

Autonomia e risco: a humanização do parto como possibilidade de redefinições conceituais acerca da noção de sujeito.

Avanço de investigação em curso

GT11: Gênero, desigualdades e cidadania

Camila Pimentel
Laís Rodrigues
Elaine Müller
Mariana Portella

Resumo

Estudos de gênero demonstram que a instauração do conhecimento médico trouxe um modelo de assistência ao parto pautado na intervenção sobre o corpo feminino. Em contraposição a este processo, surgiu o movimento pela humanização do parto e do nascimento reivindicando o reconhecimento do corpo feminino como capaz de gestar e parir e a autonomia da mulher quanto às escolhas na gestação e parto. Este trabalho pretende analisar a assunção da parturiente como sujeito ativo e protagonista de sua experiência, tendo em vista as problematizações levantadas pelo movimento de humanização do parto sobre as noções de risco e patologia. Com acesso à informação clara e de qualidade, a mulher pode fazer escolhas informadas, reafirmando a questão de que saber é poder.

Palavras-chave: parto, humanização, poder.

Introdução

Até meados do século XX, o desenvolvimento da ciência e da técnica foi visto, de dentro do paradigma da modernização industrial, como um discurso produtor de verdade com capacidade de resolução de problemas. Na modernização reflexiva, a continuidade desse projeto revelou uma outra faceta: a de causador de problemas sociais e técnico-científicos. Assim, iniciou-se um movimento de crítica a tal projeto, como forma de evidenciar riscos e retrocessos dessa associação compulsória entre desenvolvimento da técnica e qualidade de vida.

Esse processo de intenso debate dentro da ciência leva a uma crescente desmistificação do próprio campo científico assim como a uma desvalorização do progresso tecnológico. Dentro desse contexto revela-se, então, uma constante tensão entre a noção de risco e reflexividade. A sociedade científicizada produz, ao mesmo tempo, confianças e incertezas, riscos e alternativas para minimizá-los. Todo esse processo incide de forma muito contundente na formação do sujeito contemporâneo.

Altamente permeado pelo discurso da técnica, mas, ao mesmo tempo, não-portador do conhecimento perito, o sujeito na atualidade se vê imerso num contexto contraditório. Dessa forma, o processo de tomada de decisões – a agência – se constrói de dentro dessa constante avaliação dos riscos e das inúmeras possibilidades que se descortinam diante dele.

No entanto, o conhecimento perito, mesmo que esteja sendo criticado, ou mesmo desmistificado, ainda guarda em si uma aura de poder. As relações entre os diferentes atores sociais continuam a se estabelecer de forma assimétrica e, em especial, no que diz respeito às diferenças de gênero. Esse aspecto pode ser percebido, de forma muito clara, na relação médico-paciente existente no modelo biomédico e, especificamente para este trabalho, no modelo de assistência obstétrica.

A modernidade e a lógica cientificista subjacente a tal projeto, consolidou a separação entre corpo e mente, sujeito e objeto, levando ao que Quijano (2005) aponta como a associação entre a noção sujeito/mente/homem e natureza/corpo/mulher. Essa última tríade estaria ligada ao que Cruz identifica como um estado de “profunda ambiguidade simbólica e indeterminação identitária” (Cruz, 2006:2).

Foi assim que o conhecimento biomédico realizou a objetificação do corpo feminino, este considerado imperfeito, impreciso, ambíguo e, muitas vezes, impuro. Dessa forma, assistimos o desenrolar de um modelo de assistência obstétrica pautado na lógica do risco e da incerteza, justificando assim o enquadramento da gravidez numa noção de patologia, corroborando a necessidade das inúmeras intervenções presentes atualmente na realidade obstétrica brasileira.

