

A (des)colonialidade do parto: reflexões sobre o movimento de humanização da parturição e do nascimento

(Avanço de investigação em curso)

GT 06: Imaginários sociais, memória e pós-colonialidade

Autora: Camila Pimentel Lopes de Melo¹

Resumo:

Este capítulo busca aprofundar, sociologicamente, a compreensão sobre a realidade obstétrica brasileira através das contribuições dos estudos pós-coloniais e da crítica feminista. Dessa forma, abordamos o desenvolvimento do saber e da prática obstétrica no Brasil a partir de alguns conceitos derivados de tais abordagens. Assim, demonstramos que a biomedicina pode ser entendida como um projeto de colonialidade e, por isso mesmo, produtor de desigualdades e assimetrias. Em contrapartida, argumentamos que o movimento de humanização do parto e nascimento emerge de um modelo mais emancipador, no qual considera a mulher o principal sujeito no processo de parturição.

Palavras-chave: Humanização do parto; estudos pós-coloniais; feminismo

“women’s health care in every society is a reflection of the total culture...It is important for those who provide women’s health care to be aware not only of cultural diversity in birth practices, but also of the social roots of the variation”

(Margarita Kay apud Davis-Floyd and Sargent, p.4)

“In achieving the depersonalization of birth and at the same time solving the problem of pain, our society may have lost more than it has gained. We are left with the physical husk; the transcending significance has been drained away. In doing so, we have reached the goal which is perhaps implicit in all highly technological cultures, mechanized control of the human body and the complete obliteration of all disturbing sensations” (Sheila Kitzinger apud Davis-Floyd and Sargent, p.7)

1. INTRODUÇÃO

Este capítulo pretende demonstrar que o modelo hegemônico de assistência ao parto e nascimento, na contemporaneidade, está ligado a uma lógica tecnicista, patriarcalista e desumanizante, no qual a mulher é tida como um objeto passivo, destituída de ação e poder de escolha. Tal modelo de assistência se inseriu na realidade brasileira por meio de dispositivos de colonialidade do saber, na medida em que desautorizou toda e qualquer outra prática existente localmente, haja vista que tal lógica de cuidado é oriunda da sociedade europeia e de uma temporalidade específica – por volta do século XVIII. Neste sentido, podemos perceber uma relação assimétrica entre centro e periferia, característica da colonialidade do saber.

Por outro lado, também procuramos argumentar que existe, na atualidade, um movimento contrário a essa lógica produtivista e colonial, que tem como marco orientador o movimento de humanização do parto e nascimento. Tal organização paradigmática se pauta tanto no modelo biomédico, através da *medicina baseada em evidências*, quanto na abertura epistemológica para diversas práticas oriundas de outros sistemas de cura. É o que passamos a chamar de descolonialidade

¹ Cientista social e doutoranda em Sociologia pelo Programa de Pós-graduação em Sociologia pela Universidade Federal de Pernambuco.

do parto, devido às transformações propostas por esse movimento contra-hegemônico e que abordaremos mais à frente.

A realidade da assistência à saúde da mulher e, mais especificamente, ao parto, está inserida no contexto da sociedade moderna ocidental e, por isso mesmo, foi permeada pelas transformações decorrentes dessa temporalidade. Uma delas, e talvez a mais forte, é o aumento da tecnologia instrumental como mediadora do cuidado. O projeto da modernidade trouxe a técnica racionalizada para a assistência à saúde e, junto a ela, a questão da medicalização do parto.

Podemos perceber essa mudança, de forma clara, quando analisamos o aumento da taxa de cesarianas no Brasil. Ao longo das duas últimas décadas vemos um grande crescimento dos nascimentos feitos através da cirurgia cesariana. Atualmente, nosso país possui uma taxa nacional de 52%, ressaltando que, no sistema complementar de saúde, essa taxa ultrapassa os 80% (BRASIL, 2012). O referido procedimento cirúrgico pode ser encarado como um bom representante do produtivismo na saúde, haja vista a previsibilidade, a impessoalidade e a padronização do evento (a cesariana pode ter a data marcada e os procedimentos e o tempo de duração já ficam previstos), possibilitando o manejo do tempo e sua rentabilidade decorrente da quantidade de cirurgias realizadas por dia. Vale lembrar que a cesariana é considerada, no rol de procedimento médicos, como uma alternativa de emergência e é por esse motivo que a OMS estipula que seu percentual não deveria passar dos 15%².

Em contrapartida, o movimento do parto humanizado, iniciado de forma mais organizada nos anos 1990, inicia uma reação contra tal produtivismo. A crítica feita pelo movimento pode ser condensada em duas ordens distintas: 1) da ordem do campo biomédico, demonstrando que o uso indiscriminado de tecnologias invasivas na assistência ao parto não melhora os indicadores de saúde. Em verdade, em vários aspectos, ocasiona uma piora, tanto no que diz respeito à saúde da mulher, quanto da criança (AMORIM, 2010), como demonstrado pela comparação dos índices de morbimortalidade materna nas diferentes vias de nascimento, assim como de complicações neonatais diretamente relacionadas com cesárias eletivas³; e 2) da ordem do discurso socioantropológico – em que se afirma que o modelo hegemônico de assistência ao parto muitas vezes impossibilita a multiplicidade de experiências e simbolismos relativos a tal evento (TORNQUIST, 2004; DINIZ, 1999).

