

EHRENREICH, B.; ENGLISH, D. **Witches, midwives and nurses: a history of women healers**. Nova Iorque: The Feminist Press, 1973/2010.

FARIA, L.; OLIVEIRA-LIMA, J. A. de; ALMEIDA-FILHO, N. Medicina baseada em evidências: breve aporte histórico sobre marcos conceituais e objetivos práticos do cuidado. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v. 28, n. 1, p. 59-78, jan./mar. 2021.

FERRAZ, E. H.; ISHII, S.; CIOSAK, S. I. et al. latrogenia: implicações para a assistência de enfermagem. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 6, n. 2, p.165-179, 1982.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade: a vontade de saber**. Rio de Janeiro/São Paulo: Paz & Terra, 1976/2015.

FOUCAULT, M. **A ordem do discurso**. São Paulo: Editora Loyola, 1970/2010.

FRIEDMAN, E. Primigravid labor: a graphicostatistical analysis. **Obstet. Gynecol**., v. 6, n. 6, p. 567-589, 1955.

GARCIA, C. C. 2011. **Breve história do feminismo**. São Paulo: Editora Claridade, 2011.

GARCIA, C. C. Notas sobre a história do trabalho das mulheres na sociedade ocidental: das diferenças às desigualdades laborais de gênero. **Revista Gestão & Políticas Públicas**, v. 9, n. 1, p. 123-140, 2019.

GINZBURG, C. Sinais: raízes de um paradigma indiciário. In: **Mitos, emblemas e sinais: morfologia e história**. São Paulo: Companhia das Letras, 1989. p. 143-275.

HARAWAY, D. Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. **Cadernos Pagu**, v. 5, p.07-41, 1995.

HARDING, S. Is there a feminist method? In: HARDING, S. **Feminism and Methodology**. Bloomington: Indiana University Press, 1987.

HARDING, S. Objetividade mais forte para ciências exercidas a partir de baixo. Trad. MELO, R. F. **Em construção: arquivos de epistemologia história e estudos da ciência**, v. 5, p.143-162, 2019.

ICM. International Confederation of Midwives. **Philosophy and modelo of Midwifery care**, 2014. Disponível em: <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2020/07/cd0005_v201406_en_philosophy-and-model-of-midwifery-care.pdf>. Acesso em: 15 set. 2021.

JAGGAR, A. Amor e conhecimento: a emoção na epistemologia feminista. In: JAGGAR M. J.; BORDO S. R. (Orgs). **Género, corpo, conhecimento**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1997. p. 157-185.

JIANG, H. et al. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 2, n. CD000081, 2017.

JOHANSON, R.; MENON V. Vacuum extraction versus forceps for assisted vaginal delivery. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 2, n. CD000224, 1999.

JORDAN, B. Technology and Social Interaction: Notes on the Achievement of Authoritative Knowledge. **Technical Report IRL92-0027**. Palo Alto, CA: Institute for Research on Learning; 1992. Disponível em: <http://anthropology.msu.edu/anp270-us15/files/2015/05/Authoritative-Knowledge-Jordan-1992.pdf>. Acesso em 19 dez. 2021.

KITZINGER, S. **Mães**: um estudo antropológico da maternidade. 2 ed. Lisboa: Editorial Presença, 1996.

KRAMER, H.; SPRENGER, J. **O martelo das feiticeiras**. Trad. FRÓES, P. Rio de Janeiro: Best Bolso, 1487/2015.

LAQUEUR, T. **Inventando o sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud**. 1 ed. Rio de Janeiro: Relume-Dumara, 2001.

LAURENTI, R.; JORGE, M. H. de M.; GOTLIEB, S. L. D. Mortes maternas e mortes por causas maternas. **Epidemio. Serv. Saúde**, v. 17, n. 4, p. 283-292, out./dez. 2008.

LORDE, A. **Irmã oursider**: ensaios e conferências. Trad. BORGES, S. 1. ed. São Paulo: Grupo Autêntica, 2019.

LEAL, M.C. et al. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 33, n. 1, p. 1-17, 2017.

LIMA, K. D. de; PIMENTEL, C.; LYRA, T. M. Disparidades raciais: uma análise da violência obstétrica em mulheres negras. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 3, p. 4909-4918, 2021.

MARTINS, A. P. V. A ciência dos partos: visões do corpo feminino na constituição da obstetrícia científica no século XIX. **Revista Estudos Feministas**, v. 13, n. 3, p.645-665, set./dez. 2005.

MARTINS, A. P. V. A ciência obstétrica. In: **Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX** [online]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004, p. 63-106.

MARCOLIN, A. **Será que chegou o momento de abandonarmos os concditos de Friedman sobre o trabalho de parto?** Febrasgo, 2017. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/148-sera-que-chegou-o-momento-de-abandonarmos-os-conceitos-de-friedman-sobre-trabalho-de-parto>. Acesso em 11 dez. 2021.

MERHY, E. E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor Saúde. **Interface**, v. 6, p.109-116, 2000.

MERHY, Emerson, E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 1. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2006.

MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE FILHO, J. de. **Obstetrícia fundamental**. 13. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Mortalidade proporcional por grupos de causas em mulheres no Brasil em 2010 e 2019. **Boletim epidemiológico**, v. 52, n. 29, ago.2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/boletins-epidemiologicos/edicoes/2021/boletim_epidemiologico_svs_29.pdf>. Acesso em 20 jul. 2021.