Emily Martin (2001) discorre ainda sobre a associação entre o desenvolvimento da biomedicina e da industrialização, afirmando que a assistência ao parto entrou numa lógica de consumo de tecnologias e inscreve-se como uma linha de produção, manejada pelo especialista técnico (o obstetra cirurgião). Vale ressaltar que o conhecimento médico se constitui eminentemente como um lugar masculino e o desenvolvimento de sua linguagem constrói, reproduz e corrobora as assimetrias e desigualdades de gênero.

Assim percebemos que a mulher passa a ser considerada não mais como um sujeito ativo e consciente, capaz de gestar e parir de acordo com seus desejos, mas um objeto passível do escrutínio médico e das instituições formais do cuidado (como o hospital).

Como forma de crítica a tal modelo, o movimento de humanização de assistência ao parto propõe uma visão onde

a parturiente não seria mais considerada um objeto calado e imobilizado sobre o qual se fazem procedimentos extrativos do feto, mas um sujeito com direito a voz e a movimento, de quem se espera um papel ativo, reconhecendo que será ela a parir (Diniz, 2001:07).

Dessa forma, a proposta de humanização do parto parece sugerir a formação de novas identidades, ou outras formas de subjetivação, supondo um sujeito informado e ativo no processo de tomada de decisões, relacionando-se, assim, com o “planejamento reflexivo” da vida (Giddens, 2002: 13).

Humanização e desigualdades: mapeando o cenário da assistência obstétrica

Estudos de gênero demonstram que a instauração do conhecimento médico trouxe consigo um modelo de assistência ao parto pautado na intervenção sobre o corpo feminino, que deveria ser escrutinado pela disciplina da obstetria. Em contraposição a este processo, surgiu o movimento pela humanização do parto e do nascimento que, dentre outras questões, reivindica o reconhecimento do corpo feminino como capaz de gestar e parir e, por conseguinte, a autonomia da mulher quanto às escolhas em relação

à gestação e ao parto. Este trabalho pretende analisar a assunção da parturiente como sujeito ativo e protagonista de sua experiência, tendo em vista as problematizações levantadas pelo movimento de humanização do parto e do nascimento sobre as noções de risco e patologia. Ou seja, refletir sobre elementos vinculados àquilo que o movimento denomina empoderamento feminino.

Enquanto o modelo biomédico tradicional privilegia o conhecimento lógico-racional, intervencionista e tecnocrata, instaurador da padronização das ações e diluição das subjetividades; o modelo vislumbrado pelo movimento de humanização traz o questionamento da onipotência do obstetra, a revisão da forma de se relacionar com parturiente e família, a adoção de equipe interdisciplinar, o respeito a diferenças de crenças e valores e o fortalecimento da mulher em relação ao seu potencial de conduzir o parto. O primeiro se baseia na construção das noções de risco e patologia, o segundo preza pela autonomia da mulher, a partir da busca de informações confiáveis e atualizadas baseadas num olhar sobre a gravidez com ênfase no fisiológico.

Nota-se que o modelo biomédico alimenta uma visão patologizante do parto, justificando a necessidade da intervenção como forma de diminuir os riscos inerentes ao ato de parir. A noção de risco pode ser compreendida, como uma construção cultural datada e fluida, que dependerá, na situação da gravidez e parto, do que está disseminado no senso comum e/ou nos manuais técnico-científicos, da crença e conveniência para aqueles que acompanham o parto e dos sentidos que a gestante e sua família atribuem à gravidez, ao nascimento e ao saber profissional.

A medicalização do corpo feminino serve tanto para exercer controle sobre reprodução e sexualidade, quanto para reafirmar a mulher como ser incompleto e incompetente. Isto perpetua desigualdades, pois tem no médico especialista o detentor do conhecimento, ficando a mulher destituída do poder. É neste sentido que foi sendo construída socialmente a ideia de que é o médico quem faz o parto, transformando a mulher num sujeito passivo e o corpo feminino visto como algo defeituoso que precisa ser consertado e controlado.

