

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

Isa de Miranda Ribeiro Maia

A mulher e o parto no Brasil: Desumanização do nascer?

Juiz de Fora

2022

Isa de Miranda Ribeiro Maia

A mulher e o parto no Brasil: Desumanização do nascer?

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial para obtenção do título de Mestra em Serviço Social. Área de concentração: Políticas Sociais e Gestão Pública.

Orientadora: Profa. Dra. Marina Monteiro de Castro e Castro

Juiz de Fora

2022

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Maia, Isa de Miranda Ribeiro.

A mulher e o parto no Brasil: desumanização do nascer? / Isa de Miranda Ribeiro

Maia. -- 2022.

114 f.

Orientadora: Marina Monteiro de Castro e Castro

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Serviço Social. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, 2022.

1. Parto. 2. Mulher. 3. Humanização. I. Castro, Marina Monteiro de Castro e, orient. II. Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA

ATA DE DEFESA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO
STRICTO SENSU

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

Nº PROPP: 273.8062022.37-M

Nº PPG: 116

Ata da sessão pública referente à defesa da (X) **dissertação** () **tese** intitulada A mulher e o parto no Brasil: desumanização do nascer?, para fins de obtenção do título de (X) **mestre(a)** () **doutor(a)** em **Serviço Social**, área de concentração Questão Social, Território, Política Social e Serviço Social, pelo(a) discente **Isa de Miranda Ribeiro Maia** (matrícula **102150216** - início do curso em **13/03/2019**), sob orientação do(a) Prof.(a)Dr.(a) **Marina de Monteiro de Castro e Castro**.

Aos **8 dias** do mês de **junho** do ano de **2022**, às **9:30** horas, de forma não presencial, conforme Resolução nº 10/2022-CSPDa Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), reuniu-se a Banca examinadora da (X) **dissertação** () **tese** em epígrafe, aprovada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação conforme a seguinte composição:

Titulação Prof(a)Dr(a) / Dr(a)	Nome	Na qualidade de:
Doutorado UFRJ	Marina Monteiro de Castro e Castro	Orientador(a) e Presidente da Banca
Doutorado UFRJ	Luciana Gonçalves Pereira de Paula	Titular interna
Doutorado UFRJ	Jussara Francisca de Assis dos Santos	Titular externa
Doutorado UERJ	Joseane Barbosa de Lima	Suplente interna
Doutorado UERJ	Paula Martins Sirelli	Suplente externa

***Na qualidade de (opções a serem escolhidas):**

- Membro titular interno
- Membro titular externo
- Membro titular externo e Coorientador(a)
- Orientador(a) e Presidente da Banca
- Suplente interno
- Suplente externo
- Membro titular interno e Presidente da Banca
- Orientador(a)
- Coorientador(a) e Presidente da Banca
- Coorientador(a)
- Membro titular externo (com participação remota, conforme Resolução n. 04/2016-CSP)



Documento assinado eletronicamente por **Wellington Belinassi**, Gerente, em 01/06/2022, às 14:08, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no Portal do SEI-Uffj (www2.ufff.br/SEI) através do ícone Conferência de Documentos, informando o código verificador **0793681** e o código CRC **D1BF491A**.

Dedico essa construção, tão cara e simbólica para mim, às mulheres. A nós, desprovidas de meios de produção, de igualdade social, de um parto respeitoso. Dedico a nós e busco nessa elaboração os fundamentos essenciais para a nossa luta, junto da classe trabalhadora, por um mundo melhor e justo. “Por um mundo onde sejamos socialmente iguais, humanamente diferentes e totalmente livres” (Rosa Luxemburgo).

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente ao Sol da minha vida, meu filho, que veio ao mundo para aguçar ainda mais minha vontade de torná-lo um lugar mais justo, com especial importância, aqui, para as mulheres. Não só no parto, mas em todas as potencialidades que somos.

Agradeço especialmente ao meu companheiro de vida, Marcelo, que esteve comigo desde a preparação para a prova de seleção desse Mestrado, garantindo os cuidados com nosso pequeno para que eu estivesse nas aulas presenciais e me apoiou incondicionalmente em todo o processo de escrita desse trabalho.

Agradeço imensamente à minha rede de apoio, indispensável para a criação desse trabalho e, concomitantemente, para a criação de meu filho, Sol. Esse agradecimento é em especial à minha mãe, Julia, e minha sogra, Cristina.

Agradeço infinitamente à minha mãe, que me trouxe ao mundo e me apresentou a discussão política, o feminismo e a necessidade de mobilização organizada a partir dos fundamentos do marxismo. E que, além de tudo isso, com seus quatro partos normais sem intervenção, é uma inspiração e tanto para essa escrita.

Agradeço aos meus irmãos queridos, por serem meus parceiros de vida e incentivadores. A vida é bem melhor com vocês!

Agradeço ao meu pai, sempre tão empolgado com meus projetos, por todas as trocas, aprendizados e energia sempre maravilhosa. Sua presença e tudo que a envolve me faz bem demais.

Às minhas melhores amigas, que sempre foram colo e incentivo em todos os momentos, além das melhores comadres (e madrinhas) do mundo. Elas me inspiram e me dão a melhor e mais verdadeira relação de parceria que poderia experimentar.

Agradeço aos meus companheiros de luta, que estiveram comigo ao longo da graduação e do mestrado, e que aguçaram a minha necessidade do marxismo e da luta feminista para buscar, de forma radical, uma sociabilidade livre de exploração e opressão.

Agradeço à minha orientadora, Marina, que me ajudou a concluir a construção desse trabalho, e que, mesmo diante da realidade pandêmica que vivemos, sempre organizou minhas bagunças mentais com muita compreensão, paciência e diálogo.

Ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social/UFJF e a todos os profissionais que participaram desse processo de alguma forma, provando que o Serviço Social enriquece grandemente os debates na sociedade como um todo e na Universidade.

RESUMO

O presente trabalho configura pré-requisito para conclusão de curso de Mestrado em Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora, tendo como objeto o parto e a mulher no Brasil. Foram desenvolvidos debates a respeito do nascer na história, analisando a sociedade brasileira pré-capitalista e as transformações que o capitalismo traz a esse evento. Além disso, foram apresentadas pautas que o movimento de mulheres traz historicamente a respeito dos direitos sexuais e reprodutivos e do parto, além das respostas do Estado para essas reivindicações. Compreendendo a relevância do movimento de humanização da assistência e do parto para a conjuntura atual do nascer, foi realizada pesquisa bibliográfica a respeito da concepção da humanização em si, bem como sua aplicação no movimento real, de acordo com os trabalhos publicados na plataforma *Scielo* a partir de 2003. Os resultados obtidos reforçam uma concepção da política relacionada ao cuidado e mudanças no paradigma da assistência, além de afirmarem a importância de profissionais como enfermeiras e doulas, e a necessária modificação do papel central e hierarquizado dos médicos no processo do parto. Apresentando os limites e contradições desse debate descolado das determinações sociais que envolvem a prática, procuramos fazer uma síntese dos elementos centrais para uma proposta que reconheça os limites desta na sociedade burguesa e que, então, consiga captar o movimento do real para embasar a proposta de humanização defendida no presente trabalho. Acreditamos que essa dissertação contribui para a construção de um panorama histórico a respeito do nascer no Brasil, além de apresentar nova proposta, no campo marxista de análise da realidade, para tratar as contradições e fenômenos que envolvem o parto.

Palavras-chave: Parto. Mulher. Humanização.

ABSTRACT

The present work is a prerequisite for the conclusion of the Master's degree in Social Work at the Federal University of Juiz de Fora, having childbirth and women in Brazil as objects of study. Debates were developed about birth in history, analyzing pre-capitalist Brazilian society and the transformations that capitalism brought to this event. In addition, guidelines that the women's movement historically brings about sexual and reproductive rights and childbirth were presented, besides the State's responses to these claims. Understanding the relevance of the humanization movement of care and childbirth to the current situation of birth, bibliographic research was carried out regarding the conception of humanization itself, as well as its application in the real movement, according to the works published on the Scielo platform from 2003 to the present days. The results reinforce a conception of the policy related to care and changes in the care paradigm, beyond affirming the importance of professionals such as nurses and *doulas*, and the necessary modification of the central and hierarchical role of doctors in the delivery process. Presenting the limits and contradictions of this debate detached from the social determinations that involve the practice, we try to make a synthesis of the central elements for a proposal that recognizes the limits of this in the bourgeois society and that, then, manages to capture the movement of the real to base the proposal of humanization advocated in the present work. We believe that this dissertation contributes to the construction of a historical panorama about birth in Brazil and presents a new proposal, in the Marxist field of real analysis, to approach the contradictions and phenomena that involve childbirth.

Keywords: Childbirth. Women. Humanization.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	8
2	FORMAÇÃO SÓCIO-HISTÓRICA DO BRASIL E O TRATAMENTO DADO AO PARTO NAS SOCIEDADES PRÉ-CAPITALISTAS	19
2.1	A COLONIZAÇÃO DO BRASIL E AS RAÍZES DE SUA FORMAÇÃO SÓCIO-HISTÓRICA	19
2.2	POVOS ORIGINÁRIOS, COLONIZAÇÃO E SUBJUGAÇÃO	23
2.2.1	A mulher indígena e a sua relação com o parto	26
2.2.2	A exploração da mulher negra e a maternidade na escravidão	30
3	CAPITALISMO, MEDICALIZAÇÃO DO PARTO E VIOLÊNCIAS	35
3.1	A SOCIABILIDADE BURGUESA E A MULHER	35
3.1.1	Reflexões fundamentais ao debate das mulheres na sociedade capitalista	38
3.2	A MEDICALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE: O PARTO COMO MERCADORIA	45
3.3	A LUTA DAS MULHERES EM TORNO DOS DIREITOS REPRODUTIVOS	49
3.3.1	Mulheres, maternidade e violência obstétrica	53
4	CAPITALISMO E MATERNIDADE NO BRASIL: HUMANIZAÇÃO DO PARTO?	61
4.1	BRASIL E A CONSTRUÇÃO DE UM MODELO DE PARTO	61
4.2	O BRASIL A PARTIR DE 1990 E O “TRATAMENTO HUMANIZADO” NA SAÚDE E NO PARTO	72
4.2.1	A concepção de humanização em sua relação com o parto	77
4.2.2	Assistência ao parto e profissões de Saúde	83
4.2.3	Humanização x Violência obstétrica	89
4.3	O MODELO DE PARTO QUE QUEREMOS É POSSÍVEL?	94
5	CONCLUSÃO	98
	REFERÊNCIAS	102
	APÊNDICE A – Quadro de artigos analisados na pesquisa	111

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho configura-se como um dos requisitos para a conclusão do curso de Mestrado em Serviço Social, oferecido pelo Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora.

A elaboração construída nesta dissertação tem como objeto a mulher e o parto no Brasil. A partir do estudo, buscamos contribuir teoricamente com o debate da humanização do parto, embasado no processo de história do parto e nascimento, além da assistência/tratamento ofertado às mulheres.

A escolha do objeto tem como motivação essencial a relevância da discussão da forma de nascer na atualidade, levando em consideração o peso desse fenômeno para grande parte da população.

Algumas questões se colocam para as reflexões trazidas aqui: como o nascer configura-se ao longo da história? Quais são as determinações centrais desse evento em cada momento histórico? No Brasil, quais elementos da sociabilidade influenciam nessa configuração? Como o Estado responde às necessidades das mulheres? A busca pela resposta às perguntas mostrou-se indispensável para conhecer como se desenvolve o tratamento direcionado ao parto na história do Brasil, captando a proposta central do trabalho, que é entender como as mudanças sócio-históricas no modo de produção ditam as transformações do modo de nascer no Brasil.

A formação do capitalismo brasileiro, que tem a raça e o gênero enquanto pilares indispensáveis, é repleta de violências e apropriações que seguem envolvendo a vida da população até os dias atuais, além de dizer muito sobre diversos processos os quais a sociedade experimenta. Esses processos vão desde o acesso a serviços e direitos até, de maneira mais elementar, sua sobrevivência em meio a uma ideologia marcada pelo preconceito e pela segregação. O parto está incluído nesses processos, apropriados pelo sistema capitalista e permeados por essa ideologia sexista, racista e violenta. Apropriado no sentido de sua condução natural, de quem participa deste, de quem tem autonomia para decidir sobre como se dará e até do local onde ocorrerá. O parto, no capitalismo, assume uma configuração específica, passando a ser controlado e determinado por essa lógica e conduzido de acordo com esse mesmo interesse.

Elencamos como ponto de partida do percurso histórico do nascimento a configuração do parto como um evento fisiológico e natural, ou seja, antes do desenvolvimento do saber médico, da medicalização e da hospitalização, entendendo que:

O parto e o nascimento são eventos considerados naturais e, na maioria das vezes, não apresentam riscos para a mulher e o bebê, sendo comemorado na maioria das civilizações, como um fato marcante da vida. No passado representava um evento feminino, privado e íntimo, sendo o ato de partejar apoiado por outras mulheres da comunidade, as comadres, as aparadeiras, as parteiras e, posteriormente, por obstetristas e enfermeiras obstétricas (BRENES, 1991; BRASIL, 2010) (BATISTA, 2016).

Ao refletir acerca da especificidade da formação brasileira, consideramos indispensável reconhecer, em nosso cenário, a influência da colonização e da escravidão para a história do país e, nesse movimento, colocar em cena sujeitos centrais dessa história: os povos originários e os escravizados.

Inicialmente, buscamos refletir acerca das determinações centrais da formação do Brasil, bem como os rebatimentos desta para a vida dessas mulheres, que foram duplamente exploradas diante do princípio patriarcal, que rege a sociedade desde esse momento e que segue se reproduzindo.

Vimos que as mulheres escravizadas, como apontam Mendonça e Ribeiro (2010), eram submetidas aos senhores, que se colocavam como seus donos e, portanto, determinavam como se daria a relação com o seu corpo e com o processo de cuidado com os filhos:

As escravas que tinham em sua relação com o Senhor uma dependência servil e de objeto que as impediam de vivenciar uma relação como a estabelecida pela Igreja. Sua cria, diante de uma criança branca a ser amamentada, não é considerada e muito provavelmente sucumbiam diante da privação do aleitamento materno (MENDONÇA e RIBEIRO, 2010, p. 2-3).

Importante destacar que, ao elencar este debate importante para entender o parto e a maternidade no curso da formação sócio histórica do país, logo encontramos um desafio. Pesquisando de maneira simples o parto para as mulheres escravizadas, não encontramos materiais que registrassem como esse fenômeno acontecia. Indicamos que essa identificação tem relação direta com a forma como eram percebidas essas mulheres.

Eram vidas que pertenciam a outras pessoas e, portanto, eram ditadas e controladas por essas.

Dito isso, partimos da compreensão de que o advento da sociabilidade burguesa traz mudanças radicais, não só para a relação entre as mulheres na comunidade de maneira geral, mas também para o parto como evento em si. Muitos elementos que se colocam no início do desenvolvimento do Brasil, há mais de 500 anos, seguem presentes na sociabilidade brasileira experimentada, atualmente, pela classe trabalhadora de maneira geral, mas, em especial pelas mulheres e negros. Tais elementos vieram se consolidando com o fortalecimento da sociedade capitalista no país.

Cisne (2018), buscando sistematizar os elementos fundamentais de uma análise feminista e marxista da sociedade capitalista, sustenta a necessidade de compreender essas determinações que compõem a formação da classe trabalhadora como um complexo enovelado, ou seja, que se imbrica e complexifica à medida que as exigências da sociedade do capital impõem. Portanto, as determinações de gênero, raça/etnia e sexualidade são uma parte indispensável da estrutura capitalista de produção, por ela utilizadas de diferentes formas, de acordo com a necessidade de exploração e acumulação. Ou seja, cultura e valores, a partir dessa análise, se tornam expressões da ideologia que determina e molda a forma de sociabilidade, bem como o pensamento a ser reproduzido pela classe trabalhadora. O modelo de família burguesa, por exemplo, estudado por Engels (2012) e discutido em “A origem da família, da propriedade privada e do Estado”, é tratado como parte do modo de produção de capitalista, que enraíza em toda a sociedade valores e uma forma de pensar sobre a construção das famílias e, especialmente, o lugar da mulher nestas. A valorização da família, do casamento, da mulher restrita ao lar e submissa ao marido é uma figura desenhada pela sociabilidade burguesa. Todo esse complexo ideológico e cultural, enraizado na sociabilidade burguesa brasileira, combina-se com a exploração material da classe trabalhadora e, de forma específica e potencializada, da mulher trabalhadora.

Dessa forma, quando tratamos da busca pela emancipação das mulheres, esta

não possui apenas uma dimensão restritamente econômica, já que as relações materiais dominantes associam-se às ideologias também dominantes. Abolir a propriedade privada e transformar a economia doméstica individual em uma economia doméstica socializada são premissas indispensáveis para a emancipação, contudo são insuficientes. A transformação da cultura e dos valores são, também,

indispensáveis para tal propósito. Transformar hábitos fortemente enraizados não é fácil (CISNE, 2018, p. 216).

Mendonça e Ribeiro (2010), desenvolvendo uma reflexão a respeito da condição da mulher entre o período colonial e o início do século XX, expõem de maneira interessante o processo do controle sobre a mulher e de seu corpo, articulado entre três instituições: a Igreja, o Estado e, pouco mais tarde, o saber médico. Essa articulação tem influência direta sob o controle das mulheres de maneira geral, especialmente no que tange à naturalização e imposição da função da maternidade às mulheres de forma generalizada, aprisionando-as a essa realidade – o que muitas vezes não corresponde à sua própria escolha.

Com tarefas muito claras, dadas pelo sistema para que tanto materialmente como ideologicamente ele se mantenha, as mulheres, bem como negros, indígenas, LGBTQs, estão submetidos a diversas formas de apropriação e violação orquestradas pelo sistema, desde a colonização e que refletem até a atualidade na vida desses sujeitos. Estes formam a maioria da população e, além disso, seguem sendo quem garante o desenvolvimento de toda a sociedade. Isso se coloca da mesma forma quando pensamos nas violações vivenciadas pelas mulheres durante o parto e em todo o processo da gravidez, muitas vezes também naturalizadas e tidas como “necessárias” pela maioria da população e pelos profissionais de saúde.

Acontecimentos relativos ao tratamento dado e às transformações observadas no parto fizeram com que o trabalho das parteiras entrasse em declínio e, “com o advento do capitalismo industrial, a prática da assistência ao parto se consolidou como exercício monopolizado dos médicos e, assim, foi legitimado e reconhecido” (NAGAHAMA e SANTIAGO, 2005, p. 655-656). Então, a mudança na percepção a respeito da mulher, unida ao nascimento e consolidação da ordem burguesa, que tinha como princípio o controle da maioria da população, fez com que o tratamento recebido por ela, de maneira geral e especificamente na condição de parturiente, mudasse drasticamente.

A partir das transformações societárias, novas contradições apresentam-se, novas formas de violência tornam-se comuns às mulheres da classe trabalhadora e, conseqüentemente, todos esses movimentos geram respostas, tanto por parte das mulheres, como por parte do Estado brasileiro.

Na busca por conhecer a história do parto e suas transformações, indicamos que o Estado tem papel central nas respostas construídas em sociedade no âmbito das políticas

públicas relacionada às mulheres e ao parto. Essas transformações que o capitalismo opera no processo do nascimento têm como pilares centrais o processo de patologização, medicalização e hospitalização do parto. Esse complexo fez com que a mulher deixasse de ser protagonista desse evento para, de forma violenta e desigual, ser coordenado e comandado pelo saber médico no espaço do hospital.

Vimos que entre as décadas de 1970 e, com maior destaque, a de 1980 nasce o movimento pela humanização da assistência à saúde e do parto, em um momento de efervescência política em torno da reforma sanitária brasileira e de crítica à forma de assistência prestada pelos serviços de saúde. A década de 1990 é marcada pela criação do Sistema Único de Saúde (SUS), ancorado em princípios democráticos e de potencialização do acesso à saúde de forma integral e com qualidade, fruto das reivindicações dos movimentos sociais e do movimento de reforma sanitária.

No âmbito das políticas do parto e nascimento, o Estado responde com a organização de Programas e Políticas, tendo destaque o Programa de Humanização do Parto e Nascimento, de 2000, e na Política Nacional de Humanização, de 2003. Esse movimento, que é um marco na história da assistência à saúde e ao parto no Brasil e que é diverso e permeado por elementos e contradições importantes, teve destaque nas elaborações feitas no presente trabalho, especialmente, no que tange à busca pela “humanização do parto”. Ressaltamos a atualidade desse debate, visto os inúmeros retrocessos que temos vivido e, por outro lado, a intensa denúncia vinda por parte das mulheres, que sofrem diretamente a violência no parto, por profissionais ou por coletivos de mulheres que debatem as estratégias de humanização, das quais o atual governo se distancia cada vez mais. Tal governo, que tem como presidente Jair Bolsonaro, demonstra de diversas formas o retrocesso no que se refere às políticas públicas de maneira geral, com destaque aqui para aquelas relativas às mulheres. Além de diversos posicionamentos públicos por parte do presidente de cunho preconceituoso, machista, racista e LGBTfóbico, na atual conjuntura, o Ministério da Saúde está realizando ações que vão ao encontro dessa ideologia.

Em 2011, como será pontuado ao longo do trabalho, criou-se no Brasil a Rede Cegonha, um programa do governo que significou avanços no sentido da atenção integral à saúde da mulher desde o pré-natal até os primeiros dois anos de cuidado com o bebê. Esse ano, 2022, o governo Bolsonaro, por meio do Ministério da Saúde, instituiu a Portaria nº 715/2022, que altera o Programa acima citado, instituindo a Rede de Atenção

Materna e Infantil (Rami), construída sem a base de diálogo e articulação entre os entes que compõem o Sistema Único de Saúde e representando, em última instância, o desmonte dos avanços colocados.

Em reportagem veiculada pelo Carta Campinas, Alexandre Padilha (2022), Ministro da Saúde no momento da implantação do Programa Rede Cegonha, analisa a Portaria referida acima, colocando que esta:

Altera a lógica do cuidado e traz novamente a figura do médico obstetra como assistência integral, acaba com os Centros de Parto Normal e com o papel das enfermeiras obstetrias na condução do parto, também deixando de lado o importante acompanhamento de outros profissionais médicos no pré-natal, estimula a indústria da cesárea no país, não incentiva a promoção da alimentação saudável, entre outros absurdos que só retrocedem a dignidade da saúde integral da mulher (PADILHA, 2022, recurso online).

Essa e muitas outras ações demonstram que o atual governo representa para o Brasil o retrocesso nas conquistas históricas relativas aos direitos sociais e políticas públicas em diversas áreas, com especial atenção à política de saúde¹. Tal política é fruto de intensa luta e mobilização de sujeitos comprometidos com a saúde pública como um direito de todos e dever do Estado.

Exemplificando essa relatividade dos direitos sociais na conjuntura atual, observamos na pandemia a violação de direitos relativos ao parto no Brasil, especificamente no que se refere à presença do acompanhante, garantida a toda parturiente pela Portaria nº 2.418/2005².

No momento em que finalizávamos essa dissertação, o governo lançou a nova Caderneta da Gestante (BRASIL, 2022), que será distribuída a todo o Sistema Único de Saúde e que é utilizada como referencial ao cuidado da mulher durante a gestação e o parto. Considerando as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre procedimentos realizados durante o parto, observamos que a episiotomia, caracterizada como um corte no períneo, procedimento tido por muito tempo como rotina, hoje não é

¹ Para aprofundamento dos debates relativos às últimas ações do governo, cf. reportagem sobre o assunto (COMO..., 2019).

² A respeito desse debate, a Defensoria Pública do Estado do Paraná publicou em seu site uma reportagem, onde coloca que “com a pandemia gerada pela Covid-19 a Lei do Acompanhante não sofreu alterações. Entretanto, o NUDEM tem notícias de hospitais que estão proibindo ou limitando esse direito sob o argumento de que a restrição atenderia a medidas sanitárias de prevenção ao coronavírus” (LEI..., 2021, recurso online).

recomendado, levando em consideração a inexistência de benefícios comprovados à mãe e ao bebê.

Apesar dessa expressa orientação, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2022) coloca na atual Caderneta da Gestante essa possibilidade diante de alguns casos – “não deve ser realizada de rotina; porém, em casos específicos, como o de sofrimento fetal, o profissional poderá indicá-la para ajudar no nascimento e proteger o bem-estar do bebê” – que, certamente, terão a opinião pessoal do médico como referência. Isso se qualifica também enquanto um dos retrocessos apresentados pelo atual governo para a política de humanização do parto³.

O Manifesto por uma Convenção Interamericana dos Direitos Sexuais e dos Direitos Reprodutivos, resultado de importante campanha e publicado no encarte da Revista Estudos Feministas em 2007, traz à tona a necessidade ainda atual de maiores elaborações a respeito desse tema. Ainda apresenta uma breve e assertiva síntese da história brasileira:

Uma história que começa com uma ampla variedade de civilizações em que o lugar da mulher, o número e a forma dos gêneros, as práticas sexuais aceitas e as condenadas eram tão diversas como as línguas, os sistemas sociais e os cultos. E continua com a violência da conquista que, a sangue, fogo e Bíblia, instaurou a ordem judaico-cristã. Nossa história é também a do genocídio dos escravos e das escravas; a dos idiomas, das identidades de gênero, das formas de desejar e de parir (ou não) que ficaram para sempre nos porões dos navios. É a violência que fundou nossos Estados à ponta de espada, e nossa mestiçagem à ponta de violação. A tutela exercida sobre as raças, os sexos, as idades, os desejos e os corpos “inferiores”, com a lei, com o bastão e com a cruz. Nossa história é violência e tutela, mas também resistência (MANIFESTO..., 2007).

Partindo dessa análise crítica, tivemos como base para construção das reflexões trazidas nesse trabalho o método materialista dialético. Dessa forma, a partir do momento que se compreende que as relações e a materialidade são produtos do pensamento, e não o inverso, não é possível captar na realidade o movimento das categorias, uma vez que o que se forma são abstrações distantes da real apresentação dos fatos. Portanto, quando se consegue compreender a conformação da sociedade e tudo que a envolve, como um

³ Cf. reportagens que discutem esse tema (LARA, 2022; LEIROS, 2022).

produto histórico, compreende-se em seguida que eles são também transitórios e se modificam de acordo com a realidade.

Os mesmos homens que estabeleceram as relações sociais de acordo com a sua produtividade material produzem, também, os princípios, as ideias, as categorias de acordo com as suas relações sociais. Assim, estas ideias, estas categorias são tão pouco eternas quanto as relações que exprimem. Elas são *produtos históricos e transitórios*. Há um movimento contínuo de crescimento nas forças produtivas, de destruição nas relações sociais, de formação nas ideias; de imutável, só existe a abstração do movimento (MARX, 2009a, p. 106).

Marx (1982) realiza uma síntese bem completa dos caminhos que devem ser percorridos para se chegar ao rigor metodológico necessário para compreender o objeto de estudo e, no caso em questão para o autor, o modo de produção capitalista. A primeira pontuação importante diz respeito ao ponto de partida, que deve ser *o real e o concreto*. Assim,

se começássemos pela população, teríamos uma representação caótica do todo, e através de uma determinação mais precisa, através de uma análise, chegaríamos a conceitos cada vez mais simples; do concreto idealizado passaríamos abstrações cada vez mais tênues até atingirmos determinações as mais simples. Chegados a esse ponto, teríamos que voltar a fazer a viagem de modo inverso, até dar de novo com a população, mas dessa vez não com uma representação caótica de um todo, porém com uma rica totalidade de determinações e relações diversas (MARX, 1982, p. 14).

A partir dessa reflexão, o autor conclui, ao analisar a cientificidade do método que emprega, que “o concreto é concreto porque é a síntese de muitas determinações” (MARX, 1982). Dessa forma, pretendemos uma aproximação ao real, mas entendendo que este é repleto de contradições, processos e mediações que não poderemos captar.

O diálogo com o referencial teórico adotado neste trabalho teve como suporte o método marxista de análise da realidade e possibilitou a reflexão e (re)construção de três momentos histórico da existência das mulheres na sua relação com o parto: as que compunham os povos originários no Brasil; as mulheres escravizadas que tiveram toda a sua humanidade retirada para que se tornassem mercadoria; e a mulher burguesa, que independente da classe, vive sob o jugo desse sistema e, portanto, reproduz o próprio e tem sua vida determinada por sua lógica. Posteriormente, analisamos as respostas do

Estado às necessidades históricas colocadas pelas mulheres em torno no parto e do nascimento, analisando as políticas específicas da área e o debate em torno da humanização do parto.

Realizamos uma pesquisa bibliográfica que, conforme define Gil (2008), é feita a partir de literaturas já existentes e busca sistematizar discussões a fim de acumular conhecimento acerca de um determinado fenômeno. Diante da necessidade observada justamente de acumular estudos a respeito do parto historicamente, na perspectiva marxista, é que optamos por esse procedimento metodológico.

A principal vantagem da pesquisa bibliográfica reside no fato de permitir ao investigador a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais ampla do que aquela que poderia pesquisar diretamente. Esta vantagem se torna particularmente importante quando o problema de pesquisa requer dados muito dispersos pelo espaço (GIL, 2008, p. 50).

Toda essa complexa formação do país, que está envolta em variadas formas de apropriação, foi apresentada por autores como Moura (1994), Ribeiro (1995), Silva (2017) e Mariotto (2014). Para suporte da análise histórica das mulheres, utilizamos autores como Giacomini (2013), Federici (2017, 2019) e Engels (2012). Para relação com a sociedade capitalista, Carneiro (2011), Mott (1979), Safiotti (2013) e Cisne (2018). Já para análise das respostas do Estado, política para o parto e humanização, Bravo (2009), Campos e Oliveira (2009), Castro (2018), Diniz (2005) e Scavone (2008).

Para análise específica sobre o parto e nascimento na atualidade, foi realizado um levantamento bibliográfico na plataforma de pesquisa acadêmica *Scielo Brasil*. Para tal, utilizamos os artigos publicados a partir de 2003 com os descritores: “parto”, “nascimento” e “humanização”. O marco temporal selecionado deve-se à implementação da Política Nacional de Humanização no mesmo ano. Neste levantamento, foram encontrados 41 artigos. Destes, selecionamos os 19 que tinham relação com o objeto de estudo e que expunham de forma clara a sua concepção de humanização da assistência ao parto. Foram retirados os de caráter puramente técnico, que não discutiam fundamentos da humanização ou possuíam discussões de áreas específicas. Das 19 publicações analisadas, 15 realizaram pesquisa bibliográfica; 3, revisões bibliográficas; e 1, estudo reflexivo. A data de publicação dos trabalhos variou de 2004 a 2021. O quadro com as publicações encontra-se no Apêndice A.

A partir da escolha do material a ser estudado para a realização da pesquisa, seguimos a indicação de Gil (2008) a respeito da forma como se deu a leitura e a seleção dos textos realmente pertinentes ao estudo do objeto. Portanto, inicialmente foi realizada uma *leitura exploratória*. Em seguida, foi feita a seleção das partes relevantes de cada texto para o objeto em questão, a partir da *leitura seletiva*. Depois, seguindo para o movimento da *leitura analítica* é que foram de fato buscadas as respostas da pesquisa. O último processo, que o autor denomina *leitura interpretativa*, pode ocorrer conjuntamente à anterior e é quando “procura-se estabelecer relação entre o conteúdo das fontes pesquisadas e outros conhecimentos, o que significa conferir um alcance mais amplo aos resultados obtidos com a leitura analítica” (GIL, 2008, p. 75).