Como resposta à padronização da experiência de parturição engendrada pela biomedicina, o movimento de humanização do parto e nascimento propõe um modelo de assistência ancorada na medicina baseada em evidências. Entretanto, o movimento não é hegemônico, mas, sim, filho de uma polissemia de discursos – ou vanguardas obstétricas, que são frutos de diversos movimentos: o ecofeminismo, o movimento hippie, e inúmeras influências da medicina oriental (TORNQUIST, 2004). Por conta dessa prática polissêmica, consideramos que a proposta de humanização do parto e nascimento atua como um facilitador na inserção de práticas integrativas complementares na assistência ao parto, na medida em que sugere e recomenda a formação de equipes multidisciplinares. Tais grupos de assistência podem envolver especialidades de vários tipos de racionalidades médicas (LUZ, 2005), como por exemplo, a acupuntura, essências florais, massagens, Reik, rezas, entre outras.

É a partir dessa miscelânea de discursos e práticas que a humanização do parto pretende contribuir para um maior protagonismo feminino na experiência de parturição, revalorizando outras formas de conhecimento do corpo e diversas possibilidades de cuidado. Fazendo isso, esse novo modelo de assistência também engendra uma crítica ao produtivismo na saúde e seus indicadores.

Se, por um lado, a proposta de humanização do parto e nascimento evidencia a urgência de mudanças nas práticas de assistência, por outro o modelo hegemônico desvaloriza tais achados,

² Fonte: www.saude.gov.br

³ Fonte: http://www.ans.gov.br/portal/site/home2/destaque_22585_2.asp

lançando mão de atitudes autoritárias⁴. Dessa forma, o novo modelo de assistência ao parto é objeto de certa tensão normativa dentro dos próprios órgãos reguladores da prática médica.

A partir desse cenário, construímos, neste texto, uma ponte entre as perspectivas desenvolvidas a partir da crítica da colonialidade do saber nas ciências sociais e o universo do parto e do nascimento no Brasil. Para tal, buscamos desenvolver dois objetivos específicos: 1) demonstrar como o desenvolvimento do conhecimento biomédico se constitui como um saber autoritário⁵ que destitui a legitimidade de outras práticas e saberes alternativos, contribuindo para o “desperdício da experiência” (SANTOS, 2008); e 2) como o movimento de humanização do parto e nascimento se insere na perspectiva dos estudos pós-coloniais, na medida em que realiza uma crítica do próprio modelo biomédico e, por extensão, ao produtivismo na saúde, assim como propõe novas práticas de assistência médica.

2. A COLONIALIDADE DO PARTO

Os estudos pós-coloniais chamam a atenção para a existência de uma relação assimétrica entre centro e periferia, no que diz respeito tanto à produção de conhecimento como na distribuição do poder. Uma de suas principais críticas refere-se à questão de que a produção de saber que temos é parte de um projeto de sociedade que, por se pretender hegemônica e universal, impede o desenvolvimento da diversidade de saberes e experiências.

Edgardo Lander, argumentando sobre esse tipo de racionalidade colonialista e hegemônica, afirma que o neoliberalismo se constituiu como a episteme do mundo ocidental e tem no discurso científico o meio para naturalizar as relações sociais e a compreensão da realidade. O autor ressalta, ainda, duas maneiras através das quais o saber hegemônico exerce o que ele chama de *eficácia neutralizadora*. A primeira se refere à compartimentação da realidade social e aos tipos de saberes parciais que se constituem a partir dessa visão. A segunda trata da relação entre esses saberes e a organização do poder (LANDER, 2005).

Para Anibal Quijano, a noção de poder que temos atualmente está relacionada com a consolidação da ideia de América e do capitalismo moderno – tendo como racionalidade específica o eurocentrismo. Tais elementos estruturam o que o autor chama de colonialidade do poder, pois se trata de reconhecer elementos coloniais na forma de distribuição do poder, que passa a ter um alcance mundial. Para Quijano, a ideia de raça, constituída dentro da relação Europa/centro→colônia/periferia, justificou e reforçou as relações de dominação e exploração, já bastante conhecidas do período de colonização, possibilitando assim a formação de hierarquias entre os saberes específicos de cada grupo (QUIJANO, 2005).