Percebe-se a noção de risco como polissêmica e como estratégia de poder que pode justificar o controle exercido sobre o corpo da mulher e do transcurso da gestação e parto. Esta compreensão pode servir de base para os questionamentos em relação ao modelo hegemônico de acompanhamento à gravidez. Algumas vertentes do movimento de humanização recorrem à Medicina Baseada em Evidências e Organização Mundial de Saúde para adotar determinada noção de risco e questionar todas as outras.

Nesta direção, o movimento pela humanização do parto e nascimento propõe, para além do campo médico, mudanças sociais. Afirmando que é preciso reconhecer e valorizar a autonomia da mulher, sublinha a formação de um sujeito ativo no processo de tomada de decisão, subvertendo uma lógica patriarcalista subjacente ao modelo tecnocrático. Com acesso à informação clara e de qualidade durante o pré-natal, a mulher pode fazer escolhas informadas, reafirmando a questão de que saber é poder. Assim sendo, retoma-se o caráter subjetivo da experiência do parto e as questões psicossociais e culturais nele envolvidas. É neste sentido que se fala em empoderamento feminino e na conquista do protagonismo da mulher na parturição.

Biopoder, bioética e cuidado de si e liberdade: outras perspectivas de subjetivação

De acordo com Michel Foucault (2008), o biopoder pode ser definido como a entrada no programa político daquilo que se constitui em elementos biológicos fundamentais dos seres humanos, culminando numa estratégia geral de poder. Este

conjunto de mecanismos e procedimentos de poder teriam a função de manter o próprio poder, sendo este parte intrínseca de todas as relações, de modo a permitir a análise global de uma sociedade. O saber médico, as rotinas hospitalares, as regras de acompanhamento e cuidado da população, as prioridades nos programas de promoção à saúde e prevenção de doenças, a definição de indicadores nesta área e mais uma infinidade de artefatos, podem ser considerados, portanto, parte deste programa de manutenção do poder e de uma suposta ordem social, onde são modeladas as relações dos sujeitos com os saberes, dos sujeitos entre si e com seus corpos.

Nesta leitura, a medicalização do parto, a assistência tecnocrática à gestação (Davies-Floyd, 1992) e a atenção biomédica à saúde – modelos que vigoram atualmente no Brasil – com seus desdobramentos e imperativos, se constituiriam mecanismos de poder e de estabelecimento de uma determinada ordem social, em nome da segurança. A vigilância, coerção e formas subliminares de punição em relação ao modo de condução da gestação e do parto podem exemplificar isto. O debate dos últimos dias sobre violência obstétrica é ilustrativo, mas diante dos propósitos deste artigo, não cabe aprofundar nesta questão.

Foucault (2008) afirma que uma análise destes conjuntos de procedimentos e dos mecanismos de poder daria origem a uma teoria do poder, sempre permeada por um discurso no imperativo. Tal discurso, que prega o que deve e como deve ser feito, contra o que se deve lutar e de que forma, é delineado e veiculado no interior de um campo de forças que nunca pode ser criado por um único sujeito, a partir de sua palavra, e nem pode ser controlado, nem realizado dentro do próprio discurso. Nesta direção, o imperativo se refere a indicadores táticos, e cabe ao sujeito avaliar quais campos de forças reais devem ser levados em conta para a efetivação de uma análise destes termos táticos, que têm a ver com os círculos de luta e verdade.

Tais círculos criam as leis, as proibições e as possíveis punições em caso de infrações. Estes mecanismos definem como as coisas devem funcionar e também constroem as possibilidades de contravenção. Ou seja, em nome da segurança, a população é organizada de uma maneira que supostamente seria mais produtiva e disciplinada. As normas estabelecidas sobre a gestação e o parto podem ser consideradas como táticas para o controle da população e como forma de prever os modos de organização social, por meio da criação e retroalimentação de noções específicas de dor, sofrimento, risco, além, é claro, daquelas sobre mulher e maternidade.