Feito esse movimento de estudo bibliográfico e pesquisa, foi feita então a análise dos dados coletados, buscando sistematizar as informações, para que conseguíssemos estabelecer um panorama rico de análise sobre a concepção de humanização do parto presente no material. Para adensar o debate, foi realizada uma pesquisa sobre documentadas iniciativas gerais do Estado para o tema da humanização da atenção à saúde e ao parto. Para isso, foram selecionadas as legislações que dizem respeito ao tema, com especial atenção à análise do Programa de Humanização do Parto, instituído pela Portaria nº 569/2000 do Ministério da Saúde e da Política Nacional de Humanização – Humaniza SUS, estabelecendo diálogo entre eles e o referencial levantado. Nessa síntese, buscamos apresentar os debates levantados organizados em três eixos: concepção de humanização do parto; assistência ao parto e profissões de Saúde; e humanização x violência obstétrica.

A partir desse caminho de pesquisa e buscando captar o máximo de determinações da realidade concreta e histórica, o esforço foi despendido para construir uma síntese que conseguisse captar esse movimento do real, utilizando na fase da pesquisa as contribuições de diversas matrizes teóricas. Nesse momento, já na fase expositiva e reflexiva, pudemos analisar e discutir o material coletado com base na perspectiva defendida na presente elaboração, a do método materialista histórico-dialético.

Procuramos construir, então, um panorama do objeto em questão que, a partir do método aqui defendido, se compromete com a análise concreta da realidade para, assim, buscar a síntese mais próxima possível desse fenômeno. Esse aprofundamento teórico necessário demanda o estudo do que se tem elaborado nacionalmente, a partir dessas

respostas ao movimento de humanização, para então captar as contradições e elementos essenciais desse complexo.

Importante ressaltar que a realização desta pesquisa ocorreu durante a pandemia do novo coronavírus (COVID-19) e a opção pelos caminhos de pesquisa foi determinado por esse processo. Portanto, o primeiro capítulo consiste na exposição de uma análise histórica, que buscou apresentar os elementos centrais da formação sócio-histórica do Brasil e o lugar da mulher nesse sistema, considerando em especial as mulheres indígenas e negras escravizadas e, em seguida, o tratamento direcionado ao parto na sociedade pré-capitalista.

No segundo capítulo, buscamos entender de que forma o Brasil inicia o desenvolvimento capitalista e, conseqüentemente, sobre o papel reservado para as mulheres, os elementos dessa história que se reatualizam e as novas determinações. Além disso, buscamos identificar o modelo de parto construído nesse sistema e as respostas do movimento de mulheres.

O terceiro capítulo se dedica, especificamente, ao debate do parto no Brasil contemporâneo e às respostas do Estado, através de um “novo modelo” de parto, construído com base na humanização.

A partir da compreensão de que, se reconhecemos que a atualidade brasileira refaz e retoma diversos elementos de seu passado colonial, não conseguiremos conhecer como a maternidade e o parto são vividos hoje sem investigar sua experiência pelas mulheres historicamente oprimidas nessa sociedade.

Esperamos que esta dissertação contribua para o aprofundamento das reflexões em torno do parto e nascimento no Brasil, com destaque ao debate da humanização do parto.

2 FORMAÇÃO SÓCIO-HISTÓRICA DO BRASIL E O TRATAMENTO DADO AO PARTO NAS SOCIEDADES PRÉ-CAPITALISTAS

O capítulo escolhido para iniciar as reflexões desse trabalho apresenta um estudo de base histórica, de aproximação aos elementos relevantes da formação pré-contemporânea do Brasil, que marca a realidade das mulheres em relação ao parto e nascimento.

Para analisar esses elementos articulados ao debate da formação sócio-histórica do país, é indispensável apontar o colonialismo e a escravidão que determinam a apropriação direcionada aos povos originários e à violência praticada contra os negros vindos da África e aqui escravizados. Esse elemento de apropriação vai determinar de diferentes formas, o papel assumido pela mulher na sociedade, a construção de sua maternidade e a sua participação e decisão sobre o seu parto e cuidado com os filhos.

Apresentado esse panorama histórico, será possível entender os processos que determinam o parto hoje na sua relação direta com a condição de ser mulher em nossa sociedade.

2.1 A COLONIZAÇÃO DO BRASIL E AS RAÍZES DE SUA FORMAÇÃO SÓCIO-HISTÓRICA

A formação do Brasil como país e de seu povo⁴ encontra-se determinada pela dinâmica global do colonialismo mundial, que ditava as regras para si e para os dominados. É essa estratégia de dominação que irá determinar a construção do país e influenciar sua sociabilidade. Ribeiro (1995) destaca que a construção do *povo-nação* no Brasil é marcada profundamente pela exploração mercantil mundial.

O povo-nação não surge no Brasil da evolução de formas anteriores de sociabilidade, em que grupos humanos se estruturam em classes opostas, mas se conjugam para atender às suas necessidades de

⁴ A utilização do termo povo em momentos específicos da presente elaboração remete às sociedades pré-capitalistas, já que reconhecemos aqui a dissociação entre Estado e Sociedade presente no desenvolvimento do modo capitalista de produção, sintetizada por Iani (2000, p. 53) quando pontua que “o povo, enquanto um conjunto de classes e grupos sociais subalternos, é esquecido pelos dirigentes, já que estes estão empenhados em ‘modernizar’, ‘racionalizar’ ou ‘dinamizar’ as instituições nacionais de forma a intensificar a ‘inserção’ da ‘emergente’ economia na dinâmica do capitalismo mundial”.

sobrevivência e progresso. Surge, isto sim, da concentração de uma força de trabalho escrava, recrutada para servir a propósitos mercantis alheios a ela, através de processos tão violentos de ordenação e repressão que constituíram, de fato, um continuado genocídio e um etnocídio implacável (RIBEIRO, 1995, p. 23).

A questão indígena, bem como a dos negros escravizados, encontra-se inscrita na história do Brasil como o roubo da história e do território de povos inteiros, com o fim de garantir o desenvolvimento de uma economia mundial direcionada pelos países europeus. Dessa forma, a questão indígena no Brasil, por exemplo, está intrinsecamente relacionada ao debate da propriedade privada da terra e, portanto, do processo de acumulação primitiva que forma o capitalismo brasileiro. A respeito desse movimento, Mariotto (2014) coloca:

A Questão Indígena, aqui entendida como os problemas enfrentados pelos povos pré-colombianos na América, está associada ao advento do capitalismo em sua acumulação primitiva, afinal, todo o processo de invasão e guerra para a conquista e a consequente subjugação dos povos nativos, teve o financiamento de bancos e Estados Reinos, ou seja, investimento dos próprios invasores (MARIOTTO, 2014, p. 18).

Marx (1988), ao debater a acumulação primitiva, resgata a comparação desse fenômeno ao pecado original na Teologia, quando coloca a existência de uma elite que acumula riquezas e, em contraponto, uma massa da população que só possuía sua força de trabalho para dispor. Dessa configuração “data a pobreza da grande massa que até agora, apesar de todo seu trabalho, nada possui para vender senão a si mesma, e a riqueza dos poucos, que cresce continuamente, embora há muito tenham deixado de trabalhar”.

Sendo, então, o fundamento primeiro da sociedade burguesa, a acumulação primitiva constitui-se como o pontapé inicial dessa formação social. E, como bem pontua Marx (1988, p. 340) em seu debate a respeito, “na história real, como se sabe, a conquista, a subjugação, o assassinio para roubar, em suma, a violência desempenham o principal papel”.

Mariotto (2014) desenvolve as suas reflexões teóricas a partir da perspectiva marxista, estabelecendo uma síntese a respeito da questão indígena no Brasil e na América Latina, destacando que:

É a América Latina, a região das veias abertas. Desde o descobrimento até os nossos dias, tudo se transformou em capital europeu ou, mais

tarde, norte-americano, e como tal tem-se acumulado e se acumula até hoje nos distantes centros do poder. Tudo: a terra, seus frutos, e suas profundezas, ricas em minerais, os homens e sua capacidade de trabalho e de consumo, os recursos naturais e os recursos humanos. O modo de produção e a estrutura de classes de cada lugar têm sido sucessivamente determinados, de fora, por sua incorporação à engrenagem universal do capitalismo (GALEANO, 2004 apud MARIOTTO, 2014, p. 27).

É essa a compreensão que formulamos ao pensar a questão indígena e, como veremos adiante, a questão dos negros escravizados no Brasil, destacando a relevância do colonialismo na estruturação de nossa sociedade.

A classificação racial da população, portanto, emergiu do colonialismo e se estabeleceu como elemento principal da dominação dos europeus sobre os povos indígenas originários, bem como sobre as populações africanas traficadas e escravizadas no continente americano. A dominação racial constituiu-se, portanto, em requisito básico à exploração dos colonizadores sobre os colonizados. Ademais, o aprofundamento radical das hierarquias de raça e gênero possibilitou a estratégia violenta de miscigenação, ao mesmo tempo em que preservaram a linha de descendência branca, componentes fundamentais à ocupação colonial, à concentração da riqueza no grupo branco, e a imposição dos regimes de servidão e escravidão aos povos indígenas e as populações africanas traficadas para o novo continente (CAMPOS e OLIVEIRA, 2009, p. 21).

A discussão a respeito da colonização europeia do Brasil e da exploração e saque dos povos indígenas e africanos devem passar necessariamente, como aponta Mariotto (2014), pela teoria da dependência, que afirma a dinâmica de desenvolvimento capitalista equilibrada entre países que já experimentam formas de organização capitalistas e que, sem qualquer contradição, enriquecem à custa da escravização de povos inteiros nos países alvo dos colonizadores.

Segundo Ianni (Idem, p. 11), nas colônias onde predominavam indígenas, o trabalho obrigatório oscilava entre um escravismo aberto e organizado e o trabalho compulsório latente (como nas Reduções Jesuítas). Estas eram missões de catequeses que se estabeleciam em um território povoado por nativos onde se buscava catequizar (doutrina cristã) aplicando educação, trabalho e religião de inspiração católica jesuíta (MARIOTTO, 2014, p. 38).

Compreender a formação do Brasil concretamente é, sem dúvida, reconhecer que esse país se forma a partir de um movimento que desconsidera a cultura e a forma de vida

e trabalho dos povos originários e dos negros trazidos brutalmente da África, retirados de suas famílias e culturas, para erguer a sociedade brasileira. Portanto, são esses os braços que erguem esse país desde a colonização e esse é o ponto de partida da reflexão aqui proposta. A respeito dessa proposta de análise da realidade, Silva (2017) destaca que:

A leitura da realidade na perspectiva de totalidade requer uma ortodoxia – não de posições deterministas de cariz eurocêntrico – mas a ortodoxia do método histórico-dialético, no sentido de uma historiografia da formação da sociedade nacional atenta aos limites impostos por uma legalidade democrática burguesa e por um capitalismo dependente, cuja superação não está na construção de um capitalismo autônomo, mas na superação do próprio capitalismo, mediante a organização das classes trabalhadoras forjadas nas singularidades e particularidades do continente latino americano (SILVA, 2017, p. 12).

Silva (2017) procura estabelecer a relação entre o pensamento desse autor e o método de Marx para a análise da realidade, pontuando, portanto, a especificidade da dinâmica brasileira. Com isso, oferece-nos subsídios importantes para o início de nossa aproximação com a análise histórica do Brasil:

O racismo como ideologia de sustentação do sistema colonial corroborou por um lado, com o extermínio das populações originárias dos territórios ocupados e de outro, erigiu uma sólida justificativa ao apressamento e tráfico de africanos para trabalho escravo nas colônias. Um dos fatores determinantes para acumulação capitalista nos países europeus (SILVA, 2017, p. 8).

A partir das contribuições de Moura (2004), Silva (2017) observa que a escravização no Brasil se caracteriza como um modo de produção que, determinado pelos países da Europa, “se desenvolve nos territórios coloniais das Américas e do Caribe, como um dos elementos constituintes básicos da acumulação primitiva do capital” (SILVA, 2017, p. 22). Essa acumulação primitiva, garantida aos países europeus, realiza-se com base no saque aos países colonizados e escravização de seus povos como chave para garantir o pleno desenvolvimento da nação colônia.

No Brasil, esse desenvolvimento é permeado por julgamentos preconceituosos e tentativas de negação da humanidade dos povos diferentes do “conquistador”, que foi reforçado pela

partilha da África, feita pela Alemanha, no século XIX dividiu o mundo entre os brancos civilizados europeus e os povos não-brancos “bárbaros” e “selvagens”. O colonialismo foi ordenado pelo racismo como o “requisito civilizatório”. Esta visão de mundo fundamentava não só o roubo das riquezas, mas a apropriação/negação de suas culturas, crenças, costumes, língua, religião, sistemas de parentesco e tudo o mais que os povos constituíram, estruturaram e dinamizaram durante séculos antes de terem seus territórios invadidos (SILVA, 2017, p. 9).

Assim, sinalizamos que a construção social erguida sobre os povos originários e os negros escravizados, no capitalismo, está carregada de uma construção e difusão de uma propaganda ideológica racista e eurocêntrica que forma a base do sistema capitalista moderno.

2.2 POVOS ORIGINÁRIOS, COLONIZAÇÃO E SUBJUGAÇÃO

O Brasil não foi descoberto pelos portugueses. Nesse território, antes da chegada deles, existiam pessoas, culturas, linguagens, formas de vida e interação totalmente legítimas. Estava aqui um povo que não só vivia da terra, como vivia em relação com ela e regido pelo seu tempo. Essa população, a partir da perspectiva cristã colonizadora, foi ignorada e retirada de sua cultura pelos que chegaram para “descobrir”.

Essa invasão, orquestrada pelos portugueses e com objetivo de expansão comercial, teve como estratégia “civilizar” os que aqui viviam, sendo responsável pela dizimação de grande parte dessa população, pelo controle da terra e transformação desta em moeda de troca e, portanto, propriedade. Ribeiro (1995) descreve de maneira muito precisa:

Ao contrário dos povos que aqui encontraram, todos eles estruturados em tribos autônomas, autárquicas e não estratificadas em classes, o enxame de invasores era a presença local avançada de uma vasta e vetusta civilização urbana e classista (RIBEIRO, 1995, p. 37).

Dessa forma, é necessário reforçar os povos originários inseridos na formação sócio-histórica do Brasil como um povo que teve seu território, hábitos, cultura e língua apropriados. Suchanek (2012) critica uma visão que faz parte do senso comum brasileiro e reproduzida por muitos, “de que um povo indígena para assim ser reconhecido deve manter-se ileso em sua etnicidade desconsiderando o fato de sua incorporação à sociedade

brasileira ter se dado por um programa oficial de eliminação do status étnico” (SUCHANEK, 2012, p. 241).

Nesse sentido, é importante desmistificar essa ideia de padrão, até para que seja possível visualizar a sociabilidade experimentada por essa população antes da invasão ao Brasil, como uma sociedade estruturada de povos que viviam em sintonia com a natureza. Assim, afirma Pezos (2010):

Fazendo breve retrospectiva da história de vida da população indígena, pode se destacar que, em 1.500 quando os portugueses chegaram ao território que os índios chamavam de Pindorama (hoje Brasil), havia na região cerca de 5 milhões de nativos, distribuídos por 1500 grupos étnicos distintos, cada um com uma cultura rica e diversificada (OLIVEIRA, 2000) (PEZOS, 2010, p. 12).

Na chegada dos colonizadores ao Brasil, era possível subdividir os povos originários em dois: os tupis, no litoral, *gentios mansos*; e os tapuias, no interior, no sertão, considerados *índios bravos* (SUCHANEK, 2012). A autora coloca que a tarefa dos portugueses em um primeiro momento foi “estabelecer uma relação política e econômica com os Guarani para servirem de aliados na guerra contra os Tapuia, e para fornecerem alimentos aos comerciantes” (2012, p. 242). Essa relação, passados os 30 primeiros anos da colonização, acabou “se transformando para conflito e escravidão, através da expropriação das terras e do uso da força de trabalho” (SUCHANEK, 2012, p. 242). A respeito das primeiras décadas de colonização no Brasil:

A adoção do sistema de capitânicas hereditárias, em 1530, dá aos donatários a posse de 20% do total das terras indígenas, sendo o restante loteado e concedido a terceiros sob o sistema de sesmarias. “As Cartas de Doação concediam ainda aos donatários o privilégio de escravizar índios, permitindo-lhes ‘*cativar gentios para o seu serviço e de seus navios.*’” (Freire & Malheiros, 1997, p. 37, grifos dos autores) (SUCHANEK, 2012, p. 242).

A chegada dos portugueses ao Brasil, para além dos problemas visivelmente postos com a relação que se iniciava no momento, representa outros conflitos invisíveis, porém tão devastadores para o destino dos povos originários quanto sua escravização. Esse grupo que ancorou no Brasil por volta de 1500, buscando expandir seus territórios para desenvolver-se e consolidar-se no mundo capitalista, trouxe diversas novidades para o povo que aqui vivia:

Esse conflito se dá em todos os níveis, predominantemente no biótico, como uma guerra bacteriológica travada pelas pestes que o branco trazia no corpo e eram mortais para as populações indígenas. No ecológico, pela disputa do território, de suas matas e riquezas para outros usos. No econômico e social, pela escravização do índio, pela mercantilização das relações de produção, que articulou os novos mundos ao velho mundo europeu como provedores de gêneros exóticos cativos e ouros (RIBEIRO, 1995, p. 30).

Suchanek (2012), ao fazer uma análise histórica importante a respeito do período, destaca os diversos interesses que envolviam a exploração colonial que eram incompatíveis com as aldeias originais:

Havia os colonos moradores, carentes de mão-de-obra para transformar suas lavouras em empresas rentáveis, por isso, interessados em ter direito ao trabalho dos índios por meio de um sistema escravista ou de administração particular. Já os jesuítas interessavam-se pela catequese da população indígena, através de aldeias missionárias relativamente isoladas da população portuguesa. Para a Coroa, os índios representavam importante força militar, além de fornecedores de alimentos (Freire & Malheiros, *ibid.*, p. 39) (SUCHANEK, 2012, p. 242).

A autora coloca que foi na articulação desses diversos interesses que se formaram as aldeias reais. “Construídas próximas aos núcleos produtivos portugueses e administradas por religiosos, funcionavam como depósitos de mão-de-obra, de onde eram retirados os índios necessários para o trabalho e para a guerra” (SUCHANEK, 2012, p. 242).

Diante dessa forma de vida social, que não conhece a divisão de terras, de riquezas e de *classes*⁵, a colonização imprimiu o status de selvagens aos indígenas e que deveriam, portanto, ser apresentados à civilização. Isso implicava a dominação total por parte dos colonizadores, que exploram suas terras e força de trabalho, além da natureza em si. O resultado desse processo foi a dizimação dos povos originários e de sua cultura:

Em poucas décadas desapareceram as povoações indígenas que as caravelas do descobrimento encontraram por toda a costa brasileira e os primeiros cronistas contemplaram maravilhados. Em seu lugar haviam

⁵ Ainda que, nesse momento, a sociedade não estivesse dividida em classes sociais como percebemos no sistema capitalista de maneira mais clara, começavam a se organizar as elites para conquistar terras, riquezas e força de trabalho.

se instalado três tipos novos de povoações. O primeiro e principal, formado pelas concentrações de escravos africanos dos engenhos e portos. Outro, disperso pelos vilarejos e sítios da costa ou pelos campos de criação de gado, formado principalmente por mamelucos e brancos pobres. O terceiro esteve constituído pelos índios incorporados à empresa colonial como escravos de outros núcleos ou concentrados nas aldeias, algumas das quais conservavam sua autonomia, enquanto outras eram regidas por missionários (RIBEIRO, 1995, p. 53).

Mariotto (2014) indica que esse movimento de expropriação e saque insere-se no modo de produção e acumulação que se desenha para os séculos seguintes e, sobretudo, na relação baseada na propriedade privada da terra, que se inicia justamente com a tomada das terras indígenas pelos colonizadores. Dessa forma, “a questão indígena nasce de nossa economia. Tem suas raízes no regime de propriedade da terra” (MARIÁTEGUI, 2008 apud MARIOTTO, 2014, p. 25).

2.2.1 A mulher indígena e a sua relação com o parto

Primeiramente, é necessário retomar a pontuação a respeito da diversidade existente entre as muitas tribos que viveram e ainda vivem no Brasil, que representam e vivenciam diferentes rituais, costumes, crenças, modos de vida e interação social ao longo da história, o que faz com que seja impossível qualquer generalização. Mas existe um elemento que se encontra em todas essas formas, que diz respeito à centralidade da terra para essa população, suas tradições e subsistência em sentido amplo.

Mas qual a relação de todo esse debate com a questão de gênero e, mais especificamente, o parto? O que representa a terra para as mulheres indígenas e para os papéis exercidos por elas na divisão sexual do trabalho? E, mais profundamente, qual a articulação entre esses debates todos, sua relação com a forma como é conduzido o parto nas sociedades originárias brasileiras e o que muda com o processo de acumulação primitiva nesse contexto específico? Em torno desses questionamentos, buscaremos desenvolver a reflexão aqui construída.

Gabriel e Silva (2019) desenvolvem uma discussão interessante a respeito das mudanças nos padrões de alimentação dos povos indígenas, após o contato com os brancos, e o lugar das mulheres na terra, no cultivo, na relação com os alimentos e nas tradições alimentares.

No caso Mbyá-Guarani do tekoá vy'a a prática diária da alimentação denominada por eles como “tradicional” inclui a plantação de sementes herdadas de parentes, a observação da influência da lua na agricultura praticada, a não utilização de insumos químicos, a prática de coleta na mata e o reconhecimento do papel da biodiversidade. Estas são essenciais para a continuidade dos saberes femininos, inclusive àqueles ligados à culinária (TEMPASS, 2010). São as mulheres que detém este saber que vem sendo repassado de uma geração a outra. (GABRIEL e SILVA, 2019, p. 74).

Essa tarefa da plantação, cultivo, colheita e conhecimento a respeito das plantas, suas funções e preparos é, historicamente, uma tarefa de grande importância nos povos e realizadas exclusivamente pelas mulheres. Dessa forma, diz muito sobre o papel das mulheres nessas comunidades e as tarefas por elas executadas, não só no que tange a alimentação, mas ao cultivo das plantas, seu uso medicinal, e as formas de cuidado tradicionalmente praticadas pelas mulheres. E essas tarefas, tão importantes para o funcionamento dessas sociedades, foram atingidas pelo processo de colonização e, posteriormente, pelo desenvolvimento capitalista e o aprofundamento da concentração de terras e da expropriação de povos indígenas.

Federici (2017) destaca que na América latina, “antes da conquista”, as mulheres contavam com reconhecimento social, confirmado pelas divindades pré-colombianas e papéis exercidos por elas. A autora pontua o papel dos espanhóis, que “trouxeram sua bagagem de crenças misóginas e reestruturaram a economia e o poder político em favor dos homens” (FEDERICI, 2017, p. 400).

Foram as mulheres que defenderam de forma mais ferrenha o antigo modo de existência, e que se opuseram com mais veemência a nova estrutura de poder – provavelmente devido ao fato de serem também as mais afetadas (FEDERICI, 2017, p. 400).

As mulheres, portanto, exercem um papel fundamental nessas sociedades, não só na luta pela permanência dessa sociabilidade, como na manutenção da vida de forma geral.

Além de serem agricultoras, donas de casa, tecelãs e produtoras dos panos coloridos utilizados tanto na vida cotidiana quanto durante as cerimônias, também eram oleiras, herboristas, curandeiras e sacerdotisas, a serviço dos deuses locais (FEDERICI, 2017, p. 401).

Esse ponto mostra, de maneira clara, que tipo de ataque foi direcionado às mulheres e aos papéis exercidos por elas. Ataques direcionados a esferas em que as mulheres ocupavam lugar de destaque, como o cuidado, compreendido aqui de forma ampla e abrangendo não só o conjunto dos habitantes dessas tribos, mas todo o ambiente que envolve essa existência.

Gabriel e Silva (2019) destacam que uma das tradições dos povos indígenas relaciona-se com a maternidade. Desde crianças, os povos indígenas acompanham o trabalho e aprendem os ensinamentos relativos a diversos assuntos. “A maternidade faz parte dessa identidade. Ela é parte de um momento decisivo na continuidade da tradição e permanência do grupo” (GABRIEL e SILVA, 2019, p. 8).

O parto, para as mulheres indígenas, é um evento compreendido de fato como fisiológico e sem intervenções importantes. Como analisa Pezos (2010), tudo ocorre de maneira natural e, em muitos casos, a mulher está sozinha, com seu companheiro ou com algumas das mulheres da aldeia.

Pezos (2010) recorre à pesquisa realizada por Freitas e Oliveira (2010 apud PEZOS, 2010) que analisa 13 tribos indígenas no que se refere à relação com o parto. Foi visto que em relação ao local do parto, 9 o realizam na habitação e 4 na mata. A descrição do local varia entre o chão, chão forrado de folhas ou esteira e algumas variações, como plataforma específica para este fim, prancha de madeira ou alcova com estrado. A respeito da posição da mulher no momento do parto, 5 referem-se à posição de cócoras; 5 deitadas ou de cócoras; 2 deitadas e uma ajoelhada.

Analisando o quadro acima citado, pudemos perceber que a concepção de parto das mulheres indígenas está na contramão do modelo de parto apresentado às mulheres na atualidade, pela lógica médica. E, portanto, esses elementos nos são extremamente ricos, no sentido de formularem a real concepção de parto natural, que respeita sua fisiologia e que, a partir do advento da sociedade moderna, tanto se distorce e se afasta da história. Colonizando o Brasil, os portugueses não pouparam esforços para a expropriação completa da vida e cultura não só dos povos originários, envolta de uma perseguição contra as mulheres e seus saberes e práticas tradicionais, além de ser forjado pela prática de violência sexual.

Os índios não são vistos, no discurso colonial dominante, como pessoas “de verdade” indica o sucesso da violência sexual, além do de outras

forças racistas e coloniais, na destruição da percepção da humanidade dos povos indígenas (SMITH, 2014, p. 201).

A respeito desse fundamento da expropriação e da violação a autora pontua que "o projeto de prática de violência sexual nas colônias estabelece a ideologia de que os corpos indígenas são naturalmente violáveis – e, portanto, as terras indígenas são naturalmente violáveis" (SMITH, 2014, p. 201). Esse processo é marcado também pelo patriarcado cristão, vigente nas sociedades europeias e que, conseqüentemente, os colonizadores buscaram implantar nas terras conquistadas. Smith (2014), quando define a lógica dessa opressão direcionada às mulheres indígenas, coloca que

para colonizar um povo cuja sociedade não era hierárquica, os colonizadores deviam primeiro naturalizar a hierarquia através da instituição patriarcal. A violência patriarcal engendrada é o processo pelo qual os colonizadores inserem a hierarquia e a dominação no corpo dos colonizados. Ironicamente, enquanto escravizavam o corpo das mulheres, os colonizadores diziam que estavam, na verdade, libertando de alguma forma as indígenas da "opressão" a que elas supostamente estavam sujeitas nas nações indígenas (SMITH, 2014, p. 213).

A partir desse controle, que envolve não só a apropriação de seus corpos e terras, mas de sua forma de viver, os colonizadores buscam colocar esses sujeitos em posição de opressão e, a partir de sua exploração massiva e, em muitos casos extermínio, muda completamente as experiências e formações sociais que envolvem as tribos indígenas.

Campos e Oliveira (2009, p. 19), ao analisarem a colonização e a violência perpetrada contra as mulheres, caracterizam o estupro colonial, que foi direcionado às mulheres negras e indígenas "e, por outro lado confinou as mulheres brancas (de origem europeia) ao espaço doméstico, submissas à rígida moral sexual católica".

A ideologia colonial justifica a violência direcionada a esses povos, considerados pela elite como inferiores e, como já observado, criam um recorte claro de raça/etnia e gênero, reafirmando e buscando, na base da força, implantar um mundo baseado na razão branca e masculina. Esse pensamento, trazido da Europa, foi implantado em todas as nações por ela conquistadas e, então, determina a forma como o capitalismo nasce e se desenvolve em todo o mundo (CAMPOS e OLIVEIRA, 2009).

A classificação racial da humanidade, construída pelo colonialismo, assim como a atribuição de gênero às pessoas erguida em tempos remotos da humanidade, estão baseadas nos corpos. Ambas ganham

significados na perspectiva dual eurocêntrica, que separa a natureza da razão, e o corpo do espírito. Os corpos de fêmeas da espécie humana, assim como os corpos não brancos são concebidos como mais próximos da natureza e, portanto, destinados, como ademais a própria natureza – à subordinação e sujeição à razão que, por sua vez, é masculina e branca (CAMPOS e OLIVEIRA, 2009, p. 19-20).

2.2.2 A exploração da mulher negra e a maternidade na escravidão

A colonização, o saque arquitetado às nações “descobertas” e o modo de produção escravista que se desenvolve em seguida, a partir do século XVI, constituem-se como peças de um tabuleiro mundial que se prepara para levantar a estrutura capitalista de produção. Todo esse complexo movimento é articulado e demandado pela classe dominante, que coloniza e tem o escravismo como principal estratégia.

Ao fazer uma construção teórica a respeito do racismo estrutural no Brasil, Bersani (2018), compreendendo também o escravismo enquanto um modo de produção, aponta:

O modo escravista retirou dos negros a sua ancestralidade, violentando toda uma população e subjugando-a aos interesses inerentes aquele modo de produção, de forma que acarretou a população a anulação de sua condição humana, mediante o esfacelamento das referências que trazia consigo em todas as dimensões, tais como a família, o território, a personalidade, o idioma, a religião e todo estigma criado em torno das práticas dela constantes, entre outras (BERSANI, 2018, p. 184).

Bersani (2018, p. 187) vai pontuar que “o escravismo é o modo responsável pelo desenho de uma sociedade de classes no Brasil, representada pelos dominantes (senhores de escravos) e dominados (homens e mulheres escravizados)”.

Ao longo das pesquisas foi possível localizar que a gravidez de uma mulher negra escravizada no Brasil colônia era não só controlada pelos senhores, mas, muitas vezes, fruto de estupros cometidos por esses. Isso representa que, para as mulheres negras, além de ter sua vida como posse dos donos da terra, seus corpos também eram controlados e apropriados de forma brutal por esses mesmos donos. A maternidade, apesar de a mulher escravizada ter constantemente sua humanidade negada, existia também de maneira particular. Sua experimentação, como grande parte das vivências que dizem respeito a esses povos, está permeada por violências e formas de apropriação.

A apropriação das mulheres escravizadas como mercadoria, de posse do dono, fazia com que não só seus donos se achassem no direito de estuprá-las, mas também de desapropriar de seus filhos, como mais uma mercadoria que serve ao enriquecimento desses. “A noção de privacidade e de família refere-se a uma esfera própria que o escravo não possui por sua condição de “coisa”. Constituir família, ter uma prole é algo inacessível àqueles que não possuem nem a si próprios” (GIACOMINI, 2013, p. 31). Então, os filhos dessas mulheres, independente da origem, representavam, de maneira geral, mais mão de obra e, portanto, mais poder.

