

Universidade de Brasília – UNB
Instituto de Letras
Departamento de Lingüística, Línguas Clássicas e Vernácula – LIV
Programa de Pós-Graduação em Lingüística

Doutorado em Lingüística

O Renascimento do Parto
Discurso e Identidade

Juliana de Freitas Dias

Brasília
2007

O Renascimento do Parto Discurso e Identidade

Juliana de Freitas Dias

*Tese submetida ao Departamento de Lingüística,
Línguas Clássicas e Vernácula como parte dos requisitos
para a obtenção do grau de Doutor em Lingüística pela
Universidade de Brasília a aprovada pela banca abaixo
indicada em 09 de abril de 2007.*

Banca examinadora:

Professora Doutora MARIA LUIZA M. S. COROA (LIV/UnB)

Presidente

Professora Doutora CARMEM SIMONE GRILO DINIZ (USP)

Membro

Professora Doutora ASTRID NILSSON SGARBIERI (PUCCAMP)

Membro

Professora Doutora MARIA CHRISTINA DINIZ LEAL (LIV/ UnB)

Membro

Professora Doutora STELLA MARIS BORTONI-RICARDO

Membro

Professora Doutora DENISE ELENA GARCIA DA SILVA (LIV UnB)

Suplente

*“Ao tempo, implacável, senhor da razão, mesmo que fruto do consciente,
ilusão perene.”*

(André M. Caricatti)

*“À ilusão, célula do corpo e da alma, apoteose dos sonhos, ainda que
inconsciente, filha da razão”.*

(Juliana F. Dias)

*Dedico este trabalho aos meus filhos, Pedro – enquanto o
gestava, escrevi este projeto – e ao Bebê – que ainda se
encontra em meu ventre.*

Agradecimentos

Manifesto minha gratidão às diversas pessoas que fizeram parte desse percurso. Imbuída na preocupação de ter esquecido alguém, gostaria de expressar especiais agradecimentos aos seguintes companheiros:

Aos colegas de do Programa de Pós-Graduação, especialmente à Tânia que revisou carinhosamente a versão final do trabalho e ao Rubens e à Maria Aparecida pelas boas risadas e discussões teóricas sérias que partilhamos nos anos iniciais.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Lingüística que demonstraram o valor inestimável da prática docente.

Na pessoa da Jacinta do LIV, agradeço o apoio de todos os funcionários que prestaram um valioso auxílio no dia-a-dia desta pesquisa.

Meu agradecimento especial a todos os participantes desta pesquisa – gestantes, puérperas, mães, pais, doulas, pesquisadores, parteiras e médicos. Reconheço a relevância da participação de cada um deles enquanto sujeitos investidos nos papéis analisados nesta pesquisa.

Agradeço o carinho e a força que meu companheiro, André, me proporcionou, mormente nos momentos finais desta produção. Agradeço também à Rita Pinho, minha “irmã” e parceira de trabalho, que esteve presente em vários momentos desta caminhada, além de ter aberto o Espaço Ventre Livre para a coleta dos dados.

Meu agradecimento e admiração à professora Maria Christina, que iluminou carinhosamente este trabalho com sua orientação durante os dois primeiros anos do curso.

À professora Maria Luíza, agradeço a participação decisiva nos dois últimos anos desse percurso, por meio do diálogo, do conhecimento partilhado, da orientação paciente, das sugestões criativas e da interação de um modo geral.

Agradeço, enfim, a Deus pela bênção de ser mãe e de ter vivenciado em meu corpo e em minha alma a experiência de conceber, de gestar e de parir. Iniciei este curso de doutorado grávida do meu filho, Pedro, e termino esta tese grávida de um lindo bebê.

Resumo

Esta tese investiga práticas discursivas conflitantes na constituição das identidades dos obstetras e das gestantes no que concerne ao tipo de parto escolhido. Focalizo as relações de poder existentes entre o papel do/a obstetra e da mulher grávida que possui implicações ideológicas na esfera discursiva e social.

Trata-se de uma reflexão fundamentada na análise dos discursos dos (as) médicos (as) e das mulheres (mães e gestantes) acerca do processo de nascimento inserido no contexto da medicina atual, por meio de percursos que incluem uma visão social, cultural, ideológica e discursiva do tema.

Como pressupostos teóricos, destaco os pilares da Análise de Discurso (Brandão, 2000; Rajagopalan, 2003, entre outros), especialmente da Análise de Discurso Crítica (Fairclough, 1992, 2001, 2003; Chouliaraki & Fairclough, 1999; Halliday, 1975, 1985, entre outros), alguns estudos sobre identidade (Silva, 2000; Hall, 1992, Giddens, 1991, 2002, Rajagopalan, 2006, entre outros) e algumas reflexões acerca do poder e da ideologia como forma de dominação (M. Foucault, 1998, 2000; Thompson, 1995, entre outros).

A pesquisa realizada é de cunho qualitativo, assentada nas bases da etnografia crítica e tem como objetivo central analisar a constituição das identidades e das práticas discursivas e sociais referentes à parturição, com vistas a contribuir para uma visão mais humanizada dos nascimentos.

Palavras-chave: assistência perinatal, medicalização do parto, humanização do nascimento, análise de discurso crítica, identidades fluidas.

Abstract

This thesis investigates divergent discursive practices concerning obstetricians identities and pregnant women as to the type of chosen childbirth. I focus the power relations that exist between the roles of obstetricians and pregnant women that possess ideological implications in social and discursive sphere.

It is a reflexion based on the analysis of the speeches of medical doctors and women (mothers and pregnant) concerning the birth process inserted in the current medicine context, by means of passages that include a social, cultural, ideological and discursive view of the subject.

As theoretical background, I emphasise the pillars of Analysis of Speech (Brandão, 2000; Rajagopalan, 2003, among others) especially from the Critical Analysis of Speech (Fairclough, 1992, 2001, 2003; Chouliaraki & Fairclough, 1999; Halliday, 1975, 1985, among others), some studies on identity (Silva, 2000; Hall, 1992, Giddens, 1991,2002, Rajagopalan, 2006, among others) and some reflections concerning the power and of the ideology as a form of domination (M. Foucault, 1998, 2000; Thompson, 1995, among others).

The research carried through is of qualitative matrix, supported by critical ethnography and has as central objective to analyze the constitution of identities and the social and discursive practices referring to parturition, with the intention to contribute to a humanized vision of childbirths.

Keywords: perinatal assistance, medicalization of childbirth, humanization of birth, critical analysis of speech, fluid identities.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	10
CAPÍTULO 1: Pressupostos teóricos e metodológicos	
1.1- Linguagem como discurso	22
1.2- Discurso na Modernidade Tardia	25
1.3- Discurso como ação, como representação e como identificação.....	29
1.4- Uma breve reflexão teórica acerca da identidade.....	31
1.5- Ideologia e Poder	35
1.6- Reformulando o Arcabouço da ADC (1999).....	42
1.7- Etnografia crítica e Pesquisa Qualitativa.....	49
1.8- Triangulação metodológica	52
1.9- Coleta de dados:	55
1.10- Constituição do corpus	57
CAPÍTULO 2 : O discurso da história e dos mitos sobre gravidez e parto.....	62
2.1- Ritos e práticas que cercam o universo da parturição em tempos mais remotos.....	67
2.1.1- Assistência ao parto entre as hindus	68
2.1.2- Assistência ao parto entre as egípcias	68
2.1.3- Assistência ao parto na cultura hebraica.....	70
2.1.4- Assistência ao parto entre as gregas: maiêutica.....	72
2.1.5- Assistência ao parto entre as romanas: a Obstetrix romana	76
2.1.6- Assistência ao parto em outros povos	79
2.2- Em tempos de ‘pessimismo sexual’	81
2.3- Em tempos modernos	91
2.4- Reflexões sobre o evento ‘parto’ na atualidade: rotinas versus evidências científicas.....	96
2.4.1- Posição horizontal para o nascimento	98
2.4.2- O ambiente hospitalar	102
2.4.3- A episiotomia.....	106
2.4.4- Outros procedimentos de rotina hospitalar: enema, tricotomia pubiana, suspensão da ingestão de líquidos	108
CAPÍTULO 3: O lugar da gravidez e do parto nos paradigmas da saúde e da doença	
3.1- A constituição histórica da Medicina	111
3.2- A relevância da cultura e o lugar da gravidez nos paradigmas de saúde e de doença.....	116
3.3- - A relação médico-paciente: um modelo consensual e um modelo conflituoso ...	131
3.3.1- Modelo consensual de relação médico-paciente	133
3.3.2- Um modelo conflituoso de relação médico-paciente	137
3.4. A construção social da doença.....	141
3.5. O hospital como ‘locus’ de poder.....	142
CAPÍTULO 4: Discurso e Identidades.....	148
4.1- Análise da conjuntura	149
4.2- Análise do discurso.....	152
4.2-1. Análise dos elementos da prática em foco.....	154
4.2-2. Análise Lingüística/Discursiva.....	162
4.3- Análise das identidades	178
4.3-1. Quanto à construção das identidades dos/as médicos/as	179
4.3-2. Quanto à construção das identidades das gestantes e parturientes	189

4.3-3. Trajetória histórica das identidades dos médicos e das gestantes	202
CAPÍTULO 5: Reflexões e Perspectivas	215
5.1- Definindo os principais desafios.....	215
5.2- Reconfigurando a questão motivadora	218
5.2-1. Rumo às evidências científicas.....	218
5.2-2. Doulas - acompanhantes de parto.....	223
5.2-3. O esquecido ofício das parteiras sob uma nova roupagem: as enfermeiras obstétricas (obstetrizes)	226
CONSIDERAÇÕES FINAIS : Refletindo sobre a análise	229
GLOSSÁRIO.....	239
BIBLIOGRAFIA DE REFERÊNCIA	243
ANEXOS:	
Anexo 1: Recomendações da OMS - Organização Mundial de Saúde	
Anexo 2: Programação do curso de DOULA, realizado pela ANDO	
Anexo 3: Programação do curso "Atenção de nascimento de baixo risco gestacional"	
Anexo 4: Exercício de análise do documentário "Born in Brazil"	

INTRODUÇÃO



Figura 1: Mulher asteca dando à luz de cócoras

Todos sabemos o que é nascer: todos nós, inexoravelmente, passamos pelo processo de nascimento, assim como, inexoravelmente também, passaremos pelo processo da morte. Sob outra perspectiva, muitas de nós, e agora me refiro somente a nós, mulheres, passamos ou passaremos pela experiência de parir. Tais vivências nos marcam profundamente, tanto consciente como inconscientemente, pois são partes componentes e insubstituíveis da nossa condição de ser vivo.

Pensar no processo do nascimento implica pensar sobre um ato biológico e, acima de tudo, acerca de um ato cultural, na medida em que este abarca valores sociais, crenças construídas e estabelecidas historicamente, identidades múltiplas inseridas em lugares sociais assimétricos, sem mencionar toda a gama dos aspectos ideológicos e hegemônicos devidamente localizados em uma determinada sociedade e em um determinado tempo. Romper com o conceito de que o nascimento, a doença e a morte são realidades pertencentes somente ao plano biológico é de suma importância para quem se propõe realizar uma reflexão situada no mundo “real”: organizado em sociedades, com diferentes culturas e, conseqüentemente, com múltiplas práticas, crenças, costumes e discursos.

Os rituais inerentes ao momento do nascimento variam em cada cultura e são marcados pelo senso comum vigente relativo ao ‘lugar’ das mulheres, das crianças e dos médicos em cada sociedade. No período da modernidade tardia¹, tais rituais manifestam, por um lado,

¹ Modernidade tardia é o termo utilizado por Fairclough para retratar o período atual que envolve profundas transformações no seio da sociedade contemporânea, mergulhada nos processos de globalização. Giddens (2002) utiliza o termo “pós-modernidade”, enquanto outros teóricos discutem

uma tendência à exclusão da mulher do centro do processo e uma entrada maciça do aparato tecnológico por meio da medicalização. Por outro lado, porém, percebe-se a emergência de um novo paradigma de assistência à parturição, ainda incipiente, o qual resgata a humanização do processo de nascimento e está assentado em uma relação menos assimétrica entre o médico e a gestante.

Hoje, a finalidade da Medicina, como prática sociocultural, é descrever a doença em termos objetivos para tentar tratá-la (Adam e Herzlich, 2001: 9). Poderia encontrar inspiração nessa frase para falar sobre os nascimentos: o objetivo da Medicina (obstetrícia) é intervir no processo de nascimento para tentar solucioná-lo. E, ainda sob esta perspectiva, posso acrescentar: o objetivo da parturiente é esperar que o médico faça o seu parto. E aqui eu me pergunto: será que sempre foi assim? Será que a pergunta “Quem fez o seu parto?” sempre foi uma questão tão banal e corriqueira como nos dias em que vivemos? Será que uma relação entre obstetra, ou parteira, e a mulher que vai dar à luz sempre foi marcada por essa assimetria, em que a parturiente poderia responder tão naturalmente: “quem fez meu parto foi o Dr(a) ou a Parteira X ou Y”? É, entre aspectos outros, sobre tais pertinências lingüísticas localizadas em contextos reais habitados por sujeitos reais que pretendo tratar no presente trabalho. Revisitar os diversos contextos históricos e sociais que cercam a constituição do feminino, do masculino e do nascimento, será um meio muito útil para fundamentar a reflexão no que concerne às identidades constituídas na esfera da parturição.

Dessa maneira, desenvolvo no presente trabalho uma reflexão fundamentada na análise de discurso da medicina e das mulheres acerca do processo de nascimento inserido no contexto da medicina atual, por meio de percursos que incluem uma visão social, cultural, ideológica e discursiva do tema. Como pertinentemente Adam e Herzlich (2001:9) destacam: “o desenvolvimento do conhecimento médico, pouco acessível ao não especialista, deixou na invisibilidade seu aspecto sociológico.” Um enfoque exclusivamente médico para abordagem desse tema talvez fosse incapaz de abranger essa gama de olhares, que sob uma **perspectiva transdisciplinar**, poderá contribuir para um aprofundamento multifacetado.

sobre uma nomenclatura mais adequada. Gostaria de registrar, assim, minha escolha por “modernidade tardia”, de agora em diante, quando me referir a este contexto de mudanças na atualidade.

Chouliaraki & Fairclough (1999:112) definem a pesquisa transdisciplinar no sentido de interpenetração de disciplinas, de modo que suas categorias sejam colocadas em risco. A transdisciplinaridade, segundo esses autores (1999:2), está assentada na abertura de uma teoria para o diálogo com outras, “*de forma que a lógica de uma teoria seja ‘posta em ação’ dentro de outra sem a última ser reduzida à primeira*”; ou, em outros termos, trata-se de um processo de internalização, no qual as categorias de uma teoria são parcialmente motivadas e moldadas no interior da lógica de outra teoria, sem, contudo, se reduzir a ela.

Trata-se, portanto, de uma reflexão que se baseia nesse diálogo transdisciplinar entre o **discurso**, aspectos da **medicina** que circundam a parturição e um olhar **social** sobre o tema em questão. Considero, por sua vez, a análise de discurso como um enfoque teórico e metodológico bastante útil para tecer esse mosaico, uma vez que todos os outros enfoques são construídos discursivamente.

Nessa perspectiva, creio ser importante responder claramente às seguintes perguntas: Por que analisar uma questão relacionada ao universo da medicina no bojo dos estudos da lingüística? Ou ainda, em uma perspectiva inversa: qual seria a relevância de um olhar sobre a linguagem e a constituição dos discursos no que concerne a práticas médicas? Para refletir acerca do lugar e do papel de uma análise lingüística no contexto elucidado, lanço mão da proposição de Fairclough (1992), que destaca ser a linguagem uma forma de prática social que colabora para a constituição das identidades sociais, das relações sociais, bem como dos sistemas de conhecimento e crenças. No período que se convencionou chamar de modernidade tardia, uma série de transformações sociais e materiais têm ganhado forma, o que tem acarretado uma crescente conscientização sobre a importância da linguagem que, nesse contexto, se insere como o sistema mediador de todos os discursos. Em função dessa potencialidade da linguagem de mediar nossa ação sobre o mundo, de construir posições sociais, de criar crenças e ideologias, a necessidade e a relevância de analisar as diversas práticas sociais sob a perspectiva do discurso torna-se, portanto, muito útil (Chouliaraki e Fairclough, 1999).

A Análise de Discurso Crítica (doravante, ADC) caracteriza-se como uma abordagem transdisciplinar, como mencionei anteriormente, uma vez que reúne as ciências sociais

críticas e a Lingüística. Sua tarefa primordial é a de construir um quadro teórico que seja capaz de descrever, explicar e interpretar os modos como os discursos dominantes contribuem para a manutenção e reprodução dos conhecimentos legitimados, das atitudes e ideologias socialmente partilhadas, de modo a fornecer uma dimensão crítica à análise de textos, em sua forma falada, escrita ou visual (Pedro, 1997).

Os pressupostos teóricos e metodológicos da ADC, formulados e apresentados a partir do lingüista britânico Norman Fairclough, serão úteis para as propostas desta tese. Contudo, selecionei os aspectos que considero produtivos, conforme sugestão do próprio autor, tanto no que concerne à teoria, quanto à metodologia. Além disso, optei por reunir outros enfoques teóricos sob a ótica da triangulação teórica, segundo Denzin (1970).

Segundo os pilares teóricos da ADC, é importante começar qualquer análise a partir da percepção de um problema relativo ao discurso na vida social. Tal problema pode se encontrar na própria prática social, ou seja, na atividade concreta; ou pode estar na construção reflexiva de uma prática social, ou seja, nas representações que os sujeitos fazem de suas atividades que são, elas próprias, partes constitutivas de tais atividades.

Assim, apresento – de início – como questão motivadora, no caso em foco, as práticas discursivas divergentes das identidades dos obstetras e das gestantes no que concerne ao tipo de parto escolhido. Focalizo a relação de poder existente entre o papel do/a obstetra e da mulher grávida, que possui implicações ideológicas na esfera discursiva e social.

É inegável que o papel social do médico obstetra foi investido de poder no decorrer da história da humanidade, o que tem gerado uma situação de assistência ao nascimento marcada pela ação rotineira no interior do espaço hospitalar. Interessa-me, especialmente, o contexto brasileiro de atenção ao parto, muito embora um olhar sobre as situações de outros países sirva para ilustrar semelhanças e/ou discrepâncias quando em uma comparação relevante.

Nesse enfoque, as questões que nortearam o desenvolvimento desta pesquisa foram as seguintes:

Questão 1 – Como as diversas práticas discursivas e sociais da assistência ao parto ao longo da história da humanidade foram constituídas?

Questão 2 – Como se caracterizam, nos dias atuais, as práticas de assistência perinatal? Quais são os paradigmas de atendimento existentes?

Questão 3 – Como se constroem as identidades (auto-identidades e identidades sociais da modernidade tardia) construídas pelas gestantes e pelos/as médicos/as em obstetrícia? De que modo tais representações identitárias podem ser localizadas nos diferentes paradigmas de assistência perinatal?

No percurso dessa reflexão focalizo o seguinte objetivo geral: **analisar a constituição das identidades e das práticas discursivas e sociais referentes à parturição, com vistas a contribuir para a humanização dos nascimentos.**

Os objetivos específicos que norteiam o encaminhamento e a elaboração do trabalho são os que se seguem:

1- Compreender como as práticas discursivas e sociais concernentes à parturição foram constituídas ao longo da história da humanidade.

2- Investigar como se apresentam os modelos de atendimento perinatal que são predominantes na atualidade, destacando as diferentes formações discursivas, ideológicas e sociais de cada um deles.

3- Analisar as principais representações que constroem as identidades de médicos/as e gestantes em termos de auto-identidade e identidade social na modernidade tardia, localizando-as, quando possível, nos diferentes modelos de assistência perinatal.

Desse modo, o trabalho está organizado em cinco capítulos:

No capítulo um, focalizo os caminhos metodológicos e teóricos que nortearam a pesquisa. Apresento os pressupostos teóricos da Análise de Discurso (Brandão, 2000; Rajagopalan, 2003, entre outros), especialmente da Análise de Discurso Crítica (Fairclough, 1992, 2001, 2003; Chouliaraki & Fairclough, 1999; Halliday, 1975, 1985, entre outros), alguns estudos sobre identidade (Silva, 2000; Hall, 1992, Giddens, 1991, 2002, Rajagopalan, 2006 entre outros) e algumas reflexões acerca do poder e da ideologia como forma de dominação (Foucault, 1998, 2000; Thompson, 1995, entre outros). Destaco, ainda, os objetivos do trabalho, comento as questões de pesquisa, bem como o aparato metodológico que subsidiou as práticas e o aparato teórico/metodológico da análise dos discursos.

No segundo capítulo, apresento alguns percursos da historicidade do parto, resgatando o simbolismo presente nas mitologias grega e romana, no discurso da Gênese e do Êxodo, bem como analiso o que foi legitimado como história da parturição (Diniz, 1996; Barbaut, 1990). Neste contexto, destaco o modo como o parto era considerado e vivenciado em diferentes culturas e como, ao longo do tempo, foi-se modificando a configuração das relações, do poder e das práticas. Apresento, ainda, a história da cesárea, de modo a ressaltar sua evolução histórica no contexto ocidental e, especificamente, no Brasil. Por fim, traço um paralelo entre os procedimentos inerentes à rotina hospitalar no que concerne ao atendimento ao parto (cascatas de intervenções) e entre as informações e práticas inovadoras apontadas pelas evidências científicas.²

No capítulo terceiro, traço um paralelo entre a construção social de doença e da saúde e a construção social da parturição. Apresento uma releitura crítica de uma análise sociológica da Medicina (Adam e Herzlich, 2001), por meio de uma análise do discurso médico sobre o parto, o hospital como 'locus' de poder e a relação entre médico-paciente segundo dois modelos da sociologia: modelo conflituoso (Freidson, 1984) e o modelo consensual (Parsons, 1975). Além disso, focalizo quais valores e idéias norteadoras colaboram na formação dos sentidos das experiências orgânicas dos sujeitos, visando compreender, desse modo, como se constitui a elaboração de uma realidade social e discursiva compartilhada coletivamente.

² A Medicina Baseada em Evidências (MBE) é um movimento internacional iniciado a partir da década de 1980. Parte do reconhecimento de que muitas práticas médicas não possuem respaldo de estudos sérios e científicos porque constatou que tais práticas médicas baseiam-se em tipos tendenciosos de pesquisas. (Diniz, Duarte, 2004).

No quarto capítulo, abordo a temática da identidade e da ideologia, especialmente no que se refere à análise dos dados coletados. Por meio da aplicação do arcabouço da ADC, mais especialmente do tópico *aprofundando a questão*, destaco os itens relativos à análise propriamente dita – *Análise da Conjuntura, Análise do Discurso e Análise das Identidades* – procuro compreender e explicar a constituição ideológica das identidades do médico/a e da mulher (grávida/parturiente), tanto na voz dos próprios médicos, como na voz das mulheres. Aponto as relevantes influências das práticas sociais localizadas ao longo da história da parturição na construção de tais identidades.

No quinto e último capítulo, focalizo os últimos três itens do arcabouço da ADC, quais sejam: *definindo os principais obstáculos* – parte em que apresento aspectos importantes que tornam a questão da assistência perinatal um tema pertinente na pós-modernidade, destacando suas facetas problemáticas; *reconfigurando a questão* – onde menciono os caminhos que apontam para a mudança no paradigma intervencionista predominante nos dias atuais, destacando o discurso baseado nas evidências científicas, o papel e o lugar das enfermeiras obstétricas, e, ainda, acerca da função das acompanhantes de parto (doulas) na atualidade. Por fim, já nas considerações finais, utilizo o último item do arcabouço da ADC – *refletindo sobre a análise* – parte em que me dedico a um exercício de reflexividade em torno da minha própria produção e contribuição sobre a temática em foco. Retomo, pois, as questões de pesquisa e os objetivos a fim de caminhar para um desfecho que me foi possível decorrente das escolhas realizadas ao longo da pesquisa.

Optei por ‘diluir’ a análise de dados em quatro capítulos³ motivada por algumas razões. Em primeiro lugar, porque acredito que a pesquisa se torna mais clara ao ser apresentada de forma similar ao seu desenvolvimento: foi coletando e analisando os dados que pude dividir os capítulos nos temas apresentados para, assim, poder tecer a rede de argumentações. Em segundo lugar, a quantidade e a diversidade dos dados ‘pediram’ por uma diversidade de análise que contemplasse, pelo menos parte da amostra. Em muitos momentos, escolhi alguns dados para ilustrar as reflexões históricas e as práticas rotineiras na assistência ao parto. Por isso, nem todos os trechos citados foram analisados, em decorrência da quantidade

³ Embora a análise dos dados já seja iniciada desde o capítulo 2, será no capítulo 4, em que abordo questões relativas à constituição das identidades, que aprofundarei esse olhar analítico.

e complexidade de dados. Optei por encaixar alguns trechos como ilustração a fim de legitimar o tópico em foco. Assim, apresento os dados de maneira a serem pertinentes à minha reflexão – ora como material de análise mais profunda (especialmente no capítulo 4); ora como ilustração e composição argumentativa do que está sendo explicitado (capítulo 1, 2 e 3). Gosto de dizer que minha coleta de dados pode ser comparada à do antropólogo que ‘mergulhou’ no contexto da pesquisa, passando, meses a fio, dormindo, acordando, trabalhando e comendo com os sujeitos pesquisados. Foi engravidando e parindo que escrevi este projeto e foi trabalhando com grávidas diariamente, vivenciando minha maternidade profundamente, que pude coletar, analisar e apresentar os dados desta pesquisa.

CAPÍTULO 1

Pressupostos Teóricos e Metodológicos

A realidade multifacetada do fenômeno da linguagem, bem como o caráter plural da lingüística são idéias essenciais para o desenvolvimento deste trabalho. Os diferentes olhares teóricos no bojo da Lingüística possuem cada qual um valor específico cuja relevância se aplica em conformidade com os diversos propósitos traçados. O enquadramento do fenômeno da linguagem que traço no presente trabalho está relacionado a perspectivas teóricas orientadas para a construção da realidade social, dos sujeitos sociais e das relações entre tais sujeitos e tal realidade – como fios tecidos e alinhavados pela linguagem. Utilizo o termo ‘perspectivas’ na forma plural porque pretendo trabalhar, conforme sugerido por Chouliaraki e Fairclough (1999), sob uma ótica transdisciplinar, priorizando não apenas uma abordagem teórica, mas, sobretudo, permitindo que um diálogo teórico aconteça de modo frutífero e comprometido.

Uma das fortes contribuições que insiro neste diálogo teórico é a da Análise de Discurso, especialmente em sua vertente inglesa. Segundo Chouliaraki e Fairclough (1999), as mudanças de ordem social, cultural e econômica existem enquanto discursos e a análise lingüística sob esse prisma é parte da análise crítica da modernidade tardia. Essa proposta da análise de discurso de linha inglesa, desenvolvida pelo lingüista britânico Norman Fairclough (1989, 1992, 1995, 1999 e 2003) para o discurso, envolve uma visão dialética segundo a qual os discursos não só são moldados pelas estruturas sociais, mas eles também moldam essa estrutura. “O discurso é uma prática, não apenas de representação do mundo, mas de significação do mundo, constituindo e construindo o mundo em significado” (Fairclough, 1992:63).

Uma segunda perspectiva da Lingüística de que lanço mão é trazida por M. A. K. Halliday (1975) em seu trabalho sobre a Gramática Sistemico-Funcional⁴. O autor destaca que o usuário da língua utiliza um sistema de opções disponíveis no intercurso da comunicação. A esse sistema Halliday chama de ‘gramática’ da língua, o que nos mostra uma

⁴ Não é meu objetivo aqui aprofundar a apresentação das categorias da Gramática Sistemica Funcional, embora me utilize das nomenclaturas propostas por Halliday na análise dos dados no capítulo 4.

abordagem de língua baseada nos contextos reais das situações de fala nos quais o sujeito faz escolhas a fim de se fazer compreendido.

Uma outra contribuição, que considero fundamental para este trabalho, está assentada nos estudos mais recentes acerca da constituição das identidades sociais. Reflexões propostas por Giddens, Stuart Hall, Silva, entre outros estudiosos, são fundamentais para a elaboração das análises realizadas no decorrer desta pesquisa.

E, ainda, uma última abordagem utilizada para a compreensão da questão em foco está relacionada com as noções de poder e de ideologia. Para tal, utilizo os caminhos teóricos de Foucault, Gramsci, Thompson, entre outros.

Apresento a seguir, de forma esquemática, o modo como organizei esse diálogo teórico. Estou tomando como base, além das orientações da proposta inglesa da ADC, a perspectiva triangulada de pesquisa. Segundo Denzin (1970), as múltiplas estratégias de triangulação, tanto de ordem metodológica – como apresentarei ainda neste capítulo – quanto de ordem teórica, configuram mecanismos bastante frutíferos de pesquisa. Segundo este mesmo autor, a combinação de abordagens teóricas distintas torna o trabalho mais rico em sua profundidade e inédito em sua criação.

Apresento, assim, nos esquemas abaixo, sob quais perspectivas teóricas procurei visualizar e compreender a temática da parturição no bojo de relações de poder da medicina. No primeiro esquema (Nº 1), contemplo a esfera da linguagem propriamente dita, incluindo o olhar da Análise de Discurso (no interior do qual, trago ainda as contribuições da Lingüística Sistêmica Funcional) dialogando com teorias sobre identidade e com alguns aspectos teóricos referentes ao gênero social.

No segundo esquema (Nº 2), represento a esfera da temática abordada nesta tese, de modo a alcançar uma triangulação entre a parturição, a medicina e os respectivos atravessamentos sociais dessa relação. Não se trata de olhares estanques que serão apresentados paralelamente e/ou didaticamente ao longo deste trabalho. Procurei seguir a lógica da internalização, proposta por Chouliaraki e Fairclough (1999) ao propor a

transdisciplinaridade teórica para a ADC. Ou seja, procuro entender de que modo essas diferentes abordagens teóricas convergem entre si quando escolho entender cada uma delas sob a ótica da temática em questão.

Realizo ainda um cruzamento final desses dois esquemas relacionais, uma vez que procuro estar atenta não apenas à parturição em si ou à medicina em si, mas sim ao ‘discurso da medicina’, ou à ‘identidade dos sujeitos sociais que vivenciam a experiência da parturição’. Dessa maneira, é no decorrer de toda a pesquisa que tais triangulações são contempladas, numa espécie de mosaico em que cada capítulo traz mais “pecinhas” para a composição final.



Figura 2: Esquemas da triangulação teórica

Sob a ótica da pesquisa social crítica, é fundamental considerar ‘teoria’ como uma ‘prática teórica’, de modo que relações, implicações e conseqüências no que concerne ao mundo social e aos sujeitos sociais sejam focalizadas. Em outras palavras, a escolha teórica não pode ser vista como neutra, uma vez que pressupõe crenças, objetivos, ideologias, bem como interações específicas que ocorreram ao longo da realização da pesquisa, o que, em seu conjunto, pressupõe toda uma prática, sendo por isso, uma prática teórica (Chouliaraki & Fairclough, 1999:29). Destaco as palavras de Rajagopalan para reforçar essa mesma idéia:

Acreditar numa lingüística crítica é acreditar que podemos fazer diferença. Acreditar que o conhecimento sobre a linguagem pode e deve ser posto a serviço do bem-estar geral, da melhoria das nossas condições do dia-a-dia. É também acreditar que o verdadeiro espírito crítico tem de estar voltado, vez por outra, para si próprio. É preciso, em outras palavras, submeter as nossas práticas ao escrutínio crítico. Para isso é necessário nos lembrar, com freqüência, que podemos estar errados sobre esta ou aquela questão. E finalmente, acreditar que

nunca é tarde para aprender e nunca se sabe de quem se pode aprender a nossa próxima lição (Rajagopalan, 2003: 12).

Seguindo essa cadeia de raciocínio, não poderia deixar de comentar acerca desse adjetivo, utilizado pela Análise de Discurso de vertente inglesa. Ao selecionar a ADC, pensada e desenvolvida por Fairclough, especificamente, não estou pressupondo uma exclusividade sobre o adjetivo ‘crítica’. Fairclough (2003) destaca que o uso do adjetivo ‘crítica’ – Análise de Discurso Crítica – se propõe a marcar um estudo crítico da dialética das práticas que permitirá uma compreensão do que se passa no âmbito social e lingüístico. Segundo o autor, somente por meio dessa visão dialética é que será possível perceber como uma peça do ‘mosaico’ está imbricada na outra e como se influenciam mutuamente. Desse modo, o sentido tomado por Fairclough é bem específico e busca enfatizar uma diferença com a escola francesa, uma vez que preconiza o objetivo de reunir a ciência crítica social e a lingüística sob a forma de uma estrutura teórica e analítica que permite o diálogo entre elas (Chouliaraki e Fairclough, 1999).

Desse modo, faço questão de iniciar as reflexões teóricas e metodológicas que nortearam este trabalho compartilhando com Rajagopalan (2003) de uma postura de humildade acadêmica que busca uma atitude científica baseada na idéia de que a ciência pensa a vida e, desse modo, pensa não só **sobre** a vida mas, sobretudo, pensa **em** vida. Assumir a preposição ‘em’ ao longo desta tese é de profunda relevância para mim como pesquisadora, autora e, ao mesmo tempo, co-autora deste fruto da vida. Foi interagindo, vivenciando as experiências da parturição, assumindo uma postura humilde que pude ‘praticar’ uma ciência em vida. Voltarei ainda a essas questões mormente quando abordar aspectos metodológicos que nortearam o trabalho.

Início este capítulo localizando a Análise de Discurso no âmbito dos estudos da linguagem. Em seguida, apresento algumas reflexões sobre a ADC no contexto da modernidade tardia, destacando especialmente os percursos de Norman Fairclough, Lilie Chouliaraki e Ruth Wodak. Destaco, de forma sucinta, alguns percursos analíticos realizados por Fairclough em seu mais recente livro *Analysing Discourse*, de modo a focalizar três principais aspectos do significado: ação/representação/identificação, enfatizando, de fato, o último deles. Apresento algumas reflexões sobre estudos em torno da temática da identidade,

do poder e da ideologia. Em termos de metodologia, explícito, em seguida, o arcabouço metodológico da ADC apresentado por Chouliaraki e Fairclough (1999) sobre o qual teço algumas considerações críticas e apresento uma reinterpretação do mesmo - o que aplico nesta pesquisa. Por fim, trago para reflexão alguns postulados que orientaram os caminhos metodológicos da pesquisa de campo, qual seja, a etnografia crítica e a pesquisa qualitativa, destacando as estratégias da triangulação na coleta e na análise dos dados. Apresento ainda os percursos da constituição do corpus desta pesquisa: a coleta de dados, os recortes realizados, as imersões nos contextos de pesquisa e a forma como o corpus foi organizado.

1.1- Linguagem como discurso

Foi na década de 1950 que o lingüista estruturalista americano Zellig Harris publicou um trabalho cujo título era *Discourse Analysis* (Análise do Discurso), em que pretendia investigar estruturas de linguagem superiores à frase – unidade básica do estudo gramatical (microlingüística). A idéia de tomar o texto como unidade de análise despertou grande interesse, especialmente na França, no final da década de 60. Foi então que a teoria da enunciação ganhou impulso da França com a obra do lingüista Émile Benveniste, o qual propôs estudar a subjetividade na língua, vinculando-a à noção de enunciação, caracterizada pelo conjunto de fatores e atos que determinam a produção do enunciado. Para Benveniste, o enunciado como produto da enunciação, é um ato individual que pressupõe um sujeito. Enunciar consiste, pois, dizer alguma coisa a alguém, dentro de uma competência lingüística e enunciativa (Benveniste, 1989).

Indo além, adentrando a esfera dos estudos discursivos, podemos falar de historicidade dos sentidos como um componente do ato de enunciação, o que significa a inclusão de todos os elementos históricos envolvidos em um enunciado (Guimarães, 1995). A partir desse ponto é que se desenvolveu a teoria do sujeito que nasce junto com o sentido, na análise do discurso.

Para Michel Foucault (1987:136), todo enunciado pertence a uma **formação discursiva**, ou seja, a um “conjunto de regras históricas” em que as condições de “exercício da função enunciativa” são determinadas. O autor chama a atenção para a diferença entre a **frase**, como unidade pertencente à esfera da gramática, e o **enunciado** como unidade do

discurso, uma vez que este não é regido apenas pelas leis da língua, mas também pelas leis da lógica de uma formação discursiva.

Entender que a enunciação pressupõe uma troca entre o ‘eu’ e o ‘tu’ discursivos significa compreender que essa interação não está circunscrita ao contexto imediato da enunciação, mas sim que possui atravessamentos sociais e que foi construída socialmente. Podemos usar a própria temática que nos circunda nesta tese a fim de ilustrar essa afirmação. O enunciado “O parto terá de ser uma cesárea.” só tem valor e só faz sentido se for proferido no cenário social da medicina em um panorama sócio-histórico-cultural específico no qual alguns pressupostos são inquestionáveis: primeiro, o de que é a voz de um especialista da área (o eu do discurso) que está fazendo tal afirmação; segundo, de que a paciente (o tu do discurso) está grávida, prestes a ganhar um bebê; terceiro, de que a evolução da medicina comporta um parto cesárea e que há os instrumentos materiais específicos para isso (hospital, material cirúrgico, outros profissionais da saúde envolvidos).

A palavra **discurso** relaciona-se etimologicamente com a idéia de curso, percurso, movimento. É a palavra em ação. O discurso não é uma realização individual do sistema lingüístico, ele ultrapassa a concepção saussureana de ‘parole’, pois sua existência social é o seu fundamento. De acordo com Mikhail Bakhtin (1992), a própria materialidade lingüística traz em seu cerne a ideologia e, em decorrência desse pressuposto, a linguagem não pode ser apartada das formas concretas de interação social; ou seja, a comunicação não pode ser separada de sua base material: envolve sujeitos reais em contextos reais que se relacionam no interior de uma cultura e de um panorama sócio-político e econômico. Os discursos não apenas refletem ou representam entidades e relações sociais (foco na reprodução social), mas, sobretudo, eles também contribuem para sua construção (foco na transformação social).