Assim, a partir de práticas coercitivas e de jogos teóricos e científicos são estabelecidas as relações entre os sujeitos e os jogos de verdade, onde são engendradas as práticas de si. De acordo com Foucault (2006), essas práticas dizem respeito “a um exercício de si sobre si mesmo através do qual se procura se elaborar, se transformar e atingir um certo modo de ser” (Foucault, 2006: 265). Desta forma, diferente de processos de liberação, que, para o autor, poderia correr o risco de remeter a uma ideia de rompimento total com aquilo que aprisiona o ser humano e de um retorno àquilo que lhe é natural, essencial e pleno, deve-se falar em práticas de liberdade. Estas últimas são permeadas pelas noções de dominação e relações de poder e são atitudes necessárias para a definição de formas aceitáveis e satisfatórias de existência e da sociedade política.

Em se tratando de experiências de gestar e parir, a participação em grupos de discussão pela humanização do parto e do nascimento pode denotar a reconfiguração do lugar da gestante/parturiente, o questionamento da onipotência do médico, da confiabilidade das instituições envolvidas na atenção à gravidez e ao parto e, por

consequente, a redefinição dos lugares ocupados por cada um dos sujeitos que fazem parte desta situação. Assim, abre-se caminho para novas relações de poder que são conformadas por meio das práticas de liberdade. É neste sentido que pode-se falar em outras formas de subjetivação.

“Mas, para que essa prática de liberdade tome forma em um *ethos* que seja bom, belo, honroso, respeitável, memorável e que possa servir de exemplo, é preciso todo um trabalho de si sobre si mesmo” (Foucault, 2006: 270). E é neste sentido que a participação das mulheres em grupos de discussão pela humanização do parto parece se direcionar. O empoderamento da mulher passaria pelo fortalecimento, através da busca de informações e mudanças de atitudes, daquilo que elas consideram ser próprio ao feminino, seus poderes e saberes.

Neste sentido, a Bioética também se constitui num elemento importante para auxiliar na compreensão destes aspectos. O desenvolvimento desta disciplina surgiu da noção de que valores éticos não poderiam estar descolados de fatos biológicos. Sendo assim, os seres humanos não poderiam deixar seus destinos “nas mãos de cientistas, engenheiros, tecnólogos e políticos” (DINIZ; GUILHEM, 2005, p. 13), a Bioética deveria acompanhar o desenvolvimento científico com uma vigilância ética condizente com os valores morais de um determinado grupo. Nesta ética aplicada às situações de vida, o fundamental não seria um conhecimento rigoroso da técnica, mas sim respeito aos valores humanos.

O conhecimento biológico associado a valores humanos seria o espírito da Bioética, sendo esta definida como um campo disciplinar comprometido com o conflito moral na área da saúde e da doença dos seres humanos. Nela, encontra-se “um discurso que visa garantir os interesses de grupos e indivíduos socialmente vulneráveis, aqueles imersos em quadros de hierarquia social que os impedem de agir livremente” (Diniz; Guilhem, 2005: 28).

A Bioética feminista se aproxima desta ideia, propondo um olhar crítico frente às desigualdades sociais, especialmente as relacionadas às questões de gênero. Em diálogo com as teorias de gênero, a Bioética debruça-se sobre vulnerabilidade, sexualidade, corpo e reprodução (Diniz, 2008). Esta área propõe uma reflexão da Bioética que leve em conta aqueles historicamente desconsiderados, tais como mulheres, minorias étnicas, crianças, idosos, pobres, etc. De acordo com Débora Diniz (2002), para lidar com os conflitos morais em saúde apresentados pela Bioética, é necessário um movimento privado de reflexão sobre as moralidades, reconhecendo, assim, o relativismo e a incerteza de seu discurso. É necessário, portanto, encontrar estratégias de mediação que levam em conta o pluralismo e a diferença moral das sociedades.

Assim, em contraposição às propostas universalizantes, surgiu o discurso multiculturalista que propõe o resgate das diferenças culturais para a articulação das diferenças entre as crenças morais. “Pressupõe-se que, assim como a técnica que aspira a universalidade por constituição, todas as teorias bioéticas seriam também transculturais, a despeito de suas inspirações filosóficas e morais, muitas vezes locais” (DINIZ; GUILHEM, 2005, p. 67).