A maternidade de mulheres escravas acentuava o caráter de exploração física que sofreram tais mulheres. Seu sexo era utilizado para o desfrute e o prazer, mas também para a reprodução, pois os filhos de escravas não deixavam de significar um investimento para os seus senhores (DEL PRIORE, 1990, p. 71).

Autoras como Mott (1979) e Giacomini (2013) ocuparam-se em investigar a mulher escravizada na história do Brasil e, dentro de diversas especificidades que envolvem o ser mulher negra nesse período, destacam que o processo é cercado de violência, apropriação e anulação, uma vez que o destino de seu filho/a⁶, a partir do momento em que nasce, é determinado pelas vontades e interesses de seu dono. Mott (1979) exemplifica na seguinte passagem:

Situação muito semelhante encontramos retratada no já citado folhetim intitulado *A Mãe Escrava*: Quasi morri em razão de um frouxo que tive, mas infelizmente não aconteceu isto e tive ainda mais que sofrer porque me arrebataram minha filha, apesar de eu ter tanto pedido que me deixassem com ella. O que se passou depois não sei, porque perdi os sentidos. *Não tendo secado o meu leite apesar de tudo que sofri, me alugaram para ama.* (MOTT, 1979, p. 60, grifo nosso).

Aparece com destaque importante nas pesquisas acima referenciadas (GIACOMINI, 2013; MOTT, 1979) a criação da estrutura denominada Roda dos Expostos, em 1738. Este é um espaço que marca a história, como de relevância para a maternidade escrava, sobretudo no que diz respeito ao destino de seus filhos e filhas. “Foi o ‘desembocadouro’ natural das ‘crias’ indesejadas pelos senhores. Ela parece ter sido o

⁶ Moura (2004) elaborou um material de grande valor, o *Dicionário da Escravidão Negra no Brasil*, que expõe de maneira sucinta e muito valiosa diversas definições a respeito desse contexto e, dentre elas, a de criança escrava.

suporte do importante comércio do leite da escrava sem os entraves e desvantagens ocasionados pelas crianças escravas” (GIACOMINI, 2013, p. 59).

A Roda dos Expostos parece ter sido utilizada pelas escravas como meio de livrar os filhos da escravidão, como também pelo proprietário que não queria se responsabilizar pelos encargos da criação da prole de seus escravos.

A Roda recebia que crianças de qualquer cor e preservava o anonimato dos pais. A partir do Alvará de 31 de janeiro de 1775, as crianças escravas, colocadas na roda, eram consideradas livres. Este Alvará, no entanto, foi letra morta e as crianças escravas eram devolvidas a seus donos, quando solicitadas, mediante o pagamento das despesas feitas com a criação (MOTT, 1979, p. 63-64).

Outro importante dado é o elevado índice de mortalidade das crianças levadas à Roda dos Expostos. Magalhães e Giacomini (1983, p. 81), destacam que alguns médicos a tratam como “um mecanismo fácil de ocultar os crimes de infanticídio, sendo muitas vezes, afirmam nela entregues crianças semimortas e mesmo mortas”. As autoras citam ainda uma pesquisa que revela que “entre 1861 e 1874, foram entregues à instituição 8.086 crianças, das quais 3.545 morreram” (COSTA, 1979 apud MAGALHÃES e GIACOMINI, 1983, p. 81).

A estória de “embaixadora da senzala na casa-grande” revela-se a história de mais uma faceta da expropriação da senzala pela casa-grande, cujas consequências inevitáveis foram a negação da maternidade da escrava e a mortalidade de seus filhos. Para que a escrava se transformasse em mãe preta da criança branca, foi-lhe bloqueada a possibilidade de ser mãe de seu filho preto (MAGALHÃES e GIACOMINI, 1983, p. 81).

A respeito da prevista ocupação para as mulheres negras como amas-de-leite, Magalhães e Giacomini (1983) fazem uma discussão rica sobre o papel da mulher escravizada e sua suposta “aptidão” à amamentação:

É evidentemente fora de propósito buscar explicações para o costume em foco numa suposta maior aptidão das mulheres negras à amamentação. O problema tem que ser visto de um outro prisma, posto que, na massa de mulheres escravas disponíveis no mercado, o senhor patriarcal podia examinar, apalpar, inspecionar dentes, genitália, manipular seios e selecionar a escrava que melhor lhe conviessem, e isso segundo critérios os mais variados (MAGALHÃES e GIACOMINI, 1983, p. 75).

E, mais adiante, a respeito da defesa que teóricos como Gilberto Freyre faz da existência de privilégios experimentados por escravizadas amas-de-leite na casa grande seguem:

Não seria possível indagar se, analisada do ponto de vista da escrava, a função de ama-de-leite, à qual Gilberto Freyre associa privilégios generalizados, não consubstancia uma grande violência, subestimada apenas por não aparecer necessariamente sob a forma do chicote? Pensamos que sim. E, a nosso ver, um dos caminhos para enfrentar tal indagação é o da reflexão sobre a contrapartida da suposta promoção da senzala à casa-grande, a saber: a negação da maternidade da negra, decorrente da apropriação de sua capacidade de amamentação (MAGALHÃES e GIACOMINI, 1983, p. 76).

A especificidade da situação dessas mulheres, transformadas em mercadorias de seus “senhores”, então, está no significado fundamental da maternidade. Significado esse que foi retirado dessas mulheres, obrigadas a ofertar às crias de seus donos o alimento destinado às suas.

A escrava transformada em ama de leite conhece, na negação de sua maternidade, a negação de sua condição de mulher. Por paradoxal que pareça, é sua fisiologia feminina – capacidade de lactação – que se contrapõe à realização de sua potencialidade materna (GIACOMINI, 2013, p. 61).

Como foi colocado ao longo da discussão presente nesse capítulo e será reforçado ao longo de todo o trabalho, o modo de produção e organização social que determinou a vida dos sujeitos explorados no Brasil, desde a colonização, mostra claramente como a particularidade da dominação econômica determina de fato a vida dos sujeitos. Como muito bem define Cecília Toledo (2001), o gênero nos une, mas a classe nos divide, sendo possível transportar essa linha de pensamento para as diversas formas de opressão que se apresentam na sociedade, aqui em destaque a questão racial e de gênero.

O que buscamos costurar teoricamente ao longo de todo o capítulo é a análise da apropriação, de maneira geral, que envolve o colonialismo, tanto no que diz respeito aos povos originários quanto aos negros e às negras escravizados e escravizadas no Brasil, para compreender por fim o objeto proposto, o parto e suas transformações históricas, certamente determinadas por essa lógica global.

A partir da análise histórica apresentada aqui, avançamos na aproximação necessária com o objeto proposto dedicando-nos, no próximo capítulo, a uma reflexão mais profunda a respeito das transformações que o capitalismo traz para o fenômeno do parto, bem como as mulheres nesse cenário e a especificidade da violência ao nascer.

3 CAPITALISMO, MEDICALIZAÇÃO DO PARTO E VIOLÊNCIAS

O capítulo 2 apresenta, a partir da instauração da ordem burguesa no Brasil, o lugar que a mulher passa a ocupar na sociabilidade, considerando uma nova racionalidade e modo de produzir. Destacamos como parte desse processo, a medicalização da sociedade e a implantação do saber médico, que terá importante contribuição na construção dos debates e políticas no campo da saúde e na assistência construída para o parto e nascimento.

Inicialmente, será debatida a sociabilidade burguesa e o lugar da mulher nessa sociedade. Em um segundo momento, discutiremos de maneira mais direta a apropriação capitalista da saúde e especificamente do parto para, por fim, estudar a luta das mulheres e os movimentos que se formam a partir dessa reivindicação por novos modelos de cuidado, saúde e sociabilidade.

3.1 A SOCIABILIDADE BURGUESA E A MULHER

A partir da incorporação capitalista no Brasil, algumas categorias tornam-se pilares desse desenvolvimento. Essas categorias, mais do que “costumes enraizados”, sustentam o modo de exploração e determinam a conformação do modo de produção capitalista no Brasil, que combina elementos de formações sociais anteriores com o propósito de consolidar esse sistema.

Analisando a combinação entre os elementos tradicionais e modernos no Brasil, Florestan Fernandes (1976) ressalta a incorporação dos elementos coloniais no desenvolvimento do modo de produção nas “economias hospedeiras” enquanto parte do projeto das “nações hegemônicas”, que lhes interessava não só pela falta de “mecanismos econômicos reativos de autodefesa” por parte dessas nações dominadas como pela consequente liberação do ônus com investimentos em “técnica de expansão econômica” (FERNANDES, 1976, p. 152).

Segundo Fernandes (1976), a transição para o capitalismo monopolista e todas as inovações de diversas naturezas que essa transformação significa nas periferias econômicas, como o Brasil, “torna-se muito mais selvagem que nas nações hegemônicas e centrais, impedindo qualquer conciliação concreta, aparentemente a curto e em longo prazo, entre democracia, capitalismo e autodeterminação” (FERNANDES, 1976, p. 254).

Observa-se na passagem citada acima um elemento central do capitalismo brasileiro: a impossibilidade de coexistência com a autodeterminação e a democracia – o que implica diretamente na forma como os sujeitos são inseridos na sociedade e a opressão e marginalização que sofrem de acordo com essa posição, bem como a violência enquanto pilar da divisão de classes historicamente.

Os debates levantados a partir das reflexões acima são de fundamental importância para a compreensão do papel reservado à mulher na sociabilidade burguesa brasileira, já que dizem respeito às transformações da família e do modo de produção no qual ela se transforma, redesenhando as tarefas sociais definidas pela divisão sexual do trabalho. Se o desenvolvimento e consolidação capitalistas são determinados fortemente pela localização “periférica” do país e isso gera consequências diretas para a formação social de maneira geral, a divisão sexual do trabalho também é permeada por esses elementos, incluindo a violência estrutural e a opressão.

Para além dessa relação estabelecida no âmbito doméstico, enfatizamos a condição das mulheres das camadas mais empobrecidas e trabalhadoras que, longe de estar reclusa ao lar, sempre esteve trabalhando, além de acumular diversas outras funções. Essa mulher pobre, no capitalismo, é “superexplorada” e recebe salários mais baixos que os dos homens, além de ser majoritariamente a responsável pelo cuidado da casa e dos filhos, exercendo em muitos casos tripla jornada de trabalho. Essas funções e locais específicos da sociedade destinados às mulheres e aos homens se manifestam não só nas funções e cargos desempenhados, mas na responsabilização da mulher pela reprodução social e o trabalho reprodutivo de maneira particular.

Se, historicamente, institui-se na sociedade capitalista a divisão sexual do trabalho que atribui às mulheres as tarefas domésticas e aos homens as tarefas produtivas, na prática, sempre houve mulheres que estiveram tanto na esfera da produção como na esfera da reprodução, enquanto os homens se mantiveram, até hoje, pelo menos enquanto maioria apenas na esfera da produção (ÁVILA e FERREIRA, 2014, p. 19).

O papel do trabalho reprodutivo das mulheres para a sociedade “é estratégico para o processo de acumulação capitalista e, uma vez que é majoritariamente de responsabilidade das mulheres, é fundamental para a sustentação do patriarcado” (ÁVILA e FERREIRA, 2014, p. 21).

A respeito dessa engrenagem estrutural do capitalismo, Saffioti (2013) expõe que o capitalismo não só escancara as contradições sociais, mas “lança mão da tradição para justificar a marginalização efetiva ou potencial de certos setores da população do sistema produtivo de bens e serviços” (SAFFIOTI, 2013, p. 66). Dessa forma, o funcionamento próprio do sistema, a partir desses pilares fundamentais, garante que diversas formas de exploração, controle e privação sejam mantidas. Essas formas de exploração e opressão são vivenciadas pelas mulheres, com relevância aqui para as mulheres trabalhadoras e negras, que sentem as formas mais cruéis dessas estratégias de dominação.

A sociedade capitalista, portanto, diante das desigualdades existentes, inicia e consolida o seu desenvolvimento com base na exploração da classe trabalhadora. Quanto mais inferiorizado a classe, mais intensamente será explorado, e isso não é diferente para as mulheres. A respeito da divisão do trabalho para as mulheres, Saffioti (2013) pontua:

O primeiro contingente feminino que o capitalismo marginaliza do sistema produtivo é constituído pelas esposas dos prósperos membros da burguesia ascendente. A sociedade não prescinde, entretanto, do trabalho das mulheres das camadas inferiores. Muito ao contrário, a inferiorização social de que tinha sido alvo a mulher desde séculos vai favorecer o aproveitamento de imensas massas femininas no trabalho industrial. As desvantagens sociais de que gozavam os elementos do sexo feminino permitiam à sociedade capitalista em formação arrancar das mulheres o máximo de mais-valia absoluta através, simultaneamente, da intensificação do trabalho, da extensão da jornada de trabalho e de salários mais baixos que os masculinos, uma vez que, para o processo de acumulação rápida de capital, era insuficiente a mais-valia relativa obtida através do emprego da tecnologia de então (SAFFIOTTI, 2013, p. 67).

Em relação ao debate sobre mulher e trabalho, Silvia Federici (2019) rediscute o trabalho reprodutivo enquanto base da acumulação capitalista, oferecendo um subsídio teórico importante para a reflexão que buscamos fazer nesse momento. A autora expõe a contradição do capitalismo e uma das bases para a divisão da classe trabalhadora e de suas pautas, que é justamente essa discussão do trabalho “feminino” – trabalho doméstico E reprodutivo de maneira geral – enquanto a base para a reprodução do trabalho “masculino” é o trabalho produtivo.⁷

⁷ As expressões feminino e masculino são colocadas entre aspas uma vez que essas divisões são construções sociais e armas para a opressão e desvalorização da mulher de maneira geral e de seu trabalho de maneira particular.

Um dos grandes esforços que esse trabalho busca fazer é o de desnaturalizar essa compreensão, bem como a de que existem “atributos femininos” naturalmente postos e que determinam essas funções também naturalmente femininas. O que nos esforçamos em afirmar é que esses atributos são, na verdade, parte da construção social do gênero, que determina o lugar de mulheres e homens na sociedade, apresentando-lhes funções específicas na engrenagem do sistema e em sua constante reprodução.

Todo esse conjunto de formas de controle direcionadas a grupos específicos no desenvolvimento capitalista é herdeiro das primeiras formas de controle utilizadas para a conquista de territórios na colonização. Quijano (2005) vai localizar esses elementos com base no eurocentrismo e na ideologia de que o Ocidente é superior às demais civilizações e, portanto, deve ter o privilégio do poder. Com isso, diversas determinações sociais passam, então, a ser desenhadas com base nessa ideia de superioridade e isso se expressa de diversas formas até os dias atuais, nos moldes de exploração e controle do trabalho.

Com efeito, todas as experiências, histórias, recursos e produtos culturais terminaram também articulados numa só ordem cultural global em torno da hegemonia europeia ou ocidental. Em outras palavras, como parte do novo padrão de poder mundial, a Europa também concentrou sob sua hegemonia o controle de todas as formas de controle da subjetividade, da cultura, e em especial do conhecimento, da produção do conhecimento (QUIJANO, 2005, p. 110).

O que é essencial apreender desse movimento é que existe uma base a ser seguida de forma geral, que tem algumas instituições como alicerce: “as instituições hegemônicas de cada âmbito de existência social, são universais para a população do mundo como modelos intersubjetivos. Assim, envolve o Estado-nação, a família burguesa, a empresa, a racionalidade eurocêntrica” (QUIJANO, 2005, p. 113).

3.1.1 Reflexões fundamentais ao debate das mulheres na sociedade capitalista

Buscando captar as determinações centrais para o estudo do objeto e os fundamentos do local da mulher no capitalismo, destacamos como pontos fundamentais as mudanças na família, no papel da mulher e a construção de um novo modelo de parto. Para entendermos essas categorias, e a complexa transformação que ocorre na família a partir da sociabilidade do capital, tem-se por base o debate de Engels (2012) sobre “A origem da família, da propriedade privada e do Estado”. Nessa obra, o autor analisa o

desenvolvimento da família na história, os elementos centrais que determinam essa formação. Um elemento importante é a compreensão do estabelecimento da família monogâmica como uma construção que, juntamente com outras construções sociais, balizam a desigualdade entre homens e mulheres e conformam o sistema capitalista em sua fundação.

Engels destaca que:

A monogamia não aparece na história, portanto, absolutamente, como uma reconciliação entre o homem e mulher e, menos ainda, como a forma mais elevada de matrimônio. Ao contrário, ela surge sob a forma de escravização de um sexo pelo outro, como proclamação de um conflito entre os sexos, ignorado, até então, na pré-história. Num velho manuscrito inédito, redigido em 1846 por Marx e por mim, encontro a seguinte frase: “A primeira divisão do trabalho é a que se fez entre o homem e a mulher para a procriação dos filhos” (ENGELS, 2012, p. 87).

Dessa forma, o autor indica que “o primeiro antagonismo de classes que apareceu na história coincide com o desenvolvimento do antagonismo entre o homem e a mulher na monogamia; e a primeira opressão de classes, com a opressão do sexo feminino pelo masculino” (ENGELS, 2012, p. 87).

A monogamia foi um grande progresso histórico, mas, ao mesmo tempo, iniciou, juntamente com a escravidão e as riquezas privadas, aquele período, que dura até nossos dias, no qual cada progresso é simultaneamente um retrocesso relativo, e o bem-estar e o desenvolvimento de uns se verificam às custas da dor e da repressão de outros. É a forma celular da sociedade civilizada, na qual já podemos estudar a natureza das contradições e dos antagonismos que atingem seu pleno desenvolvimento nessa sociedade (ENGELS, 2012, p. 87).

A partir dessa colocação compreendemos como o que se entende por progresso, de alguma forma, na sociedade de classes, necessariamente se mostra como retrocesso de outro lado, pois se concretiza com base na natureza dessa forma social, ou seja, na contradição e nos antagonismos que a edificam. Isso atinge desde o modelo de família até o complexo funcionamento da produção, todos determinados e regidos por esses antagonismos fundamentais.

Mais adiante, o autor busca fazer um paralelo entre o papel determinado aos sexos nesse arranjo social, quando cita o comunismo primitivo, em que “a direção do lar,

confiada às mulheres, era uma indústria socialmente tão necessária quanto a busca de viveres, de que ficavam encarregados os homens” (ENGELS, 2012, p. 96).

Posteriormente, o desenvolvimento da família patriarcal e da monogamia tornou a responsabilidade pelo lar como “serviço privado; a mulher converteu-se em primeira criada, sem mais tomar parte na produção social”. O autor conclui, portanto, que “a família individual moderna baseia-se na escravidão doméstica, franca ou dissimulada, da mulher, e a sociedade moderna é uma massa cujas moléculas são as famílias individuais” e “na família, o homem é o burguês e a mulher representa o proletário” (ENGELS, 2012, p. 97).

Ao buscar estabelecer o paralelo entre essas relações, Engels apresenta o elemento central que sustenta o trabalho que busca demonstrar as estratégias de opressão da mulher na sociedade capitalista. Portanto, o lugar da mulher na sociedade burguesa de classes e, especificamente no Brasil, é essencialmente o da reprodução social, papel e função compreendidos como de menor valor, o que faz com que o homem como “burguês” e a mulher como “proletariado” sejam a manifestação individual de um movimento e configuração global do modo de produção.

Anteriormente a esse movimento de estruturação da família como organismo celular reprodutor dos princípios capitalistas que nasciam, houve grandes transformações na configuração do papel das mulheres no funcionamento e reprodução mesma da sociedade. Federici (2017, 2019), em ambas as obras estudadas, reforça que o surgimento e a consolidação do capitalismo relacionam-se diretamente com a perseguição e a escravização de mulheres, homossexuais e negros. Todo esse movimento consolida-se em meio a uma visão de mundo europeia e branca, que reproduz a opressão de quem não se encaixa no modelo familiar designado por essa sociedade.

Essa correspondência entre os movimentos de expropriação e extermínio em massa de pessoas, tanto no que se refere às mulheres quanto aos povos originários na América e aos africanos escravizados, “pode ser ainda melhor demonstrado pelo crescente intercâmbio, ao longo do século XVII, entre a ideologia da bruxaria e a ideologia racista que se desenvolveu sobre o solo da conquista e do tráfico de escravos” (FEDERICI, 2017, p. 358). A autora traz como exemplo a perseguição generalizada às mulheres, iniciada na Europa no século XVI e XVII, e que acaba por se espalhar também

pelos povos colonizados na América⁸, conhecida como a caça às bruxas, que nada mais é do que uma tentativa de contenção das mulheres.

Com base nessa ideologia racista que compõe a base da sociedade burguesa brasileira, observa-se outra realidade vivida pela população negra, que é sua intensa sexualização, Federici (2017, p. 360) pontua “a definição da negritude e da feminilidade como marcas da bestialidade e da irracionalidade”. Esta necessariamente gera impactos nas formas de exclusão e desvalorização das mulheres.

A naturalização da exploração, bem como da inferioridade das mulheres, está na base do desenvolvimento do capitalismo no Brasil e isso acaba por naturalizar de maneira generalizada toda manifestação de desigualdade que essa relação desperta. A respeito dos rebatimentos dessa desumanização de setores específicos, a autora Sueli Carneiro (2011) aponta:

Se alguns estão consolidados no imaginário social como portadores de humanidade incompleta, torna-se natural que não participem igualmente do gozo pleno dos direitos humanos. Uma das heranças da escravidão foi o racismo científico do século XIX, que dotou de suposta cientificidade a divisão da humanidade em raças e estabeleceu hierarquia entre elas, conferindo-lhes estatuto de superioridade ou inferioridade naturais (CARNEIRO, 2011, p. 15).

Outro elemento fundamental é a nova racionalidade, que se desenha na consolidação do capitalismo como modo de produção e da burguesia como classe dominante, e que vai determinar as diversas áreas da vida humana, com especial relevância, a práxis de maneira geral. Coutinho (2010) coloca ambas enquanto racionalidade e práxis burocráticas e define:

A práxis aparece agora como uma mera atividade técnica de manipulação; a objetividade se fragmenta numa coleção de “dados” a

⁸ Ao analisar esses grandes movimentos, a autora compara e compreende como movimentos correspondentes: tanto a caça às bruxas, que “não só santificava a supremacia masculina, como também induzia os homens a temer as mulheres e até mesmo vê-las como destruidoras do sexo masculino” (FEDERICI, 2017, p. 338); como o movimento que ocorreu nas Américas com os povos escravizados. Ela pontua a relação entre o processo de colonização na América e a ideologia de que os povos nativos estejam ligados à adoração ao demônio e, portanto, foram alvo direto do extermínio em massa e da caça às bruxas. “Assim como na Europa, a caça às bruxas na América foi, sobretudo, um meio de desumanização e, como tal, uma forma paradigmática de repressão que servia para justificar a escravidão e o genocídio” (FEDERICI, 2017, p. 382).

serem homogeneizados; e, finalmente, a razão reduz-se a um conjunto de regras formais subjetivas, desligadas do conteúdo objetivo daquilo a que se aplicam. Essa “miséria da razão” transforma em algo irracional todos os momentos significativos da vida humana. (COUTINHO, 2010, p. 43).

Essa racionalidade irá avançar com a consolidação do capitalismo, tendo impactos na conformação ideológica e cultura da sociedade.

Federici (2017) destaca o conhecimento tradicional das mulheres – bruxa e curandeira popular – e sua relação com perseguição como uma determinação importante desse movimento, já que esse conhecimento popular que a mulher detinha acaba sendo “substituído”⁹, ou melhor, destruído para que o saber médico, o conhecimento científico, pudesse se sobrepor e se tornar indiscutível e soberano. Com o advento da ciência moderna e dessa racionalização do conhecimento de maneira geral, Federici assinala que “não há provas de que a nova ciência teve um efeito libertador” (FEDERICI, 2017, p. 364):

O que acabou com a caça às bruxas, conforme demonstrou Brian Easlea de forma convincente, foi a aniquilação do “mundo das bruxas” e a imposição da disciplina social requerida pelo sistema capitalista triunfante. Em outras palavras, a caça às bruxas chegou ao fim, no final do século XVII, porque a classe dominante, nesse período, desfrutava de uma crescente sensação de segurança com relação ao poder – e não porque uma visão mais ilustrada do mundo tivesse surgido (FEDERICI, 2017, p. 365).

Análises acerca da motivação para o surgimento da caça às bruxas trazem ao trabalho de Federici (2017) a obra de Carolyn Merchant, “A morte da natureza” (1980), onde coloca nessa relação o desenvolvimento da filosofia mecanicista cartesiana que, segundo a autora, impôs uma mudança de paradigma que, “substituiu uma visão orgânica do mundo – que via na natureza, nas mulheres e na terra as mães protetoras – por outra

⁹ “Historicamente, a bruxa era a parteira, a médica, a adivinha ou a feiticeira do vilarejo” (FEDERICI, 2017, p. 362) e, com a caça generalizada, todas as mulheres foram penalizadas, independente da natureza de suas práticas. “Com a perseguição à curandeira popular, as mulheres foram expropriadas de um patrimônio de saber empírico, relativo a ervas e remédios curativos, que haviam acumulado e transmitido de geração a geração – uma perda que abriu o caminho para uma nova forma de cercamento: o surgimento da medicina profissional, que apesar de suas pretensões curativas, erigiu uma muralha de conhecimento científico indisputável, inacessível e estranho às “classes baixas” (FEDERICI, 2017, p. 364).

que as degradava à categoria de ‘recursos permanentes’, retirando qualquer restrição ética à sua exploração” (FEDERICI, 2019, p. 366).

No Brasil, no que tange ao parto e nascimento, temos a figura das parteiras como parte do conhecimento tradicional. Batista (2016) nos oferece subsídios importantes para conhecermos o trabalho dessas mulheres que, historicamente, tiveram o papel de assistir aos partos no Brasil. Destaca que essas mulheres preservavam a essência fisiológica e natural que o parto representa. E para além disso, em sintonia com as assistidas, compreendiam as escolhas dessas mulheres no que se refere ao desenvolvimento do parto e como se daria. A respeito dos “saberes” guardados por essas mulheres, a autora pontua:

As parteiras legitimam seus saberes e práticas tidas como tradicionais, utilizadas no cuidar e no assistir as mulheres durante o parto domiciliar e natural, realizados em diferentes comunidades do país. Esses saberes são em geral transmitidos, de maneira oral, pautados na observação e prática dos procedimentos e técnicas necessárias para cuidar de outras mulheres no momento do parto (BATISTA, 2016, p. 12).

Todo esse movimento, orquestrado pela classe dominante e reforçado pela construção de uma nova racionalidade burguesa¹⁰, acabam por instaurar e consolidar o poder da burguesia que se desenvolvia e buscava o acúmulo de poder que possibilitasse, portanto, o acúmulo de capital.

Outro elemento a ser enfatizado para a compreensão dessas transformações é a influência religiosa nelas. Farias e Cavalcanti (2012), ao pontuarem a realidade da América Latina e do Brasil, indicam “a atuação normativa das religiões católica e protestante no campo dos comportamentos sexuais” e a interferência da religiosidade na construção, quase que com exclusividade, do “ideário social que se pretendia”, no Brasil, “português e cristão” (FARIAS e CAVALCANTI, 2012, p. 16).

Também afirma Stolcke (2007) que os impérios portugueses e espanhol, conjugados à Igreja Católica, normatizavam o comportamento sexual e reprodutivo das mulheres brancas e não brancas em relação aos homens, com o intuito declarado de assegurar a continuidade da família patriarcal e da dinâmica da distribuição de bens por herança (FARIAS e CAVALCANTI, 2012, p. 16).

¹⁰ Coutinho (2010) relaciona essa razão burocrática à “fetichização de todas as relações humanas no quadro da sociedade burguesa”, uma vez que essa racionalidade trata de maneira formal e parcial a realidade, rejeitando, portanto, a análise dialética da sociedade. “Concretamente, isso significa substituir a pesquisa da essência ontológica do real (inacessível à racionalidade burocrática) pela reprodução imediata da aparência” (COUTINHO, 2010, p. 53).

Ao afirmar a notória hegemonia do catolicismo no país desde a colonização, as autoras colocam que esta “reflete-se na sua marcante influência nas esferas política, social e, sobretudo, na codificação e normatização da esfera moral – particularmente da moral sexual” (FARIAS e CAVALCANTI, 2012, p. 16). Contudo, esse monopólio ideológico católico é atingido nos anos 1970, quando “a Igreja Católica, apesar de manter sua condição de religião preponderante, passou a se defrontar com a concorrência de igrejas pentecostais que crescem em número de denominações e adeptos” (CITELI, 2005 apud FARIAS e CAVALCANTI, 2012, p. 16).¹¹

Soma-se a esse processo de legitimação do controle sobre os corpos das mulheres o desenvolvimento científico na área da saúde e, especialmente, o saber médico. Este, portanto, aliado do aparato que legitima e reproduz a racionalidade burguesa, passa a ser forma direta de controle das mulheres, com especial destaque à sexualidade:

Os médicos procuraram, ao longo do século XIX e início do século XX, ocupar esse espaço. Eles ocupam trazendo para si o controle e o conhecimento e domínio sobre o corpo da mulher. Será preciso, então, encontrar e fortalecer um lugar para esse corpo e concomitantemente se apropriar desse corpo. A mulher precisa então ser casada, do lar. Nesse recanto protetor, o médico vai adentrar e dirigir e conduzir a mulher do lar com regras e normas (MENDONÇA e RIBEIRO, 2010, p. 5).

Considerando de especial relevância para o debate do objeto a compreensão do papel da medicalização e hospitalização nas transformações ocorridas no parto, o próximo subitem se atém a esse debate.

¹¹ Vale salientar o debate das religiões de matriz africana de maneira geral, como o candomblé, que “reservaram ao longo da história papéis mais ativos e autônomos, no campo da sexualidade feminina, embora sempre abranjam a constituição de regras a respeito”, mas que, diante da realidade social vivida no Brasil por esses setores, acabaram por ficar à parte dos cenários de elaboração conjunta acerca do “planejamento e gestão de políticas públicas” (FARIAS e CAVALCANTI, 2012, p. 18). Esse debate está diretamente relacionado ao da marginalização geral do povo negro no Brasil. “Afim, desde que africanos aportaram massivamente no Brasil, na condição de escravos, crenças de matriz africana passaram por um período de marginalização social e, em seguida, de repressão e proibição pura e simples” (FARIAS e CAVALCANTI, 2012, p. 18).

3.2 A MEDICALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE: O PARTO COMO MERCADORIA

A medicina como prática na sociedade moderna representa e se insere em um movimento amplo e não restrito ao acesso a serviços em um ambiente hospitalar. Os fundamentos da prática médica remetem ao início do processo de desenvolvimento capitalista e, então, por ele são moldados e apropriados. Assim como a família, a religião e o Estado, os cuidados institucionalizados em torno dessa prática, que se liga de forma ampla à política de assistência, estão inseridos na dinâmica social e permeados pelas contradições de classe e pelo processo de (re)produção.

Donnangelo (1979), buscando analisar de forma profunda a imbricação entre saúde e sociedade, coloca que:

a tendência a extensão social da prática médica embora se revista atualmente de formas institucionais específicas e se expresse no aumento das possibilidades de consumo individual de serviços responde em sua generalidade, também sob outras formas e, em distintas circunstâncias, a condições relacionadas ao processo de acumulação do capital ou, ainda, à necessária subordinação do trabalho ao capital em condições as mais adequadas possíveis à obtenção e apropriação da mais-valia (DONNANGELO, 1979, p. 34).