Desse modo, conceber o discurso como parte da prática social implica entender o discurso como um MODO DE AÇÃO sobre a constituição do mundo, como um MODO DE REPRESENTAÇÃO desse mundo e ainda como um MODO DE IDENTIFICAÇÃO dos sujeitos que interagem no mundo. Na próxima seção destaco mais algumas reflexões sobre o discurso como um momento da prática social, especialmente sob a perspectiva da escola inglesa.

Em outras perspectivas de análise do discurso, Brandão (2000:17) destaca uma filiação à tradição intelectual europeia que unia as reflexões sobre texto e história. Fruto de uma articulação entre a lingüística, o marxismo e a psicanálise, a análise de discurso, conhecida como “linha francesa”, na década de 60, nasceu sob essa base interdisciplinar. Além disso, foi influenciada por certa prática escolar que tinha seus pilares assentados na explicação do texto, muito comum na França, à mesma época. Seu quadro teórico preconiza, dessa maneira, uma aliança entre o lingüístico e o sócio-histórico, tendo como conceitos relevantes: (i) a ideologia (com base em Althusser) e o (ii) discurso (com base em Foucault). É sob essa dupla influência que seu grande representante, Michel Pêcheux, foi um dos estudiosos mais profícuos dessa linha. Uma das idéias principais dessa análise de discurso parte da idéia de que o sentido e o sujeito não são *toujours déjà-donne* (dados a priori), mas são constituídos no discurso. Isso se contrapõe a uma perspectiva idealista da linguagem que seria marcada pela existência espontânea do sujeito (como origem e causa) e pela evidência do sentido. Brandão(2000) chama a atenção para o fato de a linha francesa de análise de discurso partir do pressuposto de que a palavra não existe em si mesma, pois sua existência é determinada pelas “posições ideológicas colocadas em jogo no processo sócio-histórico em que palavras, expressões e proposições são produzidas.” (idem, ibidem:62)

É importante, pois, focalizar a construção dos sentidos sob uma perspectiva múltipla que abranja os sujeitos e os significados, devidamente calcados nos conceitos da historicidade e da ideologia, a fim de não se limitar à idéia da existência absoluta e originária de um ‘EU’ e de um significado registrado a priori. A partir do momento que passa a integrar um novo paradigma, que contempla a interação com o outro (TU) sob uma ótica dialógica em um cenário mais amplo, o escopo teórico se abre, deslocando para um conceito do sujeito e de sentido que perdem sua centralidade, estabilidade e seu caráter homogêneo e passam a se caracterizar pela heterogeneidade, pelas redes de crenças e valores, pelas diferentes vozes sociais.

Assim, o discurso se constitui em um sistema de mão dupla: contribui para a constituição das convenções que o restringem, ao mesmo tempo em que é constituído. Podemos dizer que o discurso é, então, socialmente constitutivo em três aspectos

fundamentais: o discurso constrói as diversas posições de sujeito, o discurso constitui também as diferentes relações sociais podendo mesmo modificar as existentes por meio de novas formas de interação, e, por fim, o discurso colabora para a construção dos sistemas de conhecimentos e crenças do mundo, além de ser resultante desses três aspectos enumerados.

É por meio dessa perspectiva dialética de discurso que se fundamenta a subjetividade multifuncional em que o sujeito assume variadas posições e se desdobra em diversos papéis sociais. Não só as identidades sociais como também as relações interpessoais são modificadas e inovadas. A criatividade dos sentidos experienciais é afetada por esta visão plural de discurso.

1.2- Discurso na Modernidade Tardia

A modernidade tardia traz, em seu bojo, novas relações entre as experiências e o exercício de reflexão sobre o que é vivenciado. Os avanços na esfera da comunicação e no que concerne às novas formas da tecnologia da informação, somados à moldura cultural da atualidade e à superação das categorias tempo e espaço, marcam essa nova fase da vida social. Em decorrência das transformações em escala global, os indivíduos em seus mundos internos também passam por inúmeras mudanças de ordem identitária, emocional, ideológica e, conseqüentemente, discursiva.

Assim, de acordo com Giddens (2002), os sujeitos têm os seus sentidos de espaço e do seu próprio eu (self) abalados, predominando uma sensação de ‘perda de sentido’. Tais modificações não podem ser interpretadas sob perspectivas singulares, uma vez que têm suas raízes assentadas nas naturalizações de interesses particulares, por meio de estratégias particulares, conduzidas por pessoas específicas (grupos sociais particulares) no interior de sistemas característicos. É diante dessa conjuntura que Fairclough e Chouliaraki chamam a atenção para a importância de uma teorização crítica da modernidade tardia a fim de alavancar direções alternativas ainda não experimentadas, o que perpassa certamente o nível da linguagem e do discurso.

Nesta seção, apresentarei os pressupostos da Análise de Discurso Crítica inserida na ciência social crítica que, por sua amplitude, possibilita um diálogo com outras teorias sob uma perspectiva da já mencionada pesquisa transdisciplinar (Chouliaraki e Fairclough, 1999).

As transformações sociais, econômicas, políticas e culturais atingem a esfera global na modernidade tardia, acarretando mudanças na própria identidade dos sujeitos sociais que têm os sentidos de lugar e do ‘eu’ profundamente afetados, o que tem sido referido, muitas vezes, como uma perda de sentido. Para os autores, as formas sociais – produzidas pelas pessoas e totalmente passíveis de mudanças – estão sendo vistas como dadas pela natureza, ou seja, estão sendo naturalizadas. Uma teorização crítica sobre esse momento atual não só pode iluminar o novo mundo emergente, como pode ainda mostrar que direções alternativas existem (Chouliaraki & Fairclough, 1999: 4).

Chouliaraki & Fairclough discutem sobre a modernidade tardia no que tange à necessidade de uma análise crítica diante dessa nova fase da vida social e, além disso, destacam qual é o lugar da ADC no interior dessa análise social mais ampla. Os processos envolvidos na pluralidade da vida social e na fragmentação dos sujeitos sociais são processos de natureza lingüística: “fragmentação e diferenciação são parcialmente constituídos na proliferação de linguagens” (Chouliaraki & Fairclough, 1999: 5). Nas palavras dos autores, essa perspectiva teórica “reúne uma variedade de teorias em diálogo, em especial teoria sociais de um lado e teorias lingüísticas de outro” (id. Ib.:16).

Assim, a motivação primordial da ciência crítica social é contribuir para a consciência desses processos de mudança, e a ADC se inclui nessa linha, apresentando, como diferencial das demais práticas teóricas críticas, a sua ênfase na linguagem. A ADC valoriza, então, a transdisciplinaridade como percurso de investigação, especialmente no que tange à compreensão dos fenômenos sociais que têm sofrido profundo impacto com a modernidade tardia. Segundo os autores, as construções teóricas do discurso que a ADC se propõe operacionalizar podem advir de diversas disciplinas. Nesse sentido, a operacionalização implica teorizar num meio transdisciplinar em que a lógica de uma teoria pode ser colocada

em ação no desenvolvimento de outra, sem que a segunda se reduza à primeira, conforme já foi ressaltado.

O discurso não representa, então, simplesmente a linguagem em uso, mas sim em seu uso imbricado nas relações e processos sociais, no sistema de valores e crenças, na constituição das identidades dos sujeitos sociais que interagem na atividade material concreta, sob a forma verbal ou não-verbal.

Dessa maneira, o discurso não é simplesmente uma forma de prática social, mas é considerado como elemento semiótico das práticas sociais, incluindo não só a linguagem, como também a comunicação “para-verbal” (expressões faciais, movimentos do corpo, os gestos), bem como as imagens visuais. A noção da vida social constituída de práticas também é uma visão mais abrangente, uma vez que, em estudos anteriores, Fairclough (1992) havia distinguido somente práticas discursivas e práticas sociais.

Visualizar, pois, o discurso como um momento da prática social implica considerar a relação dialética entre as estruturas e os eventos sociais, uma vez que as práticas estão mediando as estruturas sociais e as ações concretas, ou seja, as estruturas da sociedade são lentamente transformadas por meio das ações reais nas práticas de cada instituição, e vice-versa.

Com essa visão dialética, Chouliaraki & Fairclough (1999:22) rejeitam tanto a perspectiva do determinismo, que enfatiza a forte estabilidade das estruturas, como o voluntarismo, que superestima o alcance da atividade concreta. Sob esse mesmo foco dialético, o discurso pode ser retratado em movimento: ele tanto é moldado pelas estruturas sociais como contribui para sua constituição e reconstituição, seja reproduzindo as estruturas iniciais, seja transformando-as.

Há ainda a reflexividade que é inerente a toda prática, uma vez que as pessoas sempre produzem representações do que elas fazem como parte daquilo que fazem. De acordo com Chouliaraki & Fairclough (1999:26), a reflexividade tem dois aspectos essenciais: (i) é alcançada por meio da luta social, visto que o saber sobre as práticas cria posições

particulares dentro da própria prática ou fora dela; (ii) a reflexividade de uma prática resulta que todas as práticas possuam um aspecto discursivo irreduzível, não só no sentido de que todas as práticas envolvem, em algum grau, a linguagem, como também no sentido de que as “construções discursivas das práticas são em si mesmas partes das práticas”.

As práticas possuem, então, três características essenciais: (i) “elas são formas de produção da vida social”; (ii) “cada prática está inserida dentro de uma rede de relações com outras práticas” e (iii) “as práticas sempre têm uma dimensão reflexiva: pessoas sempre geram representações do que elas fazem como parte do que elas fazem” (Chouliaraki & Fairclough, 1999: 22).

Outro aspecto discutido por Chouliaraki & Fairclough diz respeito à prática teórica, isto é, toda teoria é, ela própria, uma prática, conforme destaquei na introdução deste trabalho. Assim como as demais práticas, a teoria está inserida em uma série de relações com as práticas econômicas, sociais, políticas e culturais que determinam sua constituição interna, as quais podem ter efeitos ideológicos que recaem sobre a própria teoria.

Desse modo, refletir sobre a localização social de uma prática teórica é pensar sobre as conseqüências que tal escolha acarreta. Os autores ainda destacam que “a pesquisa crítica social é iniciada e terminada no fluxo entre prática teórica e as outras práticas que ela pesquisa” (Chouliaraki & Fairclough, 1999: 29).

Todavia, os autores lembram que é importante reconhecer a relevância do discurso sem reduzir a vida social a ele; tal reducionismo é um risco constante para os analistas do discurso. Assim, a visão dialética da relação entre o discurso e as facetas extradiscursivas do mundo social é uma visão essencial, especialmente, na modernidade tardia.

Partindo do pressuposto de que a prática teórica da análise discursiva não pode ser um estudo circunscrito, mas sim um princípio recontextualizante, que atrai outras práticas teóricas, utilizo, para integrar esse diálogo, as idéias desenvolvidas por alguns autores preocupados com aspectos sociológicos/educacionais que interessam para esta pesquisa. Espero retratar a dialogia do meu redigir como reflexo da dialogia do conhecer, do aprender,

pois o que leva a uma interpenetração é o próprio diálogo, entendido aqui não como troca de frases ou idéias, mas, sobretudo, como troca de conhecimentos, relações, estilos, prazeres: é o ‘eu’ se desdobrando em ‘outro’ e o ‘outro’ constituindo o ‘eu’.

1.3- Discurso como ação, como representação e como identificação

Fairclough (2003), em seu *Analysing Discourse*, preconiza a análise interdiscursiva do texto em intercâmbio com a ação, com a representação e com a identificação, aspectos que corresponderiam aos “três principais aspectos do significado no texto”. Tais elementos estão relacionados, respectivamente, às categorias de gênero, de discurso e de estilo no nível das práticas sociais. Ou seja, a proposta do autor é examinar o caráter interdiscursivo do texto, tomando por base a mistura desses três aspectos, enfocando, de fato, a articulação entre os gêneros, os discursos e os estilos.

Os textos são entendidos, sob essa perspectiva, como partes dos eventos sociais, pois têm a primazia de gerarem efeitos, ao ponto de alterar os conhecimentos, as crenças, as atitudes e os valores. Segundo Fairclough (*id. Ibid.:9*), o mundo social é textualmente construído, daí a importância de o analista do discurso não perder seu principal objeto, que é a linguagem.

Esse autor define gênero textual como uma concepção relacionada à idéia de ação e de interação lingüística, isto é, a uma forma de mudança e transformação. Conforme Fairclough, a mudança de um gênero é parte de transformações mais amplas, sociais, culturais e econômicas. Apresenta, assim, diversas classificações de gênero para ilustrar essa idéia de gênero em movimento. Essa característica fluida dos gêneros deve estar associada ao hibridismo que poderá estar presente também nos demais aspectos, quais sejam nos discursos e nos estilos.

Sobre o segundo aspecto, o discurso, deve-se compreender aqui como um sentido particular de representar aspectos do mundo (físico, social, psicológico), podendo ser também imaginário, projetivo. Um único discurso poderá gerar muitas representações específicas, e devemos não confundir cada uma dessas representações com o que se chama ‘discurso’. Desse modo, poderemos dizer que um texto apresenta o discurso da medicina

convencional ou o discurso da medicina alternativa, ou ainda, o discurso da humanização do parto em conformidade com as representações de mundo encontradas ao longo do texto.

O foco que especialmente me interessa nessa leitura de Fairclough é o terceiro aspecto mencionado pelo autor - constituição das identidades sociais e individuais dos falantes nos eventos dos quais fazem parte. O estilo é considerado como analiticamente distinto dos aspectos anteriores, embora seja dialeticamente interconectado com cada um deles. Os estilos, segundo o autor (idem, *ibidem*:159-164), são os aspectos discursivos dos modos de ser, das identidades. Ressalta também que ‘quem a pessoa é’ passa a ser parcialmente uma questão de ‘como a pessoa se expressa’, o modo como fala e escreve, a maneira como se apresenta, como se movimenta. Assim, Fairclough acredita que o que as pessoas colocam nos textos é um importante indício de como se auto-identificam na ‘texturização’ das identidades. E é sob esse prisma que o autor defende a relação existente entre identidade social e identidade pessoal, destacando como tal relação pode ser descortinada pela análise textual, por intermédio do estudo da modalidade textual, por exemplo, o que pretendo abordar no capítulo 4.

Os três tipos de significação em um texto, quais sejam ação, representação e identificação, são, pois, trabalhados nesta última obra de Fairclough. O autor utiliza algumas categorias da Linguística Sistêmica Funcional, proposta por Halliday, como apoio para as análises ali apresentadas, assim como não se acanha de usar outras metodologias para tal uso (categorias da Pragmática, da Análise da Conversação...), pois, segundo ele, a ADC é um método que pode se apropriar de outros meios.

Gostaria de concluir esta seção, assumindo juntamente com Fairclough, que nosso conhecimento será sempre parcial e incompleto e que, uma vez cientes de que estamos sempre procurando ampliar e aperfeiçoar tal conhecimento, devemos aceitar que nossas categorias não são definitivas. O autor (2003:15) ainda chama atenção para o fato de que os analistas do discurso não podem reduzir suas análises aos aspectos textuais, o que seria limitado, visto que excluiriam a forma como os sentidos são produzidos no texto, os efeitos causais desses sentidos e o matiz ideológico ali presente.

1.4- Uma breve reflexão teórica acerca da identidade

A questão da identidade tem sido recorrentemente discutida a partir do reconhecimento de uma mudança nas velhas identidades em declínio e, conseqüentemente, do reconhecimento de um sujeito moderno fragmentado, não unificado como até então se analisava.

Essa mudança na concepção de identidades está inserida em um amplo processo de mudanças centrais nas sociedades modernas. A tese fundamental é a descentralização das identidades modernas, o que acarreta questões contraditórias, abordadas por Hall (2000).

O conceito de identidade é bastante complexo e, vem, pouco a pouco, sendo desenvolvido pela ciência social contemporânea. As transformações estruturais que assaltam as sociedades modernas a partir do final do século XX demonstram que as paisagens culturais de gênero, etnia, raça, classe, sexualidade e nacionalidade que, no passado, forneciam sólidas posições para os indivíduos sociais, hoje estão sendo questionadas. Nesse sentido, nossas identidades pessoais são também repensadas, uma vez que o que anteriormente era visto como uma auto-identidade clara e estável, atualmente, é percebida como descentrada e heterogênea.

É no contexto dessas transformações que o sujeito moderno passa por descentramentos (Hall, 2000) sobre os quais destaco, sucintamente, os seguintes pontos. Dois desses descentramentos são particularmente relevantes para a questão aqui levantada. O primeiro deles, refere-se às contribuições do trabalho do filósofo e historiador M. Foucault. Em sua 'genealogia do sujeito moderno', Foucault destaca o poder disciplinar como altamente regulador, cujo objetivo está na permanência da vigilância e controle das novas instituições desenvolvidas no século XIX: escolas, prisões, hospitais, etc. O interessante dessa perspectiva é a contradição inerente ao desenvolvimento da sociedade moderna: quanto mais a natureza institucional é organizada (regimes disciplinares), mais o sujeito se individualiza em uma constante vigilância e isolamento.

Outro descentramento está no impacto recente do feminismo, que emergiu nos anos sessenta e questionou paisagens da vida como família, trabalho, divisão doméstica, cuidado com filhos, etc. Além disso, o movimento feminista enfatizou questões políticas e sociais ligadas à subjetividade, à identidade e ao processo de identificação (como mãe/pai, mulher/homem, esposa/o e filha/o). Foi uma contestação da posição social da mulher rumo à formação das identidades de gênero, questionando a categorização de homens e mulheres como dicotomias da mesma identidade.

Esses dois aspectos são relevantes para a reflexão que proponho ser feita neste trabalho. Por um lado, há o processo de medicalização do parto, que, pouco a pouco, se ‘infiltrou’ na cultura e na sociedade e tomou conta dos nascimentos da humanidade. Com essa medicalização, não só a figura do médico tornou-se fundamental, como também todo o aparato da medicina que, seguindo um pensamento foucaultiano, passou a controlar e impor certos regimes próprios de um patamar dominador, disciplinador.

Desse modo, vivemos hoje transformações profundas não só concernentes ao nosso próprio sentido do ‘eu’, que se encontra sustentado pelo reconhecimento da fragmentação do sujeito, como também concernentes ao nosso sentido de tempo e lugar, em que a fugacidade e a efemeridade configuram a ordem do dia. Em uma época de valores transitórios e de supervalorização do tempo, é de fato muito simples pensar no processo de nascimento dos seres humanos em termos de partos abdominais (cesarianas). Afinal, qual é o objetivo de uma mulher ficar horas e horas sentindo dores, deitada numa cama sem saber muito bem o que está se passando, sem certeza de nada? Por que não terminar logo essa agonia por meio de um grito não de dor, mas de socorro para um terceiro? A figura do médico obstetra pode ser sim tratada em termos de um terceiro no processo de parto. Uma pessoa que foi preparada, inicialmente, para intervir em casos graves, excepcionais, e que, atualmente, tornou-se a figura central e imprescindível no nascimento de uma criança.

De acordo com Bauman (2001:93), a sociedade pós-moderna envolve seus sujeitos primariamente em sua condição de consumidores, e não de produtores. Seguindo essa linha de raciocínio, o autor ressalta que a vida é organizada em torno do consumo, orientada pela sedução, pelos desejos e pela idéia de que não existem regras para transformar os desejos de

hoje em necessidades de amanhã. Sobre o significado de saúde e de corpo saudável, o autor ressalta que:

*o status de todas as normas, inclusive a norma de saúde, foi severamente abalado e se tornou frágil, numa sociedade de infinitas e indefinidas possibilidades. **O que ontem era considerado normal e, portanto, satisfatório, pode ser considerado preocupante, ou mesmo patológico, requerendo um remédio.** (...) Quase qualquer cura apresenta grandes riscos, e mais curas são necessárias para enfrentar as conseqüências de riscos assumidos no passado (as partes grifadas são minhas).*

Também Giddens (2001) aborda, em sua obra *Modernidade e Identidade*, alguns aspectos norteadores da reflexão que proponho neste trabalho. Segundo ele, a modernidade é uma cultura do risco em que as certezas da tradição e do hábito foram substituídas pela dúvida e pela transformação do conhecimento em hipóteses. Neste contexto, as noções de confiança e risco são particularmente importantes. A confiança básica está relacionada com um senso precoce de segurança ontológica, precoce no sentido de ser desenvolvido nos seres humanos em sua mais tenra infância a partir do relacionamento mais primitivo do homem, qual seja, o vínculo maternal, ou o vínculo com aquela pessoa que assume o papel “maternal” de proteção contra ameaças e perigos externos. Quando Giddens se refere ao risco da vida moderna, não quer com isso dizer que a vida na modernidade é mais arriscada que em tempos pré-modernos. Para ele, o risco se liga à contínua construção reflexiva do eu e do conhecimento; isto é, o futuro é constantemente trazido para o presente por meio da reflexividade, acompanhado da incerteza e da dúvida.

Desse modo, na ordem da modernidade tardia, a auto-identidade torna-se reflexivamente organizada, no sentido de que “cada um de nós não apenas ‘tem’, mas vive uma biografia reflexivamente organizada em termos de fluxo de informações sociais e psicológicas sobre possíveis modos de vida” (Giddens, 2001: 20). A pergunta “como devo viver” faz parte do projeto reflexivo do eu baseado em narrativas biográficas coerentes, que são continuamente revisadas.

Outro aspecto importante, destacado por esse autor, refere-se à construção dos sistemas abstratos que dizem respeito aos sistemas de conhecimento técnico que, na vida moderna, afetam profundamente a vida cotidiana dos indivíduos. Os sistemas abstratos encontram-se envolvidos não somente “na ordem institucional da modernidade, mas também na formação e

continuidade do eu” (Id. *Ibid.*:37). É exatamente sobre essa relação entre os sistemas especializados de conhecimentos e construção, e as mudanças na auto-identidade, que me interessa refletir, pois, segundo Giddens, os sistemas especializados, incluindo a medicina e seu aparato cognitivo, compõem um tipo de mecanismo de desencaixe da modernidade. Tais mecanismos de desencaixe representam a idéia de descolamento das relações sociais dos seus contextos usuais (em uma visão pré-moderna) e sua rearticulação sob a influência da indeterminação do espaço-tempo, característicos da modernidade. Essa reflexão em torno dos mecanismos de desencaixe sob a forma de sistemas especializados é relevante no sentido de que o tempo e o espaço tornam-se menos importantes diante da validade dos conhecimentos técnicos, independentemente dos sujeitos que deles fazem uso (Giddens, 2001: 24).

Dessa maneira, a questão da identidade e da diferença está, hoje, no centro da teoria social e da prática política, e encontra-se “na tensão entre perspectivas essencialistas e perspectivas não-essencialistas sobre identidade” (Woodward, *apud* Silva, 2000: 12). Uma visão essencialista busca identificar o que existe de universal (a essência) nos grupos sociais; ou seja, procura aquilo que não se altera durante o tempo e que é utilizado para distinguir um grupo de outro. Por outro lado, uma perspectiva não-essencialista de identidade inclui uma reflexão sobre a diferença, enfatizando o caráter flexível e fluido das identidades. A identidade é considerada, então, como construção, como um efeito, instável, fluida, contraditória, inacabada e fragmentada (Silva,2000).

Neste sentido, é importante destacar que tanto a identidade quanto a diferença são produtos culturais e sociais; são criações discursivas e são constituídas por meio da linguagem. A natureza da linguagem que usamos, conseqüentemente, exerce implicações nos modos como as subjetividades são construídas e produzidas, acarretando novas formas de se perceber e de perceber o outro. Segundo Silva (2000:82):

a afirmação da identidade e a marcação da diferença implicam, sempre, as operações de incluir e de excluir. Dizer ‘o que somos’ significa também dizer ‘o que não somos’. A identidade e a diferença se traduzem, assim, em declarações sobre quem pertence e sobre quem não pertence, sobre quem está incluído e sobre quem está excluído. Afirmar a identidade significa demarcar fronteiras, significa fazer distinções (...) está sempre ligada a uma forte separação entre ‘nós’ e ‘eles’.

Sob a perspectiva não essencialista de identidade, Hall (2001) destaca que os indivíduos constroem o mundo e a si próprios por meio de uma identidade relacional e instável. Sob esta ótica, a resposta à questão “Quem nós somos” depende dos eventos discursivos dos quais participamos. O autor compreende a identidade como um ato performativo, entendendo os indivíduos não com base em alguma essência, mas como sujeitos que se constituem nos discursos e as identidades como construídas nos eventos discursivos. Assim, a identidade é sempre um “sujeito-em-processo”, uma constituição que nunca cessa, sendo, por isso, permeada pela idéia de resistência, de ruptura e de mudança nas representações discursivas que a configuram.

1.5- Ideologia e Poder

A concepção da linguagem no âmbito da Análise do Discurso assume uma perspectiva interacional entre a linguagem e a sociedade, de modo a superar um olhar neutro sobre as trocas lingüísticas e a superar uma visão estanque da estrutura da língua, de um lado, e dos sujeitos sociais, de outro. Essa perspectiva interacional se apóia em uma troca dialética entre esses dois pólos, de modo que o discurso configura uma prática em articulação com outras práticas. É importante ressaltar que todos os elementos que compõem tais práticas sociais se retroalimentam, se interpelam, se interrogam. Segundo L. Iñiguez (2004:94):

os discursos não emanam do interior de sujeitos, nem tampouco são uma inoculação ideológica que determine o pensamento desses mesmos sujeitos. Os discursos articulam o conjunto de condições que permitem as práticas: constituem cenários que passam a facilitar ou a dificultar as possibilidades que fazem surgir regras e mantêm relações.

Desse modo, tanto a linguagem como a realidade social possuem seus mecanismos específicos de estruturação e de realização. Todavia, as influências recíprocas de constituição que entrelaçam essas duas dimensões são aspectos fundamentais na tessitura da prática. No contexto analisado nesta pesquisa, por exemplo, é possível detectar esse diálogo entre as práticas sociais e a linguagem, especialmente no contexto atual de tantas modificações nos paradigmas do parto. Quando um médico se insere em uma realidade social e ideacional mais naturalista, uma série de modificações vão se dando em diversos níveis, desde o mais material, como o tempo de espera no quarto do hospital, antes de se deslocar para a sala de parto, assim como no vestuário do médico durante as consultas, na decoração do ambiente,

na relação menos assimétrica com a parturiente. Tais mudanças são refletidas e retroalimentadas pelos usos discursivos da interação com esse mesmo médico, até mesmo na escolha lexical: por exemplo, ele passa a utilizar o termo “bebê”, no lugar de “feto” ou “massa fetal”. Esse trecho do corpus pode exemplificar a mudança discursiva em curso na esfera da parturição, embora ainda seja carregada de contradições, como se vê numa fala de médico:

“Eu acho que o médico é mais um observador, ele, sob o ponto de vista mais ou menos obrigatório, tem que examinar, digamos de duas em duas horas, mas ele deve atuar o menos possível, eu acho, não é uma idéia minha, mas é uma idéia defendida” (M2)⁵

Neste trecho, o discurso da humanização do parto apresenta suas marcas no que concerne à noção de auto-identidade que o médico busca para si. Ao utilizar ‘ele deve atuar o menos possível’, a escolha verbal denota o discurso externo que está sendo acolhido pelo médico em foco, o que é reforçado pela fala seguinte, quando ele afirma claramente que aquele não é seu discurso, mas, sim, um discurso defendido atualmente. Aqui ele pode estar fazendo referência a toda gama de discursos inseridos no centro do processo de humanização dos nascimentos, especialmente no que concerne às recomendações para parturição da OMS – Organização Mundial de Saúde.

É possível, assim, observar como o entrelaçamento do discurso institucional interfere na prática, ao atravessar o discurso do sujeito que atua naquela prática e ao afetar, paulatinamente, a sua própria identidade. É um processo lento e repleto de contradições, uma vez que coloca em questão uma série de valores e de crenças cristalizadas, que foram construídos ao longo de muitos anos, perpassando não só a temática dos nascimentos, mas, sobretudo, os aspectos mais sutis como as diferenças de gênero, o poder e as ideologias de dominação. Vejamos o trecho a seguir, coletado na mesma ocasião, com o mesmo médico, em que sua fala demonstra este aspecto contraditório da sua identidade: de um lado tentando se definir como um sujeito observador e, de outro, se apresentando como aquele que é amigo e como aquele que intervém e tem o poder de resolução de um problema. Perguntei o motivo

⁵ Trata-se da fala de um médico, numerada nos dados com “2”. A identificação proposta dos dados está descrita na última seção deste capítulo.

que o levou a escolher a obstetrícia como especialidade da medicina, sua resposta foi a seguinte:

*“...escolhi ginecologia e obstetrícia, vou te dizer porquê, primeiro eu queria uma coisa que funcionasse a **clínica**, quer dizer, conversar com você e a **cirurgia**, se precisasse resolver, eu acho que a ginecologia/obstetrícia pode pegar esses dois tipos de coisa na medicina obstétrica.”(M 2- grifos meus)*

Dessa maneira, ao assumir como princípio o entendimento de que a linguagem não é neutra e nem se constitui à parte da realidade social, proponho uma análise que contemple o discurso inserido nas relações de poder como hegemonia. De acordo com Gramsci (1971), as lutas hegemônicas pelo poder estão baseadas em mudança de foco das relações de dominação, as quais passaram a ser mais calcadas no consentimento ao invés de ter como base a coerção. Essa visão de hegemonia envolve a naturalização das práticas sociais e do relacionamento entre as práticas como aspectos do senso comum, isto é, aspectos dados como ‘naturais’ e ‘neutros’. A manutenção dessas relações de dominação é guiada pelas ideologias dominantes. A hegemonia, todavia, nunca é estável, uma vez que é constituída nas relações de luta pelo poder, possuindo, pois, uma estabilidade relativa nas articulações dos momentos sociais. Essa visão destaca a “inerente possibilidade de desarticulação e rearticulação” (Chouliaraki & Fairclough, 1999:24-5).

No que se refere ao debate sobre ideologia, refaço um percurso de reflexão realizado por Fairclough (2001: 116-7) a fim de compreender os pilares de um entendimento mais atual e crítico da constituição das ideologias de dominação. O autor considera três asserções propostas por Althusser (1971) para destacar as fontes primeiras de seu raciocínio. A primeira proposta althusseriana defende a idéia de que a ideologia possui existência material nas práticas sociais das instituições. Em segundo lugar, está a afirmação de que a ideologia ‘interpela os sujeitos’, o que se relaciona aos efeitos ideológicos na constituição dos sujeitos. E, finalmente, encontra-se a “asserção de que os ‘aparelhos ideológicos do estado’ (instituições, tais como a educação ou a mídia) são ambos locais e marcos delimitadores na luta de classe, que apontam para a luta no discurso.”

Apesar de considerar as três proposições althusserianas sobre a ideologia, Fairclough deixa claro que considera o exagero desse autor na constituição ideológica dos sujeitos, de modo a subestimar as possibilidades de luta e de mudança. A ideologia, vista sob essa perspectiva limitadora, “figura como um cimento social universal” e sugere ainda um equilíbrio na lutas dos aparelhos ideológicos do estado, o que, para Fairclough (1992:117) constitui um ideal inatingível. “O equilíbrio entre sujeito efeito ideológico e sujeito agente ativo é uma variável que depende das condições sociais” (id. Ibid.:121).

Dessa maneira, Fairclough (1992:119) analisa a relação entre a linguagem e a ideologia, argumentando que a ideologia investe a linguagem em vários níveis. A localização da ideologia se dá tanto nas estruturas que constituem o resultado dos eventos passados, bem como as condições existentes para os eventos atuais, “como nos próprios eventos quando reproduzem e transformam as estruturas condicionadoras”.

Gostaria de inserir um outro elemento nesta reflexão teórica sobre ideologia, qual seja, a proposta desenvolvida por John Thompson em seu livro *Ideologia e cultura moderna*. Segundo Thompson (1995), as ideologias são caracterizadas por relações de dominação. Elas caracterizam as práticas discursivas na medida em que incorporam sentidos que contribuem para manter ou reestruturar relações de poder.

Thompson (1995) distingue dois tipos de concepção de ideologia: (i) as concepções neutras, em que as ideologias são consideradas aspectos da vida social sem relações necessariamente ilusórias e enganadoras; e também (ii) as concepções críticas, que trazem um sentido negativo, baseado em projetos de dominação.

A análise da ideologia proposta pela ADC interessa-se por esse último sentido, ou seja, pelos modos como as formas simbólicas se relacionam com o poder, ou nas palavras do autor, pela “maneira como o sentido serve para **estabelecer** e **sustentar** relações de dominação: estabelecer querendo significar que o sentido pode criar ativamente e instituir relações de dominação; sustentar querendo significar que o sentido pode servir para manter e reproduzir relações de dominação através de um contínuo processo de produção e recepção de formas simbólicas”(Thompson, 1995: 79 – os destaques são do autor).

Há, dessa forma, três pontos essenciais nessa concepção de ideologia: a noção de sentido, a definição de dominação e as formas pelas quais o sentido pode estabelecer e sustentar as relações de dominação. Na concepção de Thompson (1995:79), ‘sentido’ está relacionado às formas simbólicas que são “ações, falas, imagens e textos produzidos por sujeitos e reconhecidos por eles e por outros construtos significativos...”. As formas simbólicas se encontram em processos e contextos estruturados socialmente. Para o autor, as relações de dominação estão vinculadas às relações de classe, sexo e etnia, bem como às relações entre o indivíduo e o Estado. Haverá “dominação quando as relações estabelecidas de poder são sistematicamente assimétricas” (id. Ibid.:80).

Há, pois, inúmeros modos pelos quais os sentidos podem estabelecer e sustentar relações de dominação. Thompson (1995) classificou-os em cinco modos (legitimação, dissimulação, unificação, reificação e fragmentação) e em cada um deles especificou as estratégias típicas de construção simbólica. Descrevo a seguir, sucintamente, estes modos e seus mecanismos, aos quais recorro na análise dos dados desta pesquisa.

A *legitimação* apresenta as relações de poder e as assimetrias sociais como legítimas e justas, dignas do apoio geral. As estratégias desse modo de operação são a *racionalização* caracterizada por uma lógica de raciocínio para persuadir os sujeitos; a *universalização* em que certos acordos particulares são apresentados como se fossem em benefício de todos; e, por fim, a *narrativização* que se baseia em histórias que narram o passado como parte de uma tradição eterna e aceitável. No exemplo a seguir, por meio da racionalização, a médica constrói uma cadeia de argumentações favoráveis para o uso da manobra de kristeller (procedimento de parto agressivo e condenado pela Organização Mundial de Saúde).

Exemplo de legitimação – racionalização , na argumentação da médica:

“O que eu gosto às vezes de fazer é uma compressão de linha do fundo do útero leve, só um apoio, um suporte, por que tem mãe que fica muito cansada no final, que não consegue.” (M3)

Na *dissimulação*, as causas reais dos fenômenos são ocultadas e obscurecidas. As formas simbólicas estão marcadas pelas seguintes estratégias: *deslocamento* que consiste na transferência estratégica das causas e dos sentidos para outros focos que não são verdadeiros; *eufemização* que é uma estratégia de enfraquecimento na descrição de relações ou ações sociais; e *tropo* que engloba a sinédoque, a metonímia e a metáfora – todas dissimulando relações de dominação.

Observamos claramente a atuação desse modo de operação da ideologia no momento em que a médica afirma que a gestante queria ter feito a cesárea há mais tempo, quando, na realidade, a paciente não o desejava (de acordo com o relato da própria mulher). A construção verbal desse trecho é particularmente interessante, pois, por meio da estratégia ideológica do ‘deslocamento’, a médica trata a operação cirúrgica como algo que independesse de sua participação enquanto profissional da saúde; a responsabilidade de uma decisão como a do parto cesárea é deslocada para a paciente, como se a gestante tivesse a onipotência de decidir operar ou não, e mais, como se a paciente pudesse operar a si própria.

Exemplo de dissimulação – deslocamento, no texto da médica:

“Pela L (G18), **ela teria operado há mais tempo**”. (M15)

A *unificação* é uma forma de unidade que relaciona os sujeitos numa identificação coletiva, ignorando as suas diferenças individuais. As estratégias são a *padronização* e a *simbolização*. A primeira é uma maneira de adaptar todas as formas simbólicas a um único padrão; um exemplo está no estabelecimento de uma linguagem nacional criando uma identidade coletiva padronizada. A segunda estratégia – a simbolização da unidade – compreende a criação de símbolos de unidade e de identificação coletiva, tais como bandeiras, hinos, emblemas, entre outros.

Exemplo de unificação – padronização, nas palavras da gestante:

“Ela (a médica) disse que não tem problema em tentar, mas ela disse que eles (os médicos) dão um tempo pra ver se nasce (...) se não nascer, eles não dão mais chance.”
(G7)

Na *fragmentação*, a ideologia opera na segmentação de indivíduos que são considerados como um desafio aos grupos dominantes. A *diferenciação* e o *expurgo do outro* são duas estratégias que desunem alguns sujeitos da coletividade, apresentados como uma ameaça ou um inimigo do bem-estar geral.

Exemplo de Fragmentação – expurgo do outro, nas palavras de uma médica:

“Doula? Destesto. Nem sei se tem alguma formação. Elas fazem a cabeça das pacientes que ficam exigentes, trazem plano de parto, contrato de como elas querem o parto..” (M 5)

O último modo de operação da ideologia é a *reificação*, em que as relações de dominação são estabelecidas e sustentadas por meio da retratação de uma situação transitória como se fosse permanente e atemporal. As estratégias compreendem a *naturalização*, a *eternalização*, a *nominalização* e a *passivização*. Na primeira delas, um estado de coisas é considerado como algo natural ou como resultante inevitável de características naturais. Um exemplo claro da naturalização está na divisão do trabalho entre homens e mulheres baseada em suas características fisiológicas. No universo da parturição, percebemos esta estratégia sendo utilizada para convencer as mulheres a ganharem bebê deitadas como se esta fosse a posição ‘natural’ para se parir uma criança; ou ainda, argumenta-se que a episiotomia é uma necessidade no Brasil em decorrência da estatura das mulheres. No discurso de uma médica:

Exemplo de reificação (naturalização), nas palavras da médica:

“a mulher européia tem um períneo enorme, elas são altas, tem mais espaço para ganhar o bebê. Já as brasileiras são pequenas, precisam da episio” (M5).