Neste cenário discursivo, o parto se delinea como um evento que apresenta diferentes circunstâncias apropriadas para tal análise: questões de gênero, de saúde, de reprodução e de crenças, são alguns exemplos. O princípio da autonomia destaca-se tanto para a reflexão da Bioética e como um fundamento feminista, quanto como base fundamental para as escolhas no que se refere à condução do parto. Esta autonomia discutida pela Bioética pode ser equiparada à noção de protagonismo veiculada nos

grupos de discussão pela humanização do parto, no qual afirma-se que a humanização na atenção ao parto encontra-se atrelada a uma postura ativa da mulher, baseada em escolhas/decisões informadas e apoiadas pela equipe que a acompanha, que atua no sentido de não perder de vista que a mulher é a personagem principal do processo da gravidez e parto. Isto abre caminho também para ideias relacionadas a um assistência individualizada e integral a cada mulher, tendo em vista suas crenças e valores e o parto como um evento social, cultural, biológico e espiritual (TORNQUIST, 2002) e, diante de toda esta discussão sobre poder-saber, podemos dizer, político.

Repensando e ressignificando a dor e o sofrimento

A dor do parto, quando permeada pela noção de sofrimento, passa a ser significada por um ideário que extrapola os mecanismos fisiológicos e adentra na dimensão da dor emocional. Nesse contexto, em que dor e sofrimento se misturam, nota-se o desempenho de um papel social importante, reforçador de dois grandes paradigmas a tratarem do parto e das parturientes: o cristão e o biomédico. Em nossa cultura ocidental de base cristã, o parto representou, por muito tempo, um evento fisiológico imbuído do castigo divino: um momento de dor descomunal pelo qual todas as descendentes de Eva devem passar se quiserem seus filhos no mundo. Por outro lado, no escopo biomédico, o corpo feminino, ao ser escrutinado pelo especialista, a partir de um referencial masculino, tende a ser visto como inábil, desprovido de potencialidade, alvo obrigatório de intervenções técnicas, muitas vezes dolorosas (ROHDEN, 2006).

No contexto atual, marcado tanto pelo doutrinamento cristão, quanto pela hegemonia do saber biomédico, a dor assume dimensões grandiosas e compõe um ideário social em torno do parto que, quase invariavelmente, é preenchido pela noção de sofrimento, tanto da perspectiva das mulheres, quanto da perspectiva dos profissionais. Sendo o parto um evento marcado pela insígnia do sofrimento, à mulher não cabe outro papel que não o de vítima, vítima do parto. Por outro lado, esse entendimento gera margem para uma nova compreensão da obstetrícia, ligada à sua missão solidária, humanitária e superior de intervir racionalmente no trabalho feminino de partejar, a título de oferecer às mulheres um paliativo ao sofrimento e aos riscos do parto. Para a completude dessas definições de papéis – mulheres-vítimas, obstetrícia-salvadora – a dor e o medo foram elementos constantemente presentes e subjacentes ao discurso da obstetrícia, legitimando suas práticas médicas e inspirando seus avanços técnicos.

A biomedicina, bem como todos os campos da racionalidade científica, no processo que culminou em sua hegemonia, não se limitou em ocupar a dimensão das ideias, passando a ocupar simultaneamente a dimensão das crenças. As ideias científicas tendem a ser vistas socialmente como uma ferramenta tão poderosa que, em geral, acreditar na ciência é um fato unânime entre as pessoas. Esse sistema de retroalimentação, no qual a racionalidade científica reflete as premissas culturais de sua época (Santos, 2010), ao mesmo tempo que parece conduzir suas transformações – ou longa permanência –, torna-se um mecanismo extremamente poderoso, facilitador da internalização da ordem cultural, por parte do sujeito. Não importa se as ideias científicas são, na realidade, mais limitadas em termos de impacto e soluções possíveis. Fundamental é crer.