Ao buscar localizar o papel da medicina para a produção em si, a autora reconhece a importância desta para o aumento da mais-valia relativa, ou seja, o aumento da capacidade de produção, “dado que a melhoria das condições de saúde do trabalhador possibilita a obtenção de um máximo de produtos em menor tempo de trabalho e, correspondentemente, a produção de mercadorias por custo mais reduzido”. Portanto, toda a prática médica direta ou indiretamente influi na engrenagem produtiva. “Toda a medicina é ato de regulação da capacidade de trabalho” (DONNANGELO, 1979, p. 35).

Nascida nesse contexto a institucionalização da medicina representa para a consolidação capitalista um braço aliado na reprodução da força de trabalho e, portanto, na busca pela máxima produção com o menor custo. Donnangelo (1979), tratando do desenvolvimento da prática médica na Europa, observa o seu surgimento como parte da assistência aos pobres, englobando desde a punição à assistência médica e financeira. No Brasil ocorre, de certa forma, um movimento com o mesmo intuito, ou seja, de controlar

e segregar a parcela mais pauperizada da sociedade, garantindo-lhes a sobrevivência sob o julgo do Estado.

Catão (2011) ao realizar um estudo a respeito do hospital em sua origem, concomitante ao nascimento do Cristianismo e do trabalho de caridade com os pobres doentes que se reuniam na Igreja, nos mostra que as estruturas hospitalares foram construídas nesse entorno, para abrigar os sujeitos vulneráveis da população.

A estrutura hospitalar, que não nasce como unidade médica e terapêutica, mas como espaço de caridade direcionado aos pobres, é analisada em suas transformações por Foucault (1984). O autor, ao investigar essa instituição em sua origem, salienta a relação entre ela e a Igreja Católica, bem como a função essencial de salvação das almas, de caridade, bem distante da função médica e de cura.

O personagem ideal do hospital, até o século XVIII, não é o doente que é preciso curar, mas o pobre que está morrendo. E alguém que deve ser assistido material e espiritualmente, alguém a quem se deve dar os últimos cuidados e o último sacramento. Esta é a função essencial do hospital. Dizia-se correntemente, nesta época, que o hospital era um morredouro, um lugar onde morrer. E o pessoal hospitalar não era fundamentalmente destinado a realizar a cura do doente, mas a conseguir sua própria salvação. Era um pessoal caritativo – religioso ou leigo – que estava no hospital para fazer uma obra de caridade que lhe assegurasse a salvação eterna. Assegurava-se, portanto, a salvação da alma do pobre no momento da morte e a salvação do pessoal hospitalar que cuidava dos pobres. Função de transição entre a vida e a morte, de salvação espiritual mais do que material, aliada à função de separação dos indivíduos perigosos para a saúde geral da população (FOUCAULT, 1984, p. 101-102).

O ambiente hospitalar, portanto, antes do século XVIII, representava um espaço de assistência e isolamento dos pobres doentes do convívio social, não sendo a figura do médico ator central desse espaço. A partir de meados do século XVIII, como vai definir Foucault (1984), ocorre a transformação que medicaliza o hospital e torna a medicina hospitalar. Catão (2011) observa que:

Neste século, o estabelecimento hospitalar se revelou como uma organização ultrapassada em vários aspectos, tendo em vista que apresentava uma arquitetura que difundia a doença no seu interior sem evitar que ela se propagasse no ambiente exterior, sendo ele mais um foco de morte para as cidades onde se encontrava situado do que um agente terapêutico para a população (CATÃO, 2011, p. 103).

Porém, essa transformação da medicina hospitalar nada tem de humanitária, pela situação insalubre em que funcionavam os hospitais, e se vincula à necessidade de disciplinamento que passa a ser uma estratégia da sociedade burguesa. O autor faz uma análise necessária quando pontua que

nada se diz da invenção técnica dessa nova maneira de gerir os homens, controlar suas multiplicidades, utilizá-las ao máximo e majorar o efeito útil de seu trabalho e sua atividade, graças a um sistema de poder suscetível de controlá-los. Nas grandes oficinas que começam a se formar, no exército, na escola, quando se observa na Europa um grande progresso da alfabetização, aparecem essas novas técnicas de poder que são uma das grandes invenções do século XVIII (FOUCAULT, 1984, p. 105).

Foucault (1984, p. 646), ao descrever a medicalização do hospital, sinaliza que entre 1780 e 1790 ocorre o reconhecimento desse local como um espaço de formação de médicos, de produção de saber, tendo como pilar central o disciplinamento da população. O autor coloca que esse movimento individualiza a atenção à saúde, tornando o indivíduo objeto do saber e da prática médica. A intensa produção de registros desse momento permite indicar que “a medicina que se forma no século XVIII é tanto uma medicina do indivíduo quanto da população” (FOUCAULT, 1984, p. 64).

Essa reformulação que ocorre na sociedade, bem como nos hospitais, faz parte de um complexo de controle social e exercício do poder, bem como da determinação da estrutura social, que se insere na divisão de classes e nas diversas instituições que compõem a sociedade. Já a medicalização da sociedade é um fenômeno mais amplo que compreende, além da prática, uma forma de pensar, gerir e controlar eventos antes tratados como cotidianos e fisiológicos.

Nagahama e Santiago (2005), ao discutir a especificidade da mulher como objeto do saber e da prática médica, trazem uma definição que sintetiza, ao dizer que “medicalizar significa o processo de transformar aspectos da vida cotidiana em objetos da medicina, a forma de assegurar a conformidade às normas sociais” (NAGAHAMA e SANTIAGO, 2005, p. 655).

A partir da transformação do parto em objeto da medicina, este passa a ser visto como um evento que demanda a atenção do médico e que, feito com a ausência deste, representa grande risco à mulher.

É necessário pontuar também o que diz respeito à institucionalização das profissões da área da saúde e sua relação com a separação entre religião e o Estado e, de maneira mais ampla, sua relação com o advento da modernidade de maneira geral e a ciência tida como “seu ícone máximo”. Nesse movimento, onde anteriormente os papéis de cuidado estavam diretamente relacionados ao estudo e conhecimento do divino e da ligação entre esse divino e o “bem-estar de toda a comunidade”, agora foi substituído pela “crença na racionalidade humana” e marca, portanto, essa separação entre a ciência e a religião, apesar de esse movimento ser contraditório (FARIAS e CAVALCANTI, 2012, p. 17).

A institucionalização das profissões de médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, organizando-as em campos de conhecimento científico e de trabalho assalariado, e dotando-as de teorias e conceitos próprios, correspondeu, no Brasil, à separação oficial entre as Igrejas e o Estado, já na Constituição de 1890. Entretanto, observa-se um acentuado grau de influência em determinadas decisões governamentais, especialmente aquelas relativas aos direitos sexuais e reprodutivos. Ou seja, o Estado, apesar de sua natureza laica, tem-se mostrado sensível às igrejas e permeável ao discurso religioso. Nota-se, assim, que este movimento de separação entre ciência e religião, longe de significar um afastamento de fato, permanece como uma tensão (FARIAS e CAVALCANTI, 2012, p. 17).

Ressaltamos que é fato que a prática médica se coloca, além do controle, no papel de manter condições mais adequadas de realização do parto, tanto no que se refere à preparação do ambiente, como à utilização das intervenções necessárias. Mas, apesar dessas justificativas, “o preço da melhoria das condições do parto foi a sua desumanização e a transformação do papel da mulher de sujeito para objeto no processo do parto e nascimento” (NAGAHAMA e SANTIAGO, 2005, p. 656). Aqui destacamos que esse é o ponto que marca o processo em que o parto deixa de ser um evento fisiológico para ser um ato necessariamente conduzido pelo saber médico e apropriado pela sociedade capitalista. No entanto, esse processo não se faz sem luta.

Durante a consolidação e desenvolvimento capitalista, as transformações não ocorrem sem manifestações de luta e questionamento às contradições sociais. Nesse sentido, tem contribuição essencial o movimento de mulheres para a conquista de direitos sexuais e reprodutivos e espaço nessa discussão.

3.3 A LUTA DAS MULHERES EM TORNO DOS DIREITOS REPRODUTIVOS

Partindo da análise de que os direitos de maneira geral estão em um terreno de disputa, em que as classes estão em confronto direto e, portanto, sem passividade, é de extrema relevância abordar, nesse momento, o âmbito da luta. Aqui, então, buscamos compreender a história do movimento feminista que, apesar de ser diverso e composto por correntes teóricas e políticas muito distintas, apresenta o ponto de convergência na luta contra a opressão da mulher.

O primeiro elemento que buscamos afirmar é justamente essa configuração diversa dos movimentos de mulheres no Brasil, tanto de sua matriz teórica quanto de sua metodologia de ação na realidade social. Esse elemento está presente no cenário político historicamente da mesma forma que a mulher, historicamente, resiste e se insere na disputa há muito tempo, apesar de não ser considerado na grande maioria das análises acerca da luta feminista.

Nesse caminho, pretende-se, nesse momento, marcar uma posição de afirmação da luta das mulheres em seu sentido mais amplo possível, compreendendo que ela é anterior ao que formalmente são consideradas as manifestações pioneiras, que se dão já nos marcos da sociabilidade capitalista e, ao mesmo tempo, buscando colocar essa divisão formal e acadêmica como uma forma de análise da qual é possível extrair elementos significativos para a análise acerca das pautas e reivindicações que marcam cada época nesse modelo analisada.¹²

¹² A partir de lacunas encontradas na compreensão marxista acerca do gênero e fazendo um apanhado a partir de diversas matrizes teóricas para estabelecer as determinações centrais de construção dessa análise que se refaz, a partir do compromisso com a metodologia marxista, uma nova contribuição. No meio acadêmico, é estabelecida uma divisão formal desse movimento em ondas feministas, fases com pautas centrais e períodos históricos determinados. Lucila Scavone (2008) faz uma delimitação sucinta e explicativa dessas ondas, as quais ela denomina fases, e as distingue considerando: “a fase universalista, humanista ou das lutas igualitárias pela aquisição de direitos civis, políticos e sociais; a fase diferencialista e/ou essencialista, das lutas pela afirmação das diferenças e da identidade; e uma terceira fase, denominada de pós-moderna, derivada do desconstrucionismo, que deu apoio às teorias dos sujeitos múltiplos e/ou nômades” (SCAVONE, 2008, p. 177). A primeira onda feminista é, de maneira geral, conhecida como o movimento sufragista, da busca pelo acesso, sobretudo aos direitos civis, como o voto, quando prepondera o ideal universalista e humanista, e a pauta central é igualdade de direitos em relação aos homens. A segunda onda, marcada por inaugurar os debates acerca do corpo, da sexualidade e dos direitos reprodutivos das mulheres, tem como figura central Simone de Beauvoir (1908-1986), escritora, filósofa, ativista e feminista, que questionou os padrões impostos socialmente à mulher, como a maternidade e a passividade

Daremos destaque ao movimento feminista construído a partir de 1950, que foi fundamental para a compreensão do gênero como construção social, quando rompeu com a visão biológica das diferenças entre homens e mulheres e “lançou a primeira semente para os estudos de gênero, já que ela distingue o componente social do sexo feminino de seu aspecto biológico, ainda sem conceituar ‘gênero’” (SCAVONE, 2008, p. 175).

Ao criticar a função da maternidade no período do pós-guerra, em que as forças conservadoras defendiam a família, a moral e os bons costumes, as teses desse livro sobre liberdade sexual e liberação da prática da contracepção e do aborto podem ser consideradas um marco da passagem do feminismo igualitarista, no molde sufragista, para a fase do feminismo centrado na mulher-sujeito, criando os elementos necessários para a politização das questões privadas (SCAVONE, 2008, p. 176).

Essa determinação da luta feminista, da afirmação da construção social do gênero, coloca-se nesse espaço de elaboração como um dos elementos centrais que desenvolve nossa reflexão, uma vez que essa compreensão possibilita analisar diversas construções envolvendo as mulheres e sua dominação das mais variadas formas.

As décadas de 1970 e 1980 tornaram-se uma referência para a reflexão acerca dos direitos sexuais e reprodutivos, sobretudo no que diz respeito à luta das mulheres reivindicando essas pautas, relacionadas ao direito ao próprio corpo, a decisão sobre sua sexualidade e reprodução; buscando ampliar o conceito de saúde, englobando questões relativas ao que antes era tido como individual, com interlocução com as questões de cunho estrutural e econômico.

À medida que as mulheres negras nas sociedades do Norte e as mulheres de países do Sul passaram a investir no desenvolvimento dos significados dos direitos sexuais e reprodutivos, estes significados se expandiram. Passaram, desde então, a englobar tanto um espectro de necessidades mais amplas que a regulação da fecundidade (incluindo, por exemplo, mortalidade infantil e materna, infertilidade, esterilização indesejada, desnutrição de meninas e mulheres, mutilação genital feminina, violência sexual e doenças sexualmente transmissíveis), quanto uma melhor compreensão das condições estruturais que restringem as decisões sexuais e reprodutivas (tais como cortes nos investimentos sociais por efeito de programas de ajuste estrutural; falta de transporte, água, estruturas sanitárias; analfabetismo e pobreza). Em outras palavras, o conceito de direitos sexuais está se expandindo para

enquanto um atributo biológico e inato às mulheres, e que se tornou visível especialmente pela obra “O Segundo Sexo” (1949), onde ela elabora a frase “Não se nasce mulher, torna-se”.

que possa englobar as necessidades sociais que impedem uma real escolha sexual e reprodutiva para a maioria das mulheres do mundo, que são pobres (CORRÊA e PETCHESKY, 1996, p. 153).

É nesse marco que o movimento feminista transforma questões que antes eram tidas como privadas, pessoais, em questões políticas. Ou seja, as discussões relativas ao corpo, aos direitos sexuais e reprodutivos e aos papéis socialmente construídos e colocados como femininos e masculinos são postos em evidência, assim como a luta pela ampliação dos direitos das mulheres. Como definem Corrêa e Petchesky (1996):

Ao vincular os direitos individuais das mulheres à saúde, bem-estar e a autodeterminação de suas vidas sexuais a mudanças sociais necessárias para eliminar a pobreza e dotar as mulheres de autonomia, essa estrutura dissolve as fronteiras entre sexualidade, direitos humanos e desenvolvimento, expandindo a visão que se tem não somente dos direitos sexuais e reprodutivos, mas dos direitos em geral (CORREA; PETCHESKY, 1996, p. 153-154).

Outra pauta tratada refere-se à liberdade das mulheres em relação à possibilidade de escolha sobre a sua vida reprodutiva e conduta acerca da maternidade. Corrêa e Petchesky (1996) destacam que a necessidade de reconhecer a autonomia de escolha da mulher vai muito além da possibilidade de escolha apresentada formalmente. Diante disso, a autonomia feminina acima colocada diz respeito a uma liberdade muito distinta da experimentada hoje pelas mulheres.

Para que as decisões reprodutivas sejam realmente “livres”, e não compelidas pelas circunstâncias ou por desespero, é necessário que existam certas condições que constituam a base dos direitos sexuais e reprodutivos, o que as feministas denominam “autonomia feminina”. Elas incluem fatores materiais e de infra-estrutura, tais como transporte, creches, subsídios financeiros, bem como serviços de saúde acessíveis, humanizados e bem equipados. A simples ausência de transporte adequado pode significar um aumento da mortalidade materna e dificuldades em usar contraceptivos (McCarthy e Maine, 1992). Mas essas condições também incluem fatores culturais e políticos, tais como acesso à educação, renda, auto-estima e canais de tomada de decisão. Em locais onde as mulheres não têm educação, treinamento profissional ou outro papel que não o de criar filhos, a gravidez continua sendo sua melhor alternativa (Morsy, 1994; Pearce, 1994; Ravindram, 1993) (CORREA; PETCHESKY, 1996, p. 159).

A luta em torno dos direitos sexuais e reprodutivos liga-se diretamente à demanda por um parto em que a mulher seja a protagonista e consiga escolher os procedimentos

que serão realizados, na medida do possível, em seu corpo. Isso dá as bases para a construção do movimento pela humanização do parto, que nasce nesse período e tem ganhado força cada vez maior na atual conjuntura, sobretudo a partir da revolução nos meios de comunicação com o fortalecimento da internet e do ativismo digital.

Esse movimento de lutas não se dá sem contradições. Acompanhando os processos mais gerais, a partir da década de 1970, foi visto o movimento de cooptação dos movimentos feministas que se organizavam para lutar contra as expressões do machismo, que incidiu em frear as possibilidades de radicalização e de forma profunda. A conjuntura política desse período indica o fortalecimento da lógica de mercado que, como analisa Bravo (2009, p. 6-7), privilegia a medicina previdenciária, a construção de complexos médicos industriais, de forma geral buscando a compatibilidade com o desenvolvimento capitalista e, nesse momento, com a consolidação neoliberal.

A crise econômica iniciada na década de 1980 gera como saída burguesa o fortalecimento da política neoliberal e a transformação dos direitos sociais a partir da lógica de mercado e, como pontua Bravo (2009), consolida o modelo gerencial de organização da atuação do Estado.

A afirmação da hegemonia neoliberal no Brasil, tem sido responsável pela redução dos direitos sociais e trabalhistas, desemprego estrutural, precarização do trabalho, desmonte da previdência pública, sucateamento da saúde e educação. A proposta de Política de Saúde construída na década de 1980 tem sido desconstruída. A Saúde fica vinculada ao mercado, enfatizando-se as parcerias com a sociedade civil, responsabilizando a mesma para assumir os custos da crise (BRAVO, 2009, p. 14).

Tem destaque nesse movimento a construção de organismos internacionais – como Banco Mundial e FMI – que se consolidam como parte da estratégia de recuperação do capitalismo a partir da reestruturação produtiva. O que é visto é que o direcionamento destes organismos afeta diretamente a vida dessas mulheres e violam seus direitos. Como destaca Frederici (2019):

O objetivo da intervenção não era melhorar as condições das mulheres. Prova disso é que, na mesma década em que a ONU se dedicou a trabalhar pelos direitos das mulheres – entre 1976 e 1985 –, a condição das mulheres se deterioravam drasticamente no mundo inteiro, devido às políticas adotadas por agências que fazem parte da própria instituição, como o Banco Mundial, o FMI e a OMC – políticas contra

as quais a ONU nunca se opôs e as quais nunca criticou. Os programas de ajustes estruturais, impostos pelo Banco Mundial e pelo FMI em boa parte do “Terceiro Mundo” em resposta à “crise da dívida” afundaram a maioria das regiões afetadas em uma pobreza que não foi vista nem no período colonial e que, sistematicamente, minou as possibilidades de as mulheres (exceto uma minoria de classe alta e do empresariado) melhorarem sua qualidade de vida e acessarem os serviços de educação, atenção médica e alimentar, entre outros. O único serviço “gratuito” que a mulher pôde acessar foi o de esterilização, imposto literalmente a milhões de mulheres por meio de táticas extorsivas e enganadoras (FEDERICI, 2019, p. 243-244).

Como Federici (2019, p. 244) bem pontuou, com isso “o que a ONU conseguiu foi neutralizar o movimento pela libertação das mulheres e incorporá-lo a seu programa político como uma vitrine para seu projeto de democratização”. Tem-se como marco desse processo a IV Conferência Mundial da Mulher, realizada em Pequim no ano de 1995, que realizou críticas aos direcionamentos das políticas para as mulheres e os impactos aos movimentos sociais:

faz parte de uma grande maquinaria que tem tido a gigantesca tarefa (em grande parte, realizada) de transformar um movimento potencialmente subversivo em outro suficientemente domesticado, para que seja parte integral e que apoie a reestruturação neoliberal da economia internacional e sua política expansionista (FEDERICI, 2019, p. 248).

Diante da análise realizada, consideramos que, apesar das contradições, o movimento feminista foi fundamental para o avanço na conquista dos direitos, no debate das pautas das mulheres e na conquista de vitórias importantes no que diz respeito aos direitos sexuais e reprodutivos. Além disso, destaca-se nesse processo a luta em torno da violência obstétrica, analisada de forma mais profunda adiante.

3.3.1 Mulheres, maternidade e violência obstétrica

A violência, como elemento estruturante e formador do modo de produção capitalista, apresenta-se de maneira cruel aos setores oprimidos por essa organização social. Portanto, sendo construído historicamente com base na subjugação, violação e extermínio de mulheres, negros e LGBTs, observamos essas táticas serem permanentemente utilizadas para garantir sua própria sobrevivência.

Acerca do fenômeno da violência, pode ser vista a sua utilização tanto no que se refere ao tratamento desigual dado aos diferentes, quanto na tática da objetificação desses sujeitos para a concretização da violência e, portanto, da dominação. Seguindo essa reflexão, Chauí (1985) vai pontuar a necessidade, para delimitar o campo de onde parte essa compreensão, de uma atenção especial à ideia de liberdade.

A liberdade não é, pois, a escolha voluntária ante várias opções, mas a capacidade de autodeterminação para pensar, querer, sentir e agir. É autonomia. Não se opõe à necessidade (natural ou social), mas trabalha com ela, opondo-se ao constrangimento e à autoridade. Nessa perspectiva, ser sujeito é construir-se e constituir-se como capaz de autonomia numa relação tal que as coisas e os demais não se ofereçam como determinadores do que somos e fazemos, mas como o campo no qual o que somos e fazemos pode ter a capacidade aumentada ou diminuída, segundo nos submetamos ou não à força e à violência ou sejamos agentes delas (CHAUÍ, 1985, p. 36).

Podemos afirmar que a violência contra a mulher, bem como a violência obstétrica, não pode ser compreendida como uma atitude isolada, vinda de um sujeito específico ou profissional de saúde determinado. Sendo uma das determinações constitutivas dessa ordem, a violência faz parte da conduta aceita pela população de maneira geral, já que a moral burguesa – do vale tudo, do egoísmo e do distanciamento entre os sujeitos – é praticada pelo proletariado, uma vez que se apresenta a ele como única possível e aceita pelo sistema, alienando o conjunto da população. Uma vez que praticada pela quase totalidade dos sujeitos, expressa-se nos mais variados fenômenos e nas mais variadas relações sociais que se estabelecem nessa sociabilidade.

Caminhando para uma maior delimitação e conversando novamente com o debate da construção social dos sujeitos, traremos uma reflexão acerca do significado da violência por Saffioti (2004, p. 74), que, já tratando da determinação de gênero, demarca o consentimento que gira em torno do que vai chamar de “pedagogia da violência”. Esta, imperando na sociedade nas relações sociais de maneira geral, acaba sendo de certa forma naturalizada por todos e, muitas vezes, suportada pelas vítimas.

Efetivamente, a questão se situa na tolerância e até no incentivo da sociedade para que os homens exerçam sua força-potência-dominação contra as mulheres, em detrimento de uma virilidade doce e sensível, portanto mais adequada ao desfrute do prazer. O consentimento social para que os homens convertam sua agressividade em agressão não prejudica, por conseguinte, apenas as mulheres, mas também a eles

próprios. *A organização social do gênero*, baseada na virilidade como força-potência-dominação, permite prever que há um desencontro amoroso marcado entre homens e mulheres (SAFFIOTI, 2004, p. 75).

Essa discussão mostra a materialização que se relaciona às atitudes expressas por cada sujeito e, então, às consequências sentidas pelas vítimas. Ao discutir a violência e a influência dos papéis esperados para as mulheres na atuação diante disso, Saffioti (2004) coloca que:

As violências física, sexual, emocional e moral não ocorrem isoladamente. Qualquer que seja a forma assumida pela agressão, a violência emocional está sempre presente. Certamente, se pode afirmar o mesmo para a moral. O que se mostra de difícil utilização é o conceito de violência como ruptura de diferentes tipos de integridade: física, sexual, emocional, moral. Sobretudo em se tratando de *violência de gênero*, e mais especificamente *intrafamiliar e doméstica*, são muito tênues os limites entre quebra de integridade e obrigação de suportar o *destino de gênero* traçado para as mulheres: sujeição aos homens, sejam pais ou maridos (SAFFIOTI, 2004, p. 75).

Ao discutir a medicalização do parto e, sobretudo sua hospitalização, é necessário um ponto específico para tratar da violência que envolve esse período da vida da mulher e engloba gestação, parto e pós-parto – puerpério. Conceituando a violência obstétrica como violência de gênero, Santos (2021, p. 156) coloca que “tanto no Brasil quanto em outros países da América Latina o termo é utilizado para demonstrar as formas de desrespeito às mulheres grávidas, parturientes e puérperas ocorridas no âmbito das instituições de saúde”.

Santos (2021) cita a instauração, no Brasil, entre 2011 e 2012, da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI), do Senado Federal, visando investigar esse fenômeno. O relatório final desta, buscando conceituar práticas que definem a violência obstétrica, coloca: a negligência, a violência verbal (grosserias, ameaças e humilhações intencionais), violência física (incluindo a não utilização de analgesia quando necessário e a realização de cirurgias desnecessárias e indesejadas).

A “Rede Parto do Princípio” – um grupo que se define como suprapartidário, formado por mulheres usuárias da rede de serviços de saúde em busca da promoção da autonomia das mulheres sobretudo no que se refere à maternidade – elaborou para a Comissão Parlamentar Mista de Inquérito da Violência contra as Mulheres um dossiê

denominado Violência Obstétrica: “Parirás com dor”, onde é feita uma rica análise sobre essa realidade no Brasil (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

Dentre as importantes discussões travadas nesse dossiê, uma delas se coloca como uma tentativa de categorizar a violência obstétrica, já que é uma realidade vivida por muitas mulheres no Brasil. Em comum acordo à pesquisa elaborada pela Fundação Perseu Abramo em 2010, 1 em cada 4 mulheres relatam ter sofrido, não existindo tipificação dessa forma de violência como lei. Buscando compreender as múltiplas determinações que compõem essa forma de violência, a Rede subdividiu essa definição em diversos elementos contidos nesse fenômeno, chamando atenção para o fato de que, em um acontecimento, podem se combinar diversas expressões dele.

Ao buscar denominar os atos que se constituem como expressões da violência obstétrica, o documento coloca que “são todos aqueles praticados contra a mulher no exercício de sua saúde sexual e reprodutiva” (REDE PARTO DO PRINCÍPIA, 2012, p. 60), não estando restrita à prática somente por profissionais da equipe de saúde. A forma de violência nas diversas expressões em que ela aparece é pontuada em seu caráter físico, psicológico, sexual, institucional, material e midiático, conceituando-os e exemplificando sua materialidade.

Todos esses elementos colocados acima fazem parte da vivência de muitas brasileiras em relação ao tratamento dado à sua saúde sexual e reprodutiva, não só no momento do parto como em todo o processo anterior a ele e, importante destacar, também nos processos relacionados ao aborto, um ato praticado por um número grande de mulheres todos os anos e que, ainda hoje, sofre diversas violações em muitos aspectos.

A respeito das formas de violência de maneira geral, observa-se uma determinação central nessas expressões, que é a raça. Portanto, mulheres negras estão localizadas em um setor que sofre mais violações. Carneiro (2011), ao analisar a realidade das mulheres negras no que se refere à Política de Saúde, ressalta elementos importantes a respeito da violência institucional, que aparece no acesso aos direitos, no tratamento diante da procura por serviços com múltiplas expressões.

Na área da saúde celebra-se o fato de o Conselho Nacional de Saúde ter aprovado, por unanimidade, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Tal decisão representa o reconhecimento pelo governo brasileiro das iniquidades raciais no acesso à saúde, expondo desproporcionalmente pessoas negras à mortalidade e à morbidade por causas que podem ser prevenidas e evitadas. Dentre elas destacam-se a

mortalidade infantil de crianças até 1 ano de idade e o descaso na prevenção de doenças prevalentes entre a população negra, como diabetes, hipertensão arterial ou anemia falciforme e miomatoses. Os níveis superiores de mortalidade materna entre mulheres negras é resultado das diferenças percebidas, pelos estudiosos do tema, na assistência à gravidez, ao parto e ao puerpério, que se mostram desfavoráveis às mulheres negras (CARNEIRO, 2011, p. 23).

Lima (2016), buscando afirmar a importância da determinação de raça na atenção à saúde das mulheres no Brasil, apresenta dados relativos às dificuldades encontradas pelas mulheres negras, que são as que mais sofrem violência de maneira geral e, em especial, a obstétrica. “No Brasil a cor da pele/raça, a etnia, a classe social e o gênero são determinantes no modo de viver, adoecer e morrer da população. A violência é presente na trajetória e cotidiano das mulheres não brancas e pobres” (LIMA, 2016, p. 8).

Segundo o Mapa da Violência, o homicídio de mulheres negras cresceu 54% em dez anos, entre 2003 e 2013. Em contraponto, o número de homicídios de mulheres brancas caiu 9,8%, no mesmo período. Com relação a violência obstétrica, a maioria das mulheres que relataram terem sofrido algum tipo de violência na internação para o parto são negras, de menor escolaridade e atendidas no setor público (WAISELFISZ, 2015; D’ORSI et al., 2014) (LIMA, 2016, p. 8).

A autora chama atenção ainda para a determinação observada nos índices de mortalidade materna no ano de 2012 no país, em que o número de mortes é muito superior nas mulheres negras e indígenas, proporcionalmente, quando comparado ao número relativo a mulheres brancas. A pesquisa realizada pela autora observa além de um local reservado para as negras de maior vulnerabilidade econômica, também um número maior de relatos de violência ou dificuldade no atendimento vivenciados por esse setor.¹³

Há uma premissa, sem qualquer base científica e de caráter racista/eugenista, de que o corpo da mulher negra é mais resistente a dor. No que concerne às práticas invasivas e que geram algum grau de dor ou desconforto elencadas no estudo, verificamos que os toques vaginais constantes e repetitivos são mais relatados pelas pardas. Ademais, negras recebem menos anestesia do que necessitam, quase

¹³ A respeito do debate da raça, no que se refere ao parto e à violência sofrida pelas mulheres nesse momento, é importante salientar a aprovação da Portaria nº 344, de 1º de fevereiro de 2017, que dispõe sobre o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários do sistema de informação em saúde, o que representa um avanço no sentido de estabelecer estudos e parâmetros de análise da saúde da população negra em suas especificidades, uma pauta importante historicamente para enriquecer os estudos e iniciativas relativas a essa população.

metade do que as brancas como apontado em estudo (MARINHO; CARDOSO; ALMEIDA, 2011) (LIMA, 2016, p. 18).

Em estudo realizado por Santos (2021), busca-se revelar essa desigualdade presente no tratamento recebido pelas mulheres negras no parto, que não se limita a uma diferenciação econômica, mas que possui raízes históricas e é encoberto pelo discurso da democracia racial. “Descortinar o mito da democracia racial a partir da realidade sócio histórica da população negra e, sobretudo, das mulheres pretas, pardas e indígenas tem se configurado como pauta política do movimento de mulheres negras no Brasil” (SANTOS, 2021, p. 156).

Ao citar um estudo publicado em 2017 a respeito da violência obstétrica a nível nacional, Santos (2021) expõe a realidade das mulheres negras nas maternidades, o que torna clara a desigualdade a que estão submetidas quando o resultado “revela que puérperas de cor preta possuíram maior risco de terem um pré-natal inadequado ao se comparar às puérperas brancas” (SANTOS, 2021, p. 156). No que diz respeito a outras formas de violação, a autora pontua ainda maior “falta de vinculação à maternidade, ausência de acompanhante, maior peregrinação para o parto e menos anestesia local para episiotomia” (SANTOS, 2021, p. 157).