Com relação à segunda estratégia – a *eternalização* – os fenômenos sociais são esvaziados do seu caráter histórico e são apresentados como permanentes, imutáveis e recorrentes, assim, costumes e tradições ligados a um passado são inquestionáveis.

No exemplo a seguir, uma médica foi interrogada por um pesquisador sobre o motivo da cesariana em uma paciente. A médica resgata uma informação antiga (sobre um aborto que a paciente sofreu, antes dessa gravidez) e a coloca juntamente com o fato de a gestante

ter o fator ‘rh’ sangüíneo negativo (que requer uma atenção maior no parto normal). Por meio da eternalização, o discurso da médica, ao explicar sobre o motivo de uma cesárea, obscurece o caráter histórico do fenômeno do aborto na vida da gestante, apresentando-o como se ele fosse uma característica permanente (observa-se o uso do tempo verbal no presente do indicativo).

Exemplo de reificação (eternalização), ainda nas palavras da médica:

“Ela tem um aborto, ela é Rh negativo, fez Kogan depois da curetagem, aborto espontâneo.” (M15)

E, finalmente, a nominalização e passivização consistem em recursos de nível gramatical e sintático, os quais marcam, respectivamente, o apagamento da ação na retratação discursiva dos acontecimentos sociais.

A ideologia marca, enfim, as práticas discursivas das sociedades cujas relações de dominação são estruturadas por sujeitos sociais capazes de agir e transcender as próprias ideologias. A ideologia está, pois, tanto nas estruturas, como nos eventos, operando de forma a reproduzi-los ou a transformá-los. Utilizarei essa categorização proposta por Thompson para a análise de dados.

1.6- Reformulando o Arcabouço da ADC (1999)

Repensar o arcabouço da ADC, proposto por Chouliaraki e Fairclough (1999) foi algo que surgiu no decorrer das análises, em função de algumas reflexões baseadas nas orientações dos próprios autores. Chouliaraki e Fairclough sugerem que o arcabouço da ADC é um instrumento que pode ser adaptado à realidade de cada análise, o que torna possível a seleção dos tópicos que interessarem ou, até mesmo, a inversão e a exclusão de outros. Com base nessa primeira leitura, selecionei os itens do arcabouço que seriam viáveis para a análise específica que estava realizando no momento e cheguei a este modelo, o qual denominei “segunda versão do arcabouço”.

Nesta releitura, optei por modificar o tópico (2), unificando o item ‘b’ e ‘c’ e propondo um novo item para ‘c’, qual seja, a “análise das identidades”, foco deste trabalho. Resolvi retirar o tópico (3), “Função do problema na prática”, e o substituí por “Definindo os principais obstáculos”, com base na afirmação dos autores de que, a partir das análises realizadas no tópico (2), seria viável e possível o analista enumerar os principais desafios encontrados nos itens “a”, “b” e “c”. Por fim, desdobrei o último tópico (5), Reflexões na análise, em dois outros: em (5) “Reflexões sobre a análise” e em (6) “Reflexões finais sobre o problema”, por acreditar que assim as reflexões finais acerca da questão e da própria análise se organizam de modo mais detalhado.

No decorrer do processo de elaboração das análises e da escrita deste trabalho, optei por alterar um pouco mais essa primeira releitura. Dessa forma, cheguei a um modelo final, o qual denominei “Proposta de um novo arcabouço”. Na realidade, não pretendia, inicialmente, modificar o instrumento analítico da ADC. Todavia, perante os dados concretos e o contexto desta pesquisa, percebi o quanto seria útil realizar algumas modificações no arcabouço original. Por meio de reflexões e diálogos com colegas e professores, cheguei, enfim, a esta última versão, na qual proponho as seguintes mudanças:

- 1) Troca da denominação “Problema” por “Questão motivadora” (tópico 1);
- 2) Especificação da Análise da Conjuntura: conjuntura histórica e conjuntura atual (item “a” do tópico 2);
- 3) Inclusão da Análise das Identidades no item “c” do tópico 2;
- 4) Retirada dos tópicos “Função do Problema na prática” e “Possíveis formas de vencer os obstáculos”;
- 5) Elaboração do tópico 3: “Definindo os principais obstáculos”;
- 6) Desdobramento do último tópico do original em dois tópicos diferentes: (4) Refletindo sobre a Análise e (5) Reconfigurando a Questão.

Ainda considerei proveitoso aplicar essa nova proposta ao longo de todo o trabalho, uma vez que seria redundante aplicá-lo apenas no capítulo especificamente voltado para as análises dos dados. Percebi, por exemplo, que a conjuntura já estaria embutida nos capítulos relativos à contextualização da questão em foco. Entendi também, que as elaborações

presentes no último capítulo correspondem ao que Chouliaraki e Fairclough propuseram no último item do arcabouço original. Então, conforme explicitarei a seguir (ao final desta seção), apliquei o arcabouço reformulado no decorrer de toda tese.

Observemos a seguir os três modelos, apresentado lado a lado, para didaticamente verificarmos as modificações mencionadas:

<i>Primeiro: elaborado por Chouliaraki e Fairclough (1990:60):</i>	<i>Segundo: Elaborado a partir do anterior para o projeto de doutorado</i>	<i>Terceiro: Elaborado a partir dos anteriores e aplicado nesta tese</i>
1) Problema (atividade, reflexividade)	1) Problema motivador (atividade, reflexividade)	1) Questão motivadora
2) Obstáculos a serem resolvidos: a) Análise da conjuntura; b) Análise da prática em foco (em que o discurso é um momento) (i) Prática (s) relevante (s)? (ii) Relação do discurso com os demais momentos? - discurso como parte da atividade; - discurso e reflexividade; c) Análise do discurso: (i) análise estrutural: a ordem de discurso; (ii) análise interacional - análise interdiscursiva - análise lingüística e semiótica	2) Aprofundando o problema: a) Análise da conjuntura; b) Análise do discurso; c) Análise das identidades;	2) Aprofundando a questão: a) Análise da conjuntura; (i) Conjuntura histórica (ii) Conjuntura atual b) Análise do discurso: (i) Análise interdiscursiva (ii) Análise lingüística: c) Análise das identidades;
3) Função do problema na prática	3) Definindo os principais obstáculos	3) Definindo os principais desafios
4) Possíveis formas de vencer os obstáculos	4) Possíveis formas de vencer os obstáculos	4) Reconfigurando a questão
5) Reflexões sobre a análise	5) Reflexões sobre a análise	5) Refletindo sobre a análise
	6) Reflexões finais sobre o problema	

Apresento a seguir cada tópico do novo arcabouço proposto:

1) Questão motivadora:

De acordo com a proposta de Chouliaraki e Fairclough (1999), a percepção de um problema relativo ao discurso na vida social compõe o primeiro ponto para que uma análise seja considerada como necessária.

Fairclough e Chouliaraki (1999) alegam que o problema elencado pode ser localizado na própria prática social focalizada, ou seja, na atividade concreta, ou pode estar na construção reflexiva da prática social, ou seja, nas representações que os sujeitos fazem de suas atividades que são, elas próprias, partes constitutivas de tais atividades.

Creio que a substituição dessa nomenclatura ‘problema’ para ‘questão motivadora’ será produtiva no sentido de retratar o aspecto selecionado para a pesquisa sem enquadrá-lo, de antemão, como problemático. Dessa maneira, ao mencionar a temática analisada em termos de ‘questão motivadora’ não estou pressupondo que tal aspecto seja em si ruim ou negativo, mas, sim, que seja, em algum nível, contraditório e/ou polêmico, em outras palavras, que seja uma questão interessante para motivar uma análise crítica.

2) Aprofundando a questão

A fim de analisar um aspecto discursivo da vida social considerado, sob alguma ótica, como foco de interesse, é necessário ampliar o olhar analítico para entender as razões motivadoras e as implicações estruturais da questão focalizada.

Assim, selecionei três tipos de análise que acredito serem fundamentais para facilitar essa tarefa: primeiramente, uma análise conjuntural pode esclarecer o quadro da prática social em que o discurso se localiza. Essa análise envolve o cruzamento entre instituições, vozes e materiais que compõem tal prática social. É uma análise contextual comprometida a ir além da descrição estanque do tempo e do espaço que enquadra o problema; ela propicia uma visão tridimensional ao priorizar o entrelaçamento dos fatores múltiplos que caracterizam a prática em foco. Dividi esta análise em “conjuntura histórica” e “conjuntura atual”, a fim de organizar as contextualizações em torno da temática da parturição. Perceber,

por exemplo, as raízes históricas de práticas arraigadas e cristalizadas ainda presentes nos dias atuais é uma reflexão pertinente para a compreensão da questão focalizada. Esse tipo de reflexão é possível após uma compreensão das diferentes conjunturas que cercaram o universo da parturição ao longo da história da humanidade.

A segunda análise prioriza um olhar assentado na linguagem; trata-se da análise do discurso propriamente dita. É baseada na suposição de que a linguagem é uma parte irreduzível da vida social, dialeticamente interconectada com outros elementos da vida social, de modo que a análise e pesquisa social sempre têm a ver com linguagem (Fairclough 2003). A análise de discurso com duplo foco na estrutura e na interação possibilita, pois, um aprofundamento lingüístico no problema focalizado na pesquisa.

E, finalmente, há a análise das identidades, a partir da qual é possível compreender os diferentes papéis sociais assumidos pelos sujeitos nas diferentes posições das práticas sociais em foco. Além disso, um olhar atento sobre as construções de auto-identidade possibilitará um entendimento das atividades reflexivas do indivíduo em suas rotinas. Diferentemente da identidade que ainda supõe continuidade do tempo e no espaço, a auto-identidade tem essa continuidade reflexivamente interpretada pelo agente. “Em outras palavras, se questionados, os agentes são normalmente capazes de fazer interpretações discursivas da natureza e das razões do seu comportamento” (Giddens, 2000:39). Essa é uma análise particularmente relevante porque ela complementa uma visão do contexto e do discurso a partir de um olhar para o sujeito que vive no contexto tal e que se submete a um discurso ‘x’ ou ‘y’.

3) Definindo os principais desafios

Nessa fase, há um redirecionamento da análise científica social com base na lógica relacional para a baseada na lógica dialética. Isso significa que, nessa etapa da análise, interessa não mais focalizar a estabilidade relativa das práticas, mas sim analisar a estabilidade como um efeito de poder e como um fator de reprodução das relações assimétricas, cujo foco recai sobre a tensão dialética entre as estruturas e as atividades práticas das pessoas engajadas na prática social em foco (Chouliaraki & Fairclough, 1999:32).

Após realizar as três análises do tópico anterior, é possível, ao analista, enumerar de modo mais embasado, quais são os desafios que a questão em foco apresenta na prática. Parte-se, desse modo, de parâmetros concretos e não apenas de hipóteses para que o pesquisador possa refletir sobre a própria análise e, em seguida, sobre a própria questão inicial.

4) Refletindo sobre a análise

Nessa etapa insere-se a relação entre a prática teórica do analista e as práticas ‘práticas’ analisadas. Todo pesquisador parte de uma determinada posição dentro do campo teórico, possuindo um interesse de conhecimento particular que acarreta, conseqüentemente, perspectivas orientadas para problemas, poder, ideologia etc. Uma pesquisa crítica social pode ser reflexiva no sentido de inserir uma reflexão sobre o ponto de vista a partir do qual a pesquisa é efetuada.

De acordo com Chouliaraki & Fairclough (1999:66), a especificidade de perspectiva não é em si negativa, desde que tal especificidade esteja clara e desde que outras perspectivas sejam reconhecidas.

Considero, particularmente, essa etapa singular nesse arcabouço analítico, tendo em vista que, enquanto pesquisadora, incluo as construções reflexivas que ocorreram no decorrer desta pesquisa. Assumir um posicionamento como sujeito participante da pesquisa crítica acredito ser fundamental em uma prática teórica comprometida com ação crítica. Nesta etapa, retomam-se as questões iniciais e os objetivos traçados antes da análise a fim de relocalizá-los com mais suporte teórico e analítico, por meio de uma auto-avaliação dos mesmos.

5) Reconfigurando a questão:

O objetivo nesta etapa é discernir os recursos que são possíveis para modificar as coisas em seus modos de ser usuais. O foco desta etapa ultrapassa as estruturas reprodutivas para ressaltar os percursos que as pessoas fazem em determinadas condições estruturais. O importante é focalizar as estruturas como sistemas abertos para a ação transformadora, o que

geralmente caracteriza-se pelas tensões e contradições no interior de uma prática, em ocasiões particulares.

O que interessa, então, é retomar a questão inicial que foi destacada, caracterizada e analisada ao longo de todo o processo proposto pelo arcabouço, para finalmente ser possível a visualização de novos aspectos não antes vislumbrados. É importante, portanto, destacar os caminhos que se abriram a partir da análise feita a fim de que uma visão inovadora da questão inicial seja lançada no mundo social.

Ao propor estas modificações no arcabouço da ADC, optei por aplicá-lo de forma especialmente diluída ao longo de todo este trabalho por considerar que dados e análise mantêm entre si uma relação dialética. Ao longo dos capítulos desta pesquisa trabalho com os passos do arcabouço modificado a fim de conferir utilidade ao instrumento que me foi tão válido para visualizar e compreender os dados. Localizo, então, cada item ao longo do trabalho a fim de facilitar o acompanhamento da leitura e o entendimento acerca do fio condutor da análise realizada, sua lógica e sincronicidade:

1-Questão motivadora: é apresentada na introdução do trabalho e é detalhadamente constituída ao longo dos capítulos 2 e 3.

2- Aprofundando a questão:

a) Análise da conjuntura: é realizada nos capítulos 2 e 3 e é retomada de forma bem sucinta no capítulo 4 (seção 4.3.1). Ao longo do segundo e do terceiro capítulos, a conjuntura que envolve a questão em foco é ressaltada tanto em termos históricos e simbólicos, como no que concerne ao campo social, incluindo a localização da parturição no bojo da pós-modernidade tardia.

b) Análise do discurso: é abordada ao longo dos capítulos 2 e 3 nos momentos em que teço um diálogo entre as reflexões da conjuntura e os dados concretos ilustrativos dessas mesmas reflexões. Todavia, é no capítulo 4 (4.3.2) que apresento uma análise lingüística e interdiscursiva mais profunda e detalhada, na qual exploro os dados que considero mais produtivos.

c) Análise das identidades: Ainda no capítulo 4 (seção 4.3.3) apresento uma reflexão sobre a constituição discursiva das identidades dos médicos e das gestantes no que concerne à parturição com base no corpus de pesquisa.

É no quinto e último capítulo deste trabalho que apresento as reflexões que englobam os três últimos itens deste arcabouço, quais sejam:

3 - Definindo os principais desafios

4 - Reconfigurando a questão

5 - Refletindo sobre a análise

Achei pertinente agrupá-los no último capítulo tendo em vista o caráter reflexivo e conclusivo dos tópicos. Acredito que essa aplicação do arcabouço seja uma maneira eficiente de utilizar um modelo metodológico de análise de discurso de uma forma bem mais aprofundada do que se restringisse a utilização do modelo a um só capítulo.

1.7- Etnografia crítica e Pesquisa Qualitativa

A metodologia etnográfica nasceu e se desenvolveu na antropologia e foi, especialmente, associada ao nome de Malinowski por volta da década de vinte, do século passado. Essa perspectiva, no início do século, foi um marco de mudança na forma como o trabalho de pesquisa era efetuado, uma vez que até o final do séc. XIX, havia uma forte distinção entre o trabalho mais ‘concreto’ daqueles que coletavam dados no campo e o trabalho ‘intelectual’ de pesquisadores/as que analisavam os dados. Desse modo, a etnografia está assentada na valorização do contato do próprio pesquisador, inserido no campo de pesquisa, convivendo com os sujeitos participantes. Assim, não se tratava mais de simplesmente atribuir significados aos comportamentos, mas, sim de compartilhar os significados.

Geertz (1978) destaca que a descrição etnográfica é interpretativa. Em suas palavras:

“Fazer a etnografia é como tentar ler (no sentido de ‘construir uma leitura de’) um manuscrito estranho, desbotado, cheio de elipses, incoerências, emendas suspeitas e comentários tendenciosos, escrito não com os sinais convencionais do som, mas com exemplos transitórios de comportamento modelado” (Geertz, 1978:20) .

A etnografia é, pois, viabilizada pela pesquisa de campo, com base na concepção de *observação participante*⁶. Esse conceito está relacionado à idéia de que o conhecimento etnográfico se apóia na experiência dos pesquisadores em situações particulares de pesquisa.

A etnografia crítica e a convencional compartilham de alguns aspectos, tais como a interpretação qualitativa dos dados, a adoção de regras etnográficas de análise, entre outros. Todavia, o engajamento com os sujeitos pesquisados é muito mais evidente na etnografia crítica, pois sua preocupação centraliza-se na mudança social a partir dos questionamentos levantados. Ela invoca a consciência crítica cujos objetivos emancipatórios afastam os sujeitos da repressão. As restrições são, entretanto, necessárias em qualquer organização social, mas há determinadas regras que não são positivas e nem importantes.

Trata-se de uma pesquisa ‘sobre’, ‘por’ e ‘com’ sujeitos pesquisados. Segundo Cameron (1992), a relação entre pesquisador(a) e pesquisado(a) envolve a ética, a defesa e o fortalecimento. O(a) pesquisador(a) ético(a) deve evitar a exploração dos dados obtidos e ainda preocupar-se com a privacidade dos sujeitos de modo a assegurá-la. A defesa pressupõe um compromisso do analista em assumir os interesses dos(as) pesquisados(as), utilizando para tal sua posição de prestígio e autoridade em favor dos sujeitos.

Os etnógrafos críticos despertam uma conscientização do processo de domesticação a partir da exposição dos mecanismos de controle e poder, os quais estabelecem o senso comum ideológico e a hegemonia. A domesticação (Thomas, 1993) implica a isenção de responsabilidade de certos grupos que consideram os problemas sociais como problemas dos outros (do governo, da polícia, etc.). A consciência crítica da domesticação é objeto de interesse da etnografia crítica, que estuda tal processo que modela toda a vida social e as relações humanas. A domesticação é, pois, ideológica ao envolver um conjunto de crenças e atitudes que são compartilhadas acerca do mundo e de seus problemas sociais. Dessa maneira, a etnografia é “uma cultura estudando cultura” (Thomas, 1993:10), pois sua pesquisa envolve a compreensão da cultura dos(as) pesquisados(as) sob o prisma cultural do(a) pesquisador(a).

⁶ O/a observador/a é ao mesmo tempo participante e observador/a no grupo pesquisado.

Cameron *et al.* (1992) destacam três princípios orientadores de uma pesquisa engajada socialmente: (i) a utilização de métodos interativos, dialógicos, colocando a tecnologia de pesquisa à disposição dos sujeitos pesquisados; (ii) a tentativa de tratar das necessidades dos sujeitos de pesquisa e (iii) um compartilhamento dos conhecimentos do(a) pesquisador(a) com os(as) pesquisados(as), dando-lhes acesso direto ao conhecimento acadêmico.

Nesse aspecto, à etnografia crítica associa-se a pesquisa qualitativa que surgiu no seio da Antropologia e da Sociologia nos últimos quarenta anos e apresenta como características a imersão do pesquisador no contexto e a perspectiva interpretativa de condução da pesquisa. Na pesquisa qualitativa, o pesquisador é um interpretador da realidade (Bradley, 1993).

Os métodos qualitativos são apropriados quando o fenômeno em estudo é complexo, de natureza social e não tende à quantificação. Normalmente, são usados quando o entendimento do contexto social e cultural é um elemento importante para a pesquisa. Para utilizar métodos qualitativos é preciso aprender a observar, registrar e analisar interações reais entre pessoas, e entre pessoas e sistemas (Liebscher, 1998).

No que concerne às descrições detalhadas de fenômenos e comportamentos, o autor enumera os seguintes tipos de dados: (i) citações diretas de pessoas sobre suas experiências; (ii) trechos de documentos, registros, correspondências; (iii) gravações ou transcrições de entrevistas e discursos; (iv) dados com maior riqueza de detalhes e profundidade; e, (v) interações entre indivíduos, grupos e organizações.

Em pesquisas qualitativas, as grandes massas de dados são divididas em unidades menores e, em seguida, reagrupadas em categorias que se relacionam entre si de forma a ressaltar padrões, temas e conceitos (Bradley, 1993).

A análise dos dados em uma pesquisa qualitativa é o processo de ordenação dos dados, organizando-os em padrões, categorias e unidades básicas descritivas, seguido da interpretação que envolve a atribuição de significado à análise, explicando os padrões

encontrados. A análise dos dados consiste, assim, em três atividades iterativas e contínuas [Miles & Huberman, 1984]:

- a) Redução dos dados – processo contínuo de seleção, simplificação, abstração e transformação dos dados originais provenientes das observações de campo. Na verdade, a redução dos dados já se inicia antes da coleta de dados propriamente dita.
- b) Apresentação dos dados – organização dos dados de tal forma que o pesquisador consiga tomar decisões e tirar conclusões a partir dos dados (textos narrativos, matrizes, gráficos, esquemas etc.).
- c) Delineamento e verificação da conclusão – identificação de padrões, possíveis explicações, configurações e fluxos de causa e efeito, seguida de verificação, retornando às anotações de campo e à literatura, ou ainda replicando o achado em outro conjunto de dados.

1.8- Triangulação metodológica

Inicialmente usada nas Ciências Sociais, a estratégia da triangulação configurava uma forma de *operacionalismo múltiplo ou validação convergente* e, nesses casos, ela era usada para descrever múltiplas tecnologias de coleta de dados destinadas a medir um conceito ou construto singular, único (*triangulação de dados*).

De acordo com Berg (2001: 4), os métodos revelam diferentes facetas de uma realidade simbólica determinada, como se fossem diferentes lentes para focalizar o mesmo fenômeno social e simbólico. Desse modo, ao combinar diversas visões, uma percepção menos tendenciosa da realidade pode ser vislumbrada, uma espécie de coleção mais completa de símbolos e conceitos teóricos, o que contribui para interpretações menos parciais. É exatamente a utilização de múltiplas linhas de visão que é chamada de *triangulação*.

As múltiplas estratégias de triangulação são, pois, linhas de ação preferenciais para esta pesquisa. Ao combinar múltiplos métodos, teorias e fontes de dados, podemos esperar resultados que superem a propensão para estudos simples, não triangulados. É importante ressaltar que cada método de pesquisa revela elementos peculiares da realidade simbólica, que está em contínuo estado de mudança, pois ela é um processo social (Denzin, 1970).

“Nenhum método único jamais atenderá aos requerimentos da teoria da interação. Enquanto a observação participante permite o registro cuidadoso de situações e pessoas, ela não oferece dados diretos sobre as esferas mais amplas de influência que agem sobre os sujeitos observados. Porque cada método revela diferentes aspectos da realidade empírica, múltiplos métodos de observações devem ser empregados. Isso é denominado triangulação” (Idem, ibidem:28).

Uma diferenciação é necessária quando se adota a triangulação metodológica: ela pode, por um lado, ser de ordem ‘inter-metodológica’ em que unidades de observação são vistas como multidimensionais de modo que o investigador toma um método e emprega múltiplas estratégias dentro daquele método para examinar seus dados. A desvantagem desse tipo de triangulação é a de que somente um método é empregado. Por outro lado, a triangulação pode ser de ordem ‘trans-metodológica’ a qual preza pela combinação de métodos dessemelhantes para medir a mesma unidade, de maneira que os fluxos/limites de um método combinam com os de outro, tirando-se o melhor de cada um deles.

1.8.1- Princípios da triangulação metodológica

1) Nas investigações trianguladas, os métodos são combinados para reduzir, tanto quanto possível, as ameaças à validade interna e externa da pesquisa. A triangulação permite a combinação das percepções dos sujeitos com suas interpretações.

2) O método precisa ser selecionado com um olhar sobre sua relevância teórica. Para maximizar o valor teórico dos estudos, investigadores precisam selecionar seus métodos mais poderosos, combinando-os com outros que, inicialmente, não pareçam apropriados.

3) O pesquisador precisa ser flexível na avaliação dos seus métodos. Cada ação no campo fornece novas definições, sugere novas estratégias e contínuas modificações do esboço inicial de pesquisa.

4) Nenhuma investigação deveria ser vista como um modelo estático. O pesquisador precisa estar pronto para alterar suas linhas de ação, mudar métodos, reconceituar problemas e começar de novo, se necessário for.

Represento assim, sob a forma de esquemas semelhantes aos utilizados na apresentação da triangulação teórica, a maneira como procurei triangular os dados, tanto em sua coleta, quanto na análise.

a) Para a coleta de dados, etnografia crítica com base na triangulação dos *instrumentos de coleta*:



Figura 3

b) Para a análise dos dados:



Figura 4

Adoto, desse modo, uma perspectiva triangulada para a coleta de dados: observação combinada à entrevista, à análise de documentos, e a medidas discretas. Defino como 'pano de fundo' para a coleta de dados da pesquisa um contexto urbano, sócio-economicamente estável em hospitais/clínicas da rede privada do Distrito Federal. Os sujeitos participantes da pesquisa podem ser agrupados da seguinte forma: de um lado, agrupo (i) as mulheres grávidas, de baixo risco e de idades variadas, (ii) puérperas (mulheres que deram à luz há menos de um mês) e (iii) as mães, com filhos já maiores. Localizo, em um grupo distinto, os profissionais e agentes envolvidos com a assistência perinatal, como (i) as doulas

(acompanhantes de parto), (ii) os médicos/as da rede privada do DF, (iii) os educadores perinatais e psicólogos que trabalham com a fase perinatal, e, ainda, (iv) profissionais de saúde no Brasil que são tidos como referência no que tange ao movimento de humanização do parto.

Os instrumentos compreendem diários de campo, entrevistas abertas, gravação de relatos e consultas médicas, planos de parto das grávidas e narrativas de partos.

1.9- Coleta de dados:

A fim de fazer o levantamento, a caracterização e uma análise preliminar da questão em foco duas estratégias foram utilizadas para o cumprimento dessa tarefa inicial. Em primeiro lugar, participei dos seguintes **grupos e cursos** relacionados à gravidez e ao parto:

- (1) Yoga para grávidas e puérperas/ Brasília – DF;
- (2) Curso de capacitação de doulas (realização da ANDO – Associação Nacional de Doulas);
- (3) Curso para grávidas de hospitais privados do DF;
- (4) Curso semestral promovido pela Unicamp: “Atenção simplificada de nascimento de baixo risco gestacional” promovido pelo Departamento de Tocoginecologia, da Faculdade de Ciências Médicas, Grupo de Parto Alternativo, coordenado pelo Dr Hugo Sabatino;
- (5) Seminário da Faculdade de Saúde de Brasília – UnB – “Gestar e Parir”: Recomendações da OMS e a Formação Profissional – contribuição para redução da morbimortalidade materna e neonatal;
- (6) Curso sobre Humanização do parto, em São Paulo;
- (7) Visita à Maternidade Nascer Cidadão em Goiânia, uma maternidade pública que recebeu o prêmio Galba Araújo em virtude de ser considerado um centro humanizado;
- (8) Visita ao *Caism* e entrevista com o Dr Sabatino em Campinas, na Unicamp.
- (9) Conversa sobre meu projeto de pesquisa com a Professora Doutora Carmem Simone Grilo Diniz – USP.

Esses espaços e essas interações foram registrados por meio de variados instrumentos: fotografias, gravações, notas de capo, filmagens, material escrito. Considero de suma

importância ter entrado nesse universo da ordem de discurso da medicina para que pudesse me apropriar de certos conhecimentos específicos da temática da medicina. Com o distanciamento natural do lugar do qual eu observo (qual seja, do discurso), pude vislumbrar a questão dos nascimentos e das relações humanas envolvidas ali de uma maneira muito interessante. Não estava nem completamente fora do contexto, ao ponto de comprometer a minha análise e, nem completamente dentro, de modo que o envolvimento pessoal me trouxesse um certo embaçamento de visão. Enfim, foi essencial ter ampliado o meu foco no caminho de busca de dados e de informações para que a pesquisa pudesse ser pertinentemente desenvolvida.

Outra estratégia que me auxiliou na caracterização do problema foi uma pesquisa piloto que realizei, como passo inicial do projeto, com dez grávidas, acerca de sua representação social sobre parto e acerca das identidades do médico e da gestante no que concerne ao período perinatal. Selecionei aleatoriamente as mulheres por não ter nenhum outro objetivo em mente a não ser um primeiro mapeamento das impressões das mulheres sobre o parto e sobre sua relação com o médico obstetra. Optei por sondar sobre as representações sociais por meio da linguagem verbal e não-verbal. Nesse momento, pedi para que elas escrevessem a primeira palavra que vinha à mente quando se pensava em ‘parto’ e em seguida pedi que desenhassem uma cena de parto. Sobre as identidades, as questões foram mais diretas como: “na sua opinião, qual é o papel do médico durante o parto?”

Utilizei, como instrumento de coleta, entrevista semi-estruturada, sem gravação. A escolha do local onde coletei esses dados foi aleatória, porém motivada, uma vez que as entrevistas foram realizadas nas salas de espera dos consultórios dos obstetras de modo que o tema da conversa era totalmente pertinente, uma vez que dali a instantes a gestante seria atendida por seu médico para tratar de assuntos relacionado à gravidez e, quem sabe, ao parto. Não controlei quais seriam os obstetras e nem a idade gestacional.

Esses dois caminhos percorridos ao longo desta pesquisa serviram de base para que eu pudesse delinear as questões e traçar os objetivos com mais clareza e precisão. A pesquisa piloto me ajudou a optar pela triangulação teórica, uma vez que representação social se mostrou um campo teórico frutífero. Incluir o tema identidade logo de início me auxiliou a

traçar a outra ponta da triangulação que estava procurando, pois foi necessário analisar as respostas acerca das identidades sociais dos médicos e das auto-identidades das mulheres grávidas. Resolvi então aprofundar esse campo teórico a partir dos bons resultados obtido na pesquisa piloto.

Além disso, realizei algumas análises de dados retirados de uma pesquisa da área médica que se transformou, posteriormente, em um vídeo do gênero “documentário”, intitulado, originariamente, ‘Born in Brazil’. Este vídeo, que se preocupou com as altas taxas de cesarianas no nosso país, é transmitido às grávidas em alguns cursos de partos oferecidos por hospitais particulares do DF. É um material muito interessante para análise do discurso, uma vez que foi elaborado exatamente para focalizar as contradições existentes entre as vozes dos médicos e as vozes das gestantes. Apresento a análise que realizei acerca de uma das interações presentes neste documentário no anexo 4, tendo em vista ter sido este primeiro exercício de análise extremamente válido para o meu planejamento das entrevistas durante o trabalho de campo.

1.10- Constituição do corpus

O corpus da pesquisa foi constituído a partir da seleção dos textos orais e escritos obtidos por meio de entrevistas semi-estruturadas, relatos de parto, gravações de palestras e cursos sobre o tema conforme explicitarei no capítulo metodológico.

O período da coleta de dados – nos anos de 2004 e 2005 – corresponde a um momento em que as discussões sobre os temas relativos à humanização dos partos e à implantação de casas de partos se fez muito recorrente na área médica. No que concerne às interações de ordem virtual, percebe-se a estruturação de *sites*, listas de discussões sobre parto⁷, *blogs*⁸ de modo muito produtivo. Essa conjuntura foi muito propícia à análise das identidades emergentes no que diz respeito a um novo paradigma de parturição.

⁷ Algumas dessas listas foram utilizadas como fontes para coleta de dados. Por exemplo: ‘Parto Nosso’, ‘Amigas do Parto’, entre outras.

⁸ Weblog - diários pessoais elaborados por usuários sem conhecimento técnico especializado em criação de sites.

Com base no acesso às referidas listas de discussões sobre parto na internet, recolhi cerca de 450 textos provenientes das trocas conversacionais, material muito amplo que foi submetido a uma classificação para facilitar a seleção do corpus de análise. Separei, então, os textos virtuais nas seguintes categorias temáticas:

1. Relatos de partos frustrados ,seguidos ou não de pedidos de ajuda;
2. Orientações de profissionais da área, médicos(as), doulas, enfermeiras e psicólogos(as), sobre questionamentos que giram em torno de partos vaginais após partos cirúrgicos, sobre indicações de cesáreas etc;
3. Discussões políticas sobre a implantação de Casas de Parto (Audiências em Bangu –RJ – Cremerj - Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro);
4. Relatos de parto normal após cesárea;
5. Relatos de consulta com os obstetras e relatos que retratam mudança de médico no processo de busca por um atendimento mais humanizado;
6. Críticas feitas pelas gestantes em relação aos médicos;
7. Experiências domiciliares;
8. Exercício de reflexividade das gestantes; comentários sobre a informação e a ignorância no universo do parto; responsabilidades e escolhas.

Além disso, selecionei para o corpus algumas das entrevistas semi-estruturadas realizadas com cerca de trinta e cinco gestantes em diversas fases de gestação e com quinze médicos(as) obstetras, cujo enfoque foram marcas de constituição das identidades no bojo do relacionamento médico-paciente. Entrevistei também outros profissionais de saúde, como doulas, enfermeiras e psicólogas. Dos textos coletados nestas entrevistas, organizei os seguintes grupos temáticos, a fim de facilitar a seleção final do corpus:

- Com relação aos textos das gestantes

a) *Experiência da gravidez*: relatos que trazem o olhar da mulher sobre sua nova condição física e emocional na gravidez; como ela se vê, o que foi percebido como mudança em sua auto-identidade.

b) *Representação social do parto*: registros sobre parto como um evento de risco, sentimentos e sensações subjetivas e sócio-culturais com relação ao evento ‘parto’.

c) *Relacionamento com o obstetra*: textos que focalizam as representações identitárias na relação com o(a) obstetra; o papel de cada um, tensões e entendimentos sobre essas identidades.

- Com relação aos textos dos (as) obstetras

a) *Formação do obstetra no bojo da medicina*: a escolha pela especialidade e como se deu essa formação.

b) *Prática clínica de partos*: índices de partos vaginais e cirúrgicos, diferença entre rede privada e pública, rotinas hospitalares adotadas no processo do parto.

c) *Reflexões amplas sobre a questão do alto índice de cesárea no Brasil*: citações e referências das recomendações do Ministério da Saúde concernentes às práticas de assistência aos nascimentos e comentários sobre a formação universitária *versus* a prática clínica, tanto na rede pública quanto na privada.

d) *Relacionamento com as gestantes*: trechos dos textos que focalizam as representações identitárias na relação com o(a) obstetra; o papel de cada um, tensões e entendimentos sobre essas identidades.

Após a observação inicial de todo esse conteúdo e essa divisão temática para fins de análise, selecionei trechos dos textos que ilustrariam tais grupos temáticos a fim de me dedicar à análise do discurso propriamente dita.

Em síntese, o corpus da pesquisa pôde ser organizado em três conjuntos:

(1) **Dados da observação:** registros realizados nas consultas médicas e nas aulas de preparação para o parto (cursos de hospitais e/ou yoga pré-natal), feitos por meio de gravações em áudio e/ou vídeo e por meio de notas integrantes de diário de campo.

(2) **Dados obtidos em entrevista:** entrevistas abertas com obstetras, gestantes e doulas/parteiras/psicólogos/estudiosos da área - 15 médicos e 25 gestantes, 4 doulas, 2 psicólogas, 2 parteiras e 3 estudiosos da área (professores doutores de universidades)

(3) **Dados provenientes das conversas virtuais das listas de internet e notas das grávidas:** notas escritas em diário pelas gestantes no decorrer do pré-natal, no que concerne ao parto, especialmente as anotações feitas logo após as consultas médicas e logo após os partos.

Os dados apresentados no decorrer deste trabalho foram numerados de acordo com os seguintes critérios:

a) Com relação às gestantes: utilizei a letra “G”, como abreviação de “gestante”, a fim de preservar a identidade dos sujeitos participantes da pesquisa. As primeiras quinze gestantes (de “G1” até “G15”) são mulheres entrevistadas; as demais referências (de “G15” até “G38”) são mulheres com as quais não tive um contato pessoal; suas falas são provenientes das listas de discussões da internet, ou de narrativas de parto escritas.

b) Com relação aos médicos obstetras: utilizei a letra “M”, como abreviação motivada pelo mesmo objetivo de preservação identitária. As sete primeiras numerações (de “M1” até “M7”) representam médicos com os quais conversei pessoalmente. Já as demais referências (de “M8” até “M15”) são discursos retirados de meios escritos (virtuais ou de notas de campo).

c) Com relação às doulas, utilizo a abreviação “D” e somente inclui três mulheres nesta categorização: de D1 a D3.

Resumo do Capítulo

Neste capítulo, apresentei os pressupostos teóricos que se constituíram como os pilares deste trabalho. Localizei a Análise de Discurso no contexto dos estudos da linguagem e focalizei, especialmente, a Análise de Discurso Crítica (Fairclough, 1992, 2001, 2003 e Chouliaraki e Fairclough, 1999). Realizei algumas reflexões que serão úteis para a análise dos dados, acerca das identidades no âmbito da modernidade tardia. Ressaltei ainda os conceitos de poder e de ideologia no que concerne ao estabelecimento, manutenção e transformação das relações assimétricas de dominação.

Apresentei também neste capítulo, os caminhos metodológicos que nortearam o trabalho. Destaquei o aparato da etnografia crítica e da pesquisa qualitativa no bojo da triangulação metodológica (Denzin, 1970) e apresentei as reformulações propostas para o arcabouço analítico da Análise de Discurso Crítica (apresentado por Chouliaraki e Fairclough na obra de 1999). Por fim, destaquei o conjunto dos dados, o contexto da pesquisa e a maneira como organizei o corpus do trabalho.