Dessa forma, o olhar biomédico sobre o corpo feminino, concluído com o diagnóstico de incompletude, falta, incapacidade e, revestido de toda sua autoridade moral, torna-se fundamental no processo de incorporação cultural da depreciação e da vitimização, por parte das próprias mulheres. No caso do parto, as mulheres tendem a

crer em sua falsa incapacidade de dar à luz na ausência do médico e seu aparato técnico e, apesar de todas as intervenções, desconfortos, violências e dores iatrogênicas proporcionadas em ambiente hospitalar, mantem-se culturalmente viva a ideia generalizada de que o único local seguro para o parto é o hospital e a de que “médico bom é médico ativo”, o médico que intervém.

A ruptura dessa cosmologia sobre o parto parte de dois princípios básicos: a separação ontológica entre dor e sofrimento; e a desconstrução do ideário do bom médico ou das boas práticas obstétricas. O primeiro deles está fundamentado na fenomenologia e inscreve o sofrimento, segundo Paul Ricoeur (1992), na relação entre os indivíduos e enquanto fruto da relação terapêutica, expresso portanto a partir da dor como fato social. Nesse sentido, no sofrimento se manifesta a incompreensão social (e profissional) perante a dor do indivíduo, pressupondo um indivíduo ilhado, desprovido de vínculos solidários e de compreensão, e, acima disso, incapaz de agir. Já a dor, mantem-se restrita “ao silêncio dos órgãos”, ao seu caráter neurofisiológico.

Essa lógica que distingue as categorias dor e sofrimento, leva ao questionamento do caráter sofrido do parto, atentando justamente para as relações terapêuticas e para as políticas do corpo e do cuidado implícitas na assistência obstétrica vigente. Questionar a necessidade de dores iatrogênicas e a violência obstétrica que impõe às mulheres regimes de semi-isolamento, parece fazer parte do ideário da humanização do parto, que nega o parto enquanto sofrimento, embora assuma a presença quase invariável de suas dores inerentes. O segundo princípio, que parte da retomada da potencialidade do corpo feminino, – negando portanto a versão bíblica do parto como castigo, bem como a versão biomédica do corpo feminino incapaz –, culmina no questionamento das práticas obstétricas convencionais.

No ideário reproduzido pelo movimento de humanização do parto, a Medicina Baseada em Evidências (MBE) cumpre papel central, selecionando por estudos randomizados, elaborados a partir de parâmetros científicos, as intervenções benéficas ao trabalho de parto e os locais mais seguros para que este ocorra. Em linhas gerais, trata-se da desconstrução da crença que impulsiona médicos e hospitais para posição de destaque, de protagonistas no contexto do parto, a partir da afirmação do corpo feminino em sua força e ausência de vitimização, e da experiência do parto como potencialmente feliz, ainda que dolorosa, abrindo caminho para que as mulheres ressignifiquem suas experiências e, por vezes, ressignifiquem a si mesmas.

Algumas considerações para relacionar autonomia e cidadania

Nos parece oportuno frisar a concepção de poder que está por traz dos diferentes modelos de atendimento ao parto, que são, em suma, diferentes concepções de saberes. Para a biomedicina intervencionista o parto é um evento que precisa ser controlado, e toda a formação dos profissionais neste paradigma está voltada para a realização das intervenções tidas como necessárias. Mas se as evidências científicas mostram que não intervir é a melhor conduta, na maioria dos casos, o que há por traz da insistência em um modelo de atendimento que vem sendo, paulatinamente, denunciado pela sua violência? (Müller et. al., 2012).