Essa discussão, com base na realidade concreta de análise do tratamento obtido pelas mulheres durante o trabalho de parto e parto, nos mostra a relevância dessa determinação para o estudo do fenômeno, bem como da população brasileira de maneira geral. Após a apresentação de sua pesquisa, Lima (2016) busca sintetizar a definição de violência obstétrica da seguinte forma:

A violência obstétrica se localiza entre a violência institucional e a violência de gênero, na medida em que é praticada nos e pelos serviços de saúde, por ação e omissão, e dirigida à mulher, afetando sua integridade física e emocional, acentuando a naturalização da sua subordinação na sociedade. Assim, compreende-se que a violência obstétrica não é consequência de um modelo biomédico, mecanicista e hegemônico, mas constitutivo dele (LIMA, 2016, p. 19).

No Brasil, não existe legislação específica que compreenda esse fenômeno como uma forma de violência contra a mulher em âmbito nacional¹⁴, o que representa um

¹⁴ Existem iniciativas locais e estaduais no que se refere ao tema, como a Lei Estadual nº 19.207/2017 do Paraná, que visa a criação de medidas de informação e proteção à mulher contra a violência obstétrica no Estado. Além dela, na Paraíba, a Assembleia Legislativa já

imenso retrocesso no que diz respeito à atenção à saúde desse setor e, de forma ampla, ao combate à violência em suas múltiplas facetas. Acentuando ainda mais as desigualdades que se impõem para os setores oprimidos de maneira geral no país, hoje encontra-se na Presidência da República um sujeito que, diante de inúmeras declarações machistas, racistas e LGBTfóbicas, demonstra possibilidades de grande aprofundamento desses retrocessos.

No dia 3 de maio de 2019, o Ministério da Saúde assinou um despacho que coloca o termo “violência obstétrica” como inadequado, considerando que “não agrega valor e, portanto, estratégias têm sido fortalecidas para a abolição do seu uso com foco na ética e na produção de cuidados em saúde qualificada” (BRASIL, 2019a). Com essa colocação, o governo busca negar a existência dessa forma de violência contra as mulheres, indo no sentido inverso ao que milhares de mulheres afirmam vivenciar todos os dias nos serviços de saúde.

Diante de diversas declarações, recomendações e elaborações de maneira geral, vindas da Organização Mundial da Saúde, não só reconhecendo a existência da violência obstétrica no Brasil e no mundo, como buscando unir esforços para criar estratégias que possibilitem sua eliminação, o Conselho Nacional de Saúde, em uma reunião realizada nos dias 16 e 17 de maio de 2019, construiu uma recomendação acerca do tratamento a ser direcionado sobre a violência obstétrica, que vai na contramão desse tratamento buscado pelo Governo Federal, explícito no despacho acima citado.

Nessa recomendação, o Conselho Nacional de Saúde reconhece, com base em dados reais, representações em curso por denúncias graves de violência obstétrica sofrida por uma série de mulheres, bem como atuações comuns no Brasil, que vão na contramão das recomendações de organismos como a Organização Mundial da Saúde, compreendendo, portanto, a invalidade do despacho publicado pelo Governo Federal. Por fim, o órgão recomenda ao Ministério da Saúde que:

1. Interrompa qualquer processo de exclusão da expressão “violência obstétrica” tendo em vista o seu reconhecimento nacional e internacional e a sua utilização pela Organização Mundial da Saúde (OMS), pelo governo de vários países e pela sociedade brasileira; e

aprovou uma série de leis que buscam avançar no sentido da humanização e do combate à violência obstétrica, como demonstra reportagem disponível (LEIS..., 2022).

2. Que possa trabalhar com maior intensidade e firmeza no combate a tais práticas e maus tratos nas maternidades, conforme recomenda a OMS (BRASIL, 2019b, p. 2).

A partir da discussão apresentada nesse momento, percebemos que os esforços do governo brasileiro no cenário atual não representam nenhum tipo de avanço no que concerne aos direitos sexuais e reprodutivos e, mais especificamente, à atenção dada ao parto nos serviços de saúde do país. Portanto, a atual conjuntura representa não só uma adesão total ao tratamento dado ao parto nos últimos anos, como um aprofundamento dele, o que figura um imenso retrocesso.

Após esse episódio, diante de uma recomendação expressa pelo Ministério Público Federal e da cobrança por parte dos movimentos de mulheres pela legitimidade das denúncias de violência sofrida no parto, o Ministério da Saúde voltou atrás nessa decisão, reconhecendo a liberdade das mulheres de utilizar o termo que melhor se adequasse à sua compreensão da vivência no atendimento de saúde enquanto parturiente.

Diante das reflexões pautadas nesse espaço, é possível compreender a causalidade desse modelo de atenção ao parto que, unido às diversas determinações que compõe o espaço reservado à mulher na sociedade, propõe um modelo que segue reproduzindo a lógica da dominação. Em resposta a esse modelo, aparecem alternativas na busca de reforçar uma atenção humanizada à saúde e ao parto. No espaço a seguir buscaremos conhecê-las.

4 CAPITALISMO E MATERNIDADE NO BRASIL: HUMANIZAÇÃO DO PARTO?

Neste capítulo, apresentaremos a construção da política de atenção ao parto no Brasil, a partir da transformação desse processo em um evento hospitalar. Um debate que atravessa a construção dessa política é o da pretensa busca pela “humanização do parto e nascimento” no país. Como exposto ao longo deste trabalho, esse processo tem interferências diretas dos fundamentos mercadológicos do capitalismo e envolve contradições marcadas pelas reivindicações dos movimentos das mulheres e das usuárias dos serviços de saúde. A questão que orienta o debate a ser apresentado é: a assistência ao parto que queremos/buscamos é possível nessa sociedade?

Como sinalizado na Introdução, para aprofundamento da temática e identificação das tensões teóricas e políticas, foi realizada uma pesquisa bibliográfica na base de dados da plataforma *Scielo* – que comporta importante parte da produção da área da saúde no Brasil –, com os descritores: “parto”, “nascimento” e “humanização”. Deste levantamento, selecionamos dezenove (19) artigos publicados a partir de 2003.

Nestas publicações, pudemos captar elementos relevantes para a problematização da política de atenção ao parto, além de identificar uma concepção vinculada à humanização em relevante parte das elaborações. Além disso, as profissionais de saúde aparecem com destaque, sobretudo as enfermeiras – o que se torna eixo da discussão diante do papel que cumprem no momento do parto.

Também foi realizada uma pesquisa documental, buscando estudar as principais iniciativas do governo para a política de atenção ao parto, sintetizando as portarias e com ênfase no Programa de Humanização do Parto, devido ao marco que este representa para a assistência à parturiente.

E, por fim, apresentamos o tema da humanização em contraposição à violência obstétrica e apontamos as problematizações em torno dos limites da política e da humanização em si.

4.1 BRASIL E A CONSTRUÇÃO DE UM MODELO DE PARTO

Para realizar uma análise do tratamento dado ao parto no Brasil na atualidade, é necessário resgatar processos anteriores, que marcam esse processo no país. Tomaremos

como base a cronologia adotada por Mott (2002) na demarcação dos períodos relevantes da incorporação do parto no âmbito das Faculdades de Medicina e a sua transposição para um campo científico. A autora destaca o ano de 1832 como um marco para a história da obstetrícia no Brasil uma vez que, nesta data, foram criadas, nas Faculdades do Rio de Janeiro e da Bahia, os cursos de partos dirigidos por médicos. Foi criada ainda uma lei para garantir a obrigatoriedade do diploma para o exercício profissional das parteiras (MOTT, 2002).

Como destacado anteriormente, até esse momento os partos eram vivenciados pelas mulheres de maneira completamente diferente, sendo normalmente em sua própria casa e com outra mulher, “assistidos na maioria das vezes por parteira leiga e raramente por parteira diplomada” (MOTT, 2002, p. 2). Os médicos, nesse contexto, eram requisitados somente em caso de alguma complicação durante o parto. Do contrário, as mulheres – a parturiente e a parteira – eram as participantes desse processo, com a parturiente como protagonista.

Nesse movimento, onde anteriormente os papéis de cuidado estavam diretamente relacionados ao estudo e conhecimento do divino e da ligação entre esse divino e o “bem-estar de toda a comunidade”, agora foi substituído pela “crença na racionalidade humana” (MOTT, 2002, p. 17) e marca, portanto, essa separação entre a ciência e a religião, apesar desse movimento ser contraditório.

No início do século XX, observa-se na Europa e Estados Unidos o desenvolvimento da ideologia “eugenista” que, como analisa Schwarcz (1993), é produto da visão de que existem raças inferiores na sociedade e é possível controlar o tamanho dessa população para alcançar “a pureza da raça”. Essa ideologia era reproduzida pela medicina no Brasil a fim de categorizar a população “entre capazes e incapazes, entre perfectíveis e degenerados, em um esforço deliberado de esfumegar divisões econômicas e sociais enraizadas”. Com base nessa visão, criavam-se justificativas para “sucessos políticos, fracassos econômicos ou hierarquias sociais assentadas. Estranho movimento que por meio da ciência justificava os projetos mais violentos e autoritários”¹⁵ (SCHWARCZ, 1993, p. 172-173).

¹⁵ “Ainda em 1929, Miguel Couto – presidente da Academia Nacional de Medicina e professor emérito da escola carioca – defendia no Primeiro Congresso Brasileiro de Eugenia a tese de que a mistura racial levaria à degeneração nacional” (SCHWARCZ, 1993, p. 173).

A respeito do papel das escolas de medicina no Brasil das primeiras décadas do século XX, da Bahia e do Rio de Janeiro, a autora analisa que, observado em ambas as escolas, “existe um projeto de cunho social e a imposição de uma visão médica sobre a sociedade, não se discute. Além disso, é também evidente como ambas as revistas fazem esforços para a adoção de um projeto eugênico no país” (SCHWARCZ, 1993, p. 173). Portanto, observamos o papel dessas instituições de ensino como reprodutoras da ideologia capitalista de dominação e segregação dos pobres, imigrantes, negros e que fugiam do padrão eugenista de seleção e classificação dos sujeitos.

Nota-se um elemento pontuado por Mott (2002), que se relaciona às determinações econômicas que fundamentavam no final do século XIX a preocupação com a saúde da mulher e com a melhora na atenção ao parto e aos outros processos que envolvem a maternidade, uma vez que isso representava a reprodução de força de trabalho saudável para a produção, ou seja, relaciona-se diretamente ao crescimento da riqueza do país de maneira geral.

No período, além de sentimentos humanitários, a promoção ao atendimento à gestante pobre estava relacionada à crença de que a riqueza e o poder de um país estavam na proporção direta ao número de habitantes. A vida da criança, a puericultura intra-uterina e extra-uterina tornaram-se as palavras de ordem. Assim, a saúde das mulheres passava a interessar aos médicos, legisladores e governantes, por sua capacidade de reproduzir filhos vivos e saudáveis. Érico Coelho, em 1886, leu o trabalho *Fundamentos para criação de um Instituto de Partos no Rio de Janeiro*, no qual destaca o papel da mulher profícuo na prosperidade do país (MOTT, 2002, p. 5).

A década de 1920 é marcada pelo início do surgimento de políticas do governo relativas à saúde materno-infantil, que aparecem a partir da reforma sanitária de Carlos Chagas. Nesse momento, “os aspectos de saúde materno-infantil apresentaram-se abordados somente na dimensão biológica, funcionalista e delimitada essencialmente por cuidados médicos” (NAGAHAMA e SANTIAGO, 2005, p. 652).

Analisando a racionalidade que caracteriza esse período, Schwarcz (2005, p. 17) localiza o papel dos médicos, denominados “homens da ciência”, na consolidação desta. Eles “passaram a abrigar uma ciência positiva e determinista, e, utilizando-se dela, liderar e dar saídas para o destino desta nação”.

Nas diversas instituições a discussão racial assumiu, naquele momento, um papel central, surgindo teses alternativas embora contemporâneas. Da frenologia dos museus etnográficos à leitura fiel dos germânicos na Escola de Recife, passando pela análise liberal da Escola de Direito paulista ou pela interpretação “católico-evolucionista” dos institutos, para se chegar ao modelo “eugênico” das faculdades de medicina, é possível rever os diferentes trajetos que uma mesma teoria percorre (SCHARWCZ, 2005, p. 17).

Mott (2002) destaca que outro momento importante engloba o movimento de tentativa de construir a imagem do hospital como o lugar adequado para a realização do parto, além de sua divulgação por parte dos médicos de maneira geral, que passa a ocorrer de forma mais explícita na década de 1930. Esse momento histórico coincide com uma conjuntura também específica que, inaugurada na década de 1930, como sintetiza Bravo (2009, p. 3), “têm como indicadores mais visíveis o processo de industrialização, a redefinição do papel do Estado, o surgimento das políticas sociais além de outras respostas às reivindicações dos trabalhadores”.

O atendimento à saúde nesse momento caracterizava-se como medicina previdenciária, com a formação “dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), que pretendia estender para um número maior de categorias de assalariados urbanos os seus benefícios” (BRAVO, 2009, p. 5). O autor ainda pontua o caráter contencionista desse modelo de atenção à saúde, uma vez que “a previdência preocupou-se mais efetivamente com a acumulação de reservas financeiras do que com a ampla prestação de serviços” (BRAVO, 2009, p. 5).

Analisando as iniciativas relacionadas à saúde materno-infantil ao longo do século XX e, entre as décadas de 1940 e 1960, Nagahama e Santiago (2005, p. 652) observam que as políticas giravam em torno de uma defesa nacionalista da vida, “com o intuito fundamental de garantir braços fortes para a nação”.

No livro “História e evolução dos Hospitais” (BRASIL, 1965), organizado pelo Ministério da Saúde em 1944, verificamos o esforço no sentido de alcançar o modelo construído pelos países tidos como civilizados, sobretudo europeus. Nesse modelo, busca-se o alcance da edificação do ideário da hospitalização, com a construção de grandes hospitais, que seriam o símbolo desse movimento.

Ao citar uma fala do Professor Miguel Couto, em 1922, o livro remete à incorporação dos hospitais como parte das políticas públicas:

Ao govêrno compete, como um dever premente, construir os grandes hospitais exigidos pelo aumento extraordinário da nossa capital e seu grau de civilização. Êles compreenderiam enfermarias gratuitas, pequenas salas para diárias de cinco mil réis e quartos particulares para dez mil réis (BRASIL, 1965, p. 66).

O documento reforça em diversas passagens a necessidade de ultrapassar de fato a situação histórica dos hospitais, de condições precárias e restrito aos enfermos das classes mais baixas, resumindo-se a um trabalho de caridade aos pobres. Ao conceituar esse novo modelo de organização hospitalar, é indicado a construção de uma

nova especialização profissional, que visa melhorar e ampliar o tratamento e o bem estar do hospital; elevar o padrão de enfermagem; instituir um conceito econômico-financeiro, básico na administração hospitalar, estabelecer, para tôdas as regiões do território brasileiro a hospitalização adequada para todos os doentes e para tôdas as classes sociais, completando a caridade e assistência pública, cujo benefício assás apreciável, exercida no socorro do doente necessitado é, muitas vêzes, mesquinho e ilusório, à míngua dessa mesma orientação especializada. Sòmente uma boa organização poderá conseguir maiores recursos, prestar melhores serviços, e completar, realmente, uma bela obra social, integral, de caridade ou de filantropia, promovendo e distribuindo, ao mesmo tempo, maiores e melhores cuidados hospitalares a todos os enfermos, de tôdas as classes (BRASIL, 1965, p. 73).

Destacamos a ênfase à lógica privatista como parte da organização financeira desses novos espaços, denominados como “hospitais modernos”. O documento é enfático em comparar o financiamento caritativo e público e sua insuficiência em atender às demandas dessa nova instituição: “antes de tudo o hospital deve ser uma organização econômica, que procura renda” (BRASIL, 1965, p. 74). Nesse sentido, pontuam que os leitos devem ser destinados de acordo com a classe social do paciente.

No que se refere às pontuações a respeito do parto, considera-se que o hospital moderno, para o atendimento às parturientes, necessita contar com espaço especial e exclusivo, “pessoal especializado, diferente, leitos separados para puérpera e para gestantes. Salas de parto e de curativos. Isolamento para infectadas. Berçário. Ambulatório particular. Facultativamente, bloco cirúrgico” (BRASIL, 1965, p. 74-75).

Defendendo a tecnificação do trabalho da enfermagem, bem como a estruturação de cursos por todo o país, o texto incrimina a composição da equipe que acompanha o trabalho do médico, quando coloca que, “nas maternidades, onde se passa esse ato

sumamente importante, nascer de uma criança, a quem estão entregues esses cuidados? A leigos sem formação” (BRASIL, 1965, p. 218).

A construção da ciência médica no Brasil, que se dá com a chegada da Coroa portuguesa ao país, representa um importante marco na consolidação da figura do médico na atenção à saúde. Segundo Schwarcz (2005), em 1829 cria-se a Sociedade de Medicina e, a partir da demanda por uma reforma do ensino médico, a Câmara aprova em 1832 uma lei nesse sentido. Esta passa a “transformar as academias médico-cirúrgicas em ‘escolas’ ou ‘faculdades de medicina’, atribuiu-lhes o direito de conceder os títulos de doutor em medicina, de farmacêutico e de parteiro, tendo sido abolido o de sangrador” (SCHWARCZ, 2005, p. 144-145).

Essa ciência médica se constrói com base na ideologia do modo de produção, como pontuado acima. Moura (1994, p. 29, grifo do autor) analisa que “é exatamente nesta confluência do capitalismo com as doutrinas biológicas da luta pela vida e a sobrevivência, do mais apto, que o racismo se apresenta como corrente ‘científica’. Surge, então, a ideia de *raça como chave da história*”.

O racismo larval que encontramos em todos os povos antes da aventura colonialista passa a revestir-se de uma roupagem científica a ser manipulado como se ciência fosse. No particular podemos dizer que o racismo moderno nasceu com o capitalismo. Referimo-nos ao racismo como o entendemos modernamente, o qual procura justificar a dominação de um povo, nação ou classe sobre outra invocando argumentos “científicos” (MOURA, 1994, p. 28)

Problematizando os padrões europeus de valores políticos, tidos como símbolo de civilização, Moura (1994) coloca a impossibilidade de qualquer enquadramento diferente desse defendido pela “civilização”. “Não tínhamos acesso à história, à civilização e à igualdade de direitos. A nossa inferioridade congênita e inapelável – biológica e psicológica – nos reduzia a satélites do processo civilizatório” (MOURA, 1994, p. 31). A respeito da racionalidade que acompanha esse momento histórico, Moura (1994, p. 31) compreende que “era respaldado por uma intelectualidade que se apresentava como tutora do conhecimento, do saber e, ao mesmo tempo, assessora dos mentores metropolitanos”.

A teoria eugenista é nomeada por Gioppo (1996) como higienista e, como pontua a autora, envolve diversas esferas da vida social. Ao citar o disciplinamento dos trabalhadores das indústrias, a autora reforça que “mulheres e crianças também devem

ser adestradas, vislumbrando-se para tais criaturas perspectivas futuras de trabalho e melhoria de vida” (GIOPPPO, 1996, p. 170).

Debatendo essa questão do controle aliada ao processo de medicalização da saúde da mulher, Palharini e Figueirôa (2018) consideram:

A medicalização do parto no Brasil se deu, inicialmente, por meio do atendimento a escravas, mães solteiras, prostitutas e mulheres pobres. Poderíamos chamar a motivação de “utilitarista”, no sentido de que essa parcela de mulheres serviu de cobaia aos praticantes dos cursos de medicina, contribuindo assim para o êxito da prática obstétrica (PALHARINI e FIGUEIRÔA, 2018, p. 1042).

Mott (2002), analisando especificamente o atendimento realizado às mulheres na Maternidade de São Paulo, observa que este cresceu consideravelmente a partir de 1945. É vista também a discrepância entre os atendimentos às mulheres de acordo com a classe social. O número de atendimentos pagos superava o de atendimentos gratuitos, “o que demonstra uma tendência na aceitação da hospitalização pelas mulheres das camadas mais favorecidas” (MOTT, 2002, p. 12). A autora pontua ainda que, “apesar da fundação de novas maternidades, os novos leitos disponíveis se destinavam, sobretudo a clientes pagantes. Em 1945, eram recusados diariamente pelos hospitais gratuitos 7,6% dos casos obstétricos” (MOTT, 2002, p. 12).

Importante assinalar que, com o avanço dos hospitais, o parto domiciliar ficou destinado às mulheres pobres, apesar de haver uma avaliação pelos médicos de que a assistência obstétrica domiciliar tinha bons resultados em relação aos custos, infecções e mortalidade materna e neonatal, o serviço foi sendo encerrado ao longo do tempo (MOTT, 2002). Tendo como marca a racionalidade instituída no país àquela época, “a hospitalização do parto passava a ser vista como um ideal a ser atingido, um exemplo a ser seguido. Significava, para a maioria dos médicos, sinônimo de civilização” (MOTT, 2002, p. 17).

O ponto de apoio deste discurso que criou a mulher da sociedade imperial foi a sexualidade feminina. Sexualidade que foi descrita a fundo, com acurada precisão fazendo a mulher um ser frágil e inconstante, a quem somente os médicos poderiam orientar, por serem os únicos que a conheciam. Deste "jogo" surgiram "o mito do amor materno", a "mãe dedicada", "boa esposa", "a rainha do lar", as históricas, as mundanas e toda uma série de tipos femininos que ocupariam a literatura médica e o imaginário social do século XIX. A

mulher criada no século XIX, que povoou as páginas do romance nacional, destacava-se pela sua constituição frágil e débil (BRENES, 1991, p. 145).

Mott (2002) exemplifica essa análise com uma comunicação que ficou estabelecida no Primeiro Congresso de Hospitais, ocorrido em 1955, no qual há um claro desejo de que o Brasil se espelhe na Europa e nos Estados Unidos, os símbolos da civilização, onde já existe o processo de modificação do local aonde se darão os partos, deslocando o seu caráter domiciliar para agora serem realizados nos hospitais. “E essa ideia conquista mais terreno até se tornar um modo de aferição do desenvolvimento social e cultural dos povos civilizados” (MOTT, 2002, p.18).

O processo de transformação no ambiente hospitalar e no atendimento à saúde de maneira geral se dá a partir dessa ideologia e se complementa com a ideia de privatização que começava a se desenvolver no ideário do setor médico e, em última instância, da burguesia aliada aos interesses do mercado.

A estrutura de atendimento hospitalar de natureza privada, com fins lucrativos, já estava montada a partir dos anos 50 e apontava na direção da formação das empresas médicas. A corporação médica ligada aos interesses capitalistas do setor era, no momento, a mais organizada e pressionava o financiamento através do Estado, da produção privada, defendendo claramente a privatização. Entretanto, apesar das pressões, a assistência médica previdenciária até 1964, era fornecida basicamente pelos serviços próprios dos Institutos. As formas de compra dos serviços médicos a terceiros aparecem como minoritárias e pouco expressivas no quadro geral da prestação da assistência médica pelos institutos. Esta situação vai ser completamente diferente no regime que se instalou no país após 1964 (BRAVO, 2009, p. 5-6).

Os anos 1960 tiveram grande importância para a trajetória da política de saúde em geral e da atenção ao parto, em especial. Segundo Mott (2002, p. 19), “na década de 1960, com a criação do Instituto Nacional da Previdência Social, ocorreram mudanças importantes na assistência médica, no atendimento ao parto e na situação das parteiras, obstetrias e enfermeiras obstétricas”.

A respeito da trajetória mais geral da política de saúde, Bravo (2009) situa essas modificações na necessidade de incorporação também da saúde à lógica de mercado, burguesa. Com isso, ações foram tomadas pelo Estado nesse sentido, de organizar a saúde de forma a potencializar a acumulação capitalista, privilegiando o setor privado e a

capitalização da medicina, criando do complexo médico-industrial, dando ênfase ao atendimento em saúde de cunho assistencialista, individual e curativo.

Como sinalizado no capítulo anterior, a década de 1960 se torna um marco para as mulheres no âmbito dos direitos sexuais e reprodutivos, quando passa a ser disponibilizado o uso de métodos anticoncepcionais, como a pílula e o Dispositivo Intrauterino (DIU), colocando em outro patamar o debate da liberdade sexual e do planejamento familiar. Leite e Paes (2009, p. 706) consideram que esses marcos “foram responsáveis, em parte, pela mudança na vida e no papel social da mulher, propiciando-lhe maior inserção no mercado de trabalho e liberdade sexual”.

Mundialmente, como pontua Pinto (2010), diversos movimentos sociais eclodem durante a década de 1960, questionando modelos e padrões postos pelo capitalismo, tendo como um dos destaques o movimento de mulheres, que expõe a dominação machista enraizada na sociedade. Porém, no Brasil, coincidindo com esse movimento libertário que se fortalecia na Europa e nos Estados Unidos, vivenciava-se o golpe militar, perpetrado em 1964 e que, em 1968, consolida de forma brutal a repressão no país, com a adoção do Ato Institucional nº 5 – o AI-5.

Portanto, enquanto na Europa e nos Estados Unidos o cenário era muito propício para o surgimento de movimentos libertários, principalmente aqueles que lutavam por causas identitárias, no Brasil o que tínhamos era um momento de repressão total da luta política legal, obrigando os grupos de esquerda a irem para a clandestinidade e partirem para a guerrilha. Foi no ambiente do regime militar e muito limitado pelas condições que o país vivia na época, que aconteceram as primeiras manifestações feministas no Brasil na década de 1970 (PINTO, 2010, p. 16).

A década de 1970, segundo Leite e Paes (2009), também foi marcada pela consolidação da hospitalização do parto, com aumento dos números de maternidades e, conseqüentemente, leitos destinados a esse propósito, o que fez com que a profissão das parteiras e obstetrias fosse de fato substituída pela intervenção médica. Tal década, analisada a partir de uma conjuntura global, inaugura um processo de crise do capital, que gera conseqüências diretas na atuação do Estado diante das políticas sociais. “A crise, que trouxe consigo o aumento do desemprego, as taxas altas de inflação, a queda do comércio mundial, apresenta como forma de seu enfrentamento os chamados ajustes estruturais a serem realizados no âmbito estatal” (BRAVO e MENEZES, 2011, p. 12).

Esse processo gera mudanças importantes na administração pública e no papel do Estado, que se coloca nesse momento como garantidor dos interesses do mercado. O ajuste promovido nessa conjuntura e a crise em si são administrados pelo governo neoliberal até os anos 2000, como afirmam Bravo e Menezes (2011, p. 12). Ao discutirem a política de atenção à saúde materno-infantil durante a década de 1970, Nagahama e Santiago (2005) pontuam um elemento relevante a respeito dessas transformações a nível internacional e sua repercussão ao modelo nacional. As autoras colocam o nascimento dessa pauta a partir de uma recomendação expressa no Plano Decenal de Saúde das Américas, resultado de uma reunião entre os Ministros de Saúde das Américas ocorrida no Chile em 1972.

A partir dessa movimentação, essa construção passa a fazer parte de um “movimento em prol da saúde na América Latina, através de políticas internacionais e medidas que visavam à cobertura universal, eficiência operativa, acessibilidade geográfica, institucional e financeira” (NAGAHAMA e SANTIAGO, 2005, p. 653). Diante de toda essa movimentação, “o Brasil, como país membro da Opas/OMS, não poderia fugir às propostas, recomendações e compromissos firmados na referida III REMS” (NAGAHAMA e SANTIAGO, 2005, p. 653).

Nesse período histórico, a luta das mulheres brasileiras atravessava dificuldades específicas, para colocar qualquer reivindicação feminista em pauta, diante da repressão que a ditadura militar impunha. Pinto (2010, p. 17) pontua que “em 1975, na I Conferência Internacional da Mulher, no México, a Organização das Nações Unidas (ONU) declarou os próximos dez anos como a década da mulher”.

“Mundialmente, o ideário da atenção primária à saúde, sob o marco da medicina comunitária, propunha medidas voltadas para a reorganização dos serviços visando à assistência precoce e contínua de cunho preventivo e curativo” (LEITE e PAES, 2009, p. 707). Esse caráter universal da saúde, que começava a se desenhar nos debates internacionais, passa paralelamente a fazer parte da agenda brasileira, tanto no que se refere aos movimentos reivindicatórios quanto à consequente resposta do Estado.

A partir disso, em 1975 cria-se o primeiro programa de governo direcionado à atenção desse setor, o Programa de Saúde Materno-Infantil (PSMI), um avanço no que diz respeito à política de saúde das mulheres, porém restrito ao debate da reprodução, da geração de filhos saudáveis e ainda limitado no que diz respeito à atenção integral a saúde

da mulher. Apesar dos limites, esses movimentos representavam um passo global no trato do tema saúde.

Os debates mais amplos trazidos pelo movimento feminista irão avançar no processo de crítica à ditadura e articulações dos movimentos sociais em torno da luta pelo fim da ditadura e pela democracia no país. A partir de 1975, avança-se na articulação de espaços de debate sobre a condição feminina e, em 1979, tem-se a criação do movimento feminista pela Anistia (PINTO, 2010, p. 17).

A década de 1980 foi marcada pela democratização do país, o fortalecimento dos debates mais amplos no que diz respeito aos direitos sexuais e reprodutivos e a humanização da assistência à mulher. Paralelo a isso, tem-se o fortalecimento dos movimentos sociais de maneira geral, com destaque aqui para os movimentos feministas.

Com a redemocratização dos anos 1980, o feminismo no Brasil entra em uma fase de grande efervescência na luta pelos direitos das mulheres: há inúmeros grupos e coletivos em todas as regiões tratando de uma gama muito ampla de temas – violência, sexualidade, direito ao trabalho, igualdade no casamento, direito à terra, direito à saúde materno-infantil, luta contra o racismo, opções sexuais (PINTO, 2010, p. 17).

Bravo (2009), analisando as transformações observadas na saúde a partir dos anos 1980, coloca nessa década o debate em um novo patamar, com novos atores em cena e um debate mais amplo englobando a sociedade civil.

Saúde deixou de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política, estando estreitamente vinculada à democracia. Dos personagens que entraram em cena nesta conjuntura, destaca-se: os profissionais de saúde, representados pelas suas entidades, que ultrapassaram o corporativismo, defendendo questões mais gerais como a melhoria da situação saúde e o fortalecimento do setor público; o movimento sanitário, tendo o Centro Brasileiro de Estudo de Saúde (CEBES) como veículo de difusão e ampliação do debate em torno da Saúde e Democracia e elaboração de contra-propostas; os partidos políticos de oposição, que começaram a colocar nos seus programas a temática e viabilizaram debates no Congresso para discussão da política do setor e os movimentos sociais urbanos, que realizaram eventos em articulação com outras entidades da sociedade civil (BRAVO, 2009, p. 8-9).

A década de 1980 torna-se, portanto, um marco tanto no que diz respeito ao processo de reivindicação e organização dos movimentos sociais, quanto na resposta dada

pelo Estado a esse processo. “Os movimentos feministas e de mulheres, assim como o movimento negro ganharam expressão e relevância e suas demandas por direitos iguais obtiveram as primeiras repercussões no âmbito da estrutura do Estado” (CAMPOS e OLIVEIRA, 2009, p. 26).