CAPÍTULO 2

O discurso da história e dos mitos sobre a gravidez e o parto

Uma aproximação histórica, religiosa e mítica do nascimento através dos tempos e dos povos



Figura 5: Ilustração de parturiente e parteira Kiowa (Índios americanos nativos)

O parto é um evento biológico universal previsto nas informações genéticas trazidas pelo indivíduo e se desenrola segundo um processo determinado para cada espécie (Carranza, 1994). Como processo humano corporal não tem mudado nos poucos milhões de anos da existência humana. Todavia, em termos culturais e sociais, está em constante mutação, uma vez que está inserido em um complexo contexto marcado por mudanças sociais e econômicas e atitudes culturais em relação à vida, à morte, à saúde e à doença, bem como ao risco.

Dessa maneira, o processo do parto, à semelhança de outros processos fisiológicos como o beber, o comer, as relações sexuais e a morte, não é um ato puramente biológico (Pinho *et alli*, 2000). É, sobretudo, um ato cultural na medida em que reflete os valores sociais prevalentes em cada sociedade, em uma dada época.

Há uma grande diversidade na maneira como as sociedades percebem o parto e o manejam de acordo com seus valores, atitudes e crenças em diferentes locais e ao longo da história da humanidade (Carranza, 1994). O parto é, muitas vezes, visto como um rito de passagem reforçado por regras, rituais e tabus específicos.

De acordo com Gualda (1994), o acúmulo do conhecimento científico e o desenvolvimento tecnológico acelerado que se processaram neste último século afetaram todos os aspectos da vida das pessoas. Na condução do parto, houve uma preocupação

acentuada acerca da constituição de um sistema científico de certezas em que pouca ênfase foi dada aos elementos psicossociais inerentes à parturição, de modo a transformar o processo em um procedimento médico eficiente e organizado, do qual se eliminou a interferência de crenças e de práticas culturais ou, pelo menos, se tentou eliminar. O cruzamento dessas diferentes crenças e práticas gera o conflito vivenciado ultimamente na assistência ao parto em que a discrepância entre o discurso da Organização Mundial de Saúde e as práticas reais no interior do espaço hospitalar tornou-se gritante. E, indo um pouco além, o espaço que separa o sujeito que vai parir e o sujeito que vai ‘fazer o parto’ tornou-se tão confuso que, muitas vezes, pode influenciar transtornos nas identidades desses sujeitos envolvidos no universo da parturição. Os depoimentos a seguir foram escolhidos para ilustrar o significado pessoal e cultural do nascimento para a mulher que se vê, perdida, no seio do tal sistema científico de certezas que contribuem para a legitimação da prática médica hospitalar, por um lado, e da sensação de impotência que assola a parturiente, por outro.

“Eu deveria ter entendido que meu passo é mais lento, que nunca serviria para estar de acordo com horários e procedimentos hospitalares, com doses prontas de anestesia, de remédios. Mas ficou a grande lição: se eu não confiar em meu corpo, se eu não conseguir me conectar com meu timing interno, sempre serei paciente. Sempre precisarei de uma mão salvadora para me resgatar de mim mesma. Acho que estou aprendendo.”(G26) ⁹

“Entre na sala de cirurgia, me senti abduzida por um disco voador. Aquele monte de Ets iam me dissecar toda.(...) O que essa experiência significou pra mim? Não sei dizer ainda. Decepção? Trauma? Eu fiz de tudo pra me colocar pra cima, pois tive um baita babyblues¹⁰... meu pós-parto foi horrível. Sentia dores nas pernas, nos quadris na nuca, uma dor de cabeça insuportável. Pensei na bebê, no meu leite, em como a tristeza podia prejudicar a amamentação, por isso tentei meio que me conformar com essa cesárea. (...)É como um filho que faz uma coisa errada, mesmo sem querer, e além do peso na consciência, ainda tem que enfrentar os pais. Mas tudo bem, a ferida ta sarando...”(G22)

⁹ Depoimento retirado de um site da internet: www.amigasdoparto.com.br em 2004.

¹⁰ Ver glossário ao final da tese para compreensão dos termos médicos

Esses trechos que expressam a vivência do parto sob a ótica da mulher interessam como discursos que devem ser analisados no interior da situação atual de assistência à parturição, a qual está assentada na realidade de um sistema de saúde cada vez mais complexo, dada a diversidade das especialidades e o grande número de pessoas envolvidas. Tal diversificação acarreta rupturas, tendo em vista que, muitas vezes, o ‘trabalho de articulação’¹¹ requerido pela equipe de especialistas no caso de uma patologia grave, ou no caso de um parto, não se encontra suficientemente afinada, o que pode trazer inúmeros prejuízos para a saúde dos pacientes. E, conforme mencionei no primeiro capítulo, um olhar discursivo que destaque o discurso como modo de ação, como desencadeador de efeitos sociais e como importante elemento na construção de identidades e no estabelecimento de relações de poder, será de fundamental valia para se compreender dados como estes. Segundo Fairclough (1999:4),

uma importante característica das mudanças econômicas, sociais e culturais é que elas existem como discursos, e ainda como processos que estão acontecendo fora do discurso, e esses processos que estão acontecendo fora do discurso são substancialmente moldados por esses discursos.

Nessa perspectiva, o discurso contribui tanto para a reprodução quanto para a transformação social. Os discursos das duas parturientes, acima apresentados, são representativos da constituição da identidade de paciente (no que tange à teia discursiva da medicina), de aprendiz (no que tange à esfera da educação) e de filha (relativo ao âmbito da vida privada). É bastante interessante observar o cruzamento dessas identidades construídas nos discursos das parturientes, cuja passividade e impotência foram ressaltadas.

No primeiro depoimento, a mulher inicia seu relato no tempo verbal futuro do pretérito para construir uma avaliação negativa de si mesma, no seu parto. Esse tempo verbal, em projeção, colabora para a criação da imagem de impotência e de arrependimento, especialmente quando ela diz que ‘deveria ter entendido’. Ao juntarmos essa frase com o sintagma “grande lição” e com a última frase “Acho que estou aprendendo”, podemos ilustrar a ordem de discurso da educação e da vida privada, bem como a construção de uma identidade híbrida em que a parturiente se sente uma aluna e/ou uma filha que se arrependeu de ter feito algo errado. Além disso, ela realiza uma auto-cobrança no que concerne ao futuro,

¹¹ Expressão utilizada pelo sociólogo americano Anselm Straus, que pesquisou as intervenções múltiplas exigidas em casos de patologias graves (apud Adam e Herzlich, 2001:47).

o que pode ser visto por meio da dicotomia entre os operadores argumentativos ‘nunca’ e ‘sempre’: “*nunca serviria para estar de acordo com os horários e procedimentos hospitalares*” e “*se eu não confiar em meu corpo (...) sempre serei paciente*”.

No segundo depoimento, a mulher se apresentou como paciente, ao utilizar a metáfora inicial dos ‘ets’, por meio de uma série de pressupostos, como o de distanciamento e estranhamento¹² daquela realidade ‘médica’, como se naquele momento ela não tivesse o controle e o entendimento da situação vivenciada, como geralmente ocorre com a posição de sujeito de pacientes. Ela também assume o lugar de paciente quando, posteriormente relata alguns sintomas físicos: “*Sentia dores nas pernas, nos quadris na nuca*”. No que diz respeito ao discurso pertencente à esfera da vida privada, ela claramente utilizou a comparação: “*É como um filho que faz uma coisa errada, mesmo sem querer, e além do peso na consciência, ainda tem que enfrentar os pais*”.

Desse modo, ambos os depoimentos podem ser representativos da sensação de fragmentação e de incoerência do sistema de saúde no que diz respeito ao atendimento à parturição. Tais narrativas demonstram a insatisfação das mulheres diante da assistência recebida, além de apontarem alguns aspectos subjacentes importantes no que concerne à construção das identidades dessas mulheres. A sensação de inadequação e de incapacidade das gestantes está intrinsecamente relacionada com a sensação de que não colaboraram com o médico o suficiente e de que são a causa de todas as conseqüências negativas da intervenção médica.

A partir da apresentação dessa breve análise dos dois depoimentos, visto demonstrar como o aparato teórico da análise do discurso, que norteará todo o trabalho, poderá ser útil para desconstruir certos pressupostos ideológicos que corroboram uma proliferação negativa do poder médico sobre a parturiente

¹² Esse estranhamento pode ser associado inclusive ao modo como os médicos se vestem no Centro Cirúrgico: roupas padronizadas, geralmente da cor verde claro, com máscaras e toucas, todos juntos figurando uma classe, um bloco identitário que os distancia da mulher deitada na mesa cirúrgica, com os braços abertos e amarrados em forma de cruz, anestesiada e muitas vezes sedada, o que faz com que ela se apresente vulnerável e totalmente dependente do corpo médico.

Assim, a realidade atual de assistência ao parto não é desprovida de entremeios culturais e, portanto, não é imune a uma história marcada por muitas transformações de base social, cultural e ideológica. E é sobre essa teia social tecida e desconstruída ao longo de um processo histórico complexo, que pretendo tratar neste capítulo. Apresentarei um percurso histórico que caracteriza as práticas discursivas e sociais da assistência aos ‘eventos’ parto e gravidez. Trata-se de uma releitura das transformações históricas na assistência ao parto, objetivando enriquecer a compreensão das contradições técnicas e da chamada ‘desumanização’ das práticas atuais de atendimento obstétrico. Para realizar essa proposta, focalizarei a apresentação desse panorama histórico/sociológico sob um prisma que considera o parto para além de sua fisiologia, sobretudo como construto social atravessado e constituído por importantes relações de poder, marcadas, por sua vez, pelos interesses ideológicos responsáveis pelo senso comum específico de cada época.

Nessa trajetória, peço licença à Carmem Simone Grilo Diniz¹³ para utilizar um tanto de seu caminho percorrido em sua dissertação de mestrado intitulada *Assistência ao parto e relações de gênero: elementos para uma releitura médico-social*¹⁴. Abordarei quatro momentos históricos e em cada um dos quais procurarei destacar as diferentes molduras sócio-cultural e ideológica que são, certamente, marcadas por permanências, rupturas, normatividades e resistências calcadas em diferentes discursos. São os seguintes momentos:

- 1) Tradições da Antigüidade: culto de divindades genitais; parto como processo natural; médico auxiliar nas complicações.
- 2) Cristianização do Império Romano: mudança na conjuntura político-religiosa – culpa essencial das mulheres; parto como punição; médico como garantidor da punição e do sofrimento da mulher.
- 3) Séc. XVIII: parto como mecanismo; doutrinas cristãs como impulsionadoras da técnica cirúrgica social reprodutiva; parto como patologia, tortura fisiológica, aleijão sexual, sofrimento do bebê; médico como aquele que faz o parto.
- 4) Modelo Atual: configuração histórica emergente; modelo do risco sexual reprodutivo no parto; tecnologia; médico como aquele que previne o risco da ‘catástrofe’ do

¹³ A partir de agora, quando me referir a essa autora, em quem muito me baseio, utilizarei somente seu último nome: Diniz.

¹⁴ Ver referência completa na Bibliografia, ao final da tese.

corpo feminino; cascata de intervenções; rumo à emancipação: direitos reprodutivos como demanda de justiça social.



Escultura- Turquia 6.500 a C

2.1- Ritos e práticas que cercam o universo da parturição em tempos mais remotos

Esse estudo, de caráter exploratório e reflexivo acerca da assistência ao parto, realizado por Diniz demarca alguns limites do material e da ótica utilizados em tal circunstância. A autora utilizou textos de história da obstetrícia, história da medicina, história geral e história das mulheres. Chama a atenção para os diferentes significados que a assistência ao parto assume nos mais diversos contextos. Além disso, ressalta a questão da autoria dos textos escritos, tendo em vista que

muitos trabalhos dirigidos às parteiras são reconhecidamente a sistematização do trabalho não dos autores varões que os assinam, mas das próprias parteiras, uma vez que em geral aos varões era interdita a assistência às mulheres em trabalho de parto (Diniz, 1996: 31)

Além disso, Diniz (1996:33) entende que a história da assistência aos partos “é uma história contada pelos vencedores”, ou seja, é inquestionável que os atravessamentos calcados no poder e no controle estarão fortemente presentes nas fontes históricas existentes. Ante de iniciar esse mergulho histórico, gostaria de colocar um último limite, levantado pela mesma autora: a tendência para “uma interpretação romantizada, nostálgica do passado e das tradições (...) ou do essencialismo de uma natureza pura que teríamos perdido” (op. cit.,

p.34). Assim como ela, não pretendo apresentar aqui uma visão idealizada das tradições passadas, no sentido de menosprezar uma assistência da modernidade como se esta última fosse mais ‘desumanizada’. Acredito que um breve resgate histórico da assistência ao parto poderá contribuir para uma compreensão mais segura dos desafios que ora se apresentam nas práticas da atualidade, de forma a colaborar para melhorias em termos prospectivos.



Figura 7: Técnicas primitivas de parto em que mulher japonesa recebe massagem abdominal

As práticas de assistência ao parto na Antigüidade podem ser consideradas bastante sofisticadas, nas quais as mulheres figuravam como autoridades e os homens participavam apenas se houvesse complicações. Havia variados cruzamentos religiosos na vida reprodutiva e sexual e na construção das identidades em questão (Diniz, 1996).

2.1.1- Assistência ao parto entre as hindus

Esse seria um contexto de grande valorização da mulher, em que se prezava sua saúde física (O’Dow e Philipp, *apud* Diniz, 1996). A atenção ao processo de nascimento era sofisticada e um aspecto interessante dos textos encontrados diz respeito à ausência de culpa ou de pecado sexual. Havia, segundo Diniz (mencionando Fowkes, 1990), uma sacralidade da vida erótica e uma seriedade neste tipo de estudo, o que difere enormemente da cultura cristã. Seria uma espécie de ‘reverência ao prazer’, o que, conforme sugere a autora, relaciona-se com o cuidado e a assistência à reprodução.

2.1.2- Assistência ao parto entre as egípcias

A medicina era estreitamente relacionada, no Egito Antigo, com as atividades religiosas de forma que se interpenetravam diferentes práticas medicinais, incluindo rezas, rituais, sono curador, oferta e exorcismos (Ricci, 1950 apud Diniz, 1996). A deusa protetora da medicina era a mesma deusa protetora da magia, da fecundidade, da maternidade e das mulheres. Era denominada Ísis e foi representada amamentando o filho Hórus sob a forma de estatuetas que foram levadas, posteriormente, à Europa como a representação de Maria amamentando Jesus (Diniz, 1996:43). Hatchepsut, a única mulher faraó, cujo reinado foi de 1503 a. C. até 1482 a. C. , foi responsável por impulsionar o papel das mulheres na arte de curar.

Os assuntos relacionados aos partos entre as mulheres do Egito antigo estavam retratados nos papiros que traziam informações relevantes, como a participação dos homens em partos somente em casos de ocorrerem complicações, o que veio a ser denominado de ‘obstetrícia destrutiva’ (O’Dowd e Philip, 1994 apud Diniz, 1996). No papiro de Ebers, por exemplo, são encontradas algumas prescrições para a indução de partos, sobre como estimular a lactação e como tratar de problemas nos seios.

A decifração de certos papiros egípcios comprova que durante um parto eram recitadas fórmulas de encantação a fim de afastar da parturiente as carícias e os enlaces amorosos de um gênio da morte.

Os métodos de diagnosticar a gravidez, segundo Struhal (1977 apud Barbaut, 1990), eram baseados na urina da mulher, que teria um princípio criativo capaz de incitar o crescimento de cereais e vegetais. De acordo com os estudos deste mesmo autor, o trabalho de parto não fora descrito em papiros médicos. Havia certos registros em material iconográfico em paredes de Templos do Nascimento, ilustrando o parto de alguns primogênitos da realeza. O autor acrescenta ainda que, conforme o papiro Westcare, o cordão umbilical era cortado somente após a expulsão da placenta e do banho da criança.

A mitologia egípcia nos relata um caso de concepção insólita, precoce e incestuosa: a dos gêmeos Osíris e Ísis que tinham se unido tão estreitamente no útero materno que Ísis já nascera grávida. Este exemplo divino explica o fato de durante muito tempo o casamento entre irmãos ser autorizado no Egito (Barbaut, 1990).

Segundo este mesmo autor, este mito “deve ter muito impressionado o obstetra Viardel que, no séc. XVII, estava persuadido de que havia uma bolsa amniótica quando os gêmeos eram do mesmo sexo e duas quando de sexos opostos”. Tal crença seria necessária para “inspirar aos homens, desde o primeiro momento de sua formação, as leis e regras de castidade”. (Diniz, 1996:60)

Diniz observou que o contexto religioso das práticas de assistência ao parto era tido como um fator estimulante para o desenvolvimento técnico com base na experimentação e na observação empírica.

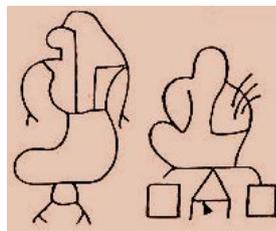


Figura 8: Hieróglifos exprimindo a parturição (6 a 7 mil anos a. C.)

2.1.3- Assistência ao parto na cultura hebraica

O feminino na cultura hebraica se aproxima de um lugar de sacerdotisa que recusa os limites da ordem dos homens e que se conecta à reprodução sob uma perspectiva “simbólica, afetiva e transcendental” (Diniz, 1996:47).

Meyaledeth era o nome dado à parteira que tem no Êxodo sua menção por meio da citação de Séfora e Fua inseridas no seguinte contexto, conforme menciona Diniz: durante o cativeiro dos hebreus no Egito, o Faraó ordena às parteiras matarem se a criança nascida fosse do sexo masculino, preservando somente as meninas nos nascimentos dos hebreus. Como as parteiras não cumpriam tal ordem, tiveram de dar explicações ao faraó, ocasião em que disseram:

As mulheres dos hebreus não são como as egípcias: são cheias de vida; antes de a parteira chegar, já deram à luz. – Deus tornou as parteiras eficazes e o povo cresceu e se tornou bem forte (Êxodo, 1:13-20).

Essa passagem pode ser representativa do papel das mulheres à época, assim como no Gênesis há relatos do parto de Raquel (Gen. 35:17-18) e de Tamar (Gen 38:6-8). Diniz chama a atenção para o contexto do relato do parto de Tamar, que nos possibilita uma compreensão da complexidade da teia da cena de parto, em que o trabalho da parteira se apresenta além do processo de nascimento, uma vez que é sua função dar nomes aos bebês, além de decidir quem será o primogênito, no caso de nascimento de gêmeos, como o foi no caso de Tamar. A parteira tinha sua eficácia como um dom concedido por Deus para oferecer força e prosperidade ao seu povo. Quero, aqui chamar a atenção da função religiosa das parteiras entre os hebreus para que, na próxima seção, possa estabelecer um paralelo entre essa condição e sua mudança com o advento do cristianismo.

O Antigo testamento traz a lei de Talião – que impõe que o castigo seja igual à ofensa – a qual é bastante explícita no que concerne aos preceitos quanto à mulher grávida:

quando dois ou mais homens, no decurso de uma rixa, derem um encontrão a uma mulher grávida que, em consequência disso, venha a abortar, mas sem morrer, o autor do acidente deverá pagar a indenização imposta pelo senhor desta mulher e pagá-la por intermédio de juízes. Mas se ela morrer em consequência disso, tu darás a vida por vida, olho por olho, dente por dente, mão por mão, pé por pé, queimadura por queimadura, pisadura por pisadura, chaga por chaga (Êxodo, XXXI, 22 apud Barbaut, 1990:115).

Diniz destaca também que a ausência de homens nas cenas de parto poderia estar relacionada aos rígidos preceitos de higiene dos hebreus, para quem as secreções vaginais (incluindo a menstruação e os lóquios¹⁵) eram extremamente perigosas para a saúde, pois contaminavam ao simples toque. Segundo essa crença, as mulheres ficavam impuras até 33 dias após o parto, se o bebê fosse menino, e 66 dias, se fosse menina. Depois desse prazo, era necessária uma purificação, que se concretizaria na oferta de um cordeiro de um ano e de duas rolinhas para um sacrifício pelo pecado (Lv, 12:1-8).

¹⁵ Sangue decorrente do parto.

2.1.4- Assistência ao parto entre as gregas: maiêutica

A atenção à gravidez e ao parto era denominada ‘maiêutica’ para os gregos, pois era a deusa Maia considerada protetora dos partos. O trabalho das maieutas incluía visitas às mulheres antes do parto e orientações sobre a alimentação, exercícios, etc. Elas possuíam diferentes qualificações (dietética, cirurgia, farmácia, entre outras). O trabalho das maieutas estava associado aos cultos religiosos, incluindo a condução de encantamentos às deusas da gravidez e do parto. Sua atuação ia muito além da esfera da parturição, de acordo com Ricci (1986, apud Diniz, 1996). As maieutas atenienses prescreviam afrodisíacos e contraceptivos. Tinham poder sobre o destino da criança, sobre seu batismo, os matrimônios e recebiam pelo seu trabalho. Tinham uma posição social bastante estável e próspera. O médico era proibido de fazer abortos, todavia somente a ele era permitido realizar certas manobras no parto (como a craniotomia, por exemplo), o que lhe conferia um certo poder.

O parto era domiciliar, em cadeiras especiais para tal fim; era acompanhado pela maieuta e por mais três ou quatro amigas ou parentas; os médicos eram chamados somente nas complicações (O’Dowd e Philipp, apud Diniz, 1996).



Figura 9: Parto de cócoras com auxílio de mulheres e banquetas de parto

De acordo com Barbaut (1990:115), na Grécia antiga, em Atenas, a casa da mulher grávida era vista como “um asilo inviolável, um santuário sagrado, onde até o criminoso encontrava refúgio seguro”. Em Esparta, o espetáculo de lutas e as circunstâncias violentas, bem como qualquer imagem que podia causar impressão na gestante, era evitado.

Um olhar segundo a mitologia grega

O parto é um momento privilegiado em que um ser tem acesso à vida; ele é evidentemente uma “passagem, um estado transitório em que as forças antagônicas da vida e da morte lutam entre si” (Barbaut, 1990:137).

A estreita imbricação que existe entre a vida e a morte no delicado momento do nascimento é um tema corrente e universal. As septicemias¹⁶ do pós-parto, as hemorragias, as febres puerperais, que aniquilavam as mulheres, a criança que não se sabe ou não se pode retirar viva, as cesarianas sempre marcaram vivamente a imaginação das pessoas.

Barbaut chama a atenção para um costume antigo (comum no ocidente e no oriente) de varrer cuidadosamente cantos e recantos por baixo dos móveis e nos sítios recônditos, de fechar portas e janelas, além da preocupação de que a mulher apanhe frio, o que manifesta a vontade de escorraçar as forças maléficas e os demônios que se escondem.

No decorrer de todo este capítulo é possível perceber constante cruzamento entre o parto e a religião, em suas mais variadas formas, no sentido mais amplo possível. A invocação das divindades protetoras que velam pelo bom curso do parto é um costume universal.

Desse modo, lançar mão das histórias mitológicas pode nos levar a certa compreensão acerca dessas primeiras manifestações da vontade do homem de entender a si mesmo e a tudo que se refere à transcendência da vida. A mitologia grega nos apresenta algumas pistas sobre a entrada masculina no parto, elucidando um possível sentimento de despeito pela supremacia do ‘gerar’, do ‘gestar’ e do ‘parir’ – capacidades inatas do feminino. Segundo Diniz (1996:58), a mitologia grega pode colaborar para a compreensão do papel preponderante que, cada vez mais, foi sendo construído para o homem nas cenas de parto, “elucidando conteúdos muito positivamente presentes nas raízes helênicas da medicina ocidental”.

Diniz (1996:60-1) ressalta ainda que o nascimento do médico hipocrático, no interior da atenção à técnica e com base na observação empírica, não seria a única “expressão de uma

¹⁶“ Processo infeccioso generalizado” (Aurélio, versão eletrônica)

mudança de autoridades e conveniências na assistência ao parto”. Destaca ainda a autora que a valorização do sujeito masculino e de “sua erudição escolar” não veio desacompanhada de uma “negação e desqualificação dos sujeitos e valores celebrantes e celebrados nos cuidados com a reprodução humana até então”.

Walker (1984, apud Diniz, 1996:59) considera que a única marca de divindade nas crenças primitivas estaria centrada no ato de parir e que diante disso:

os primeiros deuses reivindicaram algum tipo de supremacia também sobre a capacidade de criar seres humanos, de forma que a representação do deus varão que dá à luz, com ou sem intermédio de mulheres, é a marca distintiva dos primeiros deuses.

Tendo em vista tais colocações, apresento a seguir as três histórias que envolvem a paternidade de Zeus, o grande Deus do Olimpo, o qual, tomou para si – imbuído em seu poder de Deus dos deuses – as gestações e os partos de dois de seus três filhos. É interessante analisar, em termos simbólicos, o que significaria essa ‘doce inveja’ da maternidade por parte de um Deus de uma mitologia patriarcal.

- Atena nasce da cabeça de Zeus

Zeus cobiçava Métis, que, para escapar às suas abordagens, se metamorfoseava em várias espécies de animais, até que, cansada, acabou por ser conquistada pela força do Deus e engravidou. O Oráculo dizia a Zeus que seu primeiro filho seria uma rapariga e que o segundo seria um homem que o destronaria. Para não correr o risco de ser destronado, Zeus aproximou-se de Métis, já grávida, e encantou-a com palavras doces. Em seguida, abriu bruscamente a boca e engoliu-a de uma só vez. Algum tempo depois, ao passear pelas margens do lago Tritão, Zeus sentiu horríveis dores de cabeça e mandou chamar Efesto, o deus ferreiro, que fendeu-lhe o crânio e da incisão saiu a bela Atena de elmo e armada.

- Dionísio nasce da coxa de Zeus

Apaixonado por Sémele, princesa de Tebas, já grávida de 6 meses, Zeus disfarçou-se de mortal para a seduzir e jurou-lhe tudo que ela quisesse. Sémele, sabendo como era difícil a façanha, pediu que ele aparecesse como o senhor do Relâmpago e do Trovão. Assim se fez Zeus e, na sua exaltação de glória, destruiu Sémele. Em meio ao fogo, antes de ela sucumbir,

Hermes ainda teve tempo de lhe arrancar o filho que trazia no ventre e entregou-o ao pai dos deuses. Zeus fez uma abertura na coxa e lá introduziu o embrião – para dissimular o que acontecera aos olhos de Hera, sua mulher – e voltou a fechá-la. Trouxe o filho consigo durante 3 meses até ao fim, acabando por dá-lo à luz. Por isso, diziam que Dionísio, nascido da coxa de Zeus, nasceu duas vezes.

- Heracles

Para satisfazer seus apetites carnis, Zeus, após cobiçar por longo tempo Alcmena, um dia aproveitou-se da ausência de seu marido, Anfitrião, e tomou a fisionomia dele. Alcmena, julgando cumprir suas obrigações conjugais, entregou-se a Zeus durante 3 noites. Hera, mulher de Zeus, era muito ciumenta e, pretendendo vingar-se, decidiu que Alcmena não daria à luz. Cruzou as pernas da grávida, entrelaçou os dedos e deu nós em suas vestes para impedir o nascimento. Graças a um stratagem, Hera distraiu-se e desenlaçou as mãos. Alcmena, ao fim de 7 dias de sofrimento insuportável, pariu Heracles.

- Afrodite nasce em um parto ejaculatório (virilidade)

Afrodite (para os Romanos, Vênus) é a deusa do desejo e da beleza e teria nascido exclusivamente graças a uma única e espontânea emissão seminal de Zeus num verdadeiro parto ejaculatório: surgiu nua sobre uma concha da espuma do mar (espuma proveniente dos genitais de Urano, deus primordial e personificador do céu a quem Cronos havia cortado os testículos lançando-os ao mar).

Apesar da mitologia envolvendo a figura masculina de Zeus, a experiência corporal e social da gravidez e do parto é essencialmente feminina e até a pouco tempo atrás era um terreno predominantemente feminino. Nas duas experiências de gestação e de parto, Zeus precisou primeiramente ‘seduzir’ as mulheres, como se fosse preciso enganar o feminino para lhe roubar algo que lhe é natural: a gestação e o parto de um filho. Foi preciso engolir a grávida Métis, mãe de Atena. Ao gestar Atena em sua cabeça, podemos visualizar a racionalização do masculino sobre um universo que não lhe é próprio, uma situação ‘artificial’ para a qual foi necessária uma intervenção violenta para lhe retirar a criança da cabeça. Vemos aqui uma intervenção inicial, que foi o roubo da experiência da parturição,

que gerou uma segunda intervenção, representada pela atuação do ferreiro ao efetuar ‘uma cesária’ em Zeus.

Já no nascimento de Dionísio, Zeus não estava motivado pelo conhecimento do oráculo, como no caso da gravidez de Atena que acarretou a gestação na cabeça. Desta vez, Zeus estava apaixonado e impulsivamente destruiu a mãe de Dionísio, chamada Sêmele, figura associada ao culto da lua, que simbolicamente representa os sentimentos. As intervenções que podem ser assinaladas são: o primeiro parto de Dionísio, que foi retirado do ventre materno em meio ao fogo provocado pelos trovões de Zeus, seguido da abertura e da implantação do feto na coxa de Zeus, local onde Dionísio ficou por mais três meses e, por fim, o segundo parto de Dionísio.

2.1.5- Assistência ao parto entre as romanas: a Obstetrix romana

Juno Lucina era o nome da deusa que dá à luz e também de um culto obstétrico popular. De acordo com Diniz (1996), Mater Matuta seria uma outra referência à Juno em sua forma de mãe do amanhecer e seria uma deusa dos partos e dos rituais relativos à fertilidade e à maternidade, função social de grande valor à época. Em Roma, as mulheres praticavam medicina em número expressivo, gozavam de grande liberdade e eram tratadas com muito respeito. Aí também, os médicos homens eram solicitados somente nas complicações.

Há registros históricos de que os romanos utilizavam antissépticos e anestésicos, além de realizarem cirurgia com instrumentos sofisticados. Mais uma vez, os cuidados perinatais estariam associados aos cultos religiosos.

As mulheres grávidas em Roma não eram obrigadas a afastar-se, ao contrário do que cabia fazer a todos, quando passavam os magistrados. Elas tinham prioridades em relação aos homens mais honrados, para que não corressem o risco de cair e prejudicar o bebê na pressa em se afastar. À porta de sua casa, suspendiam-se grinaldas ou coroas de louro que evitavam qualquer visita incômoda, ficando sua casa interdita aos próprios oficiais de justiça e aos credores (Barbaut, 1990:116).

Durante os primeiros séculos do cristianismo, predominava um contexto de grande desenvolvimento do papel das mulheres como curadoras e praticantes da assistência. Diniz (1996:74) observa que foi somente à medida que o processo de cristianização do Império Romano ganhou força que a assistência ao parto no bojo dos cultos de divindades pagãs entrou em choque direto com os preceitos da Igreja. A cristianização do império inaugura tempos marcados por “forte intolerância religiosa” e foi nesse contexto de mudanças na conjuntura político-religiosa que sérias conseqüências tiveram lugar no que concerne às “práticas de cuidados sexual e reprodutivo”.

Essa mesma autora ainda sugere que a distribuição de competências entre homens e mulheres no que concerne à assistência ao parto na Antiguidade teria sido bastante diferente do que hoje se apresenta. Para Diniz:

*apesar das muitas e muitas vezes violentas assimetrias nas relações de gênero nestas sociedades e dos limites da interpretação dos escassos e fragmentários registros que encontramos, a **autoridade feminina na assistência ao parto era fortemente reconhecida e apoiada** (p. 79 - grifos são meus).*

Diniz chama a atenção para uma cena de parto, encontrada nos arredores de Roma, que foi ilustrada por um baixo-relevo de mármore do século II ou III. A autora cita um comentário de um dos principais autores de obras em obstetrícia no Brasil, J. Rezende, que escreveu “Obstetrícia” em 1962. Segundo professores da especialidade, Rezende é um dos mais relevantes propulsores da ‘cirurgificação reprodutiva’¹⁷, ao defender uma postura intervencionista na assistência ao parto. Assim, fala este autor:

A espera resignada e fatalista do parto vaginal pôde ser derogada com o desvendamento da fisiopatologia da contração uterina que permitiu governá-lo, encurtar-lhe as fases, monitorá-lo, induzi-lo, mediante o aperrfeçoamento da anesthesiologia, tornando-o indolor e, através dos préstimos da operação cesariana, cristalizada em técnica de simplicidade extrema e resultados insuperáveis (Rezende, 1998: 2).

¹⁷ Termo que pode ser compreendido como o resultado da orientação da obstetrícia contemporânea para o consumo de tecnologia, especialmente no que diz respeito ao parto cesárea.



Figura 10: Roma – baixo-relevo de mármore do século II ou III.

Com relação à cena do mármore, Rezende (p.8) a descreve da seguinte maneira:

um dos médicos tem na mão uma tesoura e olha para o outro, que ocupa o centro da cena e empunha instrumento cirúrgico de aspecto indubitável dos fórceps obstétricos.

Gostaria de realizar algumas reflexões em torno do texto de Rezende, a fim de implementar uma breve análise de seu discurso. Observemos este trecho de seu mais famoso livro:

*É consensual pôr sublinha, também, em que a obstetrícia do século XIX foi somente aprimorada quando se deu a benfazeja substituição das parteiras pelos médicos, no momento do trabalho. Melhor instruídos e adestrados, passaram a dar cuidados qualificados às parturientes (p. 19).
(...)*

O parteiro moderno há de ser internista, esclarecido e hábil cirurgião, conhecimentos adquiridos e aprofundados de endocrinologia e pediatria. Psicólogo, antes de mais nada talvez, necessita esmerar-se no entendimento do ser humano no que ele tem de mais íntimo ou pessoal, os seus conflitos anímicos.(...) a ignorância e pouco discernimento das parteiras, a transmitirem, de geração a geração, práticas desarrazoadas, feitiços, crendices, bebidas repugnantes e flagelações que complicavam a parturição, dilaceravam a genitália, infectavam-na e ao ovo, condicionando e propiciando sua morte no claustro materno ou da própria gestante (p.2)

Inicia-se o parágrafo com o verbo ser no presente do indicativo, seguido do vocábulo ‘consensual’ a fim de construir uma afirmação categórica logo no início do texto, introduzindo sua argumentação de modo inquestionável. Sobre as parteiras e sobre o papel do

médico na cena do parto, Rezende utiliza-se de um discurso de legitimação¹⁸ da figura do médico obstetra, o qual seria uma espécie de ser completo, mais capacitado para lidar com o evento do parto em comparação com as parteiras.

Além disso, o autor constrói os grupos nominais “benfazeja substituição”, “cuidados qualificados”, “hábil cirurgião” para defender o lugar dos médicos na assistência ao parto. A repetição de adjetivos (“instruídos”, “adestrados”, “esclarecido”, “hábil”), que qualifica a figura do médico em detrimento do trabalho ‘resignado em demasia’ das parteiras, colabora para a construção de uma identidade fortalecida para os médicos, na mesma proporção que desqualifica a identidade das mulheres que exerciam o papel de parteiras, uma vez que tais adjetivos carregam pressupostos semânticos de que elas não seriam esclarecidas, hábeis e conhecedoras do ser humano, etc. Vai além, quando apresenta uma visão totalmente parcial da atuação das parteiras, um ponto de vista que fora construído na Idade Média, sobre o qual falaremos na próxima seção. Se levarmos em consideração que este é um dos livros mais utilizados na formação dos obstetras do nosso país, fico me colocando no lugar de um estudante de medicina cujo contato com a parturição se dá – antes de sua prática, é claro, essencialmente por meio das informações legitimadas dos autores consagrados em obstetrícia. Assim se forma o discurso da medicina que coloca o parto nessa perspectiva.

2.1.6- Assistência ao parto em outros povos

A visão fragilizada da mulher grávida foi construída ao longo da história e das culturas, acarretando uma certa ‘desresponsabilização’ da mulher grávida, de modo que sua autonomia e poder de escolha ficam na dependência da consciência que ainda “engatinha” na medicina convencional. Tal visão ainda permanece nos dias atuais, ganhando força cada vez que a mulher é submetida a procedimentos desnecessários durante seus partos, sobre os quais não foi informada e de cujas escolhas não participou.

Na Índia Antiga, entre os índios da América do Norte e do Sul e em várias regiões da África, os desejos da mulher grávida são considerados mais que biológicos, eles são

¹⁸ Legitimação é um mecanismo de operação da ideologia segundo J Thompson (1995), em que relações de poder e assimetrias sociais são apresentadas como legítimas, justas e dignas de apoio.

sagrados. Um desejo não realizado pode implicar um aborto ou danos ao feto, incorrendo em risco de se transformar em aberrações (Barbaut, 1990).

Um trecho de uma tese de medicina de 1876 dizia: “A partir do momento que o embrião se apodera da mulher, cada gota de sangue, cada fibra, cada órgão é afectado, até as unhas, as quais se tornam bastante mais finas” (Barbaut: 1990:96).

Em numerosas civilizações prevalece a idéia de que a mulher grávida tem direito ao repouso. Habitantes das Ilhas da Micronésia, por exemplo, proibiam a mulher grávida de realizar qualquer trabalho.

Ainda segundo Barbaut, os médicos franceses, no século XVIII, defendiam que a mulher grávida fosse sempre atendida em seus desejos, chegando a serem até caricaturados. As mulheres grávidas, “colocadas acima da humanidade vulgar”, deviam tornar-se objeto da boa vontade ativa, de um respeito religioso, de uma espécie de culto. Elas são esplêndidas, caixinhas que encerram uma jóia inestimável” ou “as magníficas incubadoras das nossas progenituras”. Os preceitos religiosos, também, mostram-se tolerantes em relação à mulher grávida: o Talmud tolera que ela se nutra de alimentos proibidos, como o presunto. O Corão refere que a mulher, durante a gravidez, pode ficar dispensada do jejum. A Igreja católica admite que uma mulher grávida fique sentada no decorrer da missa.