Para este capítulo, iremos, enfim, tomar emprestados os argumentos derivados dessa colonialidade de poder, não para falar de raça (não que isso não seja importante, mas não será o foco deste artigo, especificamente), mas de uma outra relação também assimétrica – a dominação de gênero. Tal dominação, fruto do modelo de sociedade patriarcalista, pode ser claramente percebida no modelo obstétrico atual. Diversos estudos feministas demonstraram que a medicina, e mais especificamente a obstetrícia, se desenvolveu como um campo eminentemente masculino, tomando como norma o corpo do homem, ajudando a construir e reproduzir diversos preconceitos de gênero. Quijano ainda ressalta a importância do desenvolvimento e consolidação do que chama de capitalismo mundial para a conformação da ideia de poder que temos na atualidade. Esse conceito moldou as relações de produção e, dessa forma, “estabelecia-se, pela primeira vez na história conhecida, um padrão global de controle do trabalho, de seus recursos e de seus produtos” (QUIJANO, 2005:4).

⁴ Como foi o caso recente em que o Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro pediu retaliação ao obstetra que se mostrou favorável ao parto domiciliar numa reportagem da Rede Globo, no programa Fantástico do dia 10/06/2012.

⁵ Ao longo do capítulo iremos tratar desse argumento a partir da noção de Jordan de “authoritative knowledge”

Neste sentido, também reconhecemos a importância dos estudos pós-coloniais para demonstrar que a lógica utilitarista, própria do capitalismo moderno, se tornou o fio condutor do modelo obstétrico atual, que tem na cesariana sua maior representante. Muito embora também possamos estender o argumento para o consumo de tecnologias relacionadas à assistência ao parto e a toda uma indústria que se desenvolveu em torno dele (desde aparelhos ultramodernos de ultrassom até o mercado de festas para grávidas e recém-nascidos). Neste sentido, o desenvolvimento e consolidação de um modelo de assistência ao parto e nascimento baseado exclusivamente no saber técnico-racional engendrou inúmeras mudanças nas experiências de parturição, como passaremos a demonstrar.

O modelo de assistência ao parto foi remodelado com a consolidação da instituição médica e do projeto de industrialização da sociedade moderna. Se, antes, o parto se configurava dentro de um modelo altamente subjetivo, o desenvolvimento da técnica e do saber médico corroboraram o processo de normatização da vida privada e, no caso específico do objeto deste texto, do parto.

Essa transformação se intensificou na segunda metade do século XX, mas tem suas raízes ainda no século XVIII (CORREA, 1997). A instauração das primeiras escolas de medicina, no início do século XIX, na Bahia e no Rio de Janeiro, reafirma, em território brasileiro, a prática de um determinado tipo de saber – o biomédico. Essa nova prática do cuidado foi, gradativamente, desqualificando todo e qualquer outro tipo de saber que não estivesse de acordo com o modelo de pensamento acadêmico hegemônico (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005; MARTINS, 2003; BARROS, 2002).

A instauração do hospital como local oficial e institucionalizado de assistência ao parto pode ser considerada como um dispositivo da colonialidade do saber, na medida em que se sobrepôs às práticas e conhecimentos locais, reforçando a hierarquização dos saberes. Assim, reafirma também um tipo de conhecimento marcado por um forte viés de gênero, já que o desenvolvimento da biomedicina é um lugar historicamente masculino.

A crescente medicalização da vida cotidiana encontra eco na formação das sociedades disciplinadoras, que tomam a instituição médica não apenas no seu âmbito curativo, ligado à saúde, mas também como normatizadora dos hábitos e práticas culturais, tendo o hospital como a esfera mais marcante desse biopoder (FOUCAULT, 2003). Neste contexto, *“há o surgimento de uma administração dos corpos, até então inédita (...) que [vai] constituir um biopoder, ancorado tanto numa anátomo-política do corpo quanto numa biopolítica de controle populacional”* (SOUZA, 2005: 24).

Segundo Michel Foucault, o conceito de biopoder ajudou sobremaneira a consolidar o capitalismo, na medida em que contribuiu para a normatização da vida privada e para a construção da noção de corpo como máquina, voltado para a vida industrial (FOUCAULT, 1988). Neste sentido, Trindade afirma que:

O biopoder é a gestão da vida como um todo, técnicas de poder sobre o biológico, que vira central nas discussões políticas. [...] o biopoder vai tratar de gerir a vida em toda a sua extensão, de organizá-la, majorá-la, vigiá-la, para que possa ser incluída, de forma controlada, nos aparelhos de produção capitalistas (TRINDADE, 2011:2).

Neste sentido, podemos afirmar que existe uma articulação entre o capitalismo médico (e seu utilitarismo) e o colonialismo, reforçando assim as assimetrias da sociedade patriarcal. Esse processo gerou uma hierarquização de saberes que deixou à margem os conhecimentos empíricos das parteiras – historicamente figuras centrais na assistência ao parto – reafirmando, assim, que a injustiça social está intimamente ligada à injustiça cognitiva (SANTOS, 2007). Dessa forma, podemos afirmar que a sociedade brasileira se construiu dentro dessa relação de colonialidade do saber, ou seja, dentro do paradigma de pensamento eurocêntrico, reafirmando aqui as hierarquias de saberes e práticas. Dessa forma, o modelo de assistência ao parto e nascimento se constituiu imerso nesse cenário.