Campos e Oliveira (2009, p. 26) ressaltam a criação do Conselho Nacional de Direitos da Mulher em 1985, estabelecendo a nível nacional políticas para atuar sobre a discriminação da mulher “assegurando-lhe condições de liberdade e de igualdade de direitos, bem como sua plena participação nas atividades políticas, econômicas e culturais do País, nos termos da lei federal 7353/85”. Salientam ainda a criação da Fundação Cultural Palmares, ligada ao Ministério da Cultura, a partir da Lei Federal de 1988, que representa o que a Constituição prevê como o “reforço à cidadania, à identidade, à ação e à memória dos segmentos étnicos dos grupos formadores da sociedade brasileira, e o direito de acesso à cultura e a indispensável ação do Estado na preservação das manifestações afro-brasileiras” (CAMPOS e OLIVEIRA, 2009 p. 26).

Todo esse movimento, que é internacional e composto por diversos segmentos, obteve respostas do Estado, contraditórias e limitadas, mas que devem ser estudadas em seus fundamentos. Diante do necessário aprofundamento do debate em torno da humanização, está reservado no ponto a seguir as reflexões feitas a partir do estudo bibliográfico e pesquisa.

4.2 O BRASIL A PARTIR DE 1990 E O “TRATAMENTO HUMANIZADO” NA SAÚDE E NO PARTO

É necessário pontuar o avanço que representa a conformação do Sistema Único de Saúde como política pública no Brasil, fruto de intensa mobilização, discussão e cobrança por parte da sociedade civil, e resultado dessa tensão que se coloca no cenário nacional a partir da redemocratização. Porém, a partir da crise econômica que se apresenta no Brasil na década de 1980 e que permanece na de 1990, “a afirmação da hegemonia neoliberal no Brasil, tem sido responsável pela redução dos direitos sociais e trabalhistas, desemprego estrutural, precarização do trabalho, desmonte da previdência pública, sucateamento da saúde e educação” (BRAVO, 2009, p. 14). A autora pontua ainda a saída a partir de um modelo gerencial de atuação, com entrega do Estado para o setor privado.

Apesar dos esforços em torno da transformação da assistência à mulher, é importante localizar o contexto desses acontecimentos. A partir da década de 1990, então, vê-se o Brasil conduzindo a estrutura econômica com base no neoliberalismo que, de maneira geral, se expressa na contramão do que propunham os movimentos sociais que se fortaleciam na década anterior. Esse modelo econômico, que tem como base a privatização e mercantilização da sociedade, passa a modificar a atuação do Estado e consequentemente reduzir o investimento em políticas sociais como saúde e educação.

A crença era de que, com o processo de democratização e a constituição do Sistema Único de Saúde pautado, na universalidade, equidade, participação popular e integralidade, a má qualidade das práticas assistenciais seria solucionada. Porém, de fato, o que ocorria é que a conjuntura nacional de redução dos gastos com a política de saúde e o privilégio da assistência médico-hospitalar curativa e da alta tecnologia deixavam em segundo plano as necessidades reais de saúde da população, em prol dos empresários e industriais da saúde (CASTRO, 2018, p. 116).

A redemocratização e aprovação da Constituição Federal de 1988 se deram concomitantemente a uma crise mundial do capital, seguida do ajuste neoliberal e do fortalecimento da lógica de mercado. As políticas sociais como um todo sofrem intensas transformações, caracterizando um desmonte do Estado enquanto garantidor desses direitos, como colocam Bravo e Menezes (2011).

A partir dos anos 1990 vivemos um processo de desmonte de parte do aparato do Estado e de restrição das políticas sociais, que passam a ser organizadas sob a lógica do capital financeiro. O processo de contrarreforma do Estado vem acompanhado de uma série de privatizações do setor público estratégico (BRAVO e MENEZES, 2011, p. 12).

Diante dessa realidade conjuntural, como acontece de maneira geral em tempos de acirramento da situação política nos moldes capitalistas, os setores oprimidos são os mais afetados e recebem de forma mais direta essa precarização e falta de acesso aos bens e serviços. “A contenção de gastos públicos e a mercantilização da saúde, previdência, assistência social e educação infantil, prejudicaram severamente as mulheres” (CAMPOS e OLIVEIRA, 2009, p. 31).

O país submeteu-se às condicionalidades impostas pelas Instituições Financeiras Multilaterais (IFMs) para o ajuste estrutural. E houve uma deterioração inequívoca das condições de vida da população brasileira. Mas como demonstram vários estudos feministas e anti-racistas, vistos sob a perspectiva de gênero e étnico-racial, os impactos da crise econômica e das políticas neoliberais sobre a vida das mulheres e da população afrodescendente, em especial as mulheres negras, foi muito mais intenso (CAMPOS e OLIVEIRA, 2009, p. 31).

Apesar do movimento internacional no sentido da mudança de paradigma da atenção à saúde, observa-se que a estrutura de maneira geral – institucional formativa e de equipe – acaba seguindo a cultura construída em torno do parto e, para, além disso, em torno da mulher. No Brasil o Ministério da Saúde publicou as indicações da OMS, intitulada Assistência ao Parto Normal – um guia prático, em 2000, tornando seu acesso disponível a todos os obstetras e enfermeiras obstetristas. Segundo Diniz (2005, p. 631), esse material mostra a discrepância entre o atendimento prestado no Brasil e as referidas recomendações, evidenciando “a distância impressionante entre o chamado padrão-ouro da ciência e a prática obstétrica no Brasil”. Essa realidade nos mostra o “quanto a cultura (institucional, técnica, corporativa, sexual, reprodutiva) tem precedência sobre a racionalidade científica, como conhecimento “autoritativo” na organização das práticas de saúde” (DINIZ, 2005, p. 631).

A despeito dos desafios conjunturais, a partir da década de 1990 ocorrem avanços nas legislações, política de saúde e conquista de direitos pelas mulheres, no bojo do processo de luta e redemocratização do país. Para melhor visualização desse processo, organizamos um quadro com as principais ações concretas que geraram mudanças na assistência ao parto e nascimento (Quadro 1).

Apesar de o processo ser disparado nos anos 1990, é nos anos 2000 que temos como marco o Programa “Humanização do Parto”, instituído pela Portaria nº 569, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2000), e que se torna referência no debate que permeia a mudança de paradigma na atenção ao parto. É este programa que irá direcionar a assistência ao parto no Brasil no início do século XXI. O texto se desenvolve buscando nortear a atuação do Sistema Único de Saúde, organizando as responsabilidades e atividades assumidas pelo Ministério da Saúde, pela Secretaria de Saúde dos Estados e Distrito Federal e pela Secretaria de Saúde dos municípios. O Programa passa a regular, direcionar e se propõe a estabelecer uma nova forma de conduzir a assistência ao parto

no Brasil, pautando alguns elementos norteadores dessa construção e tendo como objetivo:

o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos, promovendo a ampliação do acesso a estas ações, o incremento da qualidade e da capacidade instalada da assistência obstétrica e neonatal bem como sua organização e regulação no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2000, p. 2)

Quadro 1 – Ações concretas que geraram mudanças na assistência ao parto e nascimento

Ação	Data de início	Proposta
Portaria nº 1016	1993	A mulher e o bebê têm assegurado o direito de permanecerem juntos após o nascimento.
Lei nº 9263	1996	Dispõe sobre o direito ao planejamento familiar, incluindo métodos temporários e permanentes de contracepção, além do acesso à informação para escolha do método
Portaria nº 569	2000	A mulher tem assegurado o atendimento gratuito em seu Pré-Natal pela Secretaria de Saúde
Portaria nº 569	2000	Programa de Humanização do Parto e Nascimento -Apresenta o tratamento recomendado para as parturientes, bem como técnicas a serem utilizadas ou reprovadas, garantindo tratamento humanizado desde o pré-parto até o pós-parto, tanto no preparo do ambiente como na atuação da equipe de saúde.
Política Nacional de Humanização (PNH) – HumanizaSUS	2003	Proposta pelo Ministério da Saúde enquanto política pública para modificar de maneira geral a atenção à saúde, se coloca enquanto garantia de mudanças no tratamento da saúde com os usuários .
Portaria nº 2418	2005	Garante um acompanhante de sua escolha em todo o tempo de permanência da gestante no hospital, até o pós-parto.
Lei nº 11634	2007	Garante o direito da mulher de conhecer o hospital onde será realizado seu parto de forma antecipada, buscando sanar o problema da peregrinação das mulheres em busca de maternidade no momento do parto.
Portaria nº 1459	2011	Rede Cegonha – Propõe-se enquanto complemento da Política Nacional de Humanização , buscando viabilizar o planejamento familiar e o atendimento humanizado, integrando a atenção de maneira geral.
Portaria nº 371	2014	Garante o contato pele a pele entre mãe e bebê durante a primeira hora de vida deste, bem como o corte tardio do cordão (conduta reconhecidamente benéfica ao bebê) e intervenções somente após esse momento, salvo recomendação médica.
Portaria GM/MS nº 11	2015	Redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centros de Parto Normal, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados presentes em PERNAMBUCO (2015) e BEVILACQUA (2008).

Os objetivos pontuados acima buscam abarcar não só a ampliação do acesso, mas a qualidade e capacidade deste diante de nova proposta de organização e regulação da atenção prestada pelo SUS. Trazendo os princípios e diretrizes que se colocam enquanto norteadores dessa forma de assistência, a Portaria traz que:

- a - toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério;
- b - toda gestante tem direito ao acompanhamento pré-natal adequado de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas no Anexo I desta Portaria;
- c - toda gestante tem direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto;
- d - toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas no Anexo II desta Portaria;
- e - todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura;
- f - as autoridades sanitárias dos âmbitos federal, estadual e municipal são responsáveis pela garantia dos direitos enunciados nas alíneas acima (BRASIL, 2000, p. 2).

Em 2002, é publicado pelo Ministério da Saúde o Programa Humanização do Parto – Humanização do Pré-Natal e Nascimento, instituído pelo Ministério da Saúde a partir da Portaria nº 569/2000.

Ao analisar as legislações supracitadas, nos chama atenção a referência à “humanização do parto” – como mote de grande parte das legislações. Demandas colocadas pelo movimento de humanização são, em alguma medida, atendidas pelas portarias mencionadas, como o direito ao contato pele a pele logo após o nascimento, o atendimento articulado desde o pré-natal até o momento do parto e puerpério, direito ao acompanhante, além das garantias relativas ao planejamento familiar e acesso à informação. Neste sentido, a temática foi destacada como central para entendimento da assistência ao parto construída na contemporaneidade.

Com o intuito de adensar o debate expresso nos programas e políticas, será construído diálogo com as produções bibliográficas levantadas. Na organização dos dados e análise das dezenove (19) publicações, identificamos três (3) eixos centrais de debate: concepção de humanização do parto; assistência ao parto e a relação com as profissões da saúde; e o debate que envolve a humanização x violência obstétrica.

4.2.1. A concepção de humanização em sua relação com o parto

Em relação à concepção de humanização, vimos que grande parte do material refere-se diretamente ao termo. Os artigos que expressam de forma consistente a temática colocam a importância da organização das mulheres em torno de um movimento que pretende a quebra de paradigmas no que se refere ao parto e nascimento.

A proposta da humanização do parto não oferecerá uma base epistemológica que possa efetivamente superar o modelo obstétrico hegemônico, uma vez que a episteme da MBE¹⁶, principal pilar da humanização, permanecerá vinculada às concepções da razão cientificista e da prática médica como uma disciplina das biociências, portanto seguiria sendo fundamentalmente uma prática de controle misógina, racista e classista (FERREIRA, 2019) (TEMPESTA e FRANÇA, 2021, p. 274).

A dimensão do fortalecimento político da mulher, compreendendo essa dimensão como indispensável para a reivindicação em torno da modificação no atendimento à saúde no momento do parto, é colocada por Marque et al. (2006), que trazem esse debate para o campo dos direitos.

No entanto, as mudanças no acesso e oferta de serviços não são suficientes, e os objetivos de uma maternidade segura não serão alcançados até que as mulheres sejam fortalecidas e os seus direitos humanos, incluindo seu direito a serviços e informação de qualidade durante e depois do parto, sejam respeitados (MARQUE et al., 2006, p. 445).

No Brasil, observa-se uma contradição entre o padrão da oferta do serviço e a política de humanização que vem sendo apresentada, visto que, como apontam pesquisas, o país está em segundo lugar no ranking de cesárias e “dados e relatos sobre violência obstétrica – caracterizada por assédio moral ou físico, cortes e procedimentos invasivos realizados sem a autorização da mulher e outros tipos de violência – são frequentes. 25% das mulheres afirmaram já ter sofrido com tal” (GREVE, 2017).

Mais da metade dos 2,9 milhões de partos anuais (55%) são cirúrgicos. De acordo com dados do Ministério da Saúde (2014), 40% dos brasileiros que vêm ao mundo na rede pública nascem dessa forma. Na

¹⁶ Medicina baseada em evidências

rede privada, os números são ainda mais alarmantes, 84%. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a porcentagem adequada gira em torno dos 15%, pois a cirurgia só é indicada em casos emergenciais e que põe em risco a gestante e o bebê (GREVE, 2017).

Observa-se, por outro lado, certa responsabilização dos indivíduos por essas modificações, para além das mudanças reais do modelo de saúde, de parto, de formação. Discutindo as transformações necessárias para que a humanização do parto seja de fato alcançada, Marque et al. (2006) colocam:

E, ainda, reforçando essa realidade, existe a fragilidade da população que não cobra seus direitos, fortalecendo ainda mais as atitudes das equipes de saúde e das instituições. Entende-se que os direitos e deveres no processo de parturição precisam ser mais bem trabalhados naquele contexto, posto que, ambos, população e equipe, ainda necessitam de conhecimentos e compreensão acerca das diretrizes que promovem o parto humanizado (MARQUE et al., 2006, p. 229).

Dessa forma, pode ser visto que a busca pela humanização da assistência ao parto passa, necessariamente, pela luta contra o machismo, a violência e contra uma racionalidade e sociabilidade construída nessa sociedade sob esses valores. Ou seja, revela uma perspectiva ampliada de humanização. Em relação à assistência humanizada em si, Leal et al. (2021, p. 948) consideram que “para além dos debates e campanhas públicas, o desafio da universalização do parto humanizado envolve a consolidação de arranjos institucionais no campo da saúde reprodutiva”. A necessidade institucional e imediata de mudança na compreensão do parto é identificada, estando vinculada à responsabilidade da equipe médica e dos gestores das instituições de saúde.

Cabe aos gestores, profissionais de saúde e comunidade reivindicar a implantação de políticas públicas, destinadas ao atendimento da mulher de forma mais humanizada no momento em que ela se encontra mais vulnerável e carente de apoio emocional, como durante a maternidade (MOURA et al., 2007, p. 455).

Em última instância, o atendimento à parturiente na rede de saúde não pode ser interpretado pelo viés exclusivo de um médico ou equipe, assim como não é possível utilizar como referência uma experiência institucional em particular. Interessante assinalar as reflexões trazidas por Bourguignon e Grisotti (2018, p. 1244) que pontuaram que “a humanização tem uma ligação com a recuperação de um altruísmo dos

profissionais de saúde frente às usuárias dos serviços”, bem como está “relacionada à ideia de devolver o parto à mulher, buscando o resgate a um humanismo que se perde ao longo da história”. Essa compreensão aparece também na elaboração de Malheiros et al. (2012, p. 336) que compreende que “o salto qualitativo almejado na assistência prestada só acontecerá por meio da desconstrução do modelo tecnocrático e a subsequente anuência ao modelo humanístico”.

Analisando a sociabilidade burguesa de maneira profunda, percebemos a contradição entre um humanismo real que coexiste com as determinações sociais desse modo de produção. Sendo uma contradição de caráter fundamental, considera-se rasa a busca por esse resgate, já que a proposta em si do capitalismo se opõe drasticamente a essa filosofia. Como sintetiza Barroco (2009), o capitalismo via de regra acaba por

suprimir e/ou negligenciar as abordagens críticas, humanistas e universalistas, donde a desvalorização do conhecimento filosófico, o apelo ao conhecimento instrumental, ao utilitarismo ético, ao relativismo cultural e político (BARROCO, 2009, p. 14).

Na conjuntura atual, que Barroco (2011) conceitua como neoconservadorismo, observa-se a exacerbação dessa lógica imposta pelo neoliberalismo e que, em última instância, configura-se como estratégia do capitalismo para reproduzir sua lógica. Esse que a autora chama de *ethos capitalista* consolida valores e formas de pensar as relações humanas, todos estrategicamente incentivados no sentido da garantia de reprodução do capital, portanto, “no princípio da propriedade privada, incorporado pelos indivíduos como sinônimo da felicidade, de liberdade, de realização pessoal” (BARROCO, 2011, p. 209). O neoconservadorismo,

busca legitimação pela repressão dos trabalhadores ou pela criminalização dos movimentos sociais, da pobreza e da militarização da vida cotidiana. Essas formas de repressão implicam violência contra o outro, e todas são mediadas moralmente, em diferentes graus, na medida em que se objetiva a negação do outro: quando o outro é discriminado lhe é negado o direito de existir como tal ou de existir com as suas diferenças (BARROCO, 2011, p. 209).

Modificações importantes como a “formação dos novos profissionais, não só em termos de competência técnica, mas também ética, estética e política” (SILVA et al., 2005, p. 592) são pontuadas como necessárias à real transformação do cenário atual do

parto. Observa-se, portanto, propostas relevantes e indispensáveis no sentido da quebra de paradigmas historicamente postos, embora só sejam realmente viáveis e potencialmente transformadoras se combinadas a um questionamento total da estrutura capitalista em si.

A humanização da assistência ao nascimento requer atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde, organização da instituição de modo a criar um ambiente acolhedor e a adoção de condutas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher, além de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias (SOUZA et al., 2011, p. 485).

No entanto, Souza et al. (2011, p. 485) ressaltam a importância de combate ao modelo biomédico na saúde: “é indispensável que ocorram mudanças no modelo biomédico, essencialmente técnico”. Para as autoras, a valorização de aspectos sociais e culturais da gestação e parto contribuiria para um parto verdadeiramente humanizado. Ao debater esse modelo de atenção, predominante na formação e atuação dos médicos, Castro (2013) define sua implicação como

uma visão individualista, desconectada do contexto social e particular, centrado no enfoque biológico, nas tecnologias convencionais de uso de equipamentos e máquinas, que resultam numa abordagem ao usuário fragmentada e mecanicista (CASTRO, 2013, p. 2).

Em contraposição a esse modelo, temos o Projeto de Reforma Sanitária que, adotando o conceito ampliado de saúde e guiando sua defesa a partir dos princípios do SUS, “visa configurar um perfil profissional comprometido com democratização do sistema público de saúde, pautado na participação popular, na universalização e descentralização dos serviços de saúde” (CASTRO, 2013, p. 2-3).

É necessário estabelecer a relação entre o debate da assistência à saúde e sua relação com as determinações sociais, já que é nessa conformação que localizaremos a perspectiva de humanização aqui defendida. Uma perspectiva que afirma

uma interpretação distinta do processo saúde-doença que, tendo como eixo seu caráter social, pode impulsionar a geração de um novo conhecimento a seu respeito. A importância disso não reside somente no fato de se poder agregar alguns elementos novos, mas de se oferecer a possibilidade de abordar toda a problemática de saúde a partir de um

ângulo diferente, isto é, como fenômeno coletivo e como fato social (LAURELL, 1983, p. 17).

Outra dimensão reforçada na proposta de humanização e que aparece na pesquisa é a comunicação e valorização da escuta e da autonomia da mulher no processo do parto, bem como seu poder de decisão a respeito de sua condução. Esse reconhecimento é pautado e reforçado pela Política Nacional de Humanização, que tem como pilar a atenção integral qualificada das mulheres.

Machado e Praça (2006, p. 276) vão colocar que “as informações a serem transmitidas aos clientes e deles recebidas são fundamentais”. Em diversos momentos aparece exposto nos trabalhos essa escuta e apoio à mulher enquanto princípios fundamentais da humanização da assistência que, apesar de ser um termo polissêmico e discutido a partir de tantos olhares, tem como componente fundamental essa forma de valorização da parturiente.

A qualidade da relação interpessoal entre os profissionais, gestantes e RN, traduzidas pela escuta, acolhimento, dignidade e respeito; iniciativas para estimular e promover o vínculo entre mãe/filho e aleitamento materno nas primeiras horas de vida; ações de desmedicalização do parto e nascimento; colocar em prática os direitos da paciente e dos princípios éticos do cuidado, minimizando danos e maximizando benefícios; além da permissão para acompanhante à parturiente (SOUZA et al., 2011, p. 485).

De maneira geral, as elaborações que encontramos sobre o tema versam sobre o alcance da humanização da assistência intimamente relacionado ao respeito e à escuta qualificada da mulher, para que essa forma de assistência substitua a construída historicamente, com base nas hierarquias e desigualdades presentes na relação médico x paciente.

Acreditamos também, que o empenho em manter o relacionamento entre os próprios profissionais e clientes, constitui-se parte da assistência obstétrica centrada nas necessidades da cliente, em que o respeito e a dignidade se tornem uma constante e sejam vistos como norma a ser praticada naturalmente (MACHADO e PRAÇA, 2006, p. 277).

Castro (2018) aprofunda a análise a respeito dos fundamentos da defesa da humanização e sua viabilidade na atual sociedade, considerando não ser possível alcançá-

la e modificando por dentro a estrutura posta que, de maneira fundamental, é desigual e contraditória. Apesar de reconhecer a necessidade e validade da transformação do acolhimento, da organização da equipe e do espaço institucional, a autora levanta aspectos de fundamental pontuação para a análise real do processo.

Longe de negligenciar esses aspectos, entende-se que relações solidárias, ações de responsabilidade, vínculo, escuta e acolhimento são importantes na prática em saúde. No entanto, esses elementos não podem ser tomados esvaziados de uma análise crítica dos serviços de saúde e das dificuldades de se viabilizar essa “perspectiva cuidadora” em um contexto de relações “desumanizadas” e de condições materiais precarizadas. Essas atitudes, postas como conduções individuais dos profissionais, esvaziam o caráter político e histórico do processo saúde/doença (CASTRO, 2018, p. 136).

Observamos ao longo da leitura a importância não só da escuta e boa comunicação entre profissionais e pacientes, como a específica notoriedade do papel da enfermagem e de outras mulheres que atuam na cena do parto. Portanto, o próximo eixo de discussão gira em torno dessas considerações.

De maneira geral, as elaborações em torno da proposta da humanização não aparecem articuladas às mudanças profundas na sociedade e na relação que se estabelece entre o saber médico e as mulheres. As soluções e etapas para alcançar a humanização do parto se limitam às modificações pontuais da relação entre profissional de saúde/paciente e na gestão e preparação do ambiente hospitalar para essa nova forma de conduzir o tratamento à parturiente.

Como princípio do capitalismo, reproduzido de diversas formas na sociabilidade e buscando controlar a ideologia absorvida pelos sujeitos, “a moral desempenha uma função ideológica: ainda que não diretamente, mas através de mediações complexas, reproduz os interesses de classe, contribuindo para o controle social” (BARROCO, 2009, p. 9). Diante dessa análise, observamos limites próprios da ordem burguesa no que se refere aos princípios da humanização.

Nesse sentido, a partir da disputa política que gira em torno dessa fundamentação, as políticas aparecem como resposta a essas reivindicações, de sujeitos que se contrapõem a esse modelo e contribuem de alguma forma para a apresentação de um novo modelo de atenção.

4.2.2. Assistência ao parto e profissões de Saúde

De acordo com o “Programa Humanização do Parto: Humanização do Pré-Natal e Nascimento” (BRASIL, 2002), um aspecto fundamental da assistência ao parto na interlocução com a humanização é a “atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde e a organização da instituição de modo a criar um ambiente acolhedor e a instituir rotinas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher” (BRASIL, 2002, p. 5).

Uma observação importante durante a leitura dos trabalhos é que grande parte dessas elaborações é publicada em revistas da área de enfermagem – nove (9), do total de dezenove (19).

As portarias instituídas pelo Ministério da Saúde no Brasil acima citadas contribuem para a modificação da forma como a enfermagem atua no parto e na equipe de saúde em si, a exemplo da Rede Cegonha, instituída pela Portaria nº 1.459/2011, que indica o “estímulo à implementação de equipes horizontais do cuidado nos serviços de atenção obstétrica e neonatal” (BRASIL, 2011). De maneira geral, as orientações do Ministério da Saúde estimulam a atuação de equipe multiprofissional, buscando a integralidade na atenção.

Com destaque especial nesse tema, a Portaria de nº 11 de 2015 (BRASIL, 2015), que institui os Centros de Parto Normal no âmbito do SUS, abre espaço para uma forma diferenciada de atenção ao parto, no que se refere às gestantes de baixo risco, que contam com a atenção das enfermeiras obstétricas ou “obstetrizes”, sem a presença do médico. Adiante problematizaremos elementos polêmicos dessa proposta.

Além disso, a Organização Mundial de Saúde recomenda esse fortalecimento da enfermagem na cena do parto, considerando o papel cumprido no sentido do cuidado, com vistas à humanização.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) enfatiza que o parto é um evento natural que não necessita de controle, mas sim de cuidados. Com base neste entendimento a OMS recomenda uma maior participação do Enfermeiro Obstetra (EO) na atenção ao parto, tomando como referência a ideia de que sua formação é orientada para o cuidado, e não para a intervenção. Assim, dentro desta perspectiva, a Organização Mundial de Saúde ressalta que a enfermagem obstétrica é a categoria profissional mais preparada para a mudança das práticas de violência e

consolidação de uma assistência segura ao processo de parto e nascimento (ISMAEL et al., 2020, p. 77).

Em 2019, o Ministério da Saúde publicou uma Nota Técnica para Organização da Rede de Atenção à Saúde, com foco na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada, denominada “Saúde da Mulher na Gestação, Parto e Puerpério: Guia de orientação para as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde”. Nesse documento é reforçada a atuação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, articulando uma atenção multiprofissional com acompanhamento de toda a equipe, desde os Assistentes Sociais, Psicólogos, até os Enfermeiros e Médicos atuando nas consultas a partir da gestão integrada da atenção (BRASIL, 2019c, p. 26-7)

Além disso, ou de forma congruente, isso se reflete na atuação profissional. Dessa forma, há o reconhecimento da importância desses profissionais na atenção ao parto.

É importante ressaltar que a enfermagem tem participado das principais discussões acerca da saúde da mulher, juntamente com movimentos sociais feministas, em defesa do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. Diante disto, o MS tem criado portarias que favorecem a atuação desta profissional na atenção integral a saúde da mulher, privilegiando o período gravídico puerperal, por entender que estas medidas são fundamentais para a diminuição de intervenções, riscos e conseqüente humanização da assistência, tanto em maternidades, como em casas de parto (MOURA et al, 2007, p. 453).

De maneira geral, há uma expectativa de que a enfermeira seja a profissional habilitada no sentido de construir esse modelo alternativo ao tradicional, no sentido de estar em uma posição em que existe maior probabilidade de um posicionamento favorável aos desejos da mulher na cena do parto. Essa pontuação fica clara no trabalho de Griboski e Guilherm (2006, p. 113) quando pontuam que “a enfermeira deve assumir o ônus da mudança, já que é reconhecida como o agente que possui vínculo mais estreito com a mulher”. É importante problematizar essa responsabilidade direcionada à enfermagem na condução do parto humanizado e, sobretudo, na mudança da assistência ao nascimento na atualidade. Considerando a necessária adoção do conceito ampliado de saúde, a cobrança deve ser pela consolidação de uma equipe articulada e com condições de atuar de maneira qualificada e conjunta para o tratamento humanizado e de qualidade.

Silva et al. (2005), ao discutirem a proposta da enfermagem para a assistência obstétrica na conjuntura atual, pontuam que o modelo “está pautado na humanização da

assistência, e tem como base, as políticas públicas de saúde, na perspectiva da integralidade, utilização tecnologias, valorização de crenças e modos de vida”, sendo portanto um polo que de certa forma se contrapõe a hegemonia do saber médico durante o parto e, como aponta as autoras, “com vistas à revalorização do feminino e abrir espaços para a autonomia da mulher no processo de parturição” (SILVA et al., 2005, p. 586-587).

Importante ressaltar que por meio da atuação do enfermeiro no parto se pode minimizar os números de violência contra a mulher, evitando intervenções inapropriadas na implantação de práticas como: presença de alguém da família/companheiro durante o trabalho de parto, conforto na posição, presença de partograma, ocitócicos no pós-parto, contato entre o RN e a mãe por pelo menos 30 minutos, ações que reduzem o conforto emocional e físicos, visando devolver a mulher sua auto confiança para lidar com a maternidade (ISMAEL et al., 2020, p. 77-78).

Na pesquisa realizada por Ismael et al. (2020), são analisados dados da “Pesquisa Nascer no Brasil”, realizada em 2012 com o intuito de estudar a atenção ao parto, bem como as intervenções observadas nesse processo. As autoras sintetizam alguns dados importantes para a análise: 20% das mulheres relataram ter sofrido violência obstétrica; e, das 54,5% que realizaram parto vaginal, apenas 5,6% tiveram seus partos sem intervenções. Esses dados trazem à tona a realidade do despreparo hospitalar para a consolidação de uma mudança da assistência, observado desde a estrutura em si até a formação e atuação da equipe de saúde. Isso se confirma quando o estudo dos atendimentos em si mostra que

somente 25,6% das mulheres puderam se alimentar durante o trabalho de parto, 19,8% tiveram seu direito a acompanhante respeitado, 46,3% puderam se movimentar livremente e para menos de um terço (28%) das mulheres foram oferecidos métodos não farmacológicos para alívio da dor. Ainda, condutas claramente proscritas continuam a serem utilizadas de forma indiscriminada, como a Manobra de Kristeller (37,3%) e a episiotomia (56,1%) (ISMAEL et al., 2020, p. 79).

Em pesquisa realizada na Maternidade do Hospital Universitário Antônio Pedro – Hospital-Escola da Universidade Federal Fluminense, localizado no município de Niterói (RJ) –, Malheiros et al. (2012) estudam a compreensão de enfermeiras e médicos, que atuam diretamente com as parturientes, a respeito da congruência entre sua atuação e as diretrizes propostas pelo Programa de Humanização.

Fica evidenciado o conhecimento dos entrevistados a respeito dos elementos que compõem a política de humanização, quando indicam utilizar “os preceitos institucionais ditados pelos órgãos afetos ao tema e aplicam esses conceitos na resolução de questões com as quais se defrontam diariamente: autonomia, fisiologia, conduta expectante e classificação de risco” (MALHEIROS et al., 2012, p. 335), apesar de não ser um padrão na assistência. Por outro lado, pontua-se o despreparo observado em alguns profissionais, que desconhecem as recomendações, comumente sendo vistos “agentes de saúde que admitem usar técnicas não recomendadas pela Organização Mundial de Saúde e que também contrariam as determinações do Ministério da Saúde para humanizar o parto e o nascimento” (MALHEIROS et al., 2012, 335-336).

Observa-se, no trabalho acima pontuado, um exemplo de equipe de saúde que tem buscado de alguma forma transformar o modelo de atenção ao parto a partir das diretrizes apresentadas pelo Ministério da Saúde para humanizar o atendimento. Porém, fica claro também, diante do estudo do material apontado, que não existe consolidado no Brasil um modelo de atenção ao parto que esteja em consonância com a proposta da humanização, ficando a cargo do entendimento individual de cada profissional o que deve ou não ser mantido em sua prática.