Na Lei de 28 do Germinal, ano III, admite-se a irresponsabilidade parcial da mulher grávida e propõe-se que as mulheres fecundadas tragam um sinal distintivo para que toda a gente a honre (Barbaut,1990:117).



Figura 11: Ilustração do manuscrito iraquiano de Makomad, de Hairiri Meschki (1.237), mostrando o parto de cócoras com o auxílio de parteiras, com o marido também sendo "auxiliado".

2.2- Em tempos de ‘pessimismo sexual’

O pessimismo sexual, termo utilizado pela teóloga católica Uta Ranke-Heinemann para retratar a “hostilidade ao prazer, ao corpo e às mulheres” (in Diniz, 1996:74), teria suas raízes na Antiguidade e seria uma expressão de correntes pagãs como a dos gnósticos. O cristianismo incorporou tais idéias que, segundo Ranke-Heinemann, teriam sido veiculadas inclusive pela medicina, em prescrições que recomendavam a abstinência da carne e do vinho, a virgindade e a fuga de tudo que estivesse associado ao prazer. Diniz (1996:76) ressalta que:

O cristianismo que ascendeu ao poder em Roma no século IV já incorporara esse pessimismo sexual-reprodutivo dos estóicos e dos gnósticos, assim como uma intensa aversão pelas mulheres, que foram cada vez mais excluídas da Igreja e proibidas de celebrar. Os cultos pagãos e sua ‘turba de deuses’ foram demonizados e intensamente reprimidos.

Os estudos associados ao paganismo também foram banidos com o advento do cristianismo; ao fim do século V, as escolas de medicina, de astronomia, de matemática e de geografia haviam sido abolidas do cenário social.

Templos foram destruídos, mormente os que estariam associados à sexualidade e à reprodução. O maior deles, o de Juno Lucina, construído no século VIII a. C., foi derrubado e o culto de Juno foi sincretizado para os cristãos sob a forma de Santa Luzia. Além disso,

representações de diversas deusas foram transformadas e legitimadas no culto à Virgem Maria (Diniz, 1996).

Tais mudanças contribuíram para que houvesse “uma dissociação importante das esferas reprodutiva e sexual, no conhecimento e nas técnicas de assistência” (Diniz,1996:78-9). Ao contrário do fortalecimento contido nas imagens positivas das deusas celebrantes da sexualidade e da reprodução, foram tendo cada vez mais lugar as idéias do pecado e da culpa. Contudo, esse processo de repressão não ocorreu, segundo a autora, sem resistência por parte das mulheres.

Diniz ressalta que os registros sobre as novas práticas de assistência aos partos configuram reflexos do diferente lugar social das mulheres: um lugar que fala da culpa essencial, presa “à noção do pecado original como marca da sexualidade e da reprodução” (p. 79).

Barbaut (1990:136) tece alguns comentários sobre o cruzamento do parto com a religião cristã e nos aponta que:

Eva, ao deixar-se tentar pela maléfica serpente, desejando saborear o fruto da árvore da sabedoria foi condenada por Deus a submeter-se à ordem biológica: “À mulher, disse Deus: Multiplicarei as dores da tua gravidez, será na dor que vais parir os teus filhos. A tua avidez, há-de imperlir-te para o teu marido, mas ele dominar-te-á (Gênesis, III, 16).

Conforme o mesmo autor, os teólogos comentam a passagem, elucidando que, Eva, caída em desgraça e responsável pelo pecado original, culpada de ter corrompido a humanidade, sofreu como castigo os padecimentos da gravidez e as inevitáveis dores do parto.

A partir das ideologias calcadas na instituição teológica, os estados de gravidez e de puerpério são descritos como um trabalho, como uma provação, um tempo de penitência, além de se apresentar como um dever, um imperativo, uma vergonha que culmina na culpabilidade.

Barbaut destaca que durante longo tempo nas representações religiosas, a mulher que está em trabalho de parto é apresentada como um corpo que sofre, que se torce de dor, que fatalmente grita dominada pelo medo e pela angústia, imagens essas, até hoje, parte do imaginário social, muito comumente veiculadas pela mídia.

Diniz (1996:81) destaca que, para grande parte dos autores consultados no decorrer da elaboração de sua dissertação, “o período de um milênio e meio ou mais que se segue ao da medicina da idade clássica é caracterizado pela estagnação e pelo retrocesso.” No século IV, as escolas médicas de Alexandria e de Atenas foram fechadas e, com o cristianismo como religião oficial houve, entre outras conseqüências, a proibição do ensino de medicina e da dissecação.

Com relação ao papel desempenhado pelas parteiras, houve a disseminação de uma ideologia que considerava seu ofício como uma “ocupação suja”. As raízes dessa crença ideológica estavam baseadas na relação dessas mulheres com os cultos pagãos, os quais apregoavam o poder das mulheres sobre seus corpos e seu destino, “por meio do uso de contraceptivos, abortivos, afrodisíacos e medicamentos, entre eles os que facilitassem o parto” (Walker, apud Diniz, 1996:85).

Os órgãos de reprodução das mulheres eram vistos, pelos pais da Igreja, como o “mal encarnado”, idéia essa que alimentava a crença de que a mulher após o parto tinha obrigação de se “reconciliar com a Igreja” (Diniz, 1996:82-3).

Dessa maneira, pouco a pouco, o lugar das mulheres, especialmente nas cenas de parto, sofreu um processo de deteriorização, em conformidade com o pessimismo sexual oriundo, conforme explicitarei no começo desta seção, de correntes pagãs. Tal “aversão às mulheres, à sexualidade e à reprodução, no cristianismo, alcançou um momento de auge na instituição do celibato dos sacerdotes a partir do Concílio de Latrão em 1139” (Diniz:85).

Toda esta atmosfera contra a mulher e a sexualidade não sobreviveu sem resistências. A Escola de Salerno, fundada em torno do ano 1000, atuou como uma escola cristã, mas que baseava seus estudos em textos pagãos, admitindo, inclusive, mulheres. Diniz destaca que o

trabalho das mulheres de Salerno representou uma luz na escuridão do período medieval com relação às práticas de cuidados com a saúde.

Já o século XIII, para a teóloga Uta Ranke-Heinemann, representou o apogeu da misoginia. Segundo esse contexto histórico, as mulheres deviam sua vida a um erro, como se fossem homens mal gerados, deficientes. A mulher era um vaso em que o princípio masculino era depositado e não contribuía em nada para a concepção e a geração de outro ser, uma vez que o sêmen conteria tudo o que fosse necessário para a geração de um ser humano. Tal misoginia cristã induzia à concepção do parto como punição pelo pecado original; uma pena que deveria ser garantida por aqueles responsáveis pela assistência ao parto. Foi neste “contexto religioso, moral e político de onde emerge um dos livros que mais impactou a assistência ao parto em todos os tempos: o *Malleus Maleficarum*” – *Martelo das Feiticeiras* (Diniz, 1996:91).

Trata-se de um livro essencial para o entendimento da história do parto no contexto em questão e nos que o sucedem. De acordo com Diniz, o *Malleus* tem como ponto central a obsessão com a luxúria das mulheres, tendo como uma de suas teses a de que a pior forma de bruxaria estaria na capacidade de curar. O livro é baseado em questões tais como *Sobre as Bruxas que copulam com o demônio, Que as bruxas parteiras matam, de várias maneiras, o conceito ao nascer, ou provocam o aborto; ou se não, fazem a oferenda de recém-nascidos aos demônios; de como as bruxas, por assim dizer, privam um homem de seu membro viril; de que modo as parteiras cometem o mais horrível dos crimes: o de matar e oferecer crianças aos demônios da forma mais execrável*, entre outros capítulos.

Diniz destaca a repetição do livro sobre a temática das parteiras:

Cumprer aditar que as bruxas parteiras são as que maiores males nos trazem (...) Não há quem mais malefícios cause à fé católica que as bruxas parteiras. Pois quando não matam as crianças, para atenderem a outros propósitos, tiram-na do recinto em que se encontram, elevam-nas nos braços e as oferecem aos demônios (Kramer e Sprengler, 1991: 156, apud Diniz, 1996:96).

Certamente, tais idéias, partes integrantes da história das mulheres, são de extrema importância para o nosso momento atual, no sentido de compreender raízes arraigadas e

muito anteriores que marcaram a atuação do feminino como algo indesejável, duvidoso e desqualificado.

Retomando a figura da parteira na Idade Média, Diniz (1996) ressalta que sua função era necessária, apesar de ser considerada degradante. A parteira estaria apta a batizar, se necessário, uma vez que a criança não poderia morrer sem receber o batismo. Aliás, a questão do batismo é de grande importância para a compreensão da prática da cesárea nesta fase da história. A cesárea havia sido mencionada em diversos concílios da Igreja, especialmente a partir do final do século XII. Tais escritos elucidam o dever das parteiras de retirar o feto e batizá-lo no caso de a mãe falecer no decorrer do parto. Nestes casos, as próprias parteiras eram quem realizava a cirurgia, visto que todos os procedimentos obstétricos eram dominados por mulheres.



Figura 12: Cadeira de parto/ Europa 1554

Todavia, a partir do século XIV, médicos homens voltam seu interesse para este tema, o que desencadeia o aparecimento de textos, como o de Guy de Chauliac, 1363, dirigido às parteiras a respeito de considerações sobre a cesárea, recomendando, por exemplo, a incisão lateral do abdômen da mãe (Diniz, 1996).

A partir do século XV, a assistência ao parto estaria, cada vez mais, sendo controlada pelos médicos. Houve a regulamentação do trabalho exercido pelas parteiras em algumas cidades da Europa, exigindo que fossem mulheres que professassem a fé católica e que tivessem bons antecedentes morais. Paralelamente a essa regulamentação, houve um movimento inquisitorial eclesiástico que objetivava controlar a fertilidade feminina. Diniz chama a atenção para o fato de que o contexto do século XV teria sido ambivalente, uma vez que há, por um lado, uma “relação bastante positiva das mulheres com a reprodução e a assistência” e, por outro lado, imagens bem mais pessimistas da reprodução e da sexualidade veiculadas (Diniz, 1996:105).

No século XV, também surgem trabalhos médicos tratando de casos de cesárea em parturiente viva, a qual tinha como finalidade “garantir, através do batismo, a vida eterna do feto, que se acreditava mais valiosa que a vida terrena da mãe, já batizada” (Diniz, 1996:100).

Acredito ser este um bom momento para tratar sobre uma breve história da cesárea, uma vez que este tema faz parte da fase histórica discutida aqui. Antes de ser uma interrupção, prefiro considerar como uma ‘janela explicativa’ que estará mais contextualizada agora do que ao final de todo o relato histórico da parturição.

História da Cesárea



Figura 13: Um parto no século XVIII seg. A. Boss

Desde os primórdios, paira sobre a humanidade a idéia de que o bebê pudesse sair pela parede abdominal. A mitologia grega ilustra muito bem essa crença, como vimos nos exemplos de Zeus, que tomou para si a gestação e o parto de seus filhos, Atena e Dionísio, parindo-os por meio de intervenções ‘cirúrgicas’. Uma outra história conta que Apolo, antes de matar sua infiel amada, Coronis, em uma fogueira, extraiu seu filho de seu abdômen e pediu ao sábio centauro Quiron para cuidar do bebê.

Há um manuscrito ilustrado na Biblioteca Nacional de Paris em que se descreve o nascimento de Júlio César por via abdominal. Diz-se que Brahma havia nascido do umbigo

de sua mãe. O primeiro comentário sobre a Bíblia dos Hebreus mencionava essa forma de nascimento em diversas passagens.

A origem do nome ‘cesárea’ é um tanto quanto incerta. Alguns relacionam ao nascimento de Julio CÉSAR, que nasceu por meio da operação e não havia perdido sua mãe durante o parto. Alguns sugerem que o final da palavra provém da palavra ‘caedere’ que significa ‘cortar’. A operação era considerada uma cirurgia de grande porte, uma ‘grande operação’, daí o nome oriundo de ‘césar’.

Em 1500 d. C., há relatos de partos abdominais, muitas vezes realizados nas próprias esposas, como é o caso contado por John Burton: após vários dias em trabalho de parto, uma mulher sentia contrações e era auxiliada por treze outras mulheres experientes, mas o bebê não nascia. Seu marido, Jacob Nufer, que era castrador de ovelhas, analfabeto e sem a menor experiência em cirurgia, teria obtido a permissão do magistrado, o presidente de Fravenfelden, e levou a cabo essa cirurgia para a retirada de seu próprio filho. Esse parto foi assistido por cirurgiões e por duas das treze mulheres que haviam tentado ajudar anteriormente, as demais mulheres se opuseram à decisão e se negaram a assistir. Nufer salvou a vida da mulher e do filho, que viveu até os 77 anos de idade.

Rousset (1581) recomendava a operação quando o bebê estivesse morto ou quando ele havia saído da cavidade intrauterina. Esse autor queria provar que era possível uma nova gravidez após essa operação e relatou em sua obra o caso de Anne Goddard, que foi cesariada por seis vezes pelo Dr. Guillet. Já Ambroise Paré, autor de um livro de cirurgia, publicado em 1579, havia criticado a cesárea e afirmado que não conhecia ninguém que pudesse levar a cabo um parto abdominal sem que tivesse como consequência a morte da mãe. Paré havia assistido a duas operações cesarianas, mas em ambos os casos, as mães vieram a falecer.

Na mesma época, outro autor, chamado Caspard Bauhin, relatava algumas cesarianas que tiveram êxito. Conta-nos o caso de uma mulher, Elizabeth Turgois, que havia sido operada uma vez com êxito e que, depois, teve quatro outros filhos por via vaginal. Em 1604,

Scipio Pádua apresentava as situações em que essa cirurgia era indicada: no caso de bebês muito grandes e para mulheres com pélvis estreita.

Todavia, a primeira descrição que pode ser considerada definitiva da operação cesariana foi realizada, em 21 de abril de 1610, por Trasmenn de Wittenberg. Foi registrada pelo professor Sennert de Wittenberg, que estava presente durante a intervenção. O bebê nasceu saudável, mas a mulher veio a falecer aos 25 dias da operação, em decorrência de uma infecção do corte.

François Mauriceau (1637-1709) estava tão fortemente contrário à operação cesárea, nos casos em que a mulher estivesse viva, que afirmava que as informações de Rousset sobre a cirurgia era coisa de loucos e caprichosos. Foi, possivelmente, Mauriceau que retardou o desenvolvimento da operação cesariana.

É interessante observar que as próprias crenças em torno da sacralização do nascimento foram influenciadas com a introdução de partos via abdominal. Contam-nos alguns historiadores que as mulheres cujos filhos foram retirados por meio da operação não precisariam guardar os dias de purificação após o parto. Em 1715, o rei de Roma promulgou uma lei que apregoava que nenhuma mulher gestante que falecesse poderia ser enterrada antes de ter seu filho retirado pela via abdominal.

Assim, ao final do século XVIII e início do século XIX, obstetras como Charles White e John Hull, de Manchester, propuseram a prática da cesárea no lugar de outras técnicas, como a craniotomia que somente levava à morte do bebê. A primeira cesárea levada a cabo em Liverpool ocorreu em 1894 pelo Dr. Henry Briggs. O abdômen era aberto mediante incisões nas costas, lateralmente ao músculo do reto. Os ajudantes cuidavam para manter os intestinos afastados da abertura uterina, a qual não era suturada após a operação.

As indicações para a cesárea foram sendo cada vez mais ampliadas ao longo do tempo. Em 1752, W. Smellie elencou, em seu *Treatise* (traduzido em várias línguas em diversas edições), como indicações da cirurgia: (i) quando uma mulher não podia dar à luz por nenhum outro método descrito e recomendado, inclusive em partos mais complicados;

devido à estreiteza da pélvis; (ii) quando se é impossível introduzir a mão; ou (iii) quando ocorre inchaço glandular que deixa a vagina ressecada; devido, ainda, a grandes cicatrizes e aderências nesta zona. Dessa forma, se a mulher possui uma boa constituição corporal, é aconselhável a prática de uma cesárea, quando a mãe e o bebê não têm outra oportunidade de sobrevivência.

Lebas, um cirurgião francês foi o primeiro a suturar o corte do útero, em 1769, apesar de ter sido severamente criticado devido ao pós-operatório dolorido e difícil. Eduardo Porro, professor de obstetrícia em Milão, Itália, preocupou-se com a hemorragia pós-parto e propôs que a mulher tivesse seu útero, ovário e trompas retirados após a cesariana. Porro foi acusado pela Igreja de ter ofendido a moralidade, uma vez que convertia uma mulher normal em uma mulher estéril, o que seria inconcebível: a fim de salvar o todo, sacrificar uma parte.

Em 1890, Lawson Tait de Birmigham, modificou a operação de Porro. Abria o útero com uma pequena incisão, do tamanho de um dedo, tamanho suficiente para que a incisão pudesse ser aumentada com o próprio dedo do cirurgião. O bebê era tirado pelos pés e após a extração da placenta, separava-se o útero da parede abdominal para que fosse feita a retirada do mesmo. Mais uma vez, a questão de tornar a mulher incapaz de procriar gerou muitas polêmicas.

Max Sanger (1889), um cirurgião alemão, foi quem contribuiu com uma técnica capaz de preservar os órgãos internos da mulher. A modificação tinha como objetivo preservar o útero e suturar a incisão com muito cuidado para provocar o mínimo de hemorragia possível. A operação de Sanger foi a primeira cesárea verdadeiramente conservadora, pois salvava não só a vida da mãe e do bebê, como preservava os órgãos internos. A mudança do local da incisão foi realizada por John Martin Munro Kerr, professor de obstetrícia da Universidade de Glasgow, na Escócia, que juntamente com Eardiey Holland introduziu a operação por meio do segmento inferior uterino, em 1921, no Reino Unido. Esse tipo de incisão trazia como vantagem a diminuição do risco de ruptura uterina em uma gravidez posterior e menor risco de inflamações, bem como diminuía a hemorragia, além disso, a distensão abdominal era menor.

A fim de concluir os aspectos relacionados à assistência ao parto em tempos de patriarcalização do cristianismo, gostaria de destacar a supressão do poder feminino no que concerne ao cuidado com outras mulheres durante seus partos. Não há como pensar sobre essa supressão sem considerar as ideologias desse contexto histórico e religioso que estabelecia “profundas relações com a experiência e elaboração moral da sexualidade, da reprodução, da dor, do sofrimento e da morte, como punições, expiações do pecado original, o que teria enorme impacto nos séculos seguintes” (Diniz, 1996: 108).

Trata-se de um período ambivalente, que se equipara a uma fase de transição entre o ritualismo e a sabedoria feminina baseada em práticas empíricas rumo à era moderna, marcada pelo aperfeiçoamento técnico da medicina. As mulheres, que não aceitaram tal supressão sem resistência, possuíam conhecimentos seguros e avançados acerca dos cuidados em torno do parto e, mesmo assim, tiveram suas identidades transformadas gradativamente, uma vez que, se em tempos remotos eram verdadeiras autoridades no assunto, passaram a ser vistas como mulheres que se associavam à bruxaria e à feitiçarias. Sua sabedoria foi transformada, por meio da atmosfera do medo, presentificada nos discursos, em perigo para os demais membros das sociedades e, pouco a pouco, seu lugar foi sendo destituído de poder e de autoridade com base em argumentos de que lhes faltavam a excelência da técnica e do conhecimento sistematizado. Esse ataque às “trabalhadoras da saúde” é indissociável do ataque às mulheres de um modo geral. Foi assim, que o discurso médico tornou-se porta-estandarte da autoridade na organização da assistência ao parto a partir da modernidade.

Nesse sentido, Diniz ressalta que:

Sacerdotisas de rituais cuja validade foi sendo abandonada com a hegemonia do projeto eurocêntrico, cristão, tecno-científico e, evidentemente, masculino, da modernidade, as mulheres foram tendo seus papéis nas cenas de parto transformados (Diniz, 1996:110).

2.3- Em tempos modernos



Figura 14: Cena de parto pioneira: mulher dá à luz, sentada numa cadeira, assistida por parteiras e por um homem. Ilustração de um livro do final do século XIX

Com o Iluminismo e com a Revolução Francesa, novas configurações na díade gênero e poder social foram sendo delineadas. As considerações em torno da figura feminina como alguém essencialmente inferior ao homem e ideologias centradas em torno da culpa essencial das mulheres foram, gradativamente, dando lugar a concepções que privilegiavam a diferença entre os sexos. Os estudos em torno do sexo feminino e a teorização da mulher tornaram-se, então, aspectos necessários em uma época em que era preciso assegurar uma harmonia entre a ideologia da burguesia – baseada no igualitarismo liberal – e os costumes tradicionais calcados na instituição familiar (Diniz, 1996).

Nessa nova conjuntura social, um entendimento sobre a diferença sexual trouxe à tona uma diferenciação inscrita nos corpos, o que daria a legitimidade científica às ideologias de poder que mantinham as mulheres como diferentes e ainda inferiores aos homens. Diniz (1996:112) destaca que a ciência médica chamava a atenção para aspectos do corpo das mulheres, de modo a atestar sua desqualificação perante os homens civilizados. Os ossos do crânio feminino seriam reduzidos e se assemelhavam aos do crânio dos homens de raças inferiores, argumento fisiológico suficiente para desqualificar as mulheres para a atividade intelectual. Os ossos da pélvis feminina eram mais largos e mais propícios para a

maternidade, um lugar social natural das mulheres. Os “nervos femininos” eram considerados a explicação original para seu temperamento “mais sensível, mais sugestível, mais frágil, moralmente instável e, sobretudo, mais irracional, portanto, desqualificada para ocupar um lugar na vida pública.”

Ademais, acreditava-se que havia uma diferença concernente ao prazer sexual, uma vez que a crença de tempos anteriores era baseada na pressuposição de que a mulher dependia do orgasmo para desempenhar sua função reprodutiva, o que foi descartado com a descoberta da ovulação espontânea. Como resultado desses conhecimentos, percebemos um novo lugar social destinado às mulheres cuja função primordial seria associada à reprodução e aos cuidados com a familiar de forma totalmente dissociada do prazer sexual.

Esse novo olhar do corpo feminino e do masculino com base nesse modelo de dois sexos distintos – modelo de bissexualização – acarretou uma série de implicações de ordem filosófica, ideológica, prática e discursiva. Diniz (1996:114) ressalta que, se em épocas anteriores a mulher era considerada “um erro no desenvolvimento do embrião (que deveria ter se tornado um homem)”, passou a ser diferente do homem, inferior a ele em sua natureza.

De culpada da queda da humanidade, a mulher passou a vítima de sua natureza. O parto deixou de ser momento de provação e expiação da culpa, para ser uma comprovação da fragilidade e dependência naturais das mulheres. Era justo e necessário ampará-las nesse momento (idem ibidem:114).

E foi a partir dessa crença que se tornou legítimo e científico que o homem conhecesse o corpo da mulher. Afinal, como ele poderia auxiliá-la, se não olhasse, tocasse e entendesse seus mecanismos mais íntimos, seus órgãos genitais e reprodutivos? O útero passou a ser considerado como um órgão nobre, uma vez que dele dependia a reprodução e a constituição da família. Além disso, a política populacional passou a ser temática relevante nesses novos tempos, o que desencadeou a transição e a legitimação da entrada do masculino em assuntos marcadamente femininos, qual seja a gestação e o parto. O útero tornara-se um assunto da ciência e de interesse público! Foi, então, legitimadamente, objeto de apropriação por quem tivesse conhecimento técnico baseado em uma ‘intelectualidade superior’ à das parteiras, as quais, uma vez sendo mulheres, eram irracionais, instáveis e frágeis e não poderiam, portanto, tomar conta de um tema tão relevante para a nova conjuntura social e política.

Como o efeito dominó, uma cascata de modificações foi sendo efetivada com base nesse arcabouço ideológico. Todas as mudanças motivadas pela mesma espécie de argumentação, visto que, se era imperativo estudar e conhecer o parto, seria também necessário “*confiná-lo ao local de observação sistemática do corpo, o hospital - especialmente porque apenas durante os partos e os abortos se podia observar a atividade uterina*” (Diniz, 1996:115).

Em termos práticos, essas mudanças não transcorreram de modo tranqüilo, tendo em vista que as mulheres tinham muito pudor de se exporem frente aos homens, o que as levava a fugir ativamente dos obstetras.

Sob a perspectiva do senso comum, o parto passou a ser “lugar do valor, do martírio, do heroísmo, do desprendimento, o campo de batalha das mulheres, onde elas enfrentavam todo tipo de perigo.” (Idem ibidem:118).

Foi desse modo que tais práticas discursivas, arraigadas no imaginário coletivo, acerca das mulheres como dependentes e naturalmente inferiores aos homens, contribuíram para um modelo explicativo de parto que legitimava superioridade do conhecimento masculino sobre o feminino no seio da parturição. Assim, a previsibilidade dos possíveis acidentes durante o trabalho de parto passou a ser almejada, o que gerou procedimentos rotineiros, muitos dos quais se mantêm nas práticas atuais.

Nesse sentido, a partir do século XVIII, surgiu uma ampla classificação das distocias¹⁹ (complicações e acidentes de parto) inspirada nas ciências naturais. Foi no século XIX que “a previsão da distocia organizou a indicação operatória (...) as deformidades pélvicas, encontradas e catalogadas em enorme quantidade, eram uma ameaça constante ao parto” (Idem ibidem: 121).

¹⁹ Do grego: parto disfuncional, anômalo (Diniz, 1996:119)



Figura 15: Cadeira de parto da França séc. XVIII

A estreita imbricação entre o corpo, mais especificamente, a forma da pélvis da mulher, e os contextos sociais e econômicos foi sendo observada mais atentamente. Mulheres desnutridas ou mulheres de elite em busca de padrões estéticos seriam responsáveis por uma epidemia de distocia. Diniz (1996:123-5) chama a atenção, nesse modelo de classificações e deformidades das pélvis, para o exagero dos riscos nas cenas de parto. Dada a ‘previsibilidade da complicação’, acionava-se a solução técnica-cirúrgica, mesmo em pélvis tipicamente normais. O “médico reivindicava para si a responsabilidade científica pela chegada do novo cidadão” e sua autoridade, parte da superioridade masculina, foi sendo, pouco a pouco, predominante na assistência ao parto, por meio de intervenções e instrumentos tornados necessários e de uso exclusivo da classe médica.

É em meio a essa conjuntura que podemos trazer à tona o conceito de cirurgificação da assistência ao parto. O parto moderno instaura e enfatiza a “objetividade e a cientificidade do masculino, em oposição à fragilidade e à dependência do feminino.” (op. cit.).

Diniz ressalta que tal processo de cirurgificação da assistência não ocorreu sem contradições e resistências²⁰ no interior da medicina e fora dela. A autora aponta, como primeira grande contradição, a inconsistência do modelo de corpo feminino que justificava a técnica; um modelo preconceituoso que valia tão somente para mulheres ditas ‘civilizadas’ e

²⁰ Barbaut (1990) aponta que as mulheres tinham muito medo de permitir que homens acompanhassem seus partos, pois o senso comum das épocas passadas atestava que a mulher que fosse ajudada no parto por um homem podia perder cinco virtudes: o pudor, a pureza, a fidelidade ao casamento, o bom exemplo e o espírito de sacrifício.

de elite, não sendo aplicado às mulheres pobres e primitivas, que geralmente tinham partos sem tantas complicações.

Barbaut (1990: 138) destaca que

Em contraste com este aspecto sinistro e inquietante com esta abundância de circunstâncias ameaçadoras, os médicos e etnólogos do séc XIX ficaram ingenuamente espantados com a facilidade com que as mulheres selvagens pouco sensíveis à dor conseguiam parir.

As explicações desses estudiosos giram em torno da vida ativa e do trabalho intenso de tais mulheres até o fim da gravidez, assim como a sua constituição robusta, que as predispõem de modo naturalmente descomplicado. Eles sugeriram ainda que quanto mais civilizada fosse a mulher, mais dificuldade haveria em seu parto.

Histórias sobre essas mulheres eram contadas com admiração, como, por exemplo, Georges Engelmann (1886, apud Barbaut, 1990:140) relata:

a mulher que chegava ao fim da gravidez não ia cultivar o seu campo de beterrabas, sem levar consigo, nos bolsos, uma tesoura e um novelo de fio... Depois, ao princípio da noite voltava para casa com um recém nascido deitado sobre as beterrabas, no carrinho de mão. E todos os seus partos decorriam do mesmo modo, dizia-se muito simplesmente.

Outra grande contradição, apontada por Diniz (1996), está relacionada ao fato de a prática obstétrica continuar pouco resolutive, pois, parecia que, a despeito de sua cientificidade, não conseguia resolver os problemas, mas sim, parecia caminhar em direção a novos problemas, como a febre puerperal. A epidemia da febre puerperal parece ter crescido em decorrência da mudança do cenário do parto para o hospital, uma vez que as infecções nas enfermarias eram provocadas por contaminações sistemáticas. Estudos divulgados na comunidade científica chegaram a afirmar que a febre puerperal seria contagiosa e sua causa estava nos próprios médicos que assistiam aos partos e que, naquela época, ainda não tinham correlacionado a higienização das mãos com a prevenção de infecções.

Depois de muitos ataques e defesas, muitas vítimas e desespero de mulheres “aterrorizadas, implorando e tentando de tudo para ir à clínica das parteiras”, foi estimulada a ação de lavar as mãos com solução clorada antes do atendimento aos partos. Ignaz Semmelweis (1818-1865) foi o primeiro a exigir que seus alunos lavassem as mãos para atender aos partos. Como resultado, houve uma redução considerável nos índices de mortalidade de mulheres, índice comparável aos da clínica das parteiras (Diniz, 1996:133).

Diniz sugere também que a resistência dos médicos em reconhecerem sua participação nas infecções puerperais tenha suas raízes nas ideologias religiosas, que defendiam ser o sofrimento uma ordenação divina relativa às mulheres em seus partos. Até o século XX, diversos médicos se recusavam a prestar qualquer assistência para aliviar o sofrimento no parto em decorrência dessas crenças arraigadas. Além disso, a resistência se deve também ao orgulho da classe médica, que não queria admitir, em um momento de disputa com as parteiras pela hegemonia do ‘mercado’, sua responsabilidade em tais infecções.

No início deste século, a “operatória de arrancamento” caracterizava o campo de ação da obstetrícia. As técnicas violentas de extração foram sendo, paulatinamente, substituídas por atos suavizados, baseados em conceitos de extração renovados, a partir de uma série de rotinas que marcam o atendimento ao parto na atualidade, como veremos na próxima seção. Tais modificações não ocorreram fora de uma mudança que afetava o lugar social e ideológico da mulher e do homem em suas identidades, respectivamente, de parturiente e de obstetra na cena de parto.

2.4- Reflexões sobre o evento ‘parto’ na atualidade: rotinas versus evidências científicas

Como se pode depreender desse percurso histórico, tratar do processo de nascimento sob uma ótica múltipla que contempla tanto aspectos psíquicos e somáticos, sem deixar de mencionar os aspectos sociais e culturais, é uma tarefa permeada de desafios e que pede um espírito crítico.

A contradição entre o que prescreve a ciência e o modo como as práticas se organizam tem intrigado muitos estudiosos do tema há várias décadas, para além dos movimentos

sociais organizados e daqueles que lidam com a medicina perinatal. Entre eles temos a importante contribuição de antropólogos que vieram a compor o que hoje chamamos a "Antropologia do Parto".²¹

A visão prevalecente sobre o parto transformou maternidades pelo mundo afora em laboratórios de alta tecnologia e os seres humanos em objetos passivos. Uma série de atitudes rotineiras é tomada assim que as mulheres entram nas maternidade para darem à luz. Tais rotinas médicas são, muitas vezes, baseadas em tipos de pesquisas tendenciosos, os quais vêm favorecendo “práticas inúteis, arriscadas ou danosas” (Diniz e Duarte, 2004:11).

A partir da segunda metade da década de 1980, tomou corpo um movimento internacional chamado *Medicina Baseada em Evidências* (MBE). Esse movimento surgiu a partir do reconhecimento de que “boa parte da prática médica não é respaldada por estudos de qualidade sobre a segurança e a eficácia dos procedimentos utilizados, quer sejam os medicamentos, os exames, as cirurgias, entre outros” (Diniz e Duarte, 2004:11).

Diante do quadro de assistência à saúde vigente, uma iniciativa internacional organizou uma sistematização do conhecimento científico seriamente conduzido acerca de cada procedimento médico. Tal movimento investigativo foi denominado *Colaboração Cochrane*²², o qual reuniu dezenas de grupos de pesquisadores e profissionais a fim de avaliar a qualidade das pesquisas em suas áreas específicas. Diniz e Duarte ressaltam, como exemplo, a realização da episiotomia (corte da vulva e da vagina no momento do parto), procedimento realizado e defendido como benéfico para as mulheres em boa parte do mundo ocidental, durante praticamente toda a segunda metade do século XX. Todavia, atualmente a evidência científica aponta tal prática como desfavorável a partir de uma revisão sistemática dos estudos antigos sobre o tema, revisão esta que resultou na conclusão de que as pesquisas prévias estavam centradas no local do corte, no momento de cortar ou no instrumento adequado para realizar o procedimento. A prática da episiotomia em si não era sequer questionada; partia-se do pressuposto de que era benéfica e que as pesquisas só deveriam

²¹ Davis-Floyd e Sargent (Childbirth and Authoritative Knowledge - Cross-Cultural Perspectives, 1997)

²² Uma homenagem ao médico britânico Archie Cochrane: um dos criadores da medicina baseada em evidências, um grande defensor dos direitos dos pacientes. Desenvolveu metodologia de revisão sistemática que permite o acesso a milhares de pesquisas reunidas por temas, apresentando resultados conflitantes. Ver www.cochrane.org

esclarecer as peculiaridades dessa prática, uma vez que as pesquisas não colocaram em dúvida a eficácia ou a segurança do procedimento.

Enquanto isso, centenas de mulheres tiveram suas vulvas cortadas e costuradas no momento de dar à luz, na grande maioria das vezes sem necessidade (Diniz e Duarte (2004:14).

O *Grupo de Colaboração Cochrane de Gravidez e Parto* foi um dos primeiros a se organizar e a desenvolver pesquisas sobre as rotinas obstétricas. Em 1989, o grupo que incluiu mais de quatrocentos pesquisadores, entre eles obstetras, pediatras, enfermeiros, epidemiologistas, mulheres usuárias, estatísticos, cientistas sociais e parteiras, publicou uma exaustiva revisão dos procedimentos em uma obra intitulada *Effective care in pregnancy and childbirth*.²³

A partir dessa conjuntura de pesquisas e de movimentos relativos à assistência à parturição no que tange à eficácia e à segurança dos procedimentos de rotina do atendimento obstétrico, apresentarei, nesta seção, uma enumeração de tais práticas, de suas raízes históricas e de suas evidências científicas, com base nessa exaustiva revisão realizada por Enkin e colegas. Retomarei a temática da *Medicina Baseada em Evidência* no último capítulo.

2.4.1- Posição horizontal para o nascimento

A imposição da posição deitada para a mulher durante o trabalho de parto e durante o próprio período expulsivo do parto coincidiu com a emergência da disciplina Obstetrícia que emergiu na Europa, no século XVII. Médicos obstetras quiseram observar de perto o processo de trabalho de parto e nascimento, visando intervir quando necessário. Para tal observação, era adotada a posição horizontal - a parturiente deitada de costas. Uma posição anti-natural que se tornou rotineira em função do favorecimento do trabalho médico: o parto horizontal ganhou propagação com o início da utilização de manobras técnicas, tais como o fórceps (Sabatino e outros, 2000).

²³ Em 1993, foi lançada uma publicação que inclui cerca de 40.000 estudos sobre 275 práticas de assistência perinatal por Enkin, Keirse, Neilson, Crowther, Duley, Hodnett e Hofmeyr: *Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto* – livro utilizado nesta tese.

O parto vertical veio, já na metade do século XX, a ser resgatado por meio da voz de pesquisadores que se dedicaram ao estudo da relação entre a posição da mulher durante o parto e as possíveis conseqüências de cada posição. Segundo Sabatino e outros pesquisadores (2000), em publicação de pesquisas científicas acerca do posicionamento assumido pela mulher durante o trabalho de parto e durante o período expulsivo, podemos destacar os seguintes benefícios de uma posição mais verticalizada: (i) a sintonia com a ação da gravidade, (ii) a não compressão dos grandes vasos maternos, o que acarretaria em comprometimento da oxigenação fetal, (iii) o aumento do diâmetro do canal do parto (na posição específica de cócoras), (iv) o ângulo de encaixe menos agudo, ou seja, mais aberto, (v) bons resultados relativos à ventilação pulmonar e ao equilíbrio ácido-básico²⁴ materno e fetal, (vi) contrações uterinas mais eficientes, (vii) forças de puxo maiores, (viii) menores pressões vaginais, (ix) menor duração do período de dilatação e expulsivo, (x) menor utilização de drogas e anestésias, (xi) menores complicações no parto e puerpério.



Figura 16: *Modelo de cadeira de parto idealizada pelo Paciornick, 1970.*

Desse modo, esses pesquisadores vieram a endossar a importância da liberdade de escolha materna no parto como um aspecto fundamental na humanização do parto. Enkin e colegas (2000) também enfatizam que, apesar de as rotinas hospitalares configurarem uma necessidade para o funcionamento de uma estrutura eficiente, o maior desafio dos profissionais que assistem a parturição é saber discernir as regras que causam mais benefícios que danos, tendo como base a flexibilidade de tais rotinas, de modo a levar em conta a necessidade de cada parturiente. Os dados apresentados por estes últimos pesquisadores

²⁴ Segundo Sabatino e outros “ o pH do feto cai quando o estágio de expulsão imóvel (na posição de costas) é maior do que a média de 15 a 30 minutos. Por outro lado, o equilíbrio ácido-base da artéria umbilical do recém-nascido é melhorado quando a mãe permanece na posição vertical durante o trabalho de parto.” (Sabatino e out., 2000:91)

acerca da posição deitada para o trabalho de parto sugerem que tal política compromete a atividade uterina efetiva, além de prolongar o parto, causando, por sua vez, aumento no uso de ocitócitos para estimular as contrações.