Tradicionalmente o parto era considerado como um evento permeado pelo simbólico, e extremamente, diverso no que diz respeito à experiência. No entanto, ao longo do século XX ele foi inserido na lógica capitalista da linha de produção, o corpo feminino entendido como uma máquina (defeituosa) e vários aspectos da vida, como o nascimento, foram enquadrados no modelo produtivista da saúde (MARTIN, 2001). Assim, a experiência foi perdendo espaço em meio ao manejo padronizado que as instituições médicas normatizadoras praticavam. Entendemos, então, que o modelo biomédico de assistência ao parto está centrado numa lógica utilitarista, que não contribui para a promoção da saúde e, sim, para a mercantilização desta.

Podemos então considerar que o modelo hegemônico de assistência ao parto, do qual a cesariana constitui a representante ideal, encaixa-se dentro da perspectiva da colonialidade do saber, em que o conhecimento biomédico exclui outras possibilidades de assistência, destituindo a autoridade dos conhecimentos tradicionais. Neste sentido, a perspectiva pós-colonial afirma que esses processos hegemônicos e monológicos contribuem para o empobrecimento da experiência (MARTINS, 2011; SANTOS, 2008; LANDER, 2005).

Autores que estudam o universo da parturição demonstram os malefícios do uso excessivo da tecnologia na assistência à parturiente (AMORIM, 2010; THÉBAUD, 2002; MARTIN, 2001). Nessa mesma linha de argumentação os estudos feministas ligados aos direitos reprodutivos da mulher (e que também se relacionam com os estudos pós-coloniais) explicitam as assimetrias nas relações médico-paciente (mulher) e evidenciam que a biomedicina se constitui como um saber com um forte viés de gênero, na medida em que toma o corpo masculino como a norma e tenta enquadrar o feminino neste modelo único, reforçando assim a dominação de gênero (COLLECTIVE, 2005; DOSSIÊ, 2002; MARTIN, 2001).

Dessa forma, podemos estabelecer uma relação entre a perspectiva de Santos (2008), presente no texto “Uma sociologia das ausências e uma sociologia das emergências” e os estudos sobre parto desenvolvido por Jordan (1993) e Davis-Floyd (1997). Interessa-nos, especificamente, o conceito de *razão metonímica* desenvolvido por Santos (2008), pois é ele que se relaciona diretamente com o conceito de *authoritative knowledge* idealizado por Jordan (1993). Ambos os conceitos descrevem um tipo de saber que desautoriza qualquer outro tipo de conhecimento que não esteja ancorado nas prerrogativas do pensamento hegemônico.

Para Jordan,

A consequence of the legitimation of one kind of knowing as authoritative is the devaluation, often the dismissal of all other kinds of knowing. [...] The constitution of authoritative knowledge is an ongoing social process that both builds and reflects power relationships within a community of practice. It does this in such a way that all participants come to see the current social order as natural order, that is, the way things (obviously) are. The devaluation of nonauthoritative knowledge systems is a general mechanism by which hierarchical knowledge structures are generated and displayed (JORDAN, 1997:56).

Na mesma direção Santos argumenta que:

A razão metonímica não é capaz de aceitar que a compreensão do mundo é muito maior do que a compreensão ocidental do mundo. [...] A modernidade ocidental, dominada pela razão metonímica, não só tem uma compreensão limitada do mundo, como tem uma compreensão limitada de si própria (SANTOS, 2008: 98).

Um exemplo muito claro do conhecimento autoritativo, metonímico ou colonial é o saber biomédico referente à assistência ao parto. A obstetrícia se desenvolveu baseada na ruptura histórica entre corpo e mente, assim como na separação entre o conhecimento especializado e o senso comum, constituindo o que Lander chama de *universalidade altamente excludente* (LANDER, 2005:10). Foi assim que o conhecimento obstétrico apropriou-se do saber tradicional das parteiras, para logo depois

bani-las da assistência ao parto (BRENES, 1991), corroborando os argumentos de Santos e Jordan sobre a hierarquia dos saberes, própria desse tipo de racionalidade.

Dentro desse paradigma modernizador ocidental, a cesariana foi se encaixando como uma alternativa rentável e racionalizada, na medida em que quase todas as variáveis relacionadas ao nascimento puderam ser controladas e mesmo agendadas. O manejo do tempo torna-se, então, previsível. Dessa forma, podemos considerar que esta alternativa padronizada do nascimento pode ser considerada como um claro representante da lógica produtivista da saúde, praticada pela medicina ocidental.