MORIN, E. Da necessidade de um pensamento complexo In: **Para navegar no século XXI**. Porto Alegre: Editora Sulina, 2003.

MORTELARO, P. K.; CIRELLI, J. F. Corpos em relação: contribuição das epistemologias feministas para uma prática obstétrica situada. **Saúde em debate**, n. 45, v. esp. 1, p. 168-180, 021

MOTT, M. L. Assistência ao parto: do domicílio ao hospital (1830-1960). **Proj. História**, v. 25, p.197-219, 2002.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Appropriate technology for birth. **Lancet**, v. 326, n. 8452, p. 436-437, 1985.

MURARO, L. **El ordem simbólico de la madre**. Editora horas y HORAS: Marid, 1994.

MURARO, L. Hacer política, escribir história (notas de trabajo). **DUODA**, 2, 1991.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **WHO recommendations**: intrapartum care for a positive childbirth experience. Genebra: WHO; 2018.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Recomendações da OMS para a prevenção e tratamento da hemorragia pós-parto**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2014. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75411/9789248548505_por.pdf?sequence=12&isAllowed=y>. Acesso em 07 jul. 2021.

PÊSSOA, A. V. Gaston Bachelard e a imaginação material e dinâmica. **XI Congresso Internacional da ABRALIC**: Tessituras, Interações, Convergências. Universidade de São Paulo, 2008.

RICH, A. Notas para uma política de localização. In: MACEDO, A. G. (org.). **Género, identidade e desejo**: antologia crítica do feminismo contemporâneo. Lisboa: Edições Cotivia, 2002.

RIESCO, M. L. G; TSUNECHIRO, M. A. Formação profissional de obstetrizes e enfermeiras obstétricas: velhos problemas ou novas possibilidades? **Revista Estudos Feministas**, v. 10, n. 2, p.449-459, 2002.

RIESCO, M. L. G; TSUNECHIRO, M. A.; LEISTER, N. A escola de obstetrícia da Universidade de São Paulo: a história contada no livro de atas (1912-1970). **Texto & Contexto – Enfermagem**, v. 20, p.164-171, 2011.

ROHDEN, F. O corpo fazendo a diferença. **Mana**, v. 4, n. 2, out. 1998.

ROHDEN, F. **Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

SACKETT, D. L. et al. Evidence-based medicine: what it is and what it isn't. **BMJ**, v.13, n.312, p.71-72, 1996.

SIAPARTO, 2021. **Flyer Evento**. Disponível em: <https://siaparto.com.br/pages/file/folder/Flyer-Siaparto2021.pdf>. Acesso em 23 nov. 2021.

SHIEBINGER, L. **O feminismo mudou a ciência?** Bauru: Editora EDUSC, 2001.

SOARES, G. C. F. **Caminhos e narrativas sobre a inserção profissional de obstetrizes no Brasil**. Tese (Doutorado em Enfermagem), Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo/Ribeirão Preto, 2016.

SOUZA J. P.; OLADAPO, O. T; FAWOLE, B. et al. Cervical dilatation over time is a poor predictor of severe adverse birth outcomes: a diagnostic accuracy study. **BJOG**, v. 125, n. 8, p.991-1000, 2018.

SOUZA, M. C. et al. Integralidade na atenção à saúde: um olhar da Equipe de Saúde da Família sobre a fisioterapia. **O Mundo da Saúde**, v. 36, n. 3, p.452-460, 2012.

SPINK, M. J. P.; MEDRADO, B. Produção de sentido no cotidiano: uma abordagem teórico metodológica para a análise de práticas discursivas. In: **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. SPINK, Mary Jane (org.). 1 ed. São Paulo: Cortez, 1999/2013.

SPINK, M. J.; FREZZA, R. M. Práticas discursivas e produção de sentidos: a perspectiva da Psicologia Social. In: **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. SPINK, Mary Jane (org.). 1 ed. São Paulo: Cortez, 1999/2013.

SPINK, M. J. P. Trópicos do discurso sobre o risco: risco-aventura como metáfora na modernidade tardia. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.17, n.6, p.1277-1311, 2001.

SPINK, M. J. P. **Viver em áreas de risco: reflexões sobre vulnerabilidades socioambientais**. São Paulo: Terceiro nome; EDUC. 2018

SPINK, P. K. Pesquisa de campo em psicologia social: uma perspectiva pós-construcionista. **Psicologia & Sociedade**, v. 15, n. 2, jul./dez. 2003.

SPINK, M. J. P. As origens históricas da obstetrícia moderna. In: **Psicologia social e saúde**: práticas, saberes e sentidos. 9. ed. Petrópolis: Vozes, 2013.

THACKER, S. B.; BANTA, H. D. Benefits and risks of episiotomy: an interpretive review of the English language literature, 1860-1980. **Obstet. Gynecol. Surv.**, v. 38, n. 6, p. 233-338, 1983.

TORNQUIST, C. S. Armadilhas da nova era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. **Revista de Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 10, n. 2, 2002.

TRONTO, J. C. Mulheres e cuidados: o que as feministas podem aprender sobre a moralidade a partir disso? In: JAGGAR M. J.; BORDO S. R. (Orgs). **Género, corpo, conhecimento**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1997. p. 186-203.

VIEIRA, E. M. **A medicalização do corpo feminino**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

ZHANG, J.; LANDY, H. J.; BRANCH, D. W. et al. Contemporary patterns of spontaneous labor with normal neonatal outcomes. **Obstet. Gynecol**., v. 116, n. 6, p. 1281-1287, 2010.