Ocitócitos são versões sintéticas de hormônio humano que é naturalmente liberado no decorrer do trabalho de parto (chamado ‘ocitocina’), o qual, em sua versão sintética, costuma ser colocado juntamente ao soro fisiológico aplicado na veia da paciente com a finalidade de estimular as contrações uterinas. Quando utilizado como rotina, o objetivo seria acelerar o trabalho de parto. Como resultado, as contrações estimuladas artificialmente, são muito mais dolorosas; há relatos de mulheres que dizem ter perdido o contato natural com o próprio corpo, ou seja, a sensação de perda de controle do processo (perda do protagonismo). Vejamos o depoimento seguinte:

“As contrações começaram a ficar doloridas de uma hora para a outra. Era engraçado porque eu sentia que eram contrações que vinham de fora (induzidas)... eram fortes e demoradas e vinham num ritmo que eu sabia que não era natural, não era do meu corpo. Ficou difícil lidar com elas, até porque o monitor fetal impedia que eu me movimentasse.”
(G23)

Ainda sobre a posição física assumida ou imposta à mulher em trabalho de parto, gostaria de enfatizar aspectos relativos ao controle do corpo que é exigido na ordem social da medicina, como meio de demarcação de relações de poder entre os profissionais especializados em saúde e os pacientes. Os primeiros mantêm um controle rotineiro do corpo, com gestos e expressões que os tornam ‘agentes competentes’, colocando-os em certo casulo protetor e lá os mantendo seguros e intocáveis (Giddens, 2002:58). Já as mulheres que estão dando à luz são obrigadas a manter certo controle corporal para se enquadrar nos regimes disciplinadores dos hospitais, pois aquelas mulheres que “perdem o controle” – sob o ponto de vista dos profissionais de saúde – são “escandalosas e exageradas”.

“Eu não entendo, por exemplo, falar em ter um parto de cócoras. Por quê? Me parece a mesma atitude médica de determinar que a mulher dê à luz deitada de costas, com as pernas abertas em cima de estribos. Na hora do parto, a mulher precisa de liberdade para

escolher a posição mais confortável. Se alguém tivesse me dito para parir de cócoras e me deixado naquela posição até que a coisa se resolvesse, era bem capaz de eu ter travado inteira .Eu fiquei nas posições que quis nos meus dois partos, e variar sempre foi muito importante, para me adaptar a cada momento do trabalho de parto e também para lidar com as contrações mais efetivamente”. (G24)

A disciplina interna do auto-controle se faz então presente por meio do medo, como demonstra o relato de uma mulher que ficou 12 horas internada em um hospital e ao final teve um filho de parto normal: “Me falaram para eu não gritar e ficar o mais quieta possível, porque as enfermeiras não atendiam as mulheres escandalosas e não chamavam os médicos para tirar o bebê. Eu não queria ter meu filho em um corredor!” (G17). Essa mesma pessoa, que tanta pressão colocou sobre si mesma num esforço inimaginável de auto-controle corporal, quase teve seu filho no corredor enquanto as enfermeiras empurravam a maca para a sala de parto. O medo dessa mulher, baseado em histórias e conselhos oriundos do que se ouviu falar sobre o atendimento público do parto, fez com que ela se submetesse a um controle do corpo em um momento tão vulnerável em que o corpo pede liberdade de movimentos e de expressão para que o desenrolar natural do parto ocorra sem maiores complicações (Pinho e outros, 2000). Isso nos leva a perceber como o poder está arraigado às práticas rotineiras dos hospitais e dos médicos, criando e sustentando lacunas de assimetria cada vez maiores entre os médicos e outros agentes de saúde, de um lado, e as gestantes, de outro.



Figura 17: Cadeiras de parto modernas

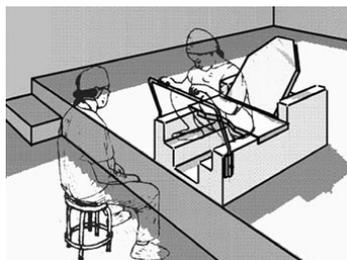


Figura 18: Cadeira do grupo de Parto Alternativo da Unicamp

2.4.2- O ambiente hospitalar

Além dessa questão do posicionamento físico assumido pela mulher no momento do parto, um outro aspecto de grande relevância no que concerne a segurança do processo de nascimento é o local do parto. Duas escolas abordam diferentemente o assunto: enquanto a Escola Americana defende o aparato institucional para o atendimento do parto, a Escola Européia se destaca pela defesa dos atendimentos domiciliares. Haja vista a baixíssima taxa de mortalidade materna e perinatal na Holanda, por exemplo, podemos perceber, por meio de comparações com outros países onde os partos são realizados institucionalmente, apresentando elevados índices da mesma taxa (o Brasil, inclusive), que a segurança do parto não está relacionada, inquestionavelmente, ao domínio do aparato hospitalar.

Segundo Enkin e colegas (2000), a maioria dos profissionais de saúde acredita que os partos hospitalares são mais seguros que os partos domiciliares. Essa opinião é, aliás, compartilhada pela maioria das grávidas. Os autores nos apresentam diversos estudos de observação metodologicamente bem fundamentados²⁵ que comparam resultados de partos domiciliares planejados com partos hospitalares planejados. Uma comparação de tais estudos não apresentou diferenças estatisticamente significativas na mortalidade perinatal entre os grupos. Um número menor de intervenções, além de um número significativamente menor de índices de apgar²⁶, baixos problemas respiratórios neonatais e casos de traumatismos ao nascimento entre os bebês foi o que pôde ser destacado nos partos domiciliares.

²⁵ O livro de Enkin e colegas tornou-se grande referência para os defensores de um parto baseado na evidência. Trata-se de um trabalho de uma década que contou com a reunião de mais de 400 pesquisadores (obstetras, pediatras, cientistas sociais, enfermeiros, parteiras, epidemiologistas e até mesmo mulheres usuárias). Para mais detalhes ver no site da Colaboração Cochrane: www.cochrane.org

²⁶ Apgar é a nota de avaliação da vitalidade do bebê, no primeiro e no quinto minuto de vida.

Enkin e colegas (2000:28) ainda destacam acerca do ambiente do parto:

Durante grande parte do século XX, em grande parte do mundo, as experiências subjetivas do trabalho de parto e do parto foram encobertas pela analgesia com narcóticos e pela anestesia geral, em uma vã tentativa de tornar o trabalho de parto indolor. (...) Quando o movimento do parto natural redefiniu a experiência de dar à luz como potencialmente positiva, esses aspectos do ambiente assumiram novo significado.

O ambiente hospitalar pode desencadear diversas situações estressantes para a mulher em trabalho de parto, como podemos visualizar no exemplo a seguir. As pessoas estranhas e as situações pelas quais a gestante é obrigada a passar, como restrição de líquidos e alimentos, burocracia de internação, múltiplos exames vaginais, enfim, todo o aparato institucional do hospital, carregado de uma frieza humana que, talvez, tenha suas raízes em certa defesa para própria ‘sobrevivência’ por parte dos profissionais que ali trabalham diariamente, tudo isso contribui para que uma sensação de insegurança seja desencadeada na parturiente. Como nos colocam Enkin e outros (2000:134) “o medo, a dor e a ansiedade podem ser aumentados por um ambiente clínico mecanizado”. Isso foi comprovado nos dados sob análise:

“Eu gostaria de ressaltar, que eu sabia que o soro era uma porcaria, mas na hora, se ela tivesse dito que ia fazer a cesárea, eu teria feito. Por isso uma doula é importante. Quando minha tia chegou na maternidade, me encontrou deitada, com aquela camisola horrível, soro na veia (primeira vez na vida que tomava soro) e cara de triste. Chegou brincando: “Cadê aquela menina guerreira que queria tanto um parto normal?” e Eu respondi: Sumiu. Eu tava me sentindo uma merda, queria que aquilo acabasse. Não tinha forças para mais nada. Acataria qualquer coisa.” (G21)

Segundo esses mesmos autores, cinco estudos controlados compararam os efeitos do trabalho de parto e do parto em instituições semelhantes a casas (como casa de parto ou centros hospitalares de parto) aos efeitos em uma enfermaria hospitalar convencional. As mulheres que deram à luz nos primeiros ambientes usaram, em média, menos medicamentos analgésicos, além de ter sido diminuído o uso de ocitócitos para estimular artificialmente as contrações. Estudos desse gênero podem apontar a estreita associação entre o ambiente físico, o ambiente emocional e a sensação de **dor** no decorrer do trabalho de parto e no parto.

Tais condições têm inegáveis repercussões na constituição e na manutenção de identidades dessas mulheres.

E por falar em dor do parto, creio ser pertinente explorar esse tema neste item, uma vez que a segurança ontológica da mulher na hora do parto está associada, entre outros fatores, ao *locus* do nascimento. O espaço físico em que a mulher se instala para ter seu filho pode ser comparado ao local aonde uma fêmea escolhe para parir seus filhotes. Mudar uma gata de lugar durante um processo de parto é certamente trazer complicações para o nascimento dos gatinhos. Uma pesquisa na área de saúde perinatal (Pinho e outros, 2000) sobre representação social do parto constatou que a associação mais comum quando a palavra ‘parto’ é mencionada trata-se da idéia de dor e/ou sofrimento. Outros estudos tentaram ainda avaliar os métodos preparatórios para o parto e sua influência no alívio da dor, e houve o reconhecimento de que essa dor não é somente física, mas é atravessada por fatores emocionais e culturais. Inch (1994)²⁷ relaciona o desencadeamento da dor na fisiologia do parto a esses fatores emocionais, como a presença do medo e da ansiedade no decorrer do processo. As fibras musculares da parede uterina sofrem contrações necessárias para a abertura do colo do útero e para a expulsão do bebê. Apesar de o suprimento nervoso do útero não ser ainda completamente compreendido, segundo este autor, parece que os nervos autômatos da gânglia lombar e pélvica são os responsáveis por essa distensão uterina. O que nos interessa aqui é entender que contração muscular por si só não possui relação com a sensação de dor, pois “os únicos receptores da dor no abdome são aqueles que detectam tensão excessiva ou estiramento dos tecidos” (Pinho *et alli*, 2001:14).

Inch (1994) ainda ressalta que a expectativa pela dor pode gerar um estado de tensão tal que o aumento da intensidade das sensações no trabalho de parto será algo muito provável. Essa mesma cadeia de reações está relacionada com a descarga de adrenalina no organismo, ocasionada pelos sentimentos de insegurança e medo. A adrenalina é responsável pela estimulação do sistema nervoso simpático, que, por sua vez, desencadeia uma redução de fluxo sanguíneo para órgãos do corpo não relacionados ao sistema de defesa, como o útero, por exemplo. A distribuição de sangue é desviada, em termos de maior concentração, para

²⁷ In “*Birthrights: A parent’s guide to modern childbirth*”.

órgãos como coração, pulmões e músculos esqueléticos. Ora, com o suprimento sanguíneo reduzido na área do útero, o aumento da dor será um fato.

Tais explicações acerca da fisiologia do parto vêm esclarecer os efeitos das emoções em aspectos físicos do nosso corpo, o que, no momento do parto, pode ser um poderoso divisor de águas. Os efeitos do medo e da tensão na produção da dor geram insegurança na vivência do processo de parto, o que, por sua vez, tem conseqüências no âmbito da nova identidade em formação, qual seja a de **mãe**. A identidade da mulher parturiente é constituída – entre outros aspectos imbuídos em relações muito complexas (ver capítulo 4) – por inúmeras representações sociais negativas associadas ao parto (seja pelas fantasias criadas pelo senso comum social, seja por meio das histórias mal conduzidas de partos vaginais que circulam no imaginário da humanidade). Nesse sentido, Michel Odent²⁸ (1980) considera fundamental a modificação do nível de consciência da mulher que está parindo, pois isso permite a ela se livrar, temporariamente, do peso de sua memória cultural, que está inscrita nas camadas mais evoluídas do cérebro (neocórtex). A mulher deve, ao contrário, penetrar no nível de consciência relacionado a uma memória bem mais arcaica, a uma memória animal, própria da espécie (córtex cerebral).

Em termos fisiológicos, há pesquisas (Odent, 2000) que demonstram que a parte do cérebro que mais se encontra em atividade durante o processo do parto é a parte primitiva que funciona como uma glândula, liberando hormônios facilitadores (como a endorfina) – o chamado ‘córtex’ (parte responsável pelos mecanismos instintivos e que é comum a todos os mamíferos, de alguma forma). A outra parte do cérebro, denominada ‘neocórtex’ (altamente desenvolvida na espécie humana), é aquela relacionada aos mecanismos de convivência social e auto-disciplina corporal e emocional, parte essa que não possui papel significativo no momento do parto. A redução da atividade cortical é o aspecto, segundo Odent, mais importante da fisiologia do parto, pois qualquer estimulação do neocórtex (como, por exemplo, conversar com a mulher racionalmente, rodeá-la de luzes ofuscantes, fazê-la sentir-

²⁸ Michel Odent é um renomado obstetra francês – cirurgião geral e parteiro domiciliar- e pesquisador acerca do processo de nascimento e do período primal (do nascimento até o primeiro aniversário). Introduziu os conceitos em hospitais públicos franceses de “home like birthing pools” (são quartos que se aproximam do ambiente doméstico, onde a mulher pode até se esquecer que se encontra em um hospital).

se observada e insegura) acarreta uma descarga hormonal de adrenalina que tende a inibir o parto vaginal (Pinho e outros, 2000:15-6).

2.4.3- A episiotomia

Episiotomia compreende o corte da pele e músculos ao redor da parede inferior da vagina, o que, segundo o senso comum da obstetrícia intervencionista, facilitaria o parto, preveniria incontinência urinária e protegeria o períneo de rupturas musculares ou cutâneas. Desse modo, a vulva e a vagina deveriam ser cortadas num corte reto, bem mais fácil de suturar, a fim de evitar que o períneo se lacerasse espontaneamente.

Diniz e Duarte (2004) destacam que a episiotomia, ao contrário, aumenta o risco de lesões graves do períneo, atingindo, inclusive, o ânus, além de provocar perda sanguínea e risco de infecções maiores. Isso, para não mencionar o desconforto no pós-parto, problemas com amamentação, chegando até mesmo a piorar a vida sexual e provocar a perda de urina. As autoras destacam que um dos argumentos favoráveis à episiotomia mais enfatizados no Brasil relaciona-se ao fato de que o parto vaginal deixaria a vagina da mulher flácida e ‘larga’. Assim, foi construído o apelo da episiotomia com base na ideologia enganadora baseada na “devolução à mulher de sua condição virginal”, segundo autores da década de 1920 afirmavam.

O discurso médico sugere que, depois da passagem de um falo enorme - o bebê - o pênis do parceiro seria proporcionalmente muito pequeno para estimular ou ser estimulado pela vagina (Diniz e Carcham, apud, Diniz e Duarte: 2004:46).

Todavia, com o advento da *Medicina Baseada em Evidências*, ficou claro que quase tudo que se alegava sobre a episiotomia, como a proteção do períneo, melhor cicatrização, menos dor no pós parto, menos disfunção sexual, etc, etc, eram mitos, fantasias, subterfúgios para justificar mais uma intervenção e controle do corpo médico no processo de parto. Do ponto de vista dos operadores ideológicos, trata-se aqui de uma legitimação (racionalização), em que uma cadeia de raciocínios que parecem lógicos é utilizada para convencer os sujeitos de que o que se defende é justo e digno de apoio (Thompson (1995) - conforme abordado no capítulo 1).

Uma das fantasias mais utilizadas na defesa desse método é exatamente a disfunção sexual. Em primeiro lugar, é importante lembrar que o ato sexual é algo que extrapola em muito o diâmetro da vagina. Seria uma simplificação descabida discuti-lo apenas sob este aspecto. A evidência científica esclarece que a episiotomia piora o estado genital e que a única atitude que pode contribuir para uma vagina flexível e vigorosa são exercícios vaginais, infelizmente, pouco ensinados e estimulados por ginecologistas e obstetras ou por outros profissionais de saúde (Diniz e Duarte, 2004). Desse modo, a episiotomia não diminui a incidência de disfunções, ao contrário, sua prática pode aumentar a incidência de dor durante a relação sexual, sem contar o desconforto que causa a curto, médio e longo prazos.

Ainda nessa perspectiva, Diniz chama a atenção para o fato de que a episiotomia é a operação obstétrica mais freqüentemente realizada no ocidente. Trata-se de uma das maneiras mais dramáticas e intensas em que o “território do corpo das mulheres é apropriado”, a única operação feita sobre o corpo de uma mulher saudável sem o seu consentimento. Ela representa o poder da obstetrícia: os bebês não podem sair sem que as mulheres sejam cortadas. Ela evita que as mulheres vivenciem o parto como evento sexual, e é uma forma de ritual de mutilação genital (apud BWHBC, 1992:458). Vejamos o depoimento a seguir:

“E depois? Depois muita dor, a sensação de que minha flor não serviu para que o meu filho passasse. Nem vai servir para o amor, de tanto que dói, e dói a alma junto. E não tiro outra palavra feia da cabeça. Mutilada. Corpo e alma. E uma cicatriz que se recusava a fechar. E quando se fechou o fez em demasia. Mas só fechou, não cicatrizou ainda. Está no seu passo, no meu passo.” (G25)

A história da episiotomia vem sendo discutida desde a metade do século. Inicialmente, quando a gravidez, o parto e o nascimento eram considerados eventos naturais e fisiológicos, os médicos e mesmo as mulheres e seus familiares não se sentiam à vontade, ou empolgados, com a idéia do corte. Foi a partir da segunda década deste século, quando a idéia predominante sobre o nascimento passou a relacionar o parto a um evento médico que necessita da “cura cirúrgica”, que a episiotomia começou a ser feita de forma rotineira.

Mas é importante lembrar que foi preciso quase um século para que estes argumentos fossem aceitos pelos médicos e pela sociedade. É importante lembrar ainda que, na época, não existiam métodos que pudessem comprovar de forma adequada se determinado procedimento tinha ou não tinha razão de ser. Hoje, sabemos (desde a década de 80) que a episiotomia deve ser reservada a situações extremas, excepcionais, dentre elas o sofrimento fetal, quando se faz preciso agilizar o nascimento.

2.4.4- Outros procedimentos de rotina hospitalar: enema, tricotomia pubiana, suspensão da ingestão de líquidos

O uso rotineiro do preparo intestinal por meio de enemas (lavagens intestinais) e supositórios, bem como a tricotomia pubiana e perineal (raspagem de pêlos) ainda faz parte dos protocolos a serem seguidos em muitos partos hospitalares:

“A doutora fez todos os procedimentos de rotina: pediu lavagem e mandou colocar o soro. Foi o pior momento do tp. Me senti horrível, detestei a lavagem. Eu me sentia doente com aquele soro no braço. Fiquei prostrada na cama até as dores ficarem fortes.” (G28)

Segundo Enkin *et alli* (2005:138), os supostos benefícios do **enema** seriam, sobretudo, o encurtamento do trabalho de parto ao estimular as contrações uterinas, além de diminuir a contaminação no momento do parto, diminuindo os riscos de infecção da mãe e do bebê.

Os autores trazem um questionamento desses pressupostos com base em dois estudos controlados e randomizados²⁹ que buscaram avaliar a administração rotineira de enemas no instante da internação em trabalho de parto. As conclusões sugeriram que a utilização do procedimento não alterou a duração do trabalho de parto, nem teve interferência quanto ao desenvolvimento de infecções. Ademais, o extravasamento das fezes sem o enema era menor e mais fácil de limpar que o extravasamento após o procedimento. Metade das mulheres que foram tratadas com supositórios demonstraram sentimentos negativos quanto à prática,

²⁹ Tipos de pesquisa em que os participantes são sorteados para receber ou não a intervenção em questionamento a fim de minimizar resultados tendenciosos, visando maior valor científico. Ver Glossário.

alegando sentimentos de constrangimento e desconforto. A outra metade não se importou porque estavam preparadas para ‘obedecer’ as regras que fossem impostas. Os autores terminam as considerações sobre o preparo intestinal para ao parto, sugerindo que os enemas não trazem os benefícios acreditados, além de ser um procedimento desconfortável e com riscos, como irritação fecal, colite, gangrena e choque anafilático.

Outro procedimento comum que foi reavaliado por esses mesmos autores diz respeito à prática da **tricotomia pubiana**. Antigamente a crença era baseada na redução de infecção, além de maior facilidade e segurança concernente à sutura das lacerações perineais após o parto. Dois estudos seriamente controlados examinaram essa prática e não detectaram qualquer efeito da tricotomia sobre a diminuição de infecções puerperais. Houve, sim, um aumento nos grupos submetidos ao procedimento. Além disso, outros estudos chamaram a atenção para o constrangimento feminino durante a prática e seu desconforto nas semanas seguintes em que os pêlos recomeçam a crescer.

A orientação médica de **suspender a ingestão de alimentos e líquidos** após o início do processo de parto é outra prática rotineira a ser questionada. Enkin e cols (2005:139) chamam a atenção para o fato de que naturalmente a maioria das mulheres não tem vontade de comer durante a fase ativa do parto. Todavia, o jejum forçado “pode causar progresso insatisfatório no trabalho de parto, diagnóstico de distócia³⁰ e uma cascata de intervenções que culminam em uma cesariana.” A preocupação que motiva a restrição alimentar está centrada no risco de aspiração e inalação do conteúdo gástrico durante regurgitação. Sobre esse argumento, os autores destacam que:

a incapacidade de aplicar técnica anestésica apropriada é a principal razão de ainda haver mortes por aspiração de conteúdo gástrico. A maioria dos casos de aspiração poderia ser evitada por uma associação de diminuição da frequência de procedimentos que exigem anestesia (particularmente cesariana), uso de anestesia regional³¹ sempre que possível e atenção meticulosa à técnica anestésica segura (Idem ibidem: 140).

³⁰ Significa parto difícil; complicações no parto.

³¹ Ver Glossário.

Resumo do capítulo

Por meio de uma pesquisa que resgatou a historicidade do parto, apresentei aspectos históricos legitimados (Thompson, 1995), simbolismos marcantes, mitologias, práticas e rituais, abrangendo, desde civilizações muito antigas até os dias atuais.

Destaquei as práticas e as crenças presentes nas tradições da Antiguidade, época em que o culto às divindades femininas era comum e o parto era considerado um processo natural. Foi com a cristianização do Império Romano que houve uma forte mudança na conjuntura político-religiosa, o que desencadeou novas crenças, como a de que o parto seria uma punição para as mulheres e, nesse contexto, juntamente com o apelo à culpa essencialmente feminina, nasceu a idéia de que o médico seria aquele que garantiria tal punição. Já, a partir do século XVIII, o parto passou a ser estudado e visualizado como um processo mecânico. Técnicas cirúrgicas começaram a surgir concomitantemente à crença de que o parto seria uma patologia, um risco e uma tortura fisiológica. O médico passou, então, a ser aquele que fazia os partos.

No modelo atual, basicamente no que concerne ao paradigma intervencionista de assistência, o parto é ‘resolvido’ por meio de tecnologias sofisticadas, ou, por meio, de uma série de intervenções médicas rotineiras, sem fundamentação científica realmente validada. Nesse sentido, o médico, além de ainda ser aquele que faz o parto, ele é também quem protege a mulher, impedindo-a de viver a “catástrofe” e o “atraso” da parturição. Ainda na atualidade, com relação a um outro paradigma, um modelo mais humanista de assistência, o parto é considerado como um processo natural que pode ser altamente fortalecedor da identidade feminina, uma vez que a mulher é a protagonista do próprio parto. Nessa perspectiva, o médico é um parceiro que fornece para a gestante as informações baseadas em evidências científicas, para que, juntos, façam escolhas partilhadas com relação ao parto. Nesse contexto, a tecnologia é bem-vinda, mas é utilizada em necessidades e não de forma rotineira como no modelo intervencionista. Alguns trechos do corpus ilustram as diferentes posições convivendo nas práticas atuais.

CAPÍTULO 3

O lugar da gravidez e do parto nos paradigmas da saúde e da doença

Um olhar sobre as práticas sociais e discursivas da medicina

A partir de estudos etnográficos situados no campo da Sociologia e do que se vem constituindo como a Antropologia Médica, apresentarei algumas reflexões sobre representações sobre o corpo, a saúde e a doença, sempre tendo a preocupação de trazer à discussão as associações pertinentes à esfera da parturição.

Iniciarei com um apanhado histórico da constituição da prática médica em si, das origens da Medicina moderna e de seu estatuto como ‘profissão’. Em seguida, apontarei alguns modelos explicativos da doença como parte de uma modelação cultural, incluindo aqui a constituição da gravidez e do parto como aspectos inseridos no patológico. Por fim, apresentarei dois modelos da sociologia concernentes à relação médico-paciente: o modelo consensual (segundo Talcott Parsons) e o modelo conflituoso da relação médico-paciente (Eliot Freidson), o que me ajudará na reflexão sobre a relação entre a gestante e o obstetra na constituição de suas identidades.

3.1- A constituição histórica da Medicina

Na Antigüidade a doença mantinha uma relação estreita com a idéia de destino, como *fatum*, que recai sobre o indivíduo brutal e inexoravelmente. Era previsto, pois, que os indivíduos se acomodassem e aceitassem as patologias como partes inerentes da natureza humana.

Já no ocidente cristão, a concepção religiosa do mal/pecado substituiu a do destino irresistível, uma vez que a crença predominante era a de que Deus envia a doença por causa do pecado e que esta deve servir de ocasião para a redenção (Adam e Herzlich, 2001). E aqui podemos traçar um paralelo da vivência do parto e a doença, em que ambos são considerados formas de expiação, conforme vimos no capítulo dois (seção 2.2).

Essa proximidade entre medicina/ magia/ religião está presente, em algum nível, em quase todas as culturas (vejamos o exemplo do trecho abaixo para verificarmos os resquícios dessas idéias nos dias atuais). Se observarmos as histórias das mais antigas práticas médicas, será possível verificar que as práticas do diagnóstico e de tratamento quase sempre incluem elementos mágico-religiosos: sessões de adivinhação para a identificação das causas do problema, sacrifício aos deuses ou gênios, exorcismos para expulsar da pessoa o demônio ou entidade causadora da doença, etc. O terapeuta, freqüentemente, é também sacerdote ou feiticeiro, em certos casos essas três identidades são consideradas como igualmente capazes de tratar a doença.

“Quanta decepção. Guardei tudo pra mim. E a cada dia eu tentava me convencer de que tinha que ser assim e que foi o melhor mesmo. Enfim, eu tentava não pensar mais no parto, mas naquele presente e naquele sonho que eu agora podia amamentar (...) Saímos do hospital e passamos numa igreja, onde freqüentávamos, pois eu queria apresentar minha filha pra Jesus Eucarístico, antes de ir embora pra casa. Lá eu chorei um pouco e depois fomos embora. Graças a Deus a minha filha pegou bem o peito.”(G30)

Para os sociólogos Adam e Herzlich (2001), a medicina científica moderna, quando comparada às medicinas das sociedades antigas, apresenta-se de maneira muito diferente em decorrência de sua orientação crescentemente empírica, da especialização do papel do médico e da busca de um saber racional sofisticado:

*A oposição, contudo, não é absoluta: todas as medicinas das sociedades antigas ou tradicionais incluem elementos empíricos e é possível notar-se remanescentes religiosos: em latim o termo *professio*, origem da palavra ‘profissão’ designando o exercício da medicina tem esse sentido: realiza uma *professio* aquele que afirma sua fé e emite os votos ao assumir o estado eclesiástico ou monacal (Adam e Herzlich, 2001:33).*

Concordo com os autores ao destacarem que nossa medicina moderna ainda carrega muitas marcas daquela prática anterior. A autoridade e o respeito que a identidade do médico alcançou em comparação com as demais identidades sociais de outras profissões é algo que tem suas raízes nas orientações de caráter religioso e mítico que participaram da fundação dessa identidade. Muitos aspectos problemáticos que abordo nesse trabalho, concernentes a

atuais práticas médicas em obstetrícia, apontam para práticas mais arraigadas em rotinas do que em evidências científicas (como pôde ser visto no capítulo 2). As práticas obstétricas baseadas em crenças e doutrinas eram muito comuns até a poucas décadas atrás. A denominada era eletrônica e, mais recentemente, a era pós-eletrônica dos nascimentos é que tem acelerado atualmente uma nova geração de pesquisa (Odent, 2002).

Ainda com relação à constituição histórica da medicina, Hipócrates elaborou a teoria dos quatro humores que marcou a evolução da medicina durante séculos. Segundo essa teoria, a doença e a saúde dependem diretamente do equilíbrio entre a bÍlis negra (*atra bÍlis* ou melancolia), a bÍlis amarela, a fleuma (ou pituíta) e o sangue. Esses elementos integram-se em um sistema de correspondências mais vastas, chegando-se aos elementos cósmicos (fogo, ar, água, terra), às estações do ano e à meteorologia (quente, frio, seco, úmido), bem como aos quatro pontos cardeais. Assim, a *Teoria dos Humores* foi o “primeiro dos grandes sistemas especulativos médicos” que se sucederam durante a Antigüidade (Adam e Herzlich, 2001:33).

No decorrer da Idade Média, a criação das universidades (a de Montpellier, em 1220, e a de Paris, 1253) é responsável por uma importante alteração no panorama social da época, uma vez que o estudo dos tratados antigos era realizado com o espírito puramente dogmático. O médico conquista, assim, um novo papel social - por pertencer a uma universidade, ele é considerado um privilegiado.

O título de doutor foi criado por Rogério II da Sicília, em 1140, e o papel do médico era bem delimitado: anunciar a morte iminente. Já a intervenção física fazia parte do papel atribuído aos barbeiros-cirurgiões, que pertenciam a classes sociais de status bem inferior aos médicos e não freqüentavam as universidades, além de não saberem latim (Adam e Herzlich, 2001).

Imbuídos desse contexto de tamanha disparidade de poder, os médicos - agrupados em corporações para a defesa de seus privilégios - iniciaram, contra os barbeiros, uma luta pelo poder sobre todos os aspectos relativos ao papel da medicina perante os doentes. A partir do século XVI a medicina empírica e racional começou a se desenvolver.

Dessa maneira, o início do século XIX marcou uma virada decisiva, qual seja, o surgimento da medicina anatomo-clínica, ainda chamada de “Escola de Paris”, baseada em três princípios fundamentais (Adam e Herlich, 2001:36):

1) graças à aproximação entre médicos e cirurgiões e, com prática sistemática da autópsia, a doença deixa de ser considerada como um resultado de um conjunto nebuloso de lesões orgânicas;

2) posteriormente, os clínicos desenvolvem com habilidade a observação ‘junto ao leito do paciente’;

3) por fim, essa observação é acompanhada de novas técnicas de exame: percussão, auscultação, de forma que grandes males passam a ser descritos com precisão.

Até a 2ª Guerra Mundial ocorreram progressos consideráveis: raios-x, anestesia, insulina para diabetes, vitaminas e sulfamidas, e depois os antibióticos. Com essa atmosfera de progressos e constantes intervenções bem-sucedidas, predominou, durante alguns anos, a sensação de um poderio ilimitado em potencial da Medicina. Hoje, sabemos que esse poder tem limites, muito embora, as representações sociais produzidas nessa fase “áurea” e introjetadas no imaginário coletivo ainda sejam marcantes nas redes das formações discursivas da Medicina.

Com o decorrer dos anos, a Medicina conquistou plena autoridade sobre a doença e adquiriu o monopólio de seu tratamento. E foi desse modo que a “Medicina experimentou uma mudança decisiva em sua representação social” (Adam e Herzlich, 2001:38).

Para vários sociólogos, trata-se de um “processo característico de evolução das sociedades modernas”: considerar a medicina como o protótipo de profissão. Os ‘profissionais’ distinguem-se dos outros ofícios por um alto nível de formação teórica e especializada e uma orientação de serviço para a população à qual corresponde a idéia de ‘vocação’ (*id. Ibid.:38*).

O monopólio da atividade profissional, bem como a autonomia alcançada pela medicina, tornou os médicos capazes de determinar o currículo dos estudos médicos, além de

eles mesmos redigirem o código de ética médica reconhecido pelo Estado. Sua regulamentação, portanto, é essencialmente uma auto-regulamentação.

O conhecimento tem certamente um papel a cumprir, mas é difícil definir precisamente a partir de qual momento ele é forte o bastante para legitimar os privilégios da condição profissional. Nem sempre é fácil distinguir entre as atividades abrangidas por esse estatuto e as que não o são (Adam e Herzlich, 2001:40).

Para esses autores, a importância da medicina decorre do valor atribuído à saúde, à vida e à morte, e as razões desse poderio médico sustentado em estatuto próprio são múltiplas: (i) a industrialização exerceu papel de influência, uma vez que inaugurou a especialização dos serviços, além de fornecer suporte para melhorar o nível de vida da população; (ii) o aperfeiçoamento do saber médico durante o século XIX é incontestável; (iii) a luta coletiva é outro fator preponderante, pois os médicos souberam valorizar junto às elites e às camadas populares o seu próprio saber; (iv) por fim, o papel do Estado: o interesse pela saúde da população para maior força de trabalho produtivo o torna sensível às reivindicações dos médicos. Assim, obtêm “estatuto profissional aqueles que, por variados modos de mobilização coletiva, convencem outros do caráter insubstituível de sua competência e de seus serviços” (Adam e Herzlich, 2001:40).

Não ignoro os progressos e os avanços, mas gostaria de refletir acerca do valor que o papel social médico, e todo o aparato da medicina, ganhou nos últimos tempos. O saber médico tem alcançado um valor normativo em comparação a diversos setores da vida individual e coletiva, como se sua identidade profissional fosse apta a dizer à sociedade o que é bom para o indivíduo e para a sociedade como um todo em certos aspectos da existência³².

Quando está em foco a relação entre o médico e o paciente, o médico representa aquele que está em condições de definir as necessidades do doente, o diagnóstico, as receitas do médico, os exames e tratamentos que o paciente deve fazer, tudo isso condiciona a cura do doente, mas também estrutura sua percepção e experiência da doença. Segundo os sociólogos, a sociedade em seu conjunto está marcada pelo processo de medicalização e, desse modo,

³² Essa é uma idéia do sociólogo americano Everett Hughes (apud Adam e Herzlich, 2001:46).

o saber médico conquistou valor normativo frente a setores cada vez mais variados da vida individual e coletiva. A diferença entre os saberes e as competências especializadas pode assim se transformar em distanciamento e em dominação sobre as pessoas (Adam e Herlich, 2001:46).

De acordo com essa mesma linha de pensamento, pode-se vislumbrar a questão dessa assimetria no que tange à relação entre o obstetra e a gestante. Apesar de a gestação não se constituir uma doença - discurso este muito proferido pela voz do senso comum atualmente, se observarmos as considerações realizadas ao longo deste capítulo, no que tange à constituição da doença e do lugar social do doente ao longo da história, verificaremos inúmeras semelhanças estruturais com a gravidez e com o lugar social conferido à grávida, conforme destaque no decorrer de todo este capítulo.

3.2- A relevância da cultura e o lugar da gravidez nos paradigmas de saúde e de doença

As modificações provenientes das novas configurações sociais, econômicas, políticas e culturais acarretam mudanças em diversos níveis, abrangendo desde a reorganização de conjunturas institucionais - como pode ser ilustrado, no contexto da parturição, pela mudança do parto domiciliar para o parto hospitalar, como também a reestruturação no campo das identidades dos sujeitos socialmente atuantes. Dessa maneira, os sentidos de lugar e do 'eu' são profundamente afetados em decorrência dessas transformações, o que tem sido referido como uma sensação de perda de sentido.

“A sala de parto era, na verdade, uma sala de cirurgia. Transferiram-me para a "mesa", colocaram minhas pernas nos suportes, absurdamente altos... reclamei e deram uma ajustada. Enquanto isso foi entrando mais gente na sala: tinha minha médica, o anestesista (os dois ficaram trocando figurinhas sobre a política administrativa do hospital), a obstetrix, uma outra enfermeira, um pediatra e seu assistente.... ah, e meu marido também!” G27

Com o desenvolvimento da medicina e com o novo 'lugar' social conquistado pelos médicos, a necessidade de explicar os fenômenos da vida trouxe conseqüências até então inimagináveis: a natureza tem de ser, obrigatoriamente, compreendida e as causas dos

desequilíbrios em nossos corpos têm de ser encontradas. A doença é um elemento, portanto, constituído reflexivamente em um processo que pode ser pensado tanto em nível individual como social. Os valores, as crenças e os modos de agir no mundo, que são partes inerentes da identidade do sujeito, entram em contato com suas práticas culturais e familiares mais restritas, o que gera um determinado tipo de decodificação da sensação causada pela doença. Ao olhar ao seu redor, o sujeito se mune de parâmetros para julgar a urgência da sua situação, o que acarreta uma tomada de atitude ou um recolhimento. E, na nossa composição social atual, a tomada de atitude é quase que sinônimo de procura de ajuda médica/terapêutica.

Diversos trabalhos psicossociológicos têm demonstrado que certos estados fisiológicos (como a fome ou a dor) não são totalmente objetivos, mas são, sim, interpretados em função dos contextos sociais e culturais nos quais são gerados. Desse modo, “a pertença a uma cultura fornece ao indivíduo os limites dentro dos quais operam-se interpretações relativas aos fenômenos corporais e, em, particular, a doença e seus sintomas.”(Adam e Herzlich, 2001:70).

A experiência da gravidez e a vivência do parto certamente se inserem nesta última observação. Não há como separar as sensações em si das interpretações culturais dessas sensações, e no centro da cultura está a linguagem como constitutiva da realidade social. As práticas discursivas que estão emaranhadas com as representações sociais e com as interpretações culturais são constitutivas em um sentido dialético: elas tanto são moldadas pelas experiências práticas reais, como são moduladoras das mesmas experiências. Escolher o vocábulo que vai, por exemplo, representar o movimento de contração do útero ao longo do trabalho de parto não se configura uma escolha arbitrária: ‘dor’, ‘contração’, ‘incômodo’ são escolhas que remetem a formações discursivas diversas, com diferentes implicações de ordem ideológica.