Nesse sentido, podemos argumentar que as práticas relacionadas com a assistência ao parto se constituem como um *saber autoritativo* (JORDAN, 1993; DAVIS-FLOYD; SARGENT, 1997), ressaltando que:

A arena cultural do parto serve como um microcosmo cujas relações entre o rápido progresso tecnológico e valores culturais, comportamentos normativos, organização social, relações de gênero e uma economia política podem ser claramente percebidas (DAVIS-FLOYD; SARGENT, 1997: 6).⁶

Davis-Floyd e Sargent (1997) argumentam que o discurso médico presente nas sociedades ocidentais está fortemente marcado pela tecnomedicina. Essa última, por sua vez, objetifica o paciente, mecaniza o corpo e exalta o especialista que detém o conhecimento perito e, portanto, o único que pode opinar e intervir no processo do cuidar. Na medida em que a biomedicina se coloca como um conhecimento universalizante e normatizador, desvalorizou outros tipos de saberes relativos à cura e ao manejo da saúde. No entanto, mesmo que embase seus conhecimentos numa racionalidade cientificista, suas práticas nem sempre são baseadas em evidências científicas e, sim, em concepções hierarquizadas e altamente permeadas por preconceções pouco embasadas nos métodos científicos. Esse aspecto pode ser claramente percebido no caso brasileiro, que vive uma cirurgificação do parto, chegando a um índice nacional de 52% de cesarianas, como já referido anteriormente. Tal porcentagem não encontra justificativa plausível na produção científica sobre o tema, ou seja, não é baseada nas evidências científicas.

É mediante essas idiossincrasias do modelo hegemônico de assistência ao parto que o movimento de humanização se constrói, fazendo uma crítica interna ao próprio saber obstétrico e propondo novas práticas e relações sociais (TORNQUIST, 2004; DOSSIÊ, 2002; DINIZ, 1999).

3. A DESCOLONIALIDADE DO PARTO

Se a colonialidade do pensamento está pautada numa razão única e instrumental sobre o mundo da vida, a proposta epistemológica pós-colonial foca exatamente em seu oposto – na coexistência de múltiplas racionalidades (LUZ, 2005), propiciando assim a diversidade de experiências. Sobre a crítica ao primeiro modelo, Martins afirma que:

O problema da colonialidade do saber é, logo, que a adoção de teorias e crenças teóricas eurocêntricas para a análise de distintas realidades históricas sem considerações de suas peculiaridades sociais e culturais contribui para desvalorizar as experiências dos cotidianos locais [...] A naturalização do desenvolvimentismo significa a desvalorização da experiência do fazer sabendo e o encantamento paralelo de uma crença abstrata influenciada pelo mercantilismo (MARTINS, 2011:2).

Na medida em que a razão metonímica e o conhecimento autoritativo engendram uma forma única de experienciar o parto, sua contrapartida pós-colonial argumenta na direção contrária,

⁶ Tradução livre do texto original: “*The cultural arena of birth serves as a microcosm in which the relationships between rapid technological progress and cultural values, normative behaviors, social organization, gender relations, and the political economy can be clearly viewed*”.

sublinhando a importância dos tempos subjetivos e das experiências individuais. Valorizando a formação de uma equipe multidisciplinar, a humanização do parto possibilita o exercício de diversas práticas integrativas resultantes de outras racionalidades médicas que, por sua vez, possuem diferentes noções de tempo.

A existência dessa proposta alternativa emerge no escopo da crise da saúde (e, por extensão, da racionalidade médica ocidental) surgida em torno da década de 70 e que traz como raiz socioeconômica o desenvolvimento do produtivismo capitalista (LUZ, 2005). O crescimento dessas medicinas alternativas pode ser considerado como uma resposta ao mal-estar coletivo, que ocasiona

Uma síndrome coletiva que se poderia definir como biopsíquica, com grande repercussão na saúde física e mental da força de trabalho, caracterizando-se por dores difusas, depressão, ansiedade, pânico, males na coluna vertebral etc., que atinge milhões de indivíduos das populações de quase todos os países nas grandes cidades (LUZ, 2005:148).

As alternativas emersas diante da crise da medicina ocidental inserem-se no modelo de globalização contra-hegemônica, proposto por Santos (2008). Esta ressalta a importância da organização dos movimentos sociais em diferentes campos temáticos. Dentre eles, o autor fala da diversidade epistêmica do mundo, onde podemos inserir o movimento de humanização do parto e nascimento, na medida em que ele propõe uma coexistência de saberes e práticas de cuidado, como, por exemplo, a mescla entre a biomedicina e o incentivo de práticas médicas alternativas.

Neste sentido, o autor argumenta que, dentro desse contexto de globalização contra-hegemônica, os movimentos sociais buscaram criar, fora dos grandes centros produtores de conhecimento, “*uma comunidade científica internacional independente das concepções hegemônicas*” (SANTOS, 2008:94). Podemos pensar nesse mesmo sentido em relação à realidade da assistência ao parto. Jordan afirma que “*o que é mais importante do que qualquer tecnologia, entretanto, é que surjam novas comunidades de práticas*”⁷ (JORDAN, 1993:167).