As intervenções feitas neste paradigma tecnocrático exercem, sobre os corpos das mulheres, um controle que ultrapassa os aspectos clínicos e fisiológicos do parto. No controle do parto, está embutida a ideia de que os *corpos femininos* precisam de controle, que o exercício da sexualidade não se dá sem os dispositivos próprios para esta finalidade. Não raro, o próprio ato sexual é acionado na já clássica expressão “para fazer

não gritou”, que nos mostra que o atendimento ao parto é permeado por crenças e por pudores da ordem da religião e da moralidade.

A teoria feminista vem argumentando que a consolidação do saber médico sobre o corpo da mulher tem colaborado para relações de dominação de gênero, nas quais a mulher é vista como sujeito passivo (Müller et. al., 2012). Boa parte das intervenções feitas durante o trabalho de parto e parto, assim, parecem reforçar este sentido principal da passividade e submissão feminina – a cadeira de rodas e a cama na qual se passa durante o trabalho de parto, o soro que conecta a mulher à instituição e restringe seus movimentos, a posição de litotomia (Davis-Floyd, 1992). Não é por acaso que a analgesia, embora seja vista, no Brasil, como um direito da mulher, é muito menos frequente que as intervenções que colaboram para a imobilidade durante o trabalho de parto e parto, notadamente na rede pública de saúde (onde a grande maioria dos partos normais tem acontecido¹).

No paradigma da humanização, a retomada da agência feminina está pautada, acima de tudo, pelo acesso à informação sobre a fisiologia do parto e sobre o contexto do atendimento obstétrico. Vamos nos deter um pouco nestes dois aspectos.

Primeiramente, no tange a necessidade da mulher conhecer o seu corpo e a fisiologia do parto, como requisito para identificação dos padrões de atendimento de rotina de diferentes profissionais. Aqui está implicada a ideia de que existem profissionais com diferentes condutas, e que todos as justificarão num discurso articulado em torno de “riscos”, “necessidades” e “recomendações”. Para uma mulher que deseja um parto normal, é importante identificar se o obstetra que a acompanha é um cesarista convicto, se atende partos vaginais e quais as suas condutas rotineiras. A disponibilização de informações sobre a fisiologia permite à mulher colocar-se numa postura de “desconfiança”, ou seja, abre a possibilidade de questionamento das condutas dos profissionais, relativizando o seu poder e possibilitando a busca das alternativas que melhor se encaixem em seus desejos².

No paradigma da humanização do parto, a mulher informada se coloca diante do profissional numa postura de menor credulidade e de maior confiança. Sabendo quais as indicações das intervenções, suas necessidades e riscos, ela pode construir um plano de parto indicando a quais ela aceita se submeter, e em que circunstâncias. A responsabilidade pelas escolhas também pode ser compartilhada, e a mulher é vista como agente apta a tomar decisões, junto com o profissional que a atende, sobre os procedimentos de seu atendimento.

O conhecimento sobre a fisiologia do parto também possibilita uma vivência diferenciada do trabalho de parto, especialmente com relação às contrações e à dor. A mulher que sabe quais as fases do processo pode ter uma maior tranquilidade quanto ao que acontece em seu corpo, pode se sentir mais confiante, assim como saber quando se faz necessária uma intervenção.

¹ Em Recife/PE - Brasil, os dados de 2010 apontam que 93% dos bebês nascidos por via vaginal foram recebidos nos hospitais do SUS.

² O portal Amigas do Parto disponibiliza um bem humorado teste elaborado pela obstetrix Ana Cristina Duarte, para que a mulher faça com seu médico, a fim de identificar que “tipo de médico ele é: do mais intervencionista ao mais liberal” (<http://www.amigasdoparto.com.br/teste.html>), e cujas “respostas certas” estão pautadas em evidências científicas e nas recomendações da OMS. Nesta mesma linha, circula uma lista de Indicações reais e fictícias para a cesárea, elaborada, inicialmente, pela obstetra Melânia Amorim e com revisão e colaboração de Ana Cristina Duarte (<http://estudamelania.blogspot.com.br/2012/08/indicacoes-reais-e-ficticias-de.html>).