A modelação cultural³³ abrange não só a percepção e a expressão dos sintomas, mas também aquilo que é definido como ‘doença’ em cada sociedade. E aqui temos um terreno bastante fértil para tratarmos da questão do parto. Quando o parto se encontra inserido em

³³ “Modelação cultural” é uma nomenclatura utilizada por Adam e Herzlich para se referirem à percepção cultural do que é definido como doença e como saúde em cada sociedade.

uma rede discursiva característica da doença, a modelação cultural será diferenciada quando em comparação com o parto fora desta rede. O parto como evento fisiológico, previsível e ‘normal’ difere enormemente do parto visto sob a ótica da doença, do patológico, do especial (ver capítulo 2). A identidade da parturiente contará com diferentes modelações culturais também: a mulher infantilizada e/ou fragilizada, que é tratada como paciente, *versus* a mulher esclarecida e capaz de tomar decisões juntamente com o médico, que é uma cliente (ver capítulo 4).

Segundo os sociólogos Adam e Herzlich (2001:74), qualquer doença é fenômeno significativo e a atividade médica é sempre uma atividade interpretativa. O médico decodifica os sintomas do paciente, segundo seu saber médico, sob uma fundamentação biológica. Já o doente, possui idéias particulares sobre seu estado de saúde e cria um modelo explicativo: em parte individual, mas sempre com raízes culturais. Os autores destacam ainda que, ao designar o conjunto de conceitos e de símbolos que estão associados à doença, cria-se uma rede semântica da doença. No caso da parturição, é interessante observar que tais modelos explicativos, quando voltados para justificar um determinado tipo de parto, podem, ao lançar mão de uma rede discursiva determinada, ser utilizados para persuasão. No trecho abaixo, extraído de um depoimento de parto via Internet, podemos visualizar um modelo explicativo para o parto cesárea, em uma estratégia de legitimação (racionalização):

“No dia do parto, minha bolsa rompeu e minhas contrações começaram (...) eu estava com contrações de 5 em 5. Foi quando o médico que me acompanhava chegou), e depois de fazer o exame de toque concluiu que meu filho era muito grande e não iria passar pelo canal... eu fiquei arrasada! Ele disse que poderia fazer a indução, mas pela experiência dele o BB não ia passar e acabei optando (praticamente por indução dele) por fazer a cesárea. Até porque eu já tinha perdido muito líquido e fiquei com medo de sofrimento fetal...” G29

O discurso do médico decodificou a situação, após diagnóstico físico (exame de toque), apresentando seu parecer com base no seguinte modelo explicativo: o bebê era grande e não passaria pelo canal vaginal da mãe. O médico ainda aventou a possibilidade de induzir o

parto, mas desistiu da idéia baseado em sua experiência clínica que legitima sua autoridade médica. A parturiente percebe que foi induzida (“por indução dele”), embora lance mão de uma rede semântica característica do modelo explicativo do médico para justificar a sua passividade e aquiescência. (“já tinha perdido muito líquido”; “sofrimento fetal”).

Em sociedades como a nossa, em que a medicina científica moderna prevalece, o saber médico tem o poder de transmitir a todos os conceitos e as explicações acerca da natureza e das causas de seus problemas. De acordo com Luc Boltanski (apud Adam e Herzlich, 2001:75), as condições favoráveis para a aquisição desta ‘competência médica’ por parte do doente estão relacionadas a alguns fatores interessantes: as pessoas pertencentes a classes sociais mais favorecidas são aquelas que melhor interiorizam as categorias conceituais do saber médico, como visto no exemplo acima, por meio da apropriação da voz da medicina pela parturiente, o que pode ser comprovado em suas escolhas lexicais (‘contrações’, ‘canal’, ‘indução’), bem como na construção de sintagmas nominais (‘exame de toque’, ‘sofrimento fetal’) e de sintagmas verbais (‘bolsa rompeu’, ‘perdido líquido’). Tais escolhas discursivas pertencem a um grupo de sujeitos que freqüenta e está habituado com o espaço da medicina (consultórios, laboratórios, hospitais), além de estar mais próximo dos médicos em termos de procedência social, compartilhando, muitas vezes, visões de mundo similares e se comunicando com facilidade. São esses os pacientes mais inclinados a decodificar suas doenças e a conversar sobre as mesmas segundo as categorias da Medicina. Isso fica evidente no corpus desta pesquisa, em que se procurou focalizar o meio privado de saúde, abarcando, portanto, grávidas com poder aquisitivo considerável e, mais que isso, incluindo mulheres que buscam informações sobre intervenções desnecessárias e que reivindicam para si o poder de uma escolha conjunta no que concerne ao tipo de parto possível.

A doença, conforme foi observado pelos sociólogos, não é considerada pelo paciente como simplesmente um conjunto de sintomas que o leva ao médico - a doença pode constituir um transtorno ou uma ameaça que, às vezes, altera a vida de maneira radical. A gravidez e o parto podem ser novamente vistos como eventos biológicos naturais e saudáveis, mas que, sob esse prisma cultural, se aproximam da doença. De acordo com Adam e Herzlich (2001:76):

A interpretação coletiva da doença efetua-se sempre em termos que envolvem a sociedade, suas regras e a visão que dela temos: a concepção que temos de doença manifesta nossa relação com a ordem social.

Quando nos deparamos com essa aproximação, entre parto/gravidez e doença, verificamos como esses dois pólos (doença e gravidez) se assemelham, numa identificação que pode ser observada nas condutas médicas de parto. Se não nos propuséssemos a esse exercício rumo a um olhar mais refinado, perceberíamos, tão somente, a contradição existente nas práticas discursivas sobre o parto: ora, se é um evento fisiológico, por que tantas intervenções, tantos medos, tantas precipitações? É porque, no fundo, o parto é visto pelas lentes do patológico. Trata-se de um processo complexo que abarca as relações de poder presentes no universo da parturição. O parto sob o comando da medicina, assentado em suas raízes e em sua prática, é visto por meio de um olhar que privilegia o patológico. Nos dias atuais, o médico é aquele que intervém, embora a palavra ‘obstetra’ signifique, etimologicamente, ‘estar ao lado’. Quem cumpria muito bem esse papel de estar ao lado eram as parteiras. Sem desconsiderar os conhecimentos e avanços tecnológicos da ciência médica da atualidade, gostaria de alavancar uma reflexão que nos leve para um certo equilíbrio, de modo que a tecnologia de parto seja usada com bom senso, por meio de uma prática mais criteriosa e baseada em evidências científicas reais e não em práticas hospitalares calcadas nas rotinas médicas (enema, tricotomia, episiotomia, indução, ruptura da bolsa, analgesia, Kristeller, cesárea³⁴). Vejamos esse relato sobre como tais rotinas hospitalares contribuem para a identidade da mulher como paciente:

“A doutora fez todos os procedimentos de rotina: pediu lavagem e mandou colocar o soro. Foi o pior momento do trabalho de parto. Me senti horrível, detestei a lavagem. Eu me sentia doente com aquele soro no braço. Fiquei prostrada na cama até as dores ficarem fortes.”G28

Pensar sobre a saúde e a doença, incluindo a gestação e o parto não é uma tarefa simples. Tais representações são calcadas em uma relação conflituosa entre o indivíduo e a sociedade (Adam e Herzlich, 2001). A saúde é uma responsabilidade social e os critérios para

³⁴ Ver glossário ao final da tese para compreensão dos termos médicos. Essas rotinas foram historicamente localizadas e, com base em evidências científicas, criticadas no capítulo 2

se definir quem é o indivíduo doente e quem é o saudável são critérios sociais. Alguns antropólogos aventaram sobre a existência de uma estrutura subjacente às representações sociais da saúde e da doença: a estrutura da doença exógena. A doença não seria considerada natural, uma vez que ela provém de uma invasão, real ou simbólica, de elementos nocivos no organismo. As representações sobre a saúde e a doença podem ser ligadas às relações que se “institucionalizaram em torno da doença nas sociedades industriais a partir do final do século XIX,” o que gerou uma “estrita semelhança entre saúde e capacidade de trabalho, entre doença e invalidez” (*id. Ibid.:79*).

Claudine Herzlich (1984, *apud* Adam e Herzlich, 2001:76) fez uma pesquisa sobre as representações sociais da saúde e da doença junto a membros das classes média e alta e verificou que ‘estar doente’, para as pessoas interrogadas, significa ‘parar’, interromper a sua vida profissional. Essa socióloga concluiu que os discursos coletivos sobre a saúde e a doença vão além de uma enumeração de sintomas e de fenômenos orgânicos; ou seja, existem conceitos independentes do saber médico, uma vez que tais sintomas são considerados ‘doença’ na medida em que provocam mudanças na vida cotidiana do doente e em sua identidade social. O conceito de saúde foi concebido como uma simples ‘ausência de doença’, como um estado de equilíbrio, acompanhada de um bem-estar físico e psicológico, do desempenho satisfatório de uma atividade e de um relacionamento harmônico com as pessoas.

Podemos relacionar tais conclusões com a gravidez e o parto - como rito de passagem para uma nova identidade social, qual seja a maternidade/paternidade - a fim de refletir a respeito da aproximação que se estabelece, em níveis mais profundos, entre a doença/saúde e a gravidez, parto e puerpério. Nesse momento da vida, a mulher não vivencia situações de equilíbrio, nem de bem-estar físico e psicológico, além de ter seu desempenho diminuído e de se deparar com uma reorganização de relacionamentos, especialmente, na esfera familiar. Isso nos mostra que a gravidez não se aproxima das representações sociais sobre a saúde. Com relação à doença, parece haver uma maior aproximação no que concerne à representação social relativa à idéia de interromper sua rotina diária em função de fenômenos orgânicos e psicológicos. As alterações orgânicas, corporais e psicológicas acarretadas pela gravidez/parto trazem inúmeras mudanças na vida da mulher e em sua identidade social.

Durante a gravidez, a mulher se vê, paulatinamente, à medida que o feto se desenvolve e seu corpo se modifica (internamente e externamente), imersa em um processo de mudança em variados níveis: sua imagem corporal se modifica, a forma como ela é vista pela sociedade também muda, seu organismo se adapta ao novo estado físico e seus hormônios influem grandemente em sua psique. A identidade da mulher vai sendo modificada com base em ambigüidades e conflitos que oscilam entre os níveis individual e social.

Segundo a psicóloga Maria Tereza Maldonado (1997), a gravidez é uma transição que envolve a necessidade de reestruturação e reajustamento em variadas dimensões: (i) uma nova identidade e definição de papéis, além de filha, a mulher passa a ser mãe - mesmo no caso da segunda ou terceira gravidez, pois ser mãe de um filho é diferente de ser mãe de dois ou de três filhos; (ii) no nível socioeconômico, a família depara-se com a necessidade de reajustar o orçamento familiar, o que pode trazer privações e tensões que intensificam a ambivalência característica da gravidez. (iii) em relação ao casamento, a gravidez pode gerar um aprofundamento do relacionamento do casal ou pode romper com uma estrutura frágil e neuroticamente equilibrada; (iv) e, ainda, em termos individuais, a gravidez pode fazer com que a mulher entre em contato com um amadurecimento e com uma expansão de sua personalidade ou, por outro lado, com soluções neuróticas que predominarão em sua relação com a criança. Maldonado (1997:28) ainda destaca que não é com o término da gravidez que essa transição e crise se dará por concluída. Para a psicóloga, “grande parte das mudanças maturacionais ocorre após o parto e, portanto, o puerpério deve ser considerado como a continuação da situação de transformação, pois implica mudanças fisiológicas, consolidação da relação pais-filho e grandes modificações da rotina e do relacionamento familiar”.

Se o discurso coletivo sobre a doença e a saúde não é uma cópia do discurso médico, podemos considerar que existem implicações destes conceitos nessa fase de transição como a gravidez e o parto. Ora, se a doença e a saúde são concebidas a partir de representações que vão além de presença ou ausência de desequilíbrios orgânicos, como encaixar a gravidez nessa linha tênue e subjetiva que vai da doença até a saúde, ou vice versa? Quero aqui defender a idéia de que a gravidez não se enquadra em nenhum desses paradigmas, pois se trata de uma fase da vida marcada pela transição e pela crise. Mas quero, por outro lado, questionar o discurso, parte do senso comum, segundo o qual ‘ gravidez não é doença’,

demonstrando o quanto ela se aproxima mais do paradigma da doença, em nossa sociedade atual, que do paradigma da saúde. Mostrarei, a partir de um apanhado histórico no decorrer desse capítulo, que essa flutuação da gravidez frente a tais paradigmas tem raízes históricas, econômicas e sociais, uma vez que, em tempos mais remotos, enquanto a gravidez e o parto eram assuntos de mulheres e enquanto o parto ainda era parte do espaço domiciliar, a aproximação se dava mais com a saúde do que com a doença (ver capítulo2).

Observemos as representações abaixo que ilustram essa diferença de situacionalidade da gravidez/parto ao longo da linha imaginária dos paradigmas saúde e doença:

___DOENÇA_____GRAVIDEZ/PARTO_____SAÚDE___

Figura 19: Representação da aproximação gravidez/parto - saúde, antes da medicalização do parto

___DOENÇA_____GRAVIDEZ/PARTO_____SAÚDE___

Figura 20: Representação da aproximação gravidez/parto - doença, com a medicalização do parto

É sempre em relação a estas noções, que reúnem os indivíduos com o seu meio social, que são definidas a experiência da grávida/puérpera e o seu comportamento. Os sociólogos Adam e Herzlich (2001) fazem um esboço das principais representações sociais da vivência de uma doença. Proponho uma releitura de tais representações a partir da ótica em questão, qual seja: a vivência da gravidez e do parto. Para os autores, o doente viverá a **doença como destrutiva** quando, ao interromper a sua atividade, ela acarretar na destruição dos laços com os outros, perda de papéis e a impossibilidade de reconstrução de sua identidade. A **doença pode ser vivida como libertadora** na medida em que ela é vista como uma fuga de um papel social repressor de sua individualidade, permitindo, neste caso, o encontro do ‘verdadeiro sentido da vida’, a superação de si. Por fim, a **doença pode ser vivenciada como um ofício** -

mais comum nos casos de doenças graves - em que não provoca mudança radical na auto-imagem da pessoa, preservando sua identidade social pela luta contra a doença.

No caso da gravidez e do parto, creio ser pertinente relacionar tais representações sociais da doença com a forma como determinadas mulheres e, mesmo, grupos sociais, vivenciam essa fase da vida.

Uma gravidez vivida como destrutiva pode ser aquela em que predomine, na experiência materna, familiar e social, uma sensação de que se está perdendo algo de sua identidade, como se um sentimento de invasão fosse preponderante no sentido de, simbolicamente, a chegada daquele bebê representar a perda de um lugar social e não um acréscimo na identidade da mulher grávida e futura mãe. Esse pode ser um conflito subjacente e muito comum nas mulheres mais velhas e profissionalmente estabelecidas, pertencentes a classes socioeconomicamente estáveis.

Já em gestações consideradas libertadoras, a mulher se depara com um alívio por ter engravidado e se tornado mãe, como se esse novo papel que a vida lhe proporcionou com a gravidez fosse uma forma de revelação de seu verdadeiro potencial, até então apagado por algo imposto pela identidade social na qual estava presa antes da gravidez.

Já na gravidez como aproximação de um ofício, a mulher permanece com sua auto-imagem bem definida e encara a maternidade como encara sua atividade profissional, tornando-se, inclusive, mais engajada socialmente em movimentos que privilegiem a atuação do papel de mãe ou de gestantes.

Creio que estas categorizações sistematizam, em certa medida, a complexidade dessa identidade em ebulição durante a gravidez. Acredito, sim, que as mulheres transitam por tais representações de forma a se identificarem em determinados momentos de sua maternidade mais com uma do que com outra. Indo um pouco mais além, acho que, quando uma dessas representações (ou a gravidez como destrutiva ou como ofício) predomina de modo muito destacado, a possibilidade de se vivenciar um efeito negativo é grande, como no caso da

depressão pós-parto em que a mulher pode, por exemplo, dar ênfase para a vivência da gestação como completamente destrutiva.

Ainda sobre a existência de uma lógica diferenciada do saber médico, os sociólogos apontam outros estudos sociológicos que nos mostram a permanência, na sociedade, de um pensamento ‘profano’ sobre a saúde e a doença. Quando o doente descreve e explica seus problemas, ele se apóia em suas próprias visões de mundo. Nas classes populares inglesas e francesas³⁵ (décadas de 60 e 70), por exemplo, foi constatado que a saúde equivale à capacidade de trabalho, figurando mais como um instrumento do que um estado. Já entre os membros das classes médias, a saúde é sentida como um valor pessoal, “organizador do comportamento”, ou como um resultado da ação do Estado e das políticas públicas (*id. Ibid.:81*).

Segundo Adam e Herzlich (2001), quando o aspecto corporal (representação social coletiva sobre saúde e doença) apresenta estreita relação com uma dimensão moral, há influências marcantes na formação e/ou no reforço da auto-imagem do sujeito. Desse modo, se defendemos uma aproximação entre as representações da doença e da gravidez, podemos pensar que qualquer acontecimento que seja interpretado pela sociedade como um problema na gravidez e/ou no nascimento poderá ser interiorizado, pela mulher, como uma experiência negativa para sua auto-imagem. Se essa fase da vida não fosse tão especialmente marcada por crises e transições, seria, talvez menos complexo e pesado lidar com um julgamento negativo sobre si mesma. No entanto, como discutimos anteriormente, a identidade da mulher durante a gravidez encontra-se em forte transição, o que nos faz pensar que essa possível associação entre a maneira como se dá à luz e a emergência de uma nova identidade, qual seja a de mãe, possa ser repleta de conflitos, especialmente, naqueles grupos de grávidas que se ‘empoderaram’³⁶ durante a gravidez, uma vez que, além de terem de lidar com o ‘problema’ em si (um parto traumático, uma cesárea desnecessária, um aborto, um parto prematuro, ou o óbito do bebê), a mulher traz o acontecido para a composição de sua auto-imagem, como se ela fosse a culpada ou a única responsável pelo ocorrido.

³⁵ Riry Willians, 1991, apud Adam e Herzlich (2001).

³⁶ Empoderamento da mulher grávida é uma expressão que vem sendo muito utilizada nas listas de discussões que circulam na internet sobre o tema ‘humanização de parto’, de modo que o sentido original de *empowerment* vem ganhando novas nuances e novos usos. Havia até recentemente o site www.maesempoderadas.com.br.

Observemos o depoimento de parto de uma mulher que se questionou após o parto sobre o que teria feito de errado:

“Como que um momento tão sagrado, o momento do nascimento de uma nova vida, fica tão banalizado? Não era assim que eu imaginava o nascimento da minha filha, um dos momentos mais importantes e especiais da minha vida! Dei-me conta de que o ambiente impessoal e as rotinas do hospital junto com a falta de um bom vínculo com minha médica resultaram numa experiência de parto que não foi boa. Percebi também que, apesar dos cursos de preparação que eu tinha feito, eu estava despreparada. Ser respeitada e ouvida neste momento é fundamental. Tive a impressão durante meu parto, de que os médicos se esqueciam de que eu estava lá, acordada, consciente. Faziam comentários sobre o andamento do parto etc. como se estivessem realizando uma cirurgia numa paciente com anestesia geral! Desde o momento em que cheguei no hospital, pequenas coisas foram sendo ditas e feitas que, pouco a pouco, minaram minha auto-confiança e fizeram crescer uma sensação de total desamparo. No final parecia que tinham passado com um rolo compressor por cima de mim...eu tinha sido absolutamente desconsiderada como pessoa, como indivíduo. Apesar de "normal", o parto foi muito diferente daquilo que eu imaginava e queria.” (G31)

Os registros interpretativos que conduzem essas representações sociais são importantes também quando se pretende focalizar uma outra variável, qual seja a pertença ao setor público ou ao setor privado, pois as construções discursivas sobre os conceitos de saúde, de doença, de risco e de emergência podem ser bem diferentes.

No presente trabalho, o setor privado é o focalizado, de modo que são as construções discursivas e identitárias desse setor que interessam para a análise do discurso sobre o parto. As representações sociais que são predominantes no público-alvo do setor privado de saúde, bem como da equipe de assistência médica desse grupo social é que serão enfocadas nos capítulos seguintes.

Apresento, a seguir, um trecho, retirado do corpus, que remete a esse aspecto de diferentes redes discursivas que orientam as diferentes práticas no que tange à comparação

entre o hospital público e a maternidade privada. Trata-se de uma entrevista com uma médica obstetra que trabalha nos dois setores de saúde e que nos fala, com muita naturalidade, sobre as discrepâncias entre a residência médica e sua prática clínica nos dois setores - no público e na rede privada:

“...na UnB, você aprende tudo CERTO, como está no livro (...) você espera até doze horas de trabalho de parto para indicar um cesárea, você rompe a bolsa só com, não, não rompe nunca, deixa a paciente romper, quando o neném está nascendo, induzir parto é pecado! (...) então quando eu comecei aqui (se referindo ao consultório privado) eu só fazia cesariana quando a paciente entrava em trabalho de parto, mas aí você perde paciente, ela vai para outro profissional (porque quer cesariana de hora marcada)... então, na faculdade você aprende a fazer assim, nunca botam soro lá com ocitocina, eu não via isso lá no HUB, hoje eu vejo muito no hospital público onde eu trabalho, as pessoas são mais, assim, querem acabar logo e querem fazer o parto até uma hora da manhã (...) todo mundo tem um sorinho lá correndo que atrapalha a humanização do parto, porque a paciente fica imóvel com o soro.” (M1)

É possível perceber, com este exemplo, os conflitos que assolam a prática dessa médica referentes a uma diferença radical entre seu aprendizado e sua experiência clínica. O uso do vocábulo ‘pecado’ (1.3) pode estar demonstrando o quanto ela visualiza a sua prática atual discrepante de sua formação e, até mesmo, o quanto ela se sente culpada por ter adotado uma outra diretriz de orientação. Em outro momento da entrevista, a médica demonstra que sua prática está bem distante de sua formação inicial:

“... se eu puder, de alguma forma, induzir uma paciente a uma cesariana, eu prefiro (...) porque, eu vou ser sincera, é mais cômodo para mim, né? Por exemplo, se eu sair agora, eu faço uma cesárea e vou para minha casa, descanso, mas se for me ligar duas, três horas da manhã, vou ter que acompanhar a paciente a noite toda, não é?” (M7)

Adam e Herzlich salientam que, no que tange à interpretação dos fenômenos orgânicos, as pessoas costumam se apoiar em conceitos, em símbolos e em estruturas de referências interiorizadas de acordo com seus paradigmas sociais e culturais. As representações da

doença, da saúde e, incluso, da gravidez e do parto, não são, assim, resultados de um discurso coletivo coerentemente constituído fora dos sujeitos. Ao contrário, a elaboração realizada por esses sujeitos tem como apoio os recursos coletivos moldados de acordo com as experiências individuais e em conformidade com os contextos em que se conduz a interpretação.

Esse aspecto destacado pelos sociólogos pode ser associado ao que Fairclough (1992) diz sobre a dialética da formação discursiva, em que tanto os discursos ajudam a construir a estrutura social - e aqui, podemos incluir, os símbolos e os conceitos, e até mesmo, como o próprio Fairclough o faz em 2003: as identidades - como as modificações e permanências da estrutura social ajudam a constituir os discursos. Podemos, por exemplo, pensar no movimento de humanização do parto e no movimento oposto, de cirurgificação dos nascimentos (1996)³⁷, para que possamos refletir sobre esse papel dialético do discurso e das representações sociais. Segundo Diniz (1996:3), a maneira como no Brasil os partos são conduzidos representa “mais que uma medicalização do corpo feminino, trata-se de uma ‘cirurgificação’, uma institucionalização da mediação cirúrgica na vida reprodutiva”. Vemos, dessa maneira, novos discursos emergindo em defesa da cesariana, novas crenças se propagando e símbolos emergindo. As perguntas, por exemplo, conforme já destaquei, que a grande maioria das gestantes da modernidade escuta, tais como: “É para que dia, o parto?” ou “Quem fez seu parto?” ou ainda “qual vai ser o hospital e quem é o seu/sua/ médico/a?” comprovam o reconhecimento de que o sujeito do processo não é a mãe, mas sim um terceiro. Ao pensar na construção desse novo universo conceitual e simbólico em torno dos nascimentos cirúrgicos, podemos destacar o ambiente e as rotinas hospitalares, a estrutura de berçário ou a atual opção que alguns hospitais oferecem de alojamento conjunto (mãe de bebê juntos no mesmo quarto durante toda a estada materna no hospital), incubadora, berço aquecido, colírio de nitrato de prata para os olhos do bebê e a camisola ‘bunda-de-fora’ como é chamada a roupa hospitalar por muitas mulheres nas listas de discussões da internet. Todo esse arsenal é extremamente pertinente para os casos em que a indicação da cesárea for realmente adequada.

Por outro lado, podemos pensar no campo discursivo e simbólico que cerca o parto normal dentro do panorama atual da assistência humanizada ao nascimento. O parto normal

³⁷ ‘Cirurgificação’ (termo usado por Diniz) com base no International Reproductive Rights Research Action Group (IRRRAG), 1995.

pode ser simbolizado, no imaginário coletivo de variadas maneiras, especialmente no que tange ao seu aspecto sexual. Penso ser interessante destacar representações simbólicas de duas espécies: uma de conotação mais positiva, que concebe a abertura vaginal como um canal elástico de passagem para o bebê e que tem o poder (simbólico) de transformar a menina em mulher e uma outra conotação mais pejorativa, que subsidia a idéia de que a vagina da mulher, vai ficar larga, de forma a impossibilitar experiências sexuais prazerosas após o parto. Infelizmente, ainda permanece arraigada no imaginário coletivo essa última suposição, que até já se concretizou em nomenclaturas vulgares, mas muito utilizadas no meio médico, conforme alguns dados que coletei apontam, como, por exemplo, o chamado “ponto do marido” - um ponto que o obstetra faz ao final da sutura de períneo, para “apertar” a vagina da mulher de modo a torná-la, quem sabe, virgem novamente.

Ainda nesse sentido, outras expressões como “analgésia de parto normal”, “doulas”, “lei do acompanhante de parto” ajudam a implementar uma nova formação discursiva sobre os partos, ora, intitulados ‘humanizados’. Talvez, seja importante refletir neste ponto dos apontamentos, sobre o discurso emergente da humanização do parto. No capítulo quatro, apresentarei como esse discurso toma forma nas práticas discursivas e sociais dos médicos entrevistados. Todavia, gostaria de pensar sobre as diferentes formações discursivas que orientam a emergência da dita ‘humanização do parto’.

No Brasil, podemos mencionar nomes, como Dr Moysés Paciornik, professor Galba de Araújo e o próprio Dr. Hugo Sabatino, como propagadores da humanização dos nascimentos. Sob tal perspectiva, o parto é tratado a partir de múltiplos olhares, na tentativa de superar a visão estanque e paradigmática da medicina moderna. A visão da mulher como ser humano completo traz suposições fortalecedoras para a própria formação da identidade feminina. O parto é visto, sob esta perspectiva, não só como uma separação física de ligamentos corporais, como também como uma separação emocional, um recomeço, um marco na vida do casal. Entender o parto sob esse foco multidisciplinar acarreta um avanço não só no atendimento à mulher, como também uma mudança no próprio manejo de parto. Atitudes simples como retardar o corte do cordão umbilical para que o recém-nascido receba o sangue placentário de reserva, como promover o contato imediato entre o dueto mãe-filho, favorecendo, dessa maneira, a criação de vínculos afetivos que perdurarão pela vida toda,

representam algumas medidas que poderiam ser francamente tomadas nas práticas médicas , mas que, em geral, não o são por serem consideradas, pela maioria dos médicos, como medidas desnecessárias e de pouca importância.

Nesse emaranhado de formações discursivas, encontramos também, em meados da década de 80, o movimento da Organização Pan-americana de Saúde e os Escritórios Regionais da Europa e Américas da Organização Mundial de Saúde que definem, em conferência acerca das tecnologias adequadas à assistência ao parto, uma série de recomendações tendo em vista uma grande mudança na conjuntura atual dos nascimentos. Entre as recomendações³⁸, podemos destacar algumas:

<p>Condutas que são claramente úteis e que deveriam ser encorajadas:</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Respeitar a escolha da mulher quanto ao acompanhante durante o trabalho de parto e parto; * Oferecer líquidos por via oral durante o trabalho de parto e parto; * Não utilizar métodos invasivos nem métodos farmacológicos para alívio da dor durante o trabalho de parto e parto e sim métodos como massagem e técnicas de relaxamento.
<p>Condutas claramente prejudiciais ou ineficazes e que deveriam ser eliminadas:</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Uso rotineiro de raspagem dos pêlos púbicos; * Infusão intravenosa rotineira em trabalho de parto; * Uso rotineiro da posição de litotomia com ou sem estribos durante o trabalho de parto e parto; * Esforços de puxo prolongados e dirigidos (manobra de Valsalva) durante o período expulsivo.
<p>Condutas freqüentemente utilizadas de forma inapropriadas</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Uso rotineiro de amniotomia precoce (romper a bolsa d'água) durante o início do trabalho de parto; * Pressão no fundo uterino durante o trabalho de parto e parto; * Restrição de comida e líquidos durante o trabalho de parto; * Controle da dor através de analgesia peridural;

³⁸ Ver texto completo no anexo 1: a carta nº 5 das Recomendações da OMS para assistência a parto.

	<ul style="list-style-type: none"> * Monitoramento eletrônico fetal ; * Utilização de máscaras e aventais estéreis durante o atendimento ao parto; * Exames vaginais freqüentes e repetidos especialmente por mais de um prestador de serviços * Parto operatório (cesariana); * Uso liberal ou rotineiro de episiotomia; * Exploração manual do útero depois do parto.
--	---

Basta observarmos as experiências de parto que ouvimos relatados no nosso cotidiano para percebermos o quanto ainda estamos distantes do que prezam essas recomendações. Durante a coleta de dados desta pesquisa, tive a oportunidade de presenciar gestantes com essas recomendações em mãos, conversando com seu obstetra a respeito de manejo de parto e ouvindo suas contra-argumentações, como, por exemplo, uma das médicas defendendo o uso rotineiro de episiotomias (corte no períneo) com o argumento de que as mulheres brasileiras são menores do que as mulheres européias e americanas, ou seja, as brasileiras possuem estaturas baixas e têm, conseqüentemente, períneos “curtos”, estreitos, o que justificaria a necessidade de episiotomia.

Outra médica afirma que tais recomendações só serviriam para mulheres com menos de 35 anos, pois as demais seriam muito velhas para ter uma gravidez de baixo risco. Essas e outras afirmações serão analisadas com mais detalhes nos capítulos 4 e 5. Por ora, quero marcar o meu espanto diante dessas concepções enganadoras e reafirmar meu compromisso em trazer à tona os mitos que circulam no processo de desempoderamento feminino com relação à paturição.

3.3- - A relação médico-paciente: um modelo consensual e um modelo conflituoso

Apresentarei nesta seção dois modelos de relação médico-paciente elaborados pela sociologia: o modelo consensual e o modelo conflituoso. O encontro dessas duas identidades-médico e paciente - não deve se delimitar à sua dimensão psicológica e/ou interpessoal, uma

vez que essa relação é marcada pelo encontro de diferentes grupos em termos de competência, orientação, prestígio e poder, estando, portanto, “inscritos nas relações estruturais da sociedade global” (Adam e Herzlich, 2001:88). No caso da relação obstetra-gestante focalizada nesta pesquisa, esse encontro, muitas vezes costuma estar mais baseado no que os sociólogos chamam de “teoria da eficácia terapêutica”, em que a escuta e a atenção dedicadas ao paciente têm o efeito de apaziguar os prováveis desconfortos da gestação.

O trecho a seguir, retirado de uma entrevista com uma gestante, aponta para essa escolha do obstetra que foi caracterizada, logo no início da fala, como algo não tão simples de realizar (vejamos os destaques):

*“Eu até falo assim, trabalhando com médicos eu passei a valorizar uma coisa assim... e é **engraçado porque na hora do parto, na hora que eu fui escolher o obstetra isso ficou balanceado**, eu sempre digo que eu prefiro o bom técnico ao bom ... é... humanista. Por que eu conheço vários médicos maravilhosos no trato pessoal e péssimos técnicos.” (...) Eu prefiro às vezes os cavalos (rs), ‘Ah o Dr Fulano é muito grosso’, mas é o que tem de melhor na área. Eu prefiro me submeter na mão dele que é grosso que é aquilo, mas eu sei que ele **SABE o que ta fazendo.**” (grifos são meus)G8*

Nesse caso, especificamente, é interessante observar como a gestante repensou o seu critério de escolha de médico quando se tratava de sua gravidez, pois, até então, seu critério era baseado, inquestionavelmente no ‘bom técnico’ e não no ‘bom humanista’. Todavia, ao engravidar, tal concepção ficou menos rígida, o que é antecipado ao ouvinte na fala que começa expressando seu próprio estranhamento com a nova situação: “engraçado, porque na hora do parto, na hora que eu fui escolher o obstetra isso ficou balanceado” (1.2-3).O pronome demonstrativo ‘isso’ refere-se exatamente a esse critério de escolha que se encontra em crise. Não há como negar, enfim, que a gravidez e o parto são momentos muito especiais na vida das pessoas, e limitar essa relação obstetra-cliente aos aspectos psicológicos ou interpessoais é não considerar a adesão dessas identidades a determinadas posições de poder.

O objetivo supostamente em comum entre o médico e o paciente, no caso da obstetrícia, pode ser relativizado, visto que não se trata de buscar a cura de uma doença, mas

sim de acompanhar a gravidez, amenizando os desconfortos típicos da gestação por meio da construção conjunta de um vínculo emocional que permita uma troca de informações, principalmente por parte do médico, e de conteúdos emocionais, por parte da mulher. Essa pode ser, em poucas palavras, a finalidade ideal da relação obstetra-cliente, mas que nem sempre é correspondida na realidade, uma vez que, cada vez mais, a obstetrícia está focalizando o patológico e o uso de métodos investigativos (como as ultra-sonografias) para ‘vasculhar’ um ambiente desconhecido intra-útero. Observemos neste relato, a sensação de desconexão da mulher com o próprio corpo durante seu trabalho de parto e sua relação com a médica no ambiente hospitalar:

“Minha médica chegou, esbaforida, me examinou, confirmou que eu estava com 10 de dilatação e que então podíamos ir para a sala de parto. Eu não entendi direito... cadê aquela tal vontade de fazer força? Queria que alguém me explicasse direito o que estava acontecendo... Parecia ser meio aleatório, que estava na hora da minha filha nascer só porque minha médica tinha chegado. Fazia tempo que a obstetriz tinha me examinado e constatado que eu estava com dilatação total. Não era assim que eu tinha imaginado meu parto...com as contrações induzidas e a anestesia, fazia tempo que eu não estava em sintonia com meu corpo. Estranhei muito essa sensação de desconexão...tanto que depois que minha filha nasceu, eu tinha, às vezes, a sensação de não saber "de onde" ela tinha vindo...” (G32)

3.3.1- Modelo consensual de relação médico-paciente

Talcott Parsons (1975), que foi o primeiro teórico a propor uma análise do lugar da doença e da medicina na sociedade moderna, deduziu um modelo teórico para compreender a relação médico-paciente. Parsons parte de alguns pressupostos: (i) a saúde é necessária ao bom funcionamento social; (ii) o indivíduo é um produtor; (iii) a doença tem o poder de ruptura e constitui um desvio em potencial da ordem social; (iv) a medicina moderna é a instituição que deve responder a esta ameaça. Assim, pensar na relação entre aquele que rompe a ordem (paciente/grávida) e aquele que tem um controle social ao combater a ameaça à ordem (o médico) significa pensar em termos de assimetria e de consensualidade. É assimétrico porque cabe ao médico solucionar o problema e é consensual porque “o doente

reconhece o poder do médico e porque a relação terapêutica está fundamentada em forte reciprocidade” (Adam e Herzlich, 2001: 90).

De acordo com esse modelo, os papéis do médico e do paciente são complementares. O doente não pode se curar somente por sua vontade e tem direito à assistência, além de ter a obrigação de considerar a doença como ‘indesejável’ e procurar ‘melhorar’, cooperando com aqueles que têm a responsabilidade do cuidado. Já o papel do médico é baseado em sua competência técnica, o que o transforma em especialista no campo da saúde e da doença.

Para Parsons (1975), a relação do médico com o doente não está baseada em laços pessoais, mas, sim, em regras bem abstratas que remetem precisamente à sua competência técnica. O médico, segundo esse teórico, deve se mostrar afetivamente neutro para que a objetividade de sua relação com o paciente seja garantida.