Para que tal projeto seja possível, Santos ressalta a necessidade de se estabelecer um outro tipo de racionalidade, criticando assim a *razão indolente*, que está atrelada ao pensamento hegemônico e que propicia o desperdício da experiência. Dessa forma, propõe uma *razão cosmopolita*, ancorada na sociologia das ausências e das emergências, assim como no trabalho de tradução, para chamar a atenção para as novas formas de organização social, diversas e legítimas. Para desenvolver a razão cosmopolita, é preciso mudar a relação espaço-tempo existente na contemporaneidade, valorizando as diferentes explicações do mundo e a diversidade sociocultural existente. É, por tanto, necessário expandir o presente e contrair o futuro (SANTOS, 2008).

Acreditamos que o projeto de humanização do parto e nascimento pode ser compreendido dentro desse contexto de mudança na relação espaço-tempo. Tendo como foco e marco orientador a fisiologia do parto, ele proporciona a expansão do presente, centrando-se na experiência única e pessoal de cada parturiente e, dessa forma, contrai o futuro, na medida em que repensa o conceito de linearidade temporal. Sobre a importância do conceito de tempo para o parto, McCourt afirma que “*tempo é fundamental em relação ao parto. Diz respeito tanto à reprodução social e cultural, quanto à reprodução física e [também] com as continuidades e rupturas entre gerações*” (2009:1)⁸.

A autora ainda argumenta que o desenvolvimento da biomedicina, associado positivamente a noções de poder e progresso, foi particularmente incisivo (e algumas vezes nocivo) na área da saúde da mulher. Tal argumentação é seguida de perto pela crítica da perspectiva monológica do pensamento

⁷ Tradução livre do texto original: “*What is more important than any technology, however, is that new communities of practice arise*”.

⁸ Tradução livre do trecho “*time is a fundamental theme in considering childbirth. It is concerned with social and cultural as well as physical reproduction, and with the continuities and ruptures between generations*”

ocidental feita pelos estudos feministas (DOSSIÊ, 2002; MARTIN, 2001; DINIZ, 1999; DEL PRIORE, 1997).

Se, dentro do paradigma biomédico o paciente é visto como um sujeito passivo, justamente porque não compartilha do conhecimento especializado, o movimento pela humanização do parto, propondo uma nova forma de assistência, baseada na transmissão horizontal do conhecimento (JORDAN, 1993), também propõe um novo sujeito, altamente marcado pela autorreflexividade. O projeto de humanização da assistência ao parto e nascimento, fundamentando suas práticas na medicina baseada em evidências, desenvolve um modelo centrado na experiência feminina, na medida em que vê o parto como algo fisiológico.

Aqui é importante ressaltar que o termo fisiológico, usado correntemente dentro do movimento de humanização do parto, não carrega o sentido referente a ser desprovido de experiências individuais, ou seja, puramente biológico. Ao contrário. Ao valorizar o aspecto fisiológico, destacam-se as inúmeras possibilidades que se tem de vivenciar tal evento. O que o movimento quer, ressaltando tal dimensão do parto, é contrapor-se à noção de patológico, fortemente arraigado no modelo hegemônico de assistência.

Neste sentido, a partir dessa visão humanizadora do parto e nascimento, a temporalidade é tida como subjetiva e a espera torna-se um dos marcos orientadores do movimento. Dessa forma, poderíamos dizer que tal projeto aponta para uma noção de sujeito reflexivo e consciente dos processos relativos ao próprio corpo. Tal sujeito é parte integrante do projeto de modernidade que Anthony Giddens, Ulrich Beck e Scott Lash desenvolveram (GIDDENS; BECK; LASH, 1995). Para esses autores, o conceito de reflexividade é central para entendermos a sociedade atual, onde o rápido avanço da tecnologia nos leva, ao mesmo tempo, para uma relação de risco e confiança nos sistemas peritos.

Giddens afirma que a reflexividade, em tempo de modernidade radicalizada, se forma através do conflito entre visões tradicionais e novas formas de organização e explicação da realidade social; ou ainda, pelo constante embate entre conhecimentos peritos e o “*conhecimento aplicado em ações leigas*” (GIDDENS, 1991: 51).

Se a inversão totalizadora da modernização ‘simples’ baseada nos direitos sociais do projeto iluminista é a impessoalidade do Estado burocrático de bem-estar social, então sua contrapartida reflexiva compreende que os serviços de bem estar social são uma co-produção centrada no cliente e defende um conjunto alternativo de disposições de bem-estar social que capacitam o cidadão. Em resumo, se a modernidade “simples” fornece o cenário de atomização, normalização e individualização, descritos por Foucault (1984 e 2003), então sua contrapartida reflexiva envolve a capacitação dos indivíduos (SOUZA, 2005:39).

E é exatamente essa capacitação dos sujeitos envolvidos com a assistência ao parto que a proposta de humanização persegue e propaga. Jordan argumenta que é preciso que se desenvolvam formas de transmitir e compartilhar o conhecimento de forma horizontal a fim de evitar a deslegitimação de outros tipos de saber assim como de conhecimentos adquiridos com outras experiências prévias.