Souza et al. (2011), em pesquisa com profissionais de saúde da atenção ao parto em uma cidade do Mato Grosso, apontam a necessidade de capacitação dos profissionais para que os fundamentos da humanização sejam compreendidos e aplicados no cotidiano institucional. “Fica evidente a necessidade de investimentos na capacitação dos profissionais que atuam no processo de nascimento, enfocando além das tecnologias adequadas ao atendimento ao parto e ao recém-nascido, os aspectos atuais da humanização do processo de nascimento” (SOUZA et al., 2011, p. 488).

A respeito do investimento na preparação dos profissionais que atuam no parto, o “Programa de Humanização do Parto” prevê, no sentido de ampliar medidas do Ministério da Saúde já em andamento, como “o Projeto de Capacitação de Parteiras Tradicionais, além da destinação de recursos para treinamento e capacitação de profissionais diretamente ligados a esta área de atenção” (BRASIL, 2002, p. 5).

Tempesta e França (2021) inserem o papel das enfermeiras no bojo do “multifacetado movimento de humanização do parto e nascimento, formado por mulheres de classe média, médicos, enfermeiras, parteiras e doulas” (TEMPESTA e FRANÇA, 2021, p. 268), o que contribui também para a compreensão de sua importância na

modificação do paradigma no que se refere à forma de tratar a mulher e o recém-nascido desde o pré-natal até o puerpério, mudança essa também debatida em grande parte dos textos analisados na presente pesquisa.

Reis e Patrício (2005), que investigam as parturientes e profissionais de saúde de uma maternidade em Santa Catarina, pontuam:

O discurso dos participantes e a análise dos registros das observações à luz das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde mostraram que no contexto em estudo falta ainda muito para a aplicação efetiva daquelas ações preconizadas, seja por conta do desconhecimento da equipe acerca das diretrizes, seja por não estarem ainda sensibilizados para a importância da prática na promoção da saúde e, talvez, por não reconhecerem isto como um dever profissional e um direito das mulheres (REIS e PATRICIO, 2005, p. 229).

Questões polêmicas também envolvem, especialmente, o papel das enfermeiras na assistência ao parto. As Casas de Parto ou Centros de Parto Normal, preconizadas na Portaria nº 985/99 (BRASIL, 1999), têm como proposta resgatar o ambiente familiar proposto pelo parto fisiológico, anterior ao modelo biomédico, e se constituem em:

Centros de Parto Normal atendem as normas preconizadas em unidades de atendimento ao parto normal, localizadas fora do centro cirúrgico obstétrico. Dispõem de um conjunto de elementos destinados a receber a parturiente e seus acompanhantes, permitindo um trabalho de parto ativo e participativo, empregando práticas baseadas em evidências recomendadas e que os diferenciam dos serviços tradicionais de atenção obstétrica (MACHADO e PRAÇA, 2006, p. 275).

Esses espaços de atenção ao parto acabam representando “um redimensionamento dos papéis e poderes na cena do parto, com o deslocamento da função principal no parto normal, do médico obstetra para a enfermeira obstétrica” (MACHADO e PRAÇA, 2006, p. 275). Acabam sendo, então, um terreno em disputa para a consolidação desse novo modelo de atenção à mulher. Porém, envolve a disputa em torno do ato médico. Publicado no Editorial da Revista de Ginecologia e Obstetrícia em abril de 2004, o “Ato Médico / Casas de Parto” é formulado pela diretoria para responder a essa forma de organização da atenção ao parto. No texto citado, fica clara a polêmica que gira em torno do papel da enfermagem nesses espaços e da discordância por parte dos médicos diante dessa configuração. O documento defende que “a sociedade exige atendimento de qualidade e excelência, não podendo ser enganada na assistência que lhe é devida por profissionais

inabilitados e aventureiros” (ATO..., 2004, p. 175). O documento afirma ser o médico o único profissional habilitado para desenvolver tal função, sugerindo reconhecer a importância dos outros profissionais, que desempenham funções diversas, mas que não se enquadram em uma atenção de qualidade à parturiente e ao recém-nascido.

Em 2018, o Conselho Federal de Medicina lança o Parecer CFM nº 2/2018, discutindo a legalidade da atividade das enfermeiras obstétricas nas Casas de Parto. O documento coaduna com o Ato Médico acima citado, estabelecendo longa análise a respeito da estrutura, organização e fundamentos desse espaço, e concluindo que essa atuação “isolada” das enfermeiras prejudica a segurança do binômio materno-fetal, não atendendo aos preceitos de uma boa assistência, além de não ser uma atribuição prevista na Lei que regulamenta a profissão. A proposta das Casas de Parto, portanto, representa um novo direcionamento a respeito da condução do parto e, conseqüentemente, se constitui como terreno de disputa, já que historicamente esse foi um espaço de controle exclusivo do médico.

Outro debate que se destaca na atualidade, propondo-se a um tratamento diferenciado do modelo médico, é o da presença e acompanhamento das doulas e educadoras perinatais¹⁷ na assistência ao parto.

Tempesta e França (2021) debatem a importância de ambas na socialização de informações a respeito das experiências no processo do parto, na problematização da contradição entre essas múltiplas vivências e a crítica ao modelo de parto, que busca hegemonizá-las. Esse esforço, segundo as autoras, “resulta em uma pedagogia reprodutiva contra-hegemônica” (TEMPESTA E FRANÇA, 2021, p. 283).

Em pesquisa realizada pela EPSJV/FIOCRUZ e ADOULASRJ (2020/2021) de mapeamento de doulas em cinco estados do Brasil (NEVES, 2022), fica clara a desvalorização e falta de reconhecimento das profissionais – (95%) –, bem como a impossibilidade de sustentar-se apenas com esse trabalho, uma vez que 75% das doulas têm outra fonte de renda.

Importante ressaltar que a pesquisa demonstrou que 58% das mulheres atendidas pelas doulas são da classe média e 35,4% de classe média-baixa. Representando menos de 10% dos atendimentos, as mulheres de classe baixa não podem experimentar esse

¹⁷ A educação perinatal gira em torno da preparação da mulher desde a gravidez até o pós-parto, sobretudo com informações relativas aos processos que serão vivenciados, objetivando trazer a mulher para o campo das decisões a respeito de seu parto.

atendimento, o que ilustra o debate da determinação de classe e, conseqüentemente, a barreira que se ergue para a universalização do atendimento humanizado ao parto.

Outro elemento de destaque é a desvalorização somada à resistência, por parte das equipes, em estabelecer um trabalho conjunto com as doulas. Essa realidade, como aponta Barbosa et al. (2018), gera atitudes de luta, fuga e institucionalização.

Ao debater o aspecto da fuga, ressalta-se que a mesma ocorre do setor público para o setor privado, ou seja, as mesmas passam a incorporar equipes contratadas de forma particular por mulheres com condição financeira para tal. Dessa forma, avança-se na mercantilização e elitização desse serviço. “Ela passa, portanto, de um dispositivo emblemático do movimento da humanização para mais uma forma de mercantilização da saúde em busca de um cuidado respeitoso. De ‘calcanhar de Aquiles’ do modelo biomédico tradicional, como se vê no sistema público, passa a compor os combos das equipes ‘humanizadas’ no serviço privado”. (BARBOSA et al, 2018, p. 426).

Como o enquadramento das profissões, de maneira geral no capitalismo, é cooptado de acordo com a lógica de mercado, não é diferente no caso da profissionalização das doulas. Portanto, mantêm-se os desafios de consolidação dessa contraproposta ao modelo médico institucionalizado na atualidade, já que ainda não se observa passos no sentido da proposta de universalização do atendimento proposto pelo Movimento da Humanização e pelas doulas em particular.

4.2.3 Humanização x Violência obstétrica

Outro aspecto que o Programa de Humanização do Parto destaca refere-se à adoção de medidas contrárias às práticas intervencionistas desnecessárias, “que embora tradicionalmente realizadas não beneficiem a mulher nem o recém nascido, e que com frequência acarretam maiores riscos para ambos” (BRASIL, 2002, p. 5).

Essa indicação coloca-se no âmbito do debate da violência obstétrica. No que se refere aos fundamentos políticos, econômicos e culturais da violência obstétrica e do controle do parto de maneira geral, as autoras pontuam que essa confluência “deu origem, no século XIX, ao modelo do indivíduo racional e da família nuclear heteronormativa articula-se diretamente ao processo de patologização, medicalização e hospitalização do parto” (TEMPESTA e FRANÇA, 2021, p. 266).

Demonstram que as mulheres pobres foram usadas como cobaias para o desenvolvimento de novas tecnologias obstétricas, sendo que as inovações e melhorias no atendimento assim obtidas eram reservadas para as mulheres brancas da elite (TEMPESTA e FRANÇA, 2021, p. 267).

O momento em que essa configuração muda ocorre no fim do século XVI – com a criação do fórcepe obstétrico, um instrumento feito para facilitar as manobras de retirada do bebê no parto, que acabou por representar a necessidade e justificativa da intervenção médica nesse processo. A partir disso, já no século XVII é observada também a descoberta da ovulação, o que automaticamente coloca a mulher em um local de fragilidade e necessidade de cuidado e controle por parte do saber médico – e masculino (NAGAHAMA e SANTIAGO, 2005).

A partir de meados do século XIX, portanto, a defesa do setor médico já era a de “hospitalização do parto e da criação de maternidades. O parto deixou de ser privado, íntimo e feminino, e passou a ser vivido de maneira pública, com a presença e interferência de outros atores sociais” (NAGAHAMA e SANTIAGO, 2005, p. 655-656).

Uma vez que o parto é descrito como um evento medonho, a obstetrícia médica oferece um apagamento da experiência. Durante várias décadas do século 20, muitas mulheres de classe média e alta no mundo industrializado deram à luz inconscientes. O parto sob sedação total (“sono crepuscular”, ou twilight sleep) começou a ser usado na Europa e nos Estados Unidos nos anos 10, e fez muito sucesso entre os médicos e parturientes das elites. Envolve uma injeção de morfina no início do trabalho de parto e, em seguida, uma dose de um amnésico chamado escopolamina, assim a mulher sentia a dor, mas não tinha qualquer lembrança consciente do que havia acontecido. Geralmente o parto era induzido com ocitócitos, o colo dilatado com instrumentos e o bebê retirado com fórceps altos. Como a escopolamina era também um alucinógeno, podendo provocar intensa agitação, as mulheres deveriam passar o trabalho de parto amarradas na cama, pois se debatiam intensamente e às vezes terminavam o parto cheias de hematomas. Para evitar que fossem vistas nesta situação vexatória, os leitos eram cobertos, como uma barraca (Wertz, 1993). No Brasil, o parto inconsciente teve em Magalhães um expoente: ele desenvolveu para uso no parto a mistura de morfina com cafeína: “Lucina”, um dos nomes da deusa Juno (Magalhães, 1916) (DINIZ, 2005, p. 628).

Com a consolidação desse modelo de atenção às mulheres, combinada à permanência dos elementos que constituem a base da sociabilidade burguesa, as mulheres negras experimentam uma realidade diferenciada em seus partos, estando em um local de vulnerabilidade ainda mais complexo. Consideram

que o modelo obstétrico tecnocrático oblitera os aspectos misteriosos, imprevisíveis e relacionais da vida, da morte, da dor, do prazer e da potência humana, e se utiliza de uma pedagogia da violência para domesticar e disciplinar as experiências reprodutivas, produzindo padrões rígidos e reproduzindo estereótipos que aprofundam opressões (TEMPESTA e FRANÇA, 2021, p. 282).

Diante desse debate das construções sociais, é importante pontuar a naturalização e imposição da função da maternidade às mulheres de forma generalizada e opressora, aprisionando-as a essa realidade, que muitas vezes não corresponde à sua própria escolha, mas a uma ideologia que a sociedade coloca e acaba sendo propagada pelo senso comum. Isso se coloca da mesma forma quando pensamos nas violações vivenciadas pelas mulheres durante o parto e em todo o processo da gravidez, muitas vezes naturalizadas e tidas como “necessárias” pela maioria da população e dos profissionais de saúde, uma vez que essa função naturalmente da mulher inclui vivenciar esse tipo de realidade e suportá-la, já que não passa de sua função.

No Brasil, e nos países periféricos de maneira geral, em todos os aspectos e no que tange às opressões, não é diferente. As contradições do sistema capitalista são vivenciadas de maneira mais extrema e complexa, sendo as desigualdades experimentadas de forma mais acentuada e, para as mulheres, os retrocessos são visíveis em muitas áreas da vida social.

A questão da ausência dos direitos específicos no que se refere aos direitos reprodutivos das mulheres, como o direito ao aborto – que foi conquistado na maioria dos países do Norte a partir dos anos 1970 e que é ainda proibido na maioria dos países da América Latina -, e aos direitos sexuais que tem sido recorrentemente pesquisada nos países desse bloco. Inúmeras questões relativas à saúde reprodutiva foram trabalhadas, como a esterilização feminina, as cesarianas desnecessárias, a mortalidade materna, entre outras, demonstrando o quanto foi e é necessária a utilização de uma abordagem de gênero na saúde (SCAVONE, 2008, p. 178).

A respeito dos movimentos de mulheres que se fortalecem no Brasil na década de 1980, é visto o caráter fortemente contrário à forma autoritária de tratamento das questões relativas aos direitos das mulheres e, portanto, a relação entre a conjuntura política e social da ditadura militar e a conformação consequente dos movimentos sociais e feministas.

Entendido como uma estratégia política, o conceito de direitos reprodutivos teve um forte caráter de contestação do modelo autoritário de saúde da mulher, estando diretamente relacionada aos direitos ao aborto seguro e legal, à igualdade entre os gêneros, no que diz respeito às responsabilidades contraceptivas e reprodutivas, ao acesso à informação e aos meios de controle da própria fecundidade, e à liberdade sexual e reprodutiva sem discriminação, coerção ou violência (FARIAS e CAVALCANTI, 2012, p. 18).

As denúncias relacionadas a esta forma de violência ganham destaque cada vez maior na atualidade e isso se observa de forma mais expressiva com a difusão extremamente veloz de informações por meio, principalmente, da internet. Encontramos no material estudado indicações de um necessário posicionamento por parte das mulheres diante da violência, como se existisse uma consciência naturalmente posta, assimilada de forma simples e que deva se expressar no sentido de uma batalha individual pelos próprios direitos. Esse tipo de indicação, fundamentalmente limitada, não compreende as raízes da violência e não alcança os elementos centrais de sua superação.

As mulheres precisam ser educadas, dando a elas estímulo para serem protagonistas de suas vidas, incluindo não só a vida reprodutiva, mas também seu empoderamento, para se defender da discriminação e da violência. Indivíduos respeitados no seu processo de nascer (acolhidos) são, potencialmente, futuros cidadãos resolvidos, com menor potencial para se envolverem com a droga e a violência. “Para mudar a vida é preciso primeiro mudar a forma de nascer” (CASTRO e CLAPIS, 2005, p. 966).

Griboski e Guilhem (2006, p. 110), contrapondo a compreensão acima exposta, pontuam que “se não está claro para as mulheres quais seriam seus direitos e como elas podem reivindicá-los, fica difícil transpor a lacuna que lhes permitiriam o exercício da autonomia e o poder de decisão”. Nesse processo, vemos a importância da organização coletiva. Grupos como a Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (ReHuNa), a Rede Parto do Princípio, nacionais, a Associação de Doulas do Rio de Janeiro (ADoulasRJ) e o Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, em São Paulo, conformam-se como organizações independentes de combate e denúncia relativas à violência obstétrica sofrida pelas mulheres, o que contribuiu para o aumento da divulgação desses episódios na atualidade.

No que se refere a gestação e parto, vários médicos “dissidentes”, enfermeiras obstétricas e doulas passaram a replicar nas redes sociais dados atualizados providos pela MBE¹⁸, obtidos na Plataforma Cochrane, para fundamentar denúncias de que grande parte dos procedimentos de rotina utilizados nos hospitais carece de fundamento científico, sendo que vários deles não apenas não trazem qualquer benefício para a mulher ou o feto como podem inclusive trazer malefícios mais ou menos graves para ambos. Nesse período, o compartilhamento de tais relatos e também de dados científicos atualizados abriu um espaço de debate público que vem se alargando, no qual se gestou algum grau de consciência crítica, o que tem permitido explicitar e desnaturalizar um amplo conjunto de abusos, agressões e negligências característicos do modelo obstétrico tecnocrático (TEMPESTA e FRANÇA, 2021, p. 270-271).

No que se refere ao debate de raça e a complexidade dessa determinação na cena do parto, na leitura inicial realizada do material, foi observada a falta de problematização dessa questão. Compreendendo como necessária à análise dessa determinação especificamente no que se refere à violência obstétrica, já que se apresenta às mulheres de forma mais brutal com raízes sociais profundas, analisaremos a pesquisa pontuada de forma mais minuciosa. É necessário colocar o questionamento fundamental desse debate, o de que “o controle médico sobre os corpos femininos não opera da mesma forma para mulheres negras – geralmente representadas como fortes e ‘hipersexualizadas’ – e para mulheres brancas, representadas como frágeis e recatadas” (TEMPESTA e FRANÇA, 2021, p. 264).

A determinação de classe e raça é demonstrada pelas autoras como peça chave para entender a configuração atual da atenção ao parto no Brasil, quando se considera que “se todas as mulheres estão sujeitas a sofrer violência durante o ciclo gravídico – puerperal, são as mulheres racializadas, pobres ou com deficiência as que têm as maiores chances de perder a vida e/ou de perder seu bebê” (TEMPESTA e FRANÇA, 2021, p. 275).

Considerando o contexto das hierarquias reprodutivas engendradas no período escravocrata, perceberemos o delineamento de alguns pressupostos culturais de longa duração, tais como: mulheres negras são mais “fortes” (ou seja, teriam maior tolerância à dor, logo não precisariam de anestesia, por exemplo), mulheres brancas das classes média e alta não devem ter o corpo “estragado” pelo parto (daí a necessidade de recorrer a tecnologias preventivas ou reparadoras do ponto de vista estético, como a episiotomia e a cesariana), mulheres pobres têm filhos “demais”, mulheres com deficiência não deveriam ter filhos, dentre outros (TEMPESTA e FRANÇA, 2021, p. 275).

¹⁸ Medicina Baseada em Evidências

Observamos, novamente, que as desigualdades fundamentais da sociedade capitalista de produção, bem como as determinações que compõem essa sociabilidade, permanecem se manifestando em diversos cenários do cotidiano. Na atenção ao parto não é diferente. Apesar dos esforços empreendidos no sentido da humanização, permanece viva e ainda desigual a violência empreendida sobre as mulheres negras, vistas como sujeitos que devem ou “merecem” de fato ser tratadas de forma diferenciada. Esses elementos sustentam a discussão da real possibilidade de alcançar esse modelo proposto na atualidade.

4.3 O MODELO DE PARTO QUE QUEREMOS É POSSÍVEL?

O debate da humanização da saúde e do parto especificamente, em grande parte das construções teóricas, está no campo das reivindicações de caráter institucional, relativas à adequação do espaço e da equipe, convencimento dos gestores, tratamento baseado no cuidado e carinho, com a necessária, porém rasa, autonomia da mulher.

Mais do que a intervenção na atenção ao parto de forma direta, com melhorias pontuais e discretas, busca-se uma modificação no que se entende por capacidade de parir e necessidade de intervenções para que o nascimento seja possível. Isso diz respeito ao que de maneira geral é sintetizado pelo resgate do caráter fisiológico do parto, que necessariamente reconhece a mulher como protagonista desse transcórre do processo.

Defendemos que o modelo de parto/assistência humanizado buscado tem relações diretas com o debate que Marx (2009b) faz em sua obra “A questão judaica”, sobre emancipação política e emancipação humana:

A emancipação *política* é, sem dúvida, um grande progresso; ela não é, decerto, a última forma da emancipação humana, mas é a última forma da emancipação política *no interior* da ordem mundial até aqui. Entende-se: nós falamos aqui de emancipação real, de [emancipação] prática (MARX, 2009b, p. 52).

A sociedade capitalista e, nessa análise, a democracia como uma das formas de organização, tem como fundamento de sua existência a impossibilidade dessa plena realização dos indivíduos, seja em seu caráter individual, da vida privada, seja como ser humano que se relaciona com outros homens e que é partícipe de uma comunidade.

Partindo desse caminho para refletir sobre os limites da plena realização do ser humano, retomo à polêmica da emancipação no sentido de compreender que lugar esses sujeitos ocupam na sociedade, que Marx (2009b, p. 63) considera os direitos humanos como “os direitos do membro da sociedade civil, do homem egoísta, do homem separado dos outros homens e da comunidade” e o que significa a plena emancipação humana nesse aspecto.

Trindade (2011), ao analisar o discurso liberal – que ganha maior força na primeira metade do século XX – que fundamenta “a convicção de que não bastaria alguém nascer do ventre de uma mulher para ser imediatamente reconhecido como humano, ou como ‘integralmente humano’”, faz uma colocação muito prudente sobre as determinações dessa condição “humana” na sociabilidade burguesa que enraíza essas compreensões liberais dos indivíduos:

Conforme a condição social, o gênero, a origem racial e até geográfica desses assim nascidos, ainda faltaria adquirir ou desenvolver certas “qualidades” ou “atributos” antes de serem dados por plenamente humanizados – o que justificava, sem qualquer constrangimento moral, a restrição parcial de seus direitos, ou sua interdição completa. Tudo perfeitamente lógico e racional (TRINDADE, 2011, p. 52-53).

Quando o autor faz uma discussão dos direitos humanos defendidos naquela que se coloca como símbolo da revolução burguesa – igualdade, liberdade, propriedade e segurança –, busca “extrair um balanço do legado liberal dos direitos humanos que a Revolução Francesa faria reverberar no imaginário das burguesias de quase todos os países do ocidente” (TRINDADE, 2011, p. 57). Nesse balanço, o autor levanta, que esses direitos “representaram o triunfo ideológico e legal de uma concepção não-universal de ser humano – concepção restrita a uma matriz branca, masculina, rica ou quase rica, e de padrão civilizatório eurocêntrico” (TRINDADE, 2011, p. 57).

Para Marx e Engels, como bem aponta Mascaro (2015, p. 25), não é pela via do fortalecimento do Estado e dos direitos que o socialismo será alcançado, mas, ao contrário, com “o fim das relações de produção capitalistas e, por decorrência, o fim do Estado e do direito tal como o conhecemos”. Dessa forma, mesmo que o movimento feminista conquiste avanços importantes no sentido de ampliar os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres e as condições em que se realizam os partos hoje no Brasil, as

mulheres nessa sociedade nunca poderão exercer de forma plena sua sexualidade, sua maternidade e nem o seu ser social.

Nesse sistema, os indivíduos estão inscritos na dinâmica das classes sociais, permeados pelas categorias de gênero, raça, orientação sexual, identidades, e todos esses elementos determinam não só acesso e negação de direitos, como situações de violência, apropriação, desumanização a que são grande parcela da população mundial.

O repetitivo discurso moralizante presente na mídia, em certos meios de comunicação de massa, ao incentivar direta ou indiretamente o ethos liberal burguês, a violência, a abstração, o moralismo e o conservadorismo, fortalece a descrença na política, em sua forma democrática, reforçando apelos à ordem, a medidas repressivas, a soluções morais para a crise social (BARROCO, 2009, p. 2).

Analisando a racionalidade que envolve esse complexo, Moura (1994, p. 33) localiza-a compreendendo que “representava, e atualmente ainda representa, uma negação e/ou fuga de nosso ser étnico, cultural e político, expressa através de uma produção estimulada pelo neocolonialismo; em outras palavras, o imperialismo tecnocrático”.

O capitalismo tem como projeto separar os sujeitos de sua natureza e desumanizá-los, de forma que tudo, inclusive os corpos, admitem a forma de mercadoria e, portanto, busca-se “objetificar” a totalidade dos elementos que nessa sociedade existem.

Surge, assim, esse grande conceito que identifica um dos fundamentos do próprio marxismo. Há classes sociais. O problema do mundo é que ele se divide por elas. A questão não é o partido, o Estado, o governo, os poderes legislativos, executivos ou judiciários, a democracia ou a eleição. Essas divisões que estão na órbita do Estado, para nós, guardam problemas e não alcançam o fundamental. Ficar refém de seus termos não ajuda a explicar a sociedade de um modo melhor. A chave para a compreensão é entender que o mundo é capitalista e está fraturado em classes sociais (MASCARO, 2015, p. 17).

Dialogando com a elaboração de Mascaro (2015) e buscando fazer uma aproximação com o debate do objeto, essa individualização e particularização dos indivíduos, que busca aliená-los da identificação de pertencimento à uma classe social, no capitalismo, também busca invisibilizar/menosprezar as divisões de gênero e de raça que estruturam os sujeitos e são demandas do capitalismo, como já foi sinalizado anteriormente. Esse tipo de ideologia é útil ao sistema, na medida em que falseia essas

questões, buscando dificultar o avanço na consciência, a aproximação entre os diversos grupos e conseqüentemente sua organização e mobilização política para atuar diante dessa realidade.

Ao colocar de forma muito coerente esse caráter do Estado burguês, Luxemburgo (2015) afirma que a política do Estado, “assim como a da burguesia, entra em conflito com o desenvolvimento social” (LUXEMBURGO, 2015, p. 57) e, quanto mais acirrado se apresenta esse conflito, mais claro fica o caráter de classe desse Estado. E então, observa-se que o caráter de representante da sociedade em conjunto e esse caráter de classe, “essas duas qualidades se distinguem uma da outra e se intensificam, formando uma contradição na própria natureza do Estado” (LUXEMBURGO, 2015, p. 57-58).

Por essa discussão acima colocada, reforço a afirmação de que a luta das mulheres deve estar localizada na perspectiva de destruição da ordem social posta na atualidade, que nega direitos a setores inteiros, explorados todos os dias pela conformação desse sistema que, além de explorar sua força de trabalho, oprime esses sujeitos como tática para superexploração e subalternização. Cisne (2018), ao debater essa necessidade, coloca que “intervindo coletivamente para a superação dessas relações antagônicas é que podemos nos afinar em torno de outro projeto societário emancipatório, com o qual podem ser criadas as possibilidades de sermos radicalmente livres” (CISNE, 2018, p. 212).

A fim de que o debate da humanização da assistência seja de fato levado às últimas possibilidades, dentro da ordem burguesa, é necessária a incorporação e sistemática participação do movimento feminista em geral. A organização de movimentos de mulheres e iniciativas no sentido da ampliação dos direitos estão historicamente presentes nessa disputa. Grupos de mulheres como o Centro Feminista de Estudos e Assessoria (CFEMEA), portais de divulgação de elaboração do gênero, como Geledés – Instituto da Mulher Negra e a Revista de Estudos Feministas da Universidade Federal de Santa Catarina contribuem significativamente para o debate em torno das estratégias para o avanço na mobilização das mulheres e discussão coletiva em torno das pautas comuns.

5 CONCLUSÃO

A partir das reflexões desenvolvidas, destacam-se algumas questões importantes para construir a síntese do debate.

Existe uma matriz defendida pela burguesia – masculina, branca e portadora do saber técnico e científico – que cria ideologias para afirmá-la e, na realidade concreta, segregam, subjagam e violentam com base em determinações que se transformam em desigualdade. Portanto, observam-se diversas formas de dominação que reforçam essa concepção não-universal do ser humano e expressam-se nas opressões vivenciadas pelas mulheres, negras e negros, LGBTs, indígenas e todos os sujeitos que se enquadram fora dessa matriz.

Ao estudar a sociedade brasileira pré-capitalista e, especialmente, o lugar da mulher indígena e escravizada nesse contexto, observamos que as raízes do capitalismo brasileiro estão determinadas por elementos dessa sociedade anterior. Dessa forma, tendo a violência e a dominação como base, os grupos acima citados são intensamente explorados e expropriados e isso forma a base da sociabilidade capitalista.

No que se refere ao parto, nos povos indígenas observa-se a compreensão fisiológica desse processo, bem como sua condução de forma natural e sem intervenções. O parto fisiológico, que acompanha esse modelo, é de maneira geral conduzido apenas por mulheres, respeitando o tempo e o processo natural. Já para as mulheres negras escravizadas no Brasil, o parto e o filho são de posse do senhor e, conseqüentemente, é ele quem determina como se darão os processos e se a maternidade vai ser vivida por essas mulheres.

A colonização se constrói, então, com base na dominação desses povos e, no caso das mulheres, da violência sexual como forma de controle e subjugação. Nessa configuração, o capitalismo brasileiro, que se desenvolve absorvendo elementos dessa formação social, tem a violência como base e essa direcionada fortemente ao setor de mulheres, de negras e negros.

O parto, um processo historicamente tido como fisiológico e natural, na sociedade capitalista passa a ser determinado por uma lógica diferente. Essa lógica é reforçada por instituições que garantem sua reprodução, sendo o saber médico uma das centrais para compreender as transformações observadas nesse evento. Essas transformações, guiadas a partir da ideia do controle da mulher, são reforçadas pelo Estado e pela Igreja Católica.

Com a medicalização da sociedade e a hospitalização do parto, as mulheres perdem o papel central na cena do parto, que passa a ser coordenado e conduzido pelo médico, a partir da ideia de que os corpos necessitam de controle e de que o parto é um evento potencialmente perigoso. Diante dessa visão, o parto deixa de ser um processo natural e passa a sofrer diversas intervenções. Paralelamente, os saberes tradicionais das mulheres, únicas responsáveis por esse evento anteriormente, foram intensamente criticados e combatidos.

A medicalização do parto representa, por um lado avanços importantes no sentido do controle da mortalidade materna e neonatal e de outras complicações, apesar desse avanço ser acompanhado de uma forma violenta de condução do processo e, além disso, de um padrão de intervenções prejudiciais e/ou desnecessárias. Unido a isso, a estrutura hospitalar e a hierarquia posta pela presença do médico fazem com que esse processo seja permeado de contradições.

A autonomia das mulheres para decidirem sobre seus direitos sexuais e reprodutivos, bem como a forma como vai acontecer o seu parto e tudo o que envolve a maternidade, é determinado pelo capitalismo. Nessa sociedade, em que tudo adquire forma de mercadoria¹⁹, existem limites concretos à busca pelo sentido fisiológico e natural de qualquer processos e com o parto, assim como em todos os outros processos, não seria diferente.

Essa situação imposta às mulheres gera respostas, historicamente, com intensos processos de luta e reivindicação em torno dos direitos sexuais e reprodutivos e, desde a década de 1970 e especialmente a de 1980, fortalece-se no Brasil o movimento de humanização da assistência à saúde e ao parto.

Essa proposta busca: mudanças na assistência à saúde; um novo paradigma para a condução do parto; e profissionais e estruturas melhor preparados para um parto respeitoso. O Estado responde a essas demandas com políticas direcionadas nesse sentido, com especial atenção à Política Nacional de Humanização (PNH) e o Programa de Humanização do Parto e Nascimento, que avançam no sentido de uma atenção diferenciada para as parturientes. Essas iniciativas representam vitórias importantes, fruto de forte mobilização das mulheres, mas se encontram no limite do direito na ordem burguesa.

¹⁹ Para aprofundamento desse debate, cf. KONDER (1999).

É importante, portanto, reconhecer esses limites do movimento pela humanização da assistência ao parto em particular e da saúde de forma geral, como um fim em si mesmo, pois no capitalismo não há tratamento humanizado garantido para sujeitos que, historicamente, têm sua humanidade e direitos negados.