O segundo aspecto relevante para a efetivação da agência feminina que gostaríamos de ressaltar diz respeito ao conhecimento sobre o contexto do atendimento obstétrico brasileiro. Perguntas sobre as taxas de cesáreas praticadas em cada hospital, o respeito à Lei do Acompanhante, a existência de suíte PPP (pré-parto, parto e pós-parto num mesmo ambiente) e de alojamento conjunto, a existência de vagas para parto normal, são importantes para a elaboração de um plano de parto. Além disto, são questionamentos que levam a uma politização do cotidiano, através da revisão da forma como a parturição vem sendo institucionalizada sem contemplar uma cidadania plena.

Neste sentido, poderíamos nos perguntar se se trata na realidade de uma “retomada” do protagonismo feminino, como não raro vimos ser frisado em revisões históricas sobre a parturição. O parto que se propõe dentro do movimento de humanização é bastante diverso do experimentado pelas nossas antepassadas. É comum, em eventos e falas sobre o parto humanizado, que se problematize a “masculinização” de um evento que, na maior parte de nossa jornada histórica, foi vivenciado entre mulheres. A tecnocracia seria da ordem do masculino, teria entrado em cena com a presença dos homens, embora isto não esteja relacionado, hoje, simplesmente com esta presença masculina, mas, acima de tudo, com condutas deste gênero.

Referências Bibliográficas

CRUZ, Alice. Metáforas que constroem, metáforas que destroem: a biomedicina como vocabulário social. In: O Cabo dos Trabalhos: Revista Electrónica do Programa de Doutorado Pós-Colonialismos e Cidadania Global, Nº 2, 2007.

DAVIS-FLOYD, R. 1992. Birth as an american rite of passage. Berkeley: University of California Press.

DINIZ, D. ; GUILHEM, D. 2005. O que é Bioética. Coleção Primeiros Passos. São Paulo: Brasiliense.

DINIZ, D. 2008. Bioética e gênero. In: Revista Bioética. Vol. 16, n. 2.

_____. 2002. Bioética: fascínio e repulsa. In: Acta Bioética. Año VIII, n. 1.

_____. Entre a técnica e os direitos humanos: limites e possibilidades da humanização da assistência ao parto e nascimento. São Paulo, 2001. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) Universidade de São Paulo

GIDDENS, A. Modernidade e Identidade. Tradução de Plínio Dentzien. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2002.

MÜLLER, Elaine ; RODRIGUES, L. ; PORTELLA, M. ; MELO, C. P. L. ; GAYOSO, D. ; SILVA, D. M. O. F. ; PEREIRA, R. S. ; SILVA, M. M. T. . 2012. O relato de mulheres sobre partos e intervenções: reflexões sobre saúde, direitos humanos e cidadania. In: 17º Encontro Nacional da Rede Feminista Norte e Nordeste de Estudos e Pesquisa sobre a Mulher e Relações de Gênero, 2012, João Pessoa, PB. Anais Digital.

QUIJANO, Anibal. Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina. In Edgardo Lander (org.). *A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais*.

Perspectivas latino-americanas. Colección Sur Sur, CLACSO, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2005. pp.227-278.

RICOEUR, Paul. 1992. O sofrimento não é a dor. *Psychiatrie française*, número especial, Jun. 1992. Tradução do original em francês por Hugo Barros. Disponível em: http://www.uc.pt/fluc/lif/publicacoes/textos_disponiveis_online/paul_ricoeur Acessado em 15 de agosto de 2013.

ROHDEN, Fabíola. 2006. Histórias e tensões em torno da medicalização da reprodução. *Gênero*. Niterói, Vol. 6, nº1, p. 213-224.

SANTOS, Boaventura de Sousa. 2010. A gramática do tempo: para uma nova cultura política. Coleção para um novo senso comum; v. 4. São Paulo: Cortez.

TORNQUIST, C. S. 2002. Armadilhas da nova era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. In: *Estudos Feministas*. Ano 10 (2), p. 483-492.