O que nós precisamos pensar é como passar de uma situação em que o conhecimento autoritativo é distribuído hierarquicamente para uma situação em que é, por consenso, distribuído horizontalmente – ou seja, na qual todos os participantes no trabalho de parto e no nascimento contribuam para o estoque de conhecimento no qual as decisões serão tomadas (JORDAN, 1997: 72⁹).

⁹ Tradução livre do trecho: “What we need to think about is how we can move from a situation in which authoritative knowledge is hierarchically distributed into a situation in which it is, by consensus, horizontally distributed – that is, in which all participants in the labour and birth contribute to the store of knowledge on the basis of which decisions are made”.

Através do resgate da fisiologia do parto e do sentido de integralidade desse evento, a humanização do parto e nascimento proporcionou uma nova configuração de redes sociais, principalmente para fins de transmissão horizontal do conhecimento (JORDAN, 1993; DAVIS-FLOYD; SARGENT, 1997), já que um dos pressupostos é que a mulher deve estar ciente e bem informada das etapas fisiológicas do parto e os eventuais procedimentos relativos a essa experiência. O movimento de humanização do parto e nascimento busca integrar diversos sujeitos envolvidos com a assistência à parturiente. É por esse caminho que se inserem diversas práticas alternativas do cuidar, principalmente no que se refere ao manejo não farmacológico da dor.

No entanto, é importante esclarecer a noção de redes sociais que estamos usando neste texto. Não se trata de utilizarmos a noção predominante e reducionista que vê as redes no seu caráter sistêmico-funcional, pois esta não consegue apreender a diversidade cultural existente. Procuramos nos aproximar da perspectiva de Alberto Melucci (apud Martins, 2009) que associa as redes com os movimentos sociais da sociedade civil. Sobre essa perspectiva, Martins afirma que:

Uma das referências do debate sobre novos movimentos sociais e culturais, propõe que os movimentos contemporâneos se apresentam como redes de solidariedades com fortes conotações culturais, sendo a identidade coletiva fornecida não por certa unidade de fins, mas por 'um produto de trocas negociações, decisões, conflitos' (2009:21).

Neste sentido, entendemos tanto as redes virtuais, como os grupos de apoio a casais grávidos dentro dessa perspectiva contra-hegemônica de redes sociais. Consideramos que tais grupos atuam como mediadores na “reconstrução” da experiência do parto, na medida em que proporcionam o contar e recontar das experiências subjetivas, assim como colaboram com a transmissão horizontal do conhecimento.

Assim, a proposta de humanização do parto e nascimento se insere dentro dos estudos pós-coloniais e contribui para a crítica ao produtivismo na saúde.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A naturalização do saber biomédico como único capaz de manejar a assistência ao parto e nascimento contribuiu para a construção de uma cultura de medo do parto, na medida em que tal conhecimento se pauta na noção do parto como algo patológico. Tal modelo engendrou silêncios e violências sociais. Porque a razão metonímica rechaça a diversidade das experiências sociais e culturais, ela mesma possibilitou a construção de um tipo de conhecimento, relativo ao cuidado, repleto de hierarquias e assimetrias relacionais.

A normatização biomédica da vida e dos corpos foi ainda mais atuante no que se refere ao universo feminino. Predominantemente marcada pela visão cartesiana e tomando como norma o corpo masculino, a medicina ocidental embasa seus conhecimentos com um forte viés de gênero, na medida em que acredita que o corpo da mulher e seus ciclos devem ser controlados, pacificados. A riqueza do desenvolvimento tecnológico aliado a um modelo medicalocêntrico, possibilitou a desvalorização do conhecimento feminino sobre o próprio corpo, assim como levou a uma padronização (e também ao empobrecimento) da experiência, típicas da colonialidade do saber.

No entanto, podemos relacionar o movimento de humanização do parto com os estudos pós-coloniais, na medida em que tal proposta de assistência ao nascimento tem como foco a experiência da mulher e seu conhecimento acerca do próprio corpo. Baseado na premissa de que o parto é da mulher, este projeto reforça a importância do repasse de informações de forma clara e contínua, ao longo do pré-natal, como forma de enfrentamento dos diversos tipos de violência e desrespeitos cometidos contra a mulher. Assim, podemos perceber a emergência de um novo conceito de sujeito, não mais

aquele passivo e calado, próprio do modelo biomédico e, sim, consciente e ativo, compartilhando conhecimento e responsabilidade no que tange aos cuidados de si.

Neste sentido, esta nova prática ancora-se na transmissão horizontal do saber, proporcionando uma diminuição na assimetria entre médico e parturiente. Além das informações trocadas nas consultas de pré-natal, os grupos de casais grávidos e as redes sociais desempenham um importante papel nesse compartilhamento, contribuindo para a formação e o fortalecimento de redes de apoio. E, ainda, porque a proposta de humanização do nascimento baseia-se na fisiologia do parto também contribui para uma vivência pautada na espera, sugerindo assim novas experiências e noções de temporalidade.