É fato que devemos questionar o tratamento desumano que as mulheres recebem nos hospitais, sobretudo quando se observa a determinação de raça e uma crueldade ainda maior, sendo essa uma questão importante para qualquer análise relativa à violência contra a mulher. Porém, não podemos distanciar esse debate de um mais amplo sobre o machismo e o racismo como determinações da estrutura da sociedade. Somente a partir dessa análise é possível articular de fato o modelo médico hospitalar atual aos fundamentos próprios dessa sociabilidade.

A estrutura posta é desigual e contraditória. Apesar de reconhecer a necessidade e validade da transformação da assistência à saúde, ela não será universal e profunda diante dos limites pontuados. Isso é observado durante o estudo, quando verificamos a inexistência de uma prática comum a todas as instituições e equipes, sendo ainda ligadas a atitudes individuais de uma parcela dos profissionais. “Essas atitudes, postas como conduções individuais dos profissionais, esvaziam o caráter político e histórico do processo saúde/doença” (CASTRO, 2018, p. 136).

É preciso reconhecer, portanto, que nos marcos do capitalismo não haverá forma respeitosa e humanizada de nascer garantida a todos os indivíduos, uma vez que esses já nascem em contextos determinados e inseridos em classes sociais determinadas, o que faz com que essas mães e esses bebês recebam tratamentos também determinados por esses elementos.

A defesa dessa “saída humanizada”, bem como do projeto reformista de sociedade, são verdadeiras utopias se buscamos de fato uma análise real das contradições fundamentais da sociedade burguesa. Então, compreendendo que essa sociedade se ergue a partir da violência e da desigualdade de classes, alternativas que não buscam mudanças estruturais são necessariamente limitadas, visto que essas saídas de maneira nenhuma serão “universalizantes” ou modificarão de forma substancial a realidade da classe trabalhadora.

Existe a necessidade latente de uma mudança na atenção à saúde de maneira geral e na forma de nascer conduzida como padrão na atual realidade brasileira. Porém, diante da falta de investimento na política, bem como do peso que tem a hierarquia do saber

médico e proposta da estrutura hospitalar em si, construída para o controle, é contraditório pensar a possibilidade de uma saída humana a partir de reformas.

Diante do debate desenvolvido acima e das reflexões feitas, vê-se claramente a atual desumanização do nascer no Brasil, que, apesar de avanços importantes, não caminha no sentido de derrubar o tradicional modelo posto.

As convenções compreendidas como padrão a ser seguido por todos os profissionais que atendem as parturientes, bem como as violências tão comuns nesse cenário, devem ser combatidas de forma organizada pelas mulheres. Mas acreditamos que para agir de fato sobre essa realidade, sem a ilusão de um modelo inatingível e utópico – o parto humanizado no capitalismo –, é importante o fortalecimento de grupos de mulheres que atuem de forma conjunta no sentido de questionamento da atual situação e, além disso, sistematização de pautas comuns a serem cobradas pelo movimento articulado.

E, em última instância, é importante compreender que a luta por um parto respeitoso e, de maneira geral, por um atendimento à saúde de qualidade para todos, deve começar questionando a existência desse modo de produção. Então, nesse sentido, a proposta de humanização aqui defendida exige, necessariamente, a compreensão das determinações centrais dessa configuração e a inserção do debate do parto como um processo social, coletivo e inserido na dinâmica global da sociedade.

Somente a partir da eliminação das classes sociais e, conseqüentemente, das desigualdades, será possível resgatar a concepção humana dos sujeitos, em sua totalidade e valorizando toda sua potencialidade. De agir, de sentir, de se relacionar, de ser e de parir.

REFERÊNCIAS

- ATO Médico / Casas de Parto. [Editorial]. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, vol. 26, n. 3, p. 175, abr. 2004.
- ÁVILA, Maria Betânia; FERREIRA, Verônica (Org.). **Trabalho remunerado e trabalho doméstico no cotidiano das mulheres**. Recife: SOS Corpo, 2014.
- BARBOSA, Murillo Bruno Braz; HERCULANO, Thuany Bento; BRILHANTE, Marita de Almeida Assis; SAMPAIO, Juliana. Doulas como dispositivos para humanização do parto hospitalar: do voluntariado à mercantilização. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 117, p. 420-429, abr.-jun. 2018.
- BARROCO, Maria Lúcia S. Barbárie e neoconservadorismo: os desafios do projeto ético-político. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 106, p. 205-218, abr./jun. 2011.
- BARROCO, Maria Lúcia S. **Fundamentos éticos do Serviço Social**. Curso de especialização à distância. Serviço Social: Direitos sociais e competências profissionais. Brasília: Abepss, 2009.
- BATISTA, Sheila Maria dos Santos. **Saberes tradicionais das parteiras e a Política de Parto no interior do Rio de Janeiro**: um estudo de caso em Quissamã. 2016. 152 f. Dissertação (Mestrado em Políticas Sociais) – Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro, Campos dos Goytacazes, 2016.
- BERSANI, Humberto. Aportes teóricos e reflexões sobre o racismo estrutural no Brasil. **Revista Extraprensa**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 175-196, jan./jun. 2018.
- BEVILACQUA, Paula Dias; SILVA, Alice Inês de Oliveira e; LOPES, Maria de Fátima; BARLETTO, Marisa; LISBOA, Eleniz Soares; CARVALHO, Alice Assis; DIAS, Silvano Souza. **Direitos da gestante**: conhecer para exigir. Viçosa: Universidade Federal de Viçosa, Núcleo Interdisciplinar de Estudos de Gênero, 2008.
- BOURGUIGNON, Ana Maria; GRISOTTI, Marcia. Concepções sobre humanização do parto e nascimento nas teses e dissertações brasileiras. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, vol. 27, n. 4, p. 1230-1245, 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Recomendação nº 24, de 16 de maio de 2019**. 2019b. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/recomendacoes/2019/Reco024.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Mulher na Gestação, Parto e Puerpério**: Guia de orientação para as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde, 2019c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa Humanização do Parto: Humanização no Pré-Natal e Nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Despacho DAPES/SAS/MS, de 03 de maio de 2019**.

2019a. Disponível em:

https://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&codigo_verificador=9087621&codigo_crc=1A6F34C4&hash_download=c4c55cd95ede706d0b729845a5d6481d07e735f33d87d40984dd1b39a32d870fe89dcf1014bc76a32d2a28d8f0a2c5ab928ff165c67d8219e35beb1a0adb3258&visualizacao=1&id_orgao_acesso_externo=0. Acesso em: 25 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Saúde. **História e Evolução dos Hospitais**. Reedição. Rio de Janeiro: Divisão de Organização Hospitalar, 1965. (1ª ed. em 1944).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 985, de 05 de agosto de 1999**. Brasília: Diário Oficial da União, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 11, de 7 de janeiro de 2015**. Redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento, em conformidade com o Componente PARTO E NASCIMENTO da Rede Cegonha, e dispõe sobre os respectivos incentivos financeiros de investimento, custeio e custeio mensal. Brasília: Diário Oficial da União, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000**. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Diário Oficial da União, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília: Diário Oficial da União, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Caderneta da Gestante**. 6ª ed. Brasília: Coordenação de Saúde das Mulheres, 2022.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. *In*: MOTA, Ana Elizabete; BRAVO, Maria Inês de Souza; UCHÔA, Roberta; NOGUEIRA, Vera; MARSIGLIA, Regina; GOMES, Luciano; TEIXEIRA, Marlene (Org.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 4ª ed. São Paulo: Cortez, 2009. v. 1, p. 88-110.

BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo de. **Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade**. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011.

BRENES, Anayansi Correa. História da parturição no Brasil, século XIX. **Cadernos de Saúde Pública**, vol. 7, p. 135-149, 1991.

CAMPOS, Carmen Hein de; OLIVEIRA, Guacira Cesar de (Org.). **Saúde Reprodutiva das Mulheres: direitos, políticas públicas e desafios**. Brasília: Centro Feminista de Estudos e Assessoria, 2009. 124 p. (Coleção 20 anos de cidadania e feminismo; 3).

CARNEIRO, Sueli. **Racismo, sexismo e desigualdade no Brasil**. São Paulo: Selo Negro, 2011.

CASTRO, Jamile Claro de; CLAPIS, Maria José. Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, vol. 13, n. 6, p. 960-967, dez. 2005.

CASTRO, Marina Monteiro de Castro e. Formação em Saúde e Serviço Social: as residências em questão. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 12, n. 2, p. 349-360, jul./dez. 2013.

CASTRO, Marina Monteiro de Castro e. **Humanização em saúde: Intencionalidade política e fundamentação teórica**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2018.

CATÃO, Marconi do Ó. Estrutura hospitalar moderna. *In*: CATÃO, Marconi do Ó. **Genealogia do direito à saúde: uma reconstrução de saberes e práticas na modernidade**. Campina Grande: EDUEPB, p. 101-138, 2011.

CHAUÍ, Marilena. Participando do Debate sobre Mulher e Violência. *In*: FRANCHETTO, Bruna; CAVALCANTI, Maria Laura V. C; HEILBORN, Maria Luiza (Org.). **Perspectivas Antropológicas da Mulher**. São Paulo: Zahar, 1985, p. 23-62.

CISNE, Mirla. Feminismo e marxismo: apontamentos teórico-políticos para o enfrentamento das desigualdades sociais. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 132, p. 211-230, maio/ago. 2018.

COMO disputas ideológicas no país chegaram ao parto. **G1**, Ciência e Saúde, 17 jan. 2019. Disponível em: <https://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2019/01/17/como-disputas-ideologicas-no-pais-chegaram-ao-parto.ghtml>. Acesso em: 25 jun. 2022.

CORRÊA, Sonia; PETCHESKY, Rosalind. Direitos sexuais e reprodutivos: uma perspectiva feminista. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 6, p. 147-177, 1996.

COUTINHO, Carlos Nelson. **O estruturalismo e a miséria da razão**. 2ª ed. São Paulo: Expressão popular, 2010.

DEL PRIORE, Mary Lucy Murray. **Ao sul do corpo: condição feminina, maternidades e mentalidades no Brasil colônia**. 1990. 548 f. Tese (Doutorado em História Social) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1990.

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

DONNANGELO, Maria Cecília Ferro. **Saúde e Sociedade**. 2ª ed. São Paulo: Duas Cidades, 1979.

ENGELS, Friedrich. **A origem da família, da propriedade privada e do Estado**. São Paulo: Expressão Popular, 2012.

FARIAS, Patrícia Silveira de; CAVALCANTI, Ludmila Fontenele. A sexualidade e a execução de políticas de direitos sexuais e reprodutivos: representações dos profissionais de saúde sobre violência sexual e religiosidade em maternidades do Rio de Janeiro. **Revista Praia Vermelha**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 9-24, jul-dez. 2012.

FEDERICI, Silvia. **Calibã e a bruxa: Mulheres, corpo e acumulação primitiva**. Tradução: Coletivo Sycorax. São Paulo: Elefante, 2017.

FEDERICI, Silvia. **O ponto zero da revolução: trabalho doméstico, reprodução e luta feminista**. Tradução Coletivo Sycorax. São Paulo: Elefante, 2019.

FERNANDES, Florestan. **A Revolução Burguesa no Brasil: ensaio de interpretação sociológica**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1976.

FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica**. Trad. de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1984.

GABRIEL, Vandrezza Amante; SILVA, Marilda Rosa Galvão Checcucci Gonçalves da. O impacto da colonização europeia na alimentação e o papel da mulher indígena na conservação do patrimônio alimentar. **Guaju**, Matinhos, vol. 5, n. 1, p. 71-94, jan./jun. 2019.

GIACOMINI, Sonia Maria. **Mulher e escrava: uma introdução histórica ao estudo da mulher negra no Brasil**. Curitiba: Editora Appris, 2013.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIOPPO, Christiane. Eugenia: a higiene como estratégia de segregação. **Educar em Revista**, Curitiba, n. 12, p. 167-180, 1996.

GREVE, Vitória. **Os desafios do parto humanizado no Brasil, país líder em cesáreas no mundo**. Cotidiano UFSC, Florianópolis, 04 jul. 2017. Disponível em: <https://cotidiano.sites.ufsc.br/os-desafios-do-parto-humanizado-no-brasil-pais-lider-em-cesareas-no-mundo/>. Acesso em: 25 jun. 2022.

GRIBOSKI, Rejane Antonello; GUILHEM, Dirce. Mulheres e profissionais de saúde: o imaginário cultural na humanização ao parto e nascimento. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, vol. 15, n. 1, mar. 2006.

IANNI, Octavio. O declínio do Brasil-nação. **Estudos avançados**, vol. 14, n. 40, p. 51-58, 2000.

ISMAEL, Fabiana Marques; SOUZA, Gracyane Kely Rocha; ESTEVES, Nathalia Santos; AOYAMA, Elisângela de Andrade. Assistência de Enfermagem na prevenção da violência obstétrica. **Revista Brasileira Interdisciplinar de Saúde**, vol. 2, n. 2, p. 75-80, 2020.

KONDER, Leandro. **Marx – vida e obra**. São Paulo: Paz e terra, 1999.

LARA, Bruna de. Ministério da Saúde incentiva violência obstétrica em lançamento da nova Caderneta da Gestante. **The Intercept Brasil**, Vozes, 09 maio 2022. Disponível em: <https://theintercept.com/2022/05/09/ministerio-da-saude-raphael-camara-violencia-episiotomia/>. Acesso em: 25 jun. 2022.

LAURELL, Asa Cristina. A saúde-doença como processo social. *In*: NUNES, Everardo Duarte (Org.). **Medicina social: aspectos históricos e teóricos**. São Paulo: Global, 1983. p. 133-158.

LEAL, Neide Pires; VERSIANI, Maria Helena; LEAL, Maria do Carmo; SANTOS, Yammê Ramos Portella. Práticas sociais do parto e do nascer no Brasil: a fala das púerperas. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 26, n. 3, p. 941-950, 2021.

LEI do Acompanhante: Direito garantido a gestante na hora do parto. **Defensoria Pública do Estado do Paraná**, 04 ago. 2021. Disponível em: <https://www.defensoriapublica.pr.def.br/Noticia/Lei-do-Acompanhante-Direito-garantido-gestante-na-hora-do-parto>. Acesso em: 25 jun. 2022.

LEIROS, Marcela. No AM, coletivo contra violência obstétrica repudia nova caderneta da gestante: ‘Abre espaço para práticas desatualizadas’. **Revista Cenarium**, 09 maio 2022. Disponível em: https://cultura.uol.com.br/cenarium/2022/05/09/193161_no-am-coletivo-contra-violencia-obstetrica-repudia-nova-caderneta-da-gestante-abre-espaco-para-praticas-desatualizadas.html. Acesso em: 25 jun. 2022.

LEIS estaduais criam mecanismos de prevenção e combate à violência obstétrica. **Portal Correio**, Informe Legislativo, 10 jan. 2022. Disponível em: <https://portalcorreio.com.br/leis-estaduais-criam-mecanismos-de-prevencao-e-combate-a-violencia-obstetrica/>. Acesso em: 25 jun. 2022.

LEITE, Ana Cristina da Nóbrega Marinho Torres; PAES, Neir Antunes. Direitos femininos no Brasil: um enfoque na saúde materna. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, vol. 16, n. 3, p. 705-714, jul.-set. 2009.

LIMA, Kelly Diogo de. **Raça e violência obstétrica no Brasil**. 2016. 25 f. Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) – Departamento de Saúde Coletiva, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2016.

LUXEMBURGO, Rosa. **Reforma ou Revolução?** 3ª ed. São Paulo: Expressão Popular, 2015.

MACHADO, Nilce Xavier de Souza; PRAÇA, Neide de Souza. Centro de parto normal e assistência obstétrica centrada nas necessidades da parturiente. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, vol. 40, n. 2, p. 274-279, jun. 2006.

MAGALHÃES, Elizabeth K. C.; GIACOMINI, Sonia Maria. A escrava ama-de-leite: anjo ou demônio?. *In*: BARROSO, Carmem; COSTA, Albertina de Oliveira (Org.). **Mulher, mulheres**. São Paulo: Editora Cortez, FCC/DPE, 1983, p. 73-88.

MALHEIROS, Paolla Amorim; ALVES, Valdecyr Herdy; RANGEL, Tainara Seródio Amin; VARGENS, Octavio Muniz da Costa. Parto e nascimento: saberes e práticas humanizadas. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, vol. 21, n. 2, p. 329-337, abr.-jun. 2012.

MANIFESTO por uma Convenção Interamericana dos Direitos Sexuais e dos Direitos Reprodutivos. **Revista Estudos Feministas** – Encarte, Florianópolis, vol. 15, n. 1, p. 1-22, jan.-abr. 2007.

MARIOTTO, Cristiano. **Questão indígena e capitalismo dependente**. 2014. 86 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

MARQUE, Flavia Carvalho; DIAS, Ieda Maria Vargas; AZEVEDO, Leila. A percepção da equipe de enfermagem sobre humanização do parto e nascimento. **Escola Anna Nery**, vol. 10, n. 3, p. 439-447, dez. 2006.

MARX, Karl. **Miséria da Filosofia**. São Paulo: Expressão Popular, 2009b.

MARX, Karl. **O capital**: Crítica da Economia Política. Tradução de Regis Barbosa e Flávio R. Kothe. 3ª ed. São Paulo: Editora Nova Cultural, 1988. (Volume I. Livro Primeiro: O Processo de Produção do Capital).

MARX, Karl. **Para a crítica da economia política; Salário, preço e lucro; O rendimento e suas fontes**: a economia vulgar. São Paulo: Abril Cultural, 1982.

MARX, Karl. **Para a questão judaica**. 1ª ed. São Paulo: Expressão Popular, 2009a.

MASCARO, Alysson Leandro Barbate. A crítica do Estado e do direito: a forma política e a forma jurídica. *In*: NETTO, José Paulo (Org.). **Curso livre Marx-Engels**: a criação destruidora. 1ª ed. São Paulo: Boitempo, Carta Maior, 2015.

MENDONÇA, João Guilherme Rodrigues; RIBEIRO, Paulo Rennes Marçal. Algumas reflexões sobre a condição da mulher brasileira da colônia às primeiras décadas do século XX. **Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação**, Araraquara, v. 5, n. 1, p. 93-104, 2010.

MOTT, Maria Lúcia de Barros. A criança escrava na literatura de viagens. **Cadernos de Pesquisa**, vol. 31, 1979.

MOTT, Maria Lúcia de Barros. Assistência ao parto: do domicílio ao hospital (1830-1960). **Projeto História**, São Paulo, vol. 25, dez. 2002.

MOURA, Clóvis. **Dicionário da Escravidão Negra no Brasil**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2004.

MOURA, Clóvis. O racismo como arma ideológica de dominação. **Revista Princípios**, n. 34, p. 28-38, ago./out. 1994.

MOURA, Fernanda Maria de Jesus S. Pires; CRIZOSTOMO, Cilene Delgado; NERY, Inez Sampaio; MENDONÇA, Rita de Cássia Magalhães; ARAÚJO, Olívia Dias de; ROCHA, Silvana Santiago da. A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, vol. 60, n. 4, p. 452-455, jul.-ago. 2007.

NAGAHAMA, Elizabeth Eriko Ishida; SANTIAGO, Silvia Maria. A institucionalização médica do parto no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 10, n. 3, p. 651-657, 2005.

NEVES, Julia. EPSJV apresenta infográficos com resultados do Mapeamento de Doulas. **Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio**, 05 jan. 2022. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/acontece-na-epsjv/epsjv-apresenta-infograficos-com-resultados-do-mapeamento-de-doulas>. Acesso em: 25 jun. 2022.

PADILHA, Alexandre. Bolsonaro desmonta programa para grávidas e estimula indústria da cesárea. **Carta Campinas**, 18 abr. 2022. Disponível em: <https://cartacampinas.com.br/2022/04/bolsonaro-desmonta-programa-para-gravidas-e-estimula-industria-da-cesarea/>. Acesso em: 25 jun. 2022.

PALHARINI, Luciana Aparecida; FIGUEIRÔA, Silvia Fernanda de Mendonça. Gênero, história e medicalização do parto: a exposição “Mulheres e práticas de saúde”. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, vol. 25, n. 4, p.1039-1061, out.-dez. 2018.

PERNAMBUCO. Ministério Público de Pernambuco. **Humanização do parto**. Nasce o respeito: informações práticas sobre seus direitos. Recife: Procuradoria Geral de Justiça, 2015.

PEZOS, Raimunda Kátia Reis. **A mulher indígena e o parto**: condições arquitetônicas na unidade de obstetrícia para atendimento às mães indígenas. 2010. 62 p. Monografia (Especialização em Arquitetura em Sistemas de Saúde) – Faculdade de Arquitetura, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010.

PINTO, Céli Regina Jardim. Feminismo, história e poder. **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, vol. 18, n. 36, p. 15-23, jun. 2010.

QUIJANO, Aníbal. Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina. *In*: LANDER, Edgardo. **A colonialidade do saber**: eurocentrismo e ciências sociais. Perspectivas latino-americanas. Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, 2005.

REDE PARTO DO PRINCÍPIO. **Violência Obstétrica**: “Parirás com dor”. Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres. 2012. Disponível em: https://www.partodoprincipio.com.br/_files/ugd/2a51ae_6f70af0dbb714e0894a5f84d96318a3f.pdf. Acesso em: 25 jun. 2022.

REIS, Adriana Elias dos; PATRÍCIO, Zuleica Maria. Aplicação das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para o parto humanizado em um hospital de Santa Catarina. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 10 (sup), p. 221-230, 2005.

RIBEIRO, Darcy. **O Povo Brasileiro**: A Formação e o Sentido do Brasil. 2ª ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

SAFFIOTI, Heleieth. **A mulher na sociedade de classes**: Mito e realidade. São Paulo: Expressão Popular, 2013.

SAFFIOTI, Heleieth. **Gênero, patriarcado, violência**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004. (Coleção Brasil Urgente).

SANTOS, Jussara Francisca de Assis dos. Enfrentamento à Violência Obstétrica: contribuições do movimento de mulheres negras brasileiras. **Em Pauta**, Rio de Janeiro, vol. 19, n. 47, p. 154-169, 2021.

SCAVONE, Lucila. Estudos de gênero: uma sociologia feminista?. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 16, n. 1, p. 173-186, jan.-abr. 2008.

SCHWARCZ, Lilia Moritz. **O Espetáculo das Raças**: Cientistas, Instituições e Questão Racial no Brasil (1870-1930). São Paulo: Companhia das Letras, 1993.

SILVA, Ana Paula Procopio da. **O contrário de “casa grande” não é senzala. É quilombo!** A categoria práxis negra no pensamento social de Clóvis Moura. 2017. 291 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

SILVA, Leila Rangel da; CHRISTOFFEL, Marialda Moreira; SOUZA, Kleyde Ventura de. História, conquistas e perspectivas no cuidado à mulher e à criança. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, vol. 14, n. 4, p. 585-593, out.-dez. 2005.

SMITH, Andrea Cherokee. A violência sexual como uma ferramenta de genocídio. **Espaço Ameríndio**, Porto Alegre, vol. 8, n. 1, p. 195, 2014.

SOUZA, Taísa Guimarães de; GAÍVA, Maria Aparecida Munhoz; MODES, Priscilla Shirley Siniak dos Anjos. A humanização do nascimento: percepção dos profissionais

de saúde que atuam na atenção ao parto. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, vol. 32, n. 3, p. 479-486, set. 2011.

SUCHANEK, Márcia Gomes O. Povos indígenas no Brasil: de escravos à tutelados. Uma difícil reconquista da liberdade. **Confluências**, Niterói, vol. 12, n. 1, out. 2012.

TEMPESTA, Giovana Acacia; FRANÇA, Ruhana Luciano de. Nomeando o inominável. A problematização da violência obstétrica e o delineamento de uma pedagogia reprodutiva contra-hegemônica. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, ano 27, n. 61, p. 257-290, set./dez. 2021.

TOLEDO, Cecília. **Mulheres**: o gênero nos une, a classe nos separa. Rio de Janeiro: Cadernos Marxistas, 2001.

TRINDADE, José Damião de Lima. **Os direitos humanos na perspectiva de Marx e Engels**: Emancipação política e emancipação humana. São Paulo: Alfa-Ômega, 2011.

APÊNDICE A – Quadro de artigos analisados na pesquisa

Título	A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal
Ano	2007
Autores	Fernanda Maria de Jesus S. Pires Moura, Cilene Delgado Crizostomo, Inez Sampaio Nery, Rita de Cássia Magalhães Mendonça, Olivia Dias de Araujo e Silvana Santiago da Rocha
Palavras-chave	Enfermagem; Enfermagem Obstétrica; Humanização do Parto
Publicação	Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn)
Formato do texto	Estudo bibliográfico
Título	Concepções sobre humanização do parto e nascimento nas teses e dissertações brasileiras
Ano	2018
Autores	Ana Maria Bourguignon e Marcia Grisotti
Palavras-chave	Humanização do Parto e Nascimento; Assistência Obstétrica; Teses e Dissertações
Publicação	Revista Saúde e Sociedade
Formato do texto	Revisão bibliográfica
Título	Histórias, conquistas e perspectivas no cuidado à mulher e à criança
Ano	2005
Autores	Leila Rangel da Silva, Marialda Moreira Christoffel, Kleyde Ventura de Souza
Palavras-chave	Enfermagem. Cuidados integrais de saúde. Humanização do parto.
Publicação	Revista Texto & Contexto Enfermagem
Formato do texto	Reflexão teórica
Título	O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento
Ano	2004
Autores	Suzanne Jacob Serruya, Tânia Di Giacomio Lago, José Guilherme Cecatti
Palavras-chave	Cuidado pré-natal, Humanização
Publicação	Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil
Formato do texto	Estudo bibliográfico
Título	Nomeando o inominável. A problematização da violência obstétrica e o delineamento de uma pedagogia reprodutiva contra-hegemônica
Ano	2021
Autores	Giovana Acácia Tempesta e Ruhana Luciano de França

Palavras-chave	hierarquias reprodutivas; violência obstétrica; doulagem; educação perinatal.
Publicação	Revista Horizontes Antropológicos
Formato do texto	Pesquisa qualitativa
Título	A humanização da assistência ao parto na percepção de estudantes de medicina
Ano	2012
Autores	Maria Tereza Maia Penido Rebello e João Felício Rodrigues Neto
Palavras-chave	Parto humanizado; educação médica; pesquisa qualitativa; Obstetrícia;
Publicação	Revista brasileira de Educação Médica
Formato do texto	Pesquisa qualitativa
Título	A humanização do nascimento: percepção dos profissionais de saúde que atuam na atenção ao parto
Ano	2011
Autores	Taísa Guimarães de Souza, Maria Aparecida Munhoz Gaíva, Priscilla Shirley Siniak dos Anjos Modes
Palavras-chave	Parto humanizado. Recém-nascido. Qualidade da assistência à saúde. Humanização da assistência.
Publicação	Revista Gaúcha de Enfermagem
Formato do texto	Pesquisa qualitativa
Título	A humanização do parto e nascimento no Brasil nas trajetórias de suas pesquisadoras
Ano	2020
Autores	Ana Maria Bourguignon e Marcia Grisoti
Palavras-chave	humanização do parto e nascimento; teses e dissertações; ordem do discurso
Publicação	História, Ciências e Saúde
Formato do texto	Pesquisa qualitativa
Título	A percepção da equipe de enfermagem sobre a humanização do parto e nascimento
Ano	2006
Autores	Flavia Carvalho Marque, Ieda Maria Vargas Dias e Leila Azevedo
Palavras-chave	Enfermagem. Humanização da Assistência. Parto Humanizado. Nascimento a Termo
Publicação	Escola Anna Nery – Revista de Enfermagem
Formato do texto	Pesquisa qualitativa
Título	Aplicação das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para o parto humanizado em um hospital de Santa Catarina
Ano	2005

Autores	Adriana Elias dos Reis e Zuleica Maria Patrício
Palavras-chave	Parto humanizado, Humanização da assistência hospitalar, Saúde coletiva
Publicação	Revista Ciência & Saúde coletiva
Formato do texto	Pesquisa qualitativa
Título	Centro de parto normal e assistência obstétrica centrada nas necessidades da parturiente
Ano	2004
Autores	Nilce Xavier de Souza Machado e Neide de Souza Praça
Palavras-chave	Humanização do parto. Enfermagem obstétrica. Assistência centrada no paciente
Publicação	Revista da Escola de Enfermagem da USP
Formato do texto	Pesquisa qualitativa
Título	Mulheres e profissionais de saúde: o imaginário cultural na humanização ao parto e nascimento
Ano	2006
Autores	Rejane AntonelloGriboski, Dirce Guilhem
Palavras-chave	Humanização do parto, vulnerabilidade, parto
Publicação	Revista Texto & Contexto Enfermagem
Formato do texto	Pesquisa qualitativa
Título	O cuidado em saúde no ciclo gravídico-puerperal sob a perspectiva de usuárias de serviços públicos
Ano	2008
Autores	Cristina Maria Garcia de Lima Parada e Vera Lúcia Pamplona Tonete
Palavras-chave	Cuidado pré-natal. Parto. Período pós-parto. Avaliação em saúde. Pesquisa qualitativa. Parto humanizado
Publicação	Revista Interface-Comunicação, Saúde, Educação
Formato do texto	Pesquisa qualitativa
Título	Parto e nascimento: saberes e práticas humanizadas
Ano	2012
Autores	Paolla Amorim Malheiros, ValdecyrHerdy Alves, Tainara Seródio Amim Rangel, Octavio Muniz da Costa Vargen
Palavras-chave	Humanização da assistência. Parto humanizado. Saúde da mulher
Publicação	Revista Texto & Contexto Enfermagem
Formato do texto	Pesquisa qualitativa
Título	Parto hospitalar - experiências de mulheres da periferia de Cuiabá-MT

Ano	2006
Autores	Neuma Zamariano Fanaia Teixeira e Wilza Rocha Pereira
Palavras-chave	Parto normal; Sistema Único de Saúde; Violência; Humanização da assistência.
Publicação	Revista Brasileira de Enfermagem – REBEn
Formato do texto	Pesquisa qualitativa
Título	Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto
Ano	2005
Autores	Jamile Claro de Castro e Maria José Clapis
Palavras-chave	humanização do parto; enfermagem obstétrica; enfermagem
Publicação	Revista Latino-americana de Enfermagem
Formato do texto	Pesquisa qualitativa
Título	Perspectiva das mulheres na avaliação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento
Ano	2009
Autores	Cristiane Andréa Locatelli de Almeida e Oswaldo Yoshimi Tanaka
Palavras-chave	Gestantes, psicologia. Cuidado Pré-Natal. Parto Humanizado. Avaliação de Programas e Projetos de Saúde. Pesquisa Qualitativa
Publicação	Revista Saúde Pública
Formato do texto	Pesquisa qualitativa
Título	Práticas sociais do parto e do nascer no Brasil: a fala das puérperas
Ano	2021
Autores	Neide Pires Leal, Maria Helena Versiani, Maria do Carmo Leal e Yammê Ramos Portella Santos
Palavras-chave	Avaliação de serviços de saúde, Parto, Rede Cegonha
Publicação	Revista Ciência & Saúde Coletiva
Formato do texto	Pesquisa qualitativa
Título	Violência Consentida: mulheres em trabalho de parto e parto
Ano	2008
Autores	Leila Regina Wolff e Vera Regina Waldow
Palavras-chave	Violência; Gênero; Parto; Enfermagem, Não cuidado; Humanização
Publicação	Revista Saúde e Sociedade
Formato do texto	Pesquisa qualitativa