5. REFERÊNCIAS

- AMORIM, Melania Maria Ramos de. *Cesárea X Parto Normal – (parte 1): a magnitude do problema*. 2010. Disponível em <http://guiadobebe.uol.com.br/parto-normal-vs-cesarea-parte-1-a-magnitude-do-problema/> Acesso em out/2011.
- BARROS, José Augusto. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? *Saúde e Sociedade* v. 11, n. 1, p. 67-84, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. As cesarianas no Brasil: situação no ano de 2010, tendências e perspectivas.(Cap. 16). In: *Saúde Brasil 2011 : uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher*. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.
- BRENNES, Anayansi Correa. História da parturição no Brasil: século XIX. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 7, n.2, p. 135-149, abr./jun.1991.
- COLLECTIVE, The Boston Women's Health Book. *Our bodies, ourselves: a new edition for a new era*. 35th anniversary ed. New York: Simon & Schuster, 2005.
- CORREA, Marilena C. D. V. As novas tecnologias reprodutivas: uma revolução a ser assimilada. *PHYSIS: Rev. de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n.1, p. 69-98, 1997.
- DAVIS-FLOYD, R.; SARGENT, Carolyn F. *Childbirth and the authoritative knowledge: cross-cultural perspectives*. Berkeley: University of California Press, 1997.
- DEL PRIORE, M. Magia e medicina na colônia: o corpo feminino. In: *História das Mulheres no Brasil*. São Paulo: Contexto, 1997.
- DINIZ, Carmen Simone Grillo. *Assistência ao parto e relações de gênero: elementos para uma releitura médico-social*. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.
- DOSSIÊ Humanização do Parto/Rede Nacional Feminista de Saúde. Direitos sexuais e direitos reprodutivos – São Paulo, 2002.
- FOUCAULT, Michel. *História da sexualidade: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1988.
- _____. *O Nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003.
- GIDDENS, Anthony; BECK, Ulrich; LASH, Scott. *Modernização reflexiva: política, tradição e estética na ordem social moderna*. São Paulo: FEU, 1995.
- GIDDENS, A. *As consequências da modernidade*. São Paulo: UNESP, 1991.
- JORDAN, Brigitte. *Birth in four cultures: a cross-cultural investigation of childbirth in Yucatan, Holland, Sweden and the United States*. Long Grove: Waveland Press, 1993.
- _____. Authoritative Knowledge and its construction. In: DAVIS-FLOYD, R.; SARGENT, Carolyn F. *Childbirth and the authoritative knowledge: cross-cultural perspectives*. Berkeley: University of California Press, 1997.
- LANDER, E. Ciências sociais: saberes coloniais e eurocêntricos. In _____. (Org.) *A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais*. Buenos Aires: CLACSO, 2005.

- LUZ, Madel T. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15(Supl.) p.145- 176, 2005.
- MARTIN, Emily. *The women in the body*. Boston: Beacon Books, 2001.
- MARTINS, P. H. *Contra a desumanização da medicina: crítica sociológica das práticas médicas modernas*. Petrópolis: Vozes, 2003.
- _____. Redes sociais: entre o simplismo da ideologia utilitarista e a complexidade das mudanças sócio-históricas contemporâneas. In: MARTINS, P. H.; MEDEIROS, R. *América Latina em perspectiva*. Recife: Editora Universitária, 2009.
- _____. América Latina: entre a descolonização do imaginário desenvolvimentista e a utopia democrática e associacionista. In: *A sociologia latino-americana entre os desafios da descolonização planetária e a reconstrução da utopia democrática – Uma reflexão a partir da ALAS*. Entrevista com Paulo Henrique Martins In Série CEPPAC, n.34, ISSN: 19822693, 2011.
- McCOURT, Christine. *Childbirth, midwifery and concepts of time*. New York: Berghahn Books, 2009.
- NAGAHAMA; SANTIAGO. A institucionalização médica do parto no Brasil. in *Ciência &Saúde Coletiva*, v. 10 n.3, 2005.
- 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.
- SANTOS, B.S. *A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência*. São Paulo: Ed. Cortez, 2007.
- _____. Uma Sociologia das Ausências e uma Sociologia das Emergências. In *A gramática do tempo: para uma nova cultura política*. São Paulo: Cortez Editora, 2008.
- SOUZA, Heloisa Regina. *A arte de nascer em casa: um olhar antropológico sobre a ética, a estética e a sociabilidade no parto domiciliar contemporâneo*. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.
- THÉBAUD, F. A medicalização do parto e suas consequências. In *Revista Estudos Feministas*. Florianópolis, v. 2, n. 10, p. 418, 2002.
- TRINDADE, Carlos A. C. *Biopoder, biopolítica e overmundo*. Disponível em: http://teceresteares.files.wordpress.com/2011/12/texto_-biopolc3adtica_biopoder-e-overmundo1.pdf. Acessado em fev. 2013.
- TORNQUIST, Carmen Susana. *Parto e poder: o movimento pela humanização do parto no Brasil*. Tese (Doutorado em Antropologia) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.