Esse modelo pode ser analisado em seu aspecto hegemônico e ideológico, que parece ainda predominar nas nossas relações com os médicos. A medicina acumula a função técnica e a função de regulação social. No caso da gravidez, novos conflitos podem ser levantados ao analisar a aplicação de tal modelo, tendo em vista ser a obstetrícia um ramo da medicina que se diferencia em vários aspectos. O mais interessante deles, a meu ver, está no fato de a obstetrícia não ser uma especialidade que tem de lidar, a priori, com a doença e com a morte iminente, muito embora os conhecimentos acerca das patologias e anormalidades sejam de fundamental importância para o obstetra. Ao questionar os médicos, em entrevistas durante esta pesquisa, sobre o motivo que os levava a escolher a obstetrícia, pôde-se verificar como o olhar do patológico e da intervenção cirúrgica é parte da motivação substancial da escolha por essa especialidade. Uma das médicas entrevistadas relata:

“Eu achei que gostava muito de operar, gostava de entrar em cesárea, ADORAVA (...) então como eu gostava de operar, gostava de fazer partos (...) gosto de mexer com mulheres porque as mulheres precisam mais, a mulher vem mais no médico, mulher tem mais doença, a mulher precisa mais por causa do parto, né?”. M1

Os próprios sociólogos Adam e Herzlich (2001:92) apresentam algumas críticas ao modelo de Parsons, que gostaria de destacar por considerá-las pertinentes. Em primeiro lugar, tal modelo é considerado pelos autores como monolítico ao definir apenas um tipo de relação médico-paciente característico das doenças agudas. Quando a doença tem um caráter crônico, ela deixa de representar uma ameaça para o funcionamento da sociedade. É interessante observar que a gravidez também não se enquadra nas doenças agudas de que Parsons tratou: o período que engloba a gestação e o puerpério encontra-se, de certa forma, dentro das expectativas sociais, mormente, quando se trata de mulheres em idade fértil e que ainda não tiveram filhos. Seguindo esse raciocínio, a gravidez é um momento da vida pelo qual a mulher provavelmente irá passar e que pode, sim, ser sentido como uma certa ameaça, uma ameaça velada com a qual a própria mulher tem de lidar sozinha: afinal escolher engravidar e ‘interromper’ a carreira é uma escolha individual e feminina. Mais uma vez a identidade feminina tem de arcar com uma culpabilização que vai galopando em um crescendo até culminar em sua maternidade.

Segundo os psiquiatras Thomas Szasz e Mark Hollander (1956)³⁹, há três modelos dessa relação terapêutica: (i) a forma ativo-passivo, em que o médico domina ativamente o paciente; (ii) a cooperação orientada, em que o doente é capaz de seguir as diretrizes do médico e de exprimir suas idéias, (ii) a participação mútua, em que o médico ensina o doente a cuidar de si mesmo.

Uma outra crítica ao modelo de Parsons diz respeito à assimetria das posições do doente e do médico, que é questionada em decorrência do grande número de pacientes que não obedecem às prescrições médicas. Entre a não-cooperação do paciente e o desenvolvimento de uma atitude crítica vai uma grande distância ainda em vias de concretização. No caso da gravidez, a frequência dos encontros entre a grávida e o obstetra (uma vez por mês e após a 36ª semana uma vez por semana) pode ser um fator que contribui para uma vinculação mais profunda, que certamente passa pela segurança emocional. Se a paciente/cliente mantém uma relação interpessoal positiva com o médico é muito provável que siga suas prescrições e que a assimetria se atenuar.

³⁹ *Apud* Adam e Herzlich, 2001:92.

Por outro lado, em situações de risco e de emergência, obviamente, a assimetria se acentua, pois o médico tem de agir e o paciente necessariamente fica mais passivo, como em uma cesariana por exemplo. Todavia, é importante desmistificar uma relação que delimita a incompetência e a passividade, de um lado, e a onipotência e competência, do outro. Contextualizar essa assimetria é, além de esclarecedor, muito útil para um trabalho de conscientização sobre o parto como um assunto sobre o qual a mulher poderia entender melhor para assumir o papel que lhe cabe, realizando as escolhas possíveis com base em informações científicas.

Essa contextualização da assimetria passa não só pela análise do corpo e das posturas físicas do ambiente e dos sujeitos, como, também, atinge questões relativas às classes sócio-econômicas, bem como à bagagem cultural dos pacientes. Um estudo recente da socióloga americana Terry Mizrahi (1986, apud Adam e Herzlich, 2001:95) aborda o caráter problemático do universalismo médico - defendido por Parsons. Segundo a autora, os valores universalistas, tal como o “bem do paciente”, não são os únicos a influenciar na conduta médica, uma vez que, em situações emergenciais, há uma “socialização antecipadora de uma relação médico-paciente negativa”. É como se os médicos dividissem os doentes em dois grupos: os doentes ideais, limpos, educados, cooperadores e, na maioria das vezes, membros das classes média e alta; e, por outro lado, os doentes desprezados, que se comportam de maneira contrária aos primeiros, oriundos, normalmente de classes populares e que recebem um tratamento mais desumano, como se os médicos quisessem “se livrar dos doentes”. É interessante observar que no caso da obstetrícia esse sentimento médico no que concerne a “se livrar dos doentes”, mencionado pela socióloga, atinge tanto a camada menos favorecida economicamente, como as classes mais abastadas. Em ambos os contextos, o princípio universalista, que supostamente (segundo Parsons) prezaria pelo “bem do paciente”, pode ser substituído pelo princípio resumido pela frase “um bom parto é aquele em que mãe e bebê passam bem”. Observe-se a ideologia subjacente a esse princípio, na maioria das vezes, empregado em situações em que houve uma cesárea, como se com essa frase, o médico ‘consolasse’ a mãe para que essa não se lamentasse pela não ocorrência de seu ‘sonhado’ parto normal, pois afinal ‘a saúde está em primeiro lugar’. Esse argumento me parece irrefutável, portanto, não ousou questioná-lo; todavia gostaria de refletir acerca dos contextos nos quais essa afirmação costuma acontecer: por que não utilizar esse princípio para justificar

um parto normal? Será que ele serve mais para convencer ao próprio médico de que sua intervenção foi adequada? Creio ser interessante observar que essa frase, ou qualquer discurso do gênero, é proferida em contextos específicos e geralmente é usada para justificar um procedimento médico.

3.3.2- Um modelo conflituoso de relação médico-paciente

A análise parsoniana foi, enfim, renovada em decorrência de novos modelos de análise da sociedade. De acordo com Adam e Herzlich (2001:96), foi em um contexto ideológico mais amplo que se instaurou tal modelo. Trata-se do final da década de 60 e do decorrer da década de 70, quando “ a contestação das instituições, dos saberes e dos poderes predomina na reflexão sociológica, e a Medicina não foge à regra”.

Esse novo modelo enfatizou a relevância dos conflitos e interesses na explicação da manutenção da ordem social e no que concerne às mudanças sociais. A escola interacionista influenciou a construção desse modelo alternativo ressaltando o fato de que o “encontro entre o médico e o doente se caracteriza por um conflito resultante de uma divergência de perspectiva e de interesses” (Adam e Herzlich, 2001:97).

Eliot Freidson, em sua obra *La Profession Médicale* (1984), foi quem desenvolveu essa nova concepção de acordo com a qual a medicina não é caracterizada por aquele universalismo de que tratei no final da seção anterior, pois a profissão médica é vista como um dos grupos de interesse existentes na sociedade e “o interesse pessoal do médico pode opor-se ao altruísmo veiculado por sua retórica profissional.”(id. Ibid.: 97).

Segundo essa perspectiva, os códigos de ética e as leis reguladoras da prática médica não visam, de fato, à proteção do público-alvo, mas são, sim, mecanismos de proteção da própria profissão contra as interferências de sua clientela e de outros profissionais. E aqui encaixa uma questão atualmente foco de muitas discussões acerca da instituição de casas de parto. A preocupação real que motiva o grupo médico contrário a essa regularização está mais relacionada ao medo de perder a onipotência do poder no parto, uma vez que nas casas de parto os partos são conduzidos por enfermeiras obstetrias (como é o sistema de saúde de

muitos países da Europa), do que com o receio da saúde das parturientes, tendo em vista que, em casos emergenciais, há a previsão de uma estrutura rápida e eficiente para atender o parto. Os discursos dessa polêmica serão analisados na seção a seguir, onde abordo o espaço hospitalar e sua constituição enquanto organização e produção do trabalho médico.

De acordo com Freidson (1984), há um conflito latente em toda relação entre médicos e seus pacientes. O médico considera o paciente e suas necessidades a partir das categorias de sua especialidade, imbuído de sua autonomia profissional. O doente ou a grávida/parturiente entende sua situação (doença ou gravidez/parto) em função de suas exigências cotidianas e conforme seu contexto cultural. Desse modo, não há um consenso a priori entre o médico e o paciente, não há uma relação inquestionável do tipo ativo *versus* passivo. A cultura profana difere da cultura do profissional de saúde e tem também sua legitimidade.

Todavia, diante do médico e de todo o aparato hospitalar, o paciente pode ter mais ou menos condições de se fazer respeitado em seus pontos de vista. São as pressões das próprias situações nas quais ocorrem o encontro dessas duas identidades que influenciam nesta assimetria (Adam e Herzlich,2001:98). A interação médico-paciente pode ter variadas configurações que interferem nessa cadeia de maior ou menor prevalência de um dos pólos da atividade - passividade. Essa configuração é atravessada pelo poder que pode ser considerado em termos de *status* social do doente ou de gênero social, e até mesmo em termos do tipo de doença que atinge aquele doente (como, por exemplo, doenças estigmatizadas como a Aids, sífilis etc.). No caso da gravidez, essa configuração de passividade-atividade na interação entre o obstetra e a gestante passa pela questão do gênero feminino, oprimido historicamente. Se analisarmos a própria história da cesariana, como foi visto no capítulo anterior, vemos que se trata de uma história marcada pela luta de poder em assuntos antes dominado somente por mulheres, como era o caso do parto. Além disso, há gravidezes estigmatizadas também como, por exemplo, se a mãe é adolescente, se não é casada e até mesmo se tem mais de 35 anos.

Uma das últimas entrevistas que fiz com uma grávida traz um caso em que a médica telefona para a doula escolhida pela parturiente e comenta que esta estava muito “rebelde” porque queria esperar o trabalho de parto começar naturalmente, sem indução. Uma outra

participante da pesquisa nos narra que estava acompanhada pela sua mãe na consulta em que conversava sobre o parto desejado e, que, ao sair do consultório a médica bate a mão no ombro da mãe da grávida e diz: “Essas meninas tem cada idéia maluca, não?”. Essa visão preconceituosa com relação ao parto normal, sem anestesia e em posições mais verticalizadas é muito comum no discurso da obstetrícia atual, o que acarreta um peso na formação da identidade das futuras mães que, desde a gravidez, já se consideram inadequadas, inconvenientemente questionadoras e culpadas se algo não sai como o esperado por elas mesmas. Observemos o final de um relato de parto coletado virtualmente:

“No final parecia que tinham passado com um rolo compressor por cima de mim...eu tinha sido absolutamente desconsiderada como pessoa, como indivíduo”. G31

Freidson(1984) ainda levanta um outro aspecto relevante no que concerne às variações dessa relação entre o médico e o paciente Trata-se do contexto organizacional no qual a interação ocorre. Pensando acerca do parto, já posso visualizar as diferenças entre o contexto hospitalar e o ambiente domiciliar para a realização do parto. Mulheres que deram à luz em casa - seja no Brasil ou fora do país (na Europa esse sistema é mais comum) - relatam terem se sentido mais “poderosas” do que quando deram à luz em hospital. Entrevistei mulheres que tinham vivenciado as duas experiências - parto hospitalar e parto domiciliar - ,de duas classes sociais -baixa renda no interior do Brasil e de rendas média e alta nas capitais -, e observei que em todos os relatos o que era um elemento relevante para que esse empoderamento tivesse espaço era o fato relatado como “na minha casa o médico é o estranho, o desconhecido, é ele quem tem que se adaptar ao meu espaço”.

Para ilustrar esse aspecto, pode-se observar a seguinte nota de diário de campo registrada logo após uma conversa com uma mulher que teve quatro partos via vaginal, sendo dois deles realizados sob a orientação de uma parteira em ambiente doméstico e dois partos hospitalares conduzidos por obstetras.

“Ela preferiu os partos que teve nas mãos da parteira no sertão nordestino (os dois primeiros) aos partos hospitalares em Brasília (os dois últimos). Ressaltou que a parteira era ‘cursada’ (repetiu essa informação duas ou três vezes) e que ela fazia os toques

‘direitinho’. Disse preferir a parteira porque ela ficava ao seu lado o tempo todo, ao contrário dos médicos. No hospital, ela não gostou de ficar sozinha. Em casa ela tinha a companhia da mãe e da cunhada, ambas com experiência de partos normais. Disse que a parteira ficava nos seus pés (quando deitada na cama). Além do mais, em casa podia se movimentar e no hospital, tinha que ficar deitada, porque eles não permitiam outra posição quando ela estava ‘incomodada’ (termo utilizado em referência às dores das contrações).”
(Nota de campo do dia 06/12/2003)

Neste relato, evidencia-se a forte presença da medicalização no evento ‘parto’, por meio da reiterada referência ao credenciamento da parteira. Por duas ou três vezes a participante se referiu ao fato de a parteira que acompanhara seus partos ser ‘cursada’ em suas próprias palavras. A medicalização do parto tornou-se tão naturalizada no período da modernidade tardia que a necessidade de se legitimar uma prática milenar, como a da parteira, é algo inquestionável. A identidade da mulher que realiza partos domiciliares é, pois, também atravessada pela identidade institucionalizada do profissional de saúde. A informação subjacente é a de que o parto é um processo do corpo humano que requer acompanhamento médico ou, no mínimo, de conhecimento especializado – o quer vai ao encontro da produção e sustentação dos ‘experts’ da atualidade. O processo natural de nascimento, antes dominado pela parteira por meio de sua experiência mais baseada no papel de observadora do que de intervencionista, hoje é algo que reivindica títulos e cursos para se fazer legítimo.

Por outro lado, a parturiente ressalta sua preferência pelo parto domiciliar, conduzido pela parteira com base em razões relacionadas à sua segurança ontológica. A angústia propiciada pelo isolamento, rotina em hospitais públicos em que a parturiente não pode estar acompanhada por nenhum membro da família, fez com que a mulher se sentisse mais amparada quando ‘cuidada’ pela parteira nos partos domiciliares. Sua segurança dependia então do compartilhamento da experiência com o profissional preparado para atendê-la e com os familiares mais próximos (mãe e cunhada). No hospital, os fatores que contribuíram para sua insegurança estão relacionados com o próprio sistema público de saúde, em que os médicos dividem seu tempo com os inúmeros atendimentos do plantão, e o aparato

institucional e humano da medicina não é suficiente para conferir a clama e a segurança que a mulher necessita no momento do nascimento.

Em termos de identidade, considero que o que se espera socialmente, no período da modernidade tardia, da figura da parteira é que ela esteja institucionalmente preparada para exercer uma prática que em tempos pré-modernos, era baseada no conhecimento empírico acima de tudo. A identidade do médico é profundamente atravessada pelo peso da ordem social da medicina e das rotinas hospitalares, de forma que tais profissionais são somente solicitados para retirar o bebê no momento oportuno. A identidade da mulher gestante é ‘ficar incomodada’ (nas palavras da participante), isto é, suportar as dores das contrações e fazer força para expulsar o bebê. O relato da participante revela ainda que ser apoiada e acompanhada nesse momento é muito importante para que a mulher se sinta mais segura. Cabe à mulher se submeter aos regimes disciplinares dos hospitais, como, por exemplo, ficar deitada durante o trabalho de parto, pois na instituição médica não se permite liberdade em se posicionar de modo a atenuar as dores ou a apressar o trabalho, diferentemente do ambiente doméstico, onde a parturiente relata ter ficado caminhando até a hora em que “apertou a dor”.

3.4. A construção social da doença

O saber médico pode ser considerado como mais do que uma mera leitura da realidade física, uma vez que “ao designar e nomear a disfunção corporal, o médico contribui para criar a realidade social da doença” (Adam e Herzlich, 99).

A realidade puramente objetiva que delimitava o papel do médico segundo Parsons, é questionada por Freidson, para quem a realidade orgânica da doença e a sua realidade social são coisas bem diferentes.

Em se tratando da gravidez e da experiência do parto, destaco a importância dessas reflexões no que concerne à constituição de uma visão mais crítica do assunto. Concordo com os autores no que tange ao fato de que declarar alguém doente, ou declarar que a passagem pélvica da mulher não é suficiente ou que o bebê é grande demais ou, pior ainda, declarar que a mulher não está conseguindo fazer força não é algo neutro, pois possui conseqüências muito fortes, inclusive no que concerne à vinculação da mãe com seu filho.

Os sociólogos têm desempenhado um papel muito importante, ao meu ver, quando aventam para a necessidade de distinguir entre a existência de um estado de um indivíduo e sua significação. O julgamento do médico tem uma função legitimadora, que ajuda a constituir fortemente a reação social acerca daquele fenômeno ou acontecimento.

Dessa maneira, é necessário superar a visão do modelo consensual que se acreditava ser benéfico para a sociedade quanto ao controle social exercido pela medicina, uma vez que a “maioria dos trabalhos relativos à medicalização da sociedade insistiram sobre os perigos a ela inerentes” (id. Ibid.:100).

Segundo os autores, foi-se constituindo uma autoridade inerente aos médicos com relação aos mais diversos problemas da vida privada, inclusive sobre a sexualidade, como se eles fossem defensores da moral e dos bons costumes. Não é realmente fruto do acaso tamanha aproximação com o papel exercido pela igreja ao longo dos séculos, basta observarmos a história da constituição da medicina e a origem do hospital como instituição, tema de que tratarei na próxima seção. Segundo essa perspectiva, o doente é reduzido a simples objeto de uma opressão e sua influência na relação com o médico é inconcebível. Já de acordo com o modelo posterior, essa distância é variável em função dos diferentes contextos em que ocorrem as interações, de forma que a negociação também seja possível e, mais do que isso, a escolha por uma relação que tenha uma troca menos assimétrica é o que vai desencadeando uma mudança gradativa, uma mudança em mão dupla.

3.5. O hospital como ‘locus’ de poder

Os hospitais ocupam, na nossa cultura moderna, um lugar central no sistema de saúde e na economia do país. São instituições com capacidade de gerar empregos, atendendo não só funções de tratamento, como também funções educativas, técnicas e administrativas (Adam e Herzlich, 2001: 105).

Tal estrutura hospitalar, como hoje é percebida, faz parte de um contexto histórico mais amplo. A Igreja da Idade Média foi responsável pela criação dos hospitais franceses, chamados à época de ‘Maison-Dieu’. Eram locais de refúgio em uma época em que a doença

e a miséria mantinham correlação bastante estreita. A cura das enfermidades era promovida basicamente em função da alimentação e, não, de um atendimento médico propriamente dito.

Em 1656, foi criado o Hospital Geral, que agrupava sob uma só administração os diversos estabelecimentos destinados aos doentes, aos mendigos, bem como aos idosos pobres, de modo que “a beneficência se desdobra em controle social” (id. Ibid.: 106).

Foi durante a Revolução Francesa que diminuiu a influência da Igreja sobre o hospital, passando para as mãos do Estado, especialmente das comunas. O nascimento da clínica, nos primórdios da medicina moderna, é que vai transformando, pouco a pouco, o semblante do hospital. Todavia, é somente após meados do século XX que o hospital é transformado em local de tratamento aberto a todos. A criação dos Centros Hospitalares Universitários (CHU) e a instituição de regimes médicos em tempo integral é que marca a mudança, conferindo ao hospital sua estrutura atual.

O interesse dos sociólogos pelo hospital surge após a Segunda Guerra Mundial no contexto de um grande desenvolvimento hospitalar. Os trabalhos sociológicos podem ser agrupados, segundo Adam e Herzlich (2001), em três temas principais: (i) a função terapêutica do hospital; (ii) o hospital enquanto organização; e (iii) o hospital como lugar de produção do trabalho médico. Pontuarei os aspectos mais relevantes para esta pesquisa dentro destes três temas da análise sociológica.

Após a Segunda Guerra Mundial, o modelo teórico prevalecente na Sociologia inspirava-se no funcionalismo e examinava, desse modo, as instituições a partir dos papéis sociais que elas desempenhavam. A hipótese prevalecente era de que, a partir do desenvolvimento da medicina moderna e da especialização das funções, o tratamento dos doentes deixaria de ser feito pela família e passaria a ocorrer no hospital (Parsons e Fox, 1951).

Se lançarmos um olhar paralelo à mudança do local de nascimentos, podemos verificar que “coincide” com esta mesma época a modificação no paradigma de parto domiciliar para parto hospitalar, uma mudança que possui inúmeras implicações e conseqüências de ordem

prática e ideológica, como abordamos no decorrer desta pesquisa. Apresento a seguir dois relatos de mulheres distintas, cada uma com diferentes visões acerca da instituição hospitalar no que diz respeito à experiência do parto. No primeiro exemplo, podemos observar como o ambiente hospital teve um impacto negativo sobre a identidade da parturiente, enquanto, no segundo exemplo, o hospital desempenhou um papel acolhedor, em uma espécie de personificação da figura materna:

“Desde o momento em que cheguei no hospital, pequenas coisas foram sendo ditas e feitas que, pouco a pouco, minaram minha auto-confiança e fizeram crescer uma sensação de total desamparo. No final parecia que tinham passado com um rolo compressor por cima de mim...eu tinha sido absolutamente desconsiderada como pessoa, como indivíduo.”G31

“ Adorei ganhar meu filho no hospital, me senti segura, acolhida. Sabia que em qualquer situação de emergência, eu e meu filho seríamos prontamente socorridos pelos médicos.” G16

A reflexão dos estudos sociológicos da década de 50 procura definir a real função terapêutica dos hospitais, especialmente as instituições psiquiátricas, compreendendo, com efeito, que a hospitalização poderia exercer um impacto negativo sobre o paciente. A partir de então, iniciam-se movimentos que anseiam pela reforma do hospital psiquiátrico. O mesmo pode ser considerado sobre o parto hospitalar e o parto em casas de parto: uma discussão extremamente recente e polêmica da atualidade.

Recentemente houve uma grande discussão⁴⁰ em torno da implantação de uma Casa de Parto no Rio de Janeiro, em Realengo, Zona Oeste, que dispensava a presença do médico, pois os partos eram realizados por enfermeiras obstétricas e, somente em situações de risco, as mulheres eram transferidas para a maternidade mais próxima. A discussão teve seus ecos na mídia, por meio da publicação de várias reportagens, acompanhadas de réplicas lideradas

⁴⁰ Ver anexo 4 para obter os textos na íntegra referentes a essa discussão que trepercurtiu na mídia no ano de 2004.

pelas mulheres favoráveis à implantação do novo sistema. Essas mulheres se manifestavam tanto publicamente, por meio de movimentos sociais, como abaixo-assinados, passeatas e variadas formas de movimentação nas ruas, bem como pelas listas de discussão da internet, que reúnem mulheres interessadas em todo o Brasil e têm um grande potencial de motivação e de união, além de ser uma maneira de trocar informações e experiências, e ainda, veicular sugestões de médicos humanizados. Observemos os trechos ilustrativos a seguir:

- Trata-se de um anúncio publicado no O Globo, em 15 de janeiro de 2004, contendo posicionamentos do Cremerj - Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro - contrários à inauguração de Casas de Parto:

“CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO 'ALERTA À POPULAÇÃO

A Prefeitura do Rio de Janeiro inaugurará proximamente na Zona Oeste em Realengo, unidade de saúde sem médicos, chamada de "Casa de Parto"

Esta unidade destina-se a realizar partos ditos normais com equipe de profissionais de saúde sem a presença indispensável de médicos. O CREMERJ vem a público denunciar mais este desrespeito à 'saúde da população, especialmente da Zona Oeste, e alertar para 'riscos à saúde da mulher e do recém-nato que esta unidade poderá proporcionar. (...) Defendemos o correto: um Maternidade bem equipada, com 'equipe multiprofissional com número adequado de médicos (...). O CREMERJ buscará os instrumentos legais para impedir o 'absurdo da abertura da "Casa de Parto" que levará a saúde materno-infantil da cidade do Rio de Janeiro a um retrocesso inaceitável no século 21.

Consª Márcia Rosa de Araújo

Presidente do CREMERJ ”

- Trata-se de textos retirados de um bate-papo em uma lista de discussão da Internet, chamada ‘Parto nosso’, que agrupa mulheres e profissionais de saúde interessado em defender a implementação de Casas de Parto. Os trechos foram retirados de um comentário sobre a Plenária acerca da Casa de Parto em questão:

(1) *“Hoje o dia na plenária sobre Casa de Parto aqui no Rio (Bangu) foi muito positiva! O pessoal do Cremerj se posicionou favorável às Casas de Parto e a Humanização, porém se opuseram à filosofia básica de uma Casa de Parto, que é a de ser assistida não por médicos mas por enfermeiras obstétricas e de haver a desmedicalização e desospitalização neste ambiente. Por exemplo, em alguns depoimentos, associou-se equivocadamente as Casas de Parto às pessoas de baixa renda e à precariedade de assistência.*

(2) *“Eu acho que os médicos tem muito medo de perder espaço e \$\$\$\$. Pois, se enfermeiras obstetricas fizerem partos de mulheres de baixo risco (que eu acho que eh a maioria) como os obstetras irao ganhar a vida? Como uma reles enfermeiras vai fazer um parto, eu estudei p/ isso! Acho que eh por ai, o resto eh firula p/ disfarcar > essa visao.*

(3) *“Esse é o primeiro motivo. Medo de perder espaço e dinheiro. Ninguém começa a barrar uma coisa, se essa coisa não significa ameaça pra ela! São essas pessoas que são contra a Casa de Parto mantida por enfermeiras (lógico que elas são capacitadas, mas esse é o argumento que eles vão usar lá na Audiência pra não perderem espaço pra elas...) Mas como existem as pessoas preocupadas com o seu bolso, assim mesmo existem outras que são bem intencionadas, mas estão com a visão deturpada por causa dessas associações da Casa de Parto com "falta de segurança" (tem que ver, eles fazem questão de espalhar essa "idéia").*

Não pretendo analisar em detalhe esses trechos aqui apresentados, uma vez que o objetivo é tão somente ilustrar como um foco de resistência e de luta, no que diz respeito a uma instituição social tradicional, é marcado por rituais próprios e fechados e por discursos únicos, que criam, por meio de uma linguagem característica, um modo social de exclusão e de manutenção do *status quo*.

A discussão em torno da implantação das casas de parto é muito atual e os focos de divergências apontam para o receio de a medicina estar ‘perdendo’ lugar no que concerne ao seu papel, até então, muito bem delimitado, respeitado e esperado como parte do senso comum vigente.

Dessa maneira, gostaria de finalizar esta seção, ressaltando a importância de se pensar sobre o hospital não só como estrutura organizacional ou como local onde se desenvolve o trabalho de tratamento em si, mas, sobretudo, como o *locus* da relação médico-paciente. O processo de medicalização do parto tem como cenário a instituição hospitalar que, conforme abordado no capítulo 4, contribui para a caracterização dos diferentes modelos de assistência perinatal.

Resumo do capítulo

Apresentei, ao longo deste capítulo, alguns estudos etnográficos e reflexões no campo da Sociologia e da Antropologia Médica relativos às práticas sociais e históricas da medicina. Focalizei a constituição do papel do médico e dos significados da doença e da saúde, ao longo da história. Refleti sobre o ‘lugar’ da gravidez no interior dos paradigmas da doença e da saúde. Apresentei, ainda, dois modelos explicativos da relação entre médico e paciente, o que contribuiu para a compreensão da construção social da doença e para o estabelecimento de relações com a temática em foco: gravidez e parto. Por fim, focalizei o hospital como espaço institucional e simbólico de poder que, na nossa cultura, possui um lugar central, inclusive no que diz respeito ao atendimento à parturição. Apresentei, por outro lado, uma disputa muito atual, relativa à mudança de local de assistência perinatal, mudança que prevê a realização dos partos em “casas de parto” acompanhados apenas por enfermeira obstétricas, sem a presença de médicos e do aparato maciço da medicalização dos nascimentos.

CAPÍTULO 4

Discurso e identidades

Este capítulo compreende a *apresentação* do corpus da pesquisa, a *identificação* das marcas lingüísticas encontradas nos textos selecionados e a *análise* desses dados em conformidade com as opções teóricas e metodológicas que embasam o trabalho, especialmente a partir das categorias elencadas no quadro metodológico proposto com base na proposta de Chouliaraki e Fairclough (1999), em conformidade com o que foi apresentado no primeiro capítulo (seção 1.6).

Para refletir criticamente sobre a prática da medicina tal como ela se apresenta nos dias de hoje, foi de profunda relevância o entendimento sobre a trajetória da medicalização da nossa sociedade ocidental, como prática social em seu papel construtivo e reprodutivo de conceitos, relações e identidades sociais (conforme foi apresentado nos capítulos 2 e 3). Com base nessa compreensão inicial e nas análises realizadas ao longo destes primeiros capítulos, tornou-se viável a identificação e a delimitação de um corpus que permitisse examinar a questão motivadora, qual seja, os discursos que permeiam a construção da prática médica, mais especificamente da prática obstétrica, de maneira a focalizar a constituição das identidades contrastantes das gestantes e dos profissionais de saúde no universo da parturição.

Pretendo, assim, neste capítulo, desenvolver os itens referentes ao tópico (2) do arcabouço proposto no primeiro capítulo. Início, dessa maneira, com uma breve recapitulação das análises de conjuntura realizadas até o presente momento, acrescentando alguns outros aspectos relevantes, especialmente no que diz respeito às iniciativas governamentais sobre parturição. Em seguida, faço uma análise de discurso dos dados conforme dois desdobramentos:

- Uma análise dos elementos da prática em foco e das relações desses elementos entre si (atividade material/ relações sociais e processos/ fenômenos mentais e discurso);
- Uma análise de discurso propriamente dita, onde focalizo os seguintes aspectos lingüísticos e discursivos:

- ** Modalidade
- ** Uso do diminutivo
- ** Seleção lexical
- ** Metáfora
- ** Uso da negação
- ** Referências pronominais

Por fim, faço uma análise da constituição das identidades, tanto na voz dos médicos como na voz das gestantes, focalizando as representações das identidades sociais que um grupo constrói para o outro e as representações de auto-identidade que cada grupo constitui para si mesmo. Ainda apresento uma análise das identidades delineadas ao longo da historicidade do discurso da parturição, focalizando as diferentes teias discursivas e suas implicações nos modelos vigentes, hoje, de assistência perinatal.

4.1- Análise da conjuntura

A *análise da conjuntura* foi realizada ao longo dos segundo e terceiro capítulos, nos quais apresentei alguns aspectos relevantes e constitutivos da história e das relações interpessoais e institucionais que envolvem o tema da parturição. Analisar a conjuntura de uma questão de pesquisa significa priorizar um olhar mais detalhado sobre a configuração de práticas da qual o discurso faz parte, cujo foco recai na associação das práticas sociais localizadas no cruzamento de diferentes instituições. O objetivo dessa análise é apresentar o quadro da prática social em que o discurso em foco se localiza. Conjunturas reúnem pessoas, materiais, tecnologias e práticas em torno de projetos sociais particulares e podem reunir instituições diversas. A conjuntura pode ser mais ou menos complexa dependendo do número e da combinação das práticas mais ou menos extensas (Chouliraki & Fairclough, 1999:22). Um dos aspectos da análise da conjuntura é, pois, localizar o discurso analisado no tempo real de forma a relacioná-lo com os processos de produção e de consumo, considerando a diversidade de interpretações.

A fim de retomar sucintamente as reflexões já realizadas nos capítulos iniciais sobre a conjuntura da parturição, gostaria de destacar **cruzamento** das seguintes *instituições*: **hospital, universidade e espaços privados** (incluindo os espaços onde a gestante vivencia

interações que contribuem para a formação desse novo papel, qual seja o de futura mãe), através das *vozes e sujeitos sociais* que atuam em tais instituições: **os médicos, os profissionais de saúde** de um modo geral, **os professores universitários** e **os pesquisadores da área** que contribuem para a formação/aperfeiçoamento dos médicos, seja com base em uma visão reprodutora ou transformadora da gestação, do parto e do pós parto, incluindo a resistência, e **as mulheres – parturientes , grávidas e mães** - que se encontram no ir e vir dessas instituições e dessas relações, atravessamentos esses que contribuem para a construção de sua identidade como grávida e, posteriormente, como mãe.

No Brasil, conforme apontam Duarte e Diniz (2004:40), não existe uma tradição de “consentimento informado em saúde”, ou seja, não faz parte das práticas médica o esclarecimento, para os pacientes, sobre os procedimentos de rotina antes das intervenções. No que concerne à assistência ao parto, predomina uma cultura médica que não costuma abrir possibilidades para a escolha informada (“esclarecer o paciente das diferentes opções de procedimento, para participar da escolha, em parceria com o profissional”) ou para a recusa informada (“o paciente recusar o procedimento com base na informação recebida”).

As recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) foram publicadas pelo Ministério da Saúde, com o título “Assistência ao parto normal – um guia prático”, e foram encaminhadas aos obstetras e às enfermeiras obstetrizas. Esse guia apresenta a realidade brasileira de atendimento ao parto, demonstrando, com base nas evidências científicas, o quanto ainda nossa assistência está assentada em práticas condenadas pelas pesquisas científicas. Tais reflexões apontam para uma prática perinatal que não segue protocolos e rotinas pré-estabelecidas, mas que tem um olhar individual sobre cada parto e garante para a parturiente conforto, privacidade e segurança.

Diniz e Duarte (2004:16) destacam que nossa realidade ainda é marcada pela chamada

casca de intervenções em todas as mulheres: uma sucessão de procedimentos invasivos, dolorosos e potencialmente arriscados – toques vaginais repetidos, imobilização em uma cama, instalação de soro, medicamento para acelerar as contrações, corte e costura da vagina (episiotomia), peso sobre a barriga, entre outros.

Desse modo, os serviços de assistência à parturição estão organizados e estruturados, em sua grande maioria, de acordo com o modelo intervencionista de rotina, desde sua arquitetura até o manejo de parto.

Sobre a formação dos médicos obstetras, a maioria deles foi formada segundo esse modelo intervencionista. As instituições de cunho universitário têm assimilado as mudanças de paradigma de assistência perinatal de maneira muito lenta e problemática (*id. ibid.:17*).

A conjuntura desta pesquisa engloba também o movimento recente de humanização do parto, o qual trava um conflito com a prática tradicional da obstetrícia. O alto índice de partos cirúrgicos ou partos com um grande número de intervenções médico-hospitalares também merece ser mencionado como parte dessa conjuntura. O fato de a grande maioria dos partos ocorrerem em contextos hospitalares ajuda a compor uma nova conjuntura no que se refere à assistência a parto.

No que concerne às iniciativas governamentais para a instauração da humanização nos partos, destaco a regulamentação do direito da gestante de ter um acompanhante durante o parto e o pós-parto, direito esse garantido pela lei 11.108, de abril de 2005 relativo às maternidades do Sistema Único de Saúde (SUS). A aprovação dessa lei pode ser considerada como fruto de um processo mais amplo que mantém um diálogo com o movimentos das mulheres que buscam partos mais humanizados. Isso, por sua vez, gera um diálogo com pesquisas que validam a importância dessas mudanças nas práticas de assistência tradicionais em função de resultados analisados em universidades. Na página virtual do Ministério da Saúde, o discurso da ciência é destacado como fonte legitimadora da aprovação e da implementação da lei do acompanhante. O texto do Ministério é o seguinte:

De acordo com 14 estudos científicos brasileiros e internacionais realizados em mais de cinco mil mulheres, as gestantes que contam com um acompanhante no parto e no pós-parto ficam mais tranquilas e seguras durante o processo. A presença do acompanhante também contribui para redução do tempo do trabalho de parto e para diminuir o número de cesáreas (partos cirúrgicos). As mulheres atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) têm o direito de escolher alguém de sua confiança para estar presente na sala de parto e também durante o pós-parto. Esse direito é resultado de uma série de ações do Ministério da Saúde para melhorar a qualidade do atendimento às gestantes e humanizar os partos no país.

Não pretendo esgotar as redes conjunturais inter-relacionadas com o que já foi mencionado. Também já foi apresentado um panorama da conjuntura referente à parturição em seus aspectos históricos, simbólicos, relacionais e materiais.

Desse modo, creio ser muito pertinente observar as mudanças de conjuntura concernentes à atenção aos partos, a fim de perceber quais são as implicações mais profundas das mudanças nos espaços, nos tempos, nos sujeitos envolvidos, nos papéis estabelecidos, nas instituições e, ainda, nas tecnologias da assistência. Basta fecharmos os olhos e imaginarmos o parto de nossas avós e o parto de nossas vizinhas contemporâneas, quanta diferença, não? Trata-se de uma conjuntura completamente diferente da outra. Não proponho esse cotejo para pressupor julgamentos de valor, mas sim, para entender como uma mudança no contexto do parto está relacionada a questões mais amplas, de ordem simbólica, estrutural e material.

4.2- Análise do discurso

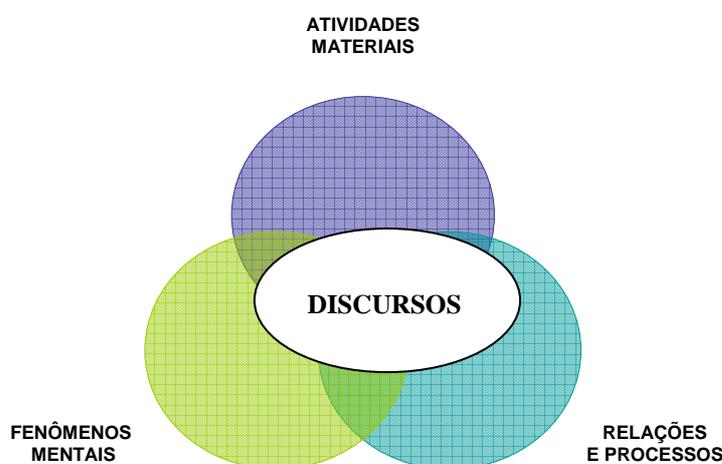
O segundo tipo de análise necessária para a localização dos obstáculos é a *Análise de discurso*, simultaneamente orientada para a estrutura e para a interação. Isto quer dizer que as questões centrais aqui são: que recursos sociais possibilitam e restringem a interação e de que maneira tais recursos são remodelados na interação. Esse tipo de análise possibilita um mergulho mais profundo para além do que está explicitamente dito, descortinando os emaranhados discursivos que caracterizam relações de poder e ideologias veladas.

Três elementos analiticamente separáveis nos processos de fazer sentido precisam ser levados em conta na análise do discurso (Fairclough, 2003): a produção, que focaliza os produtores, autores, falantes e escritores; o texto em si; e a recepção, que inclui interpretação, intérpretes, leitores, ouvintes. O processo de fazer sentido depende da interação entre esses três elementos e, para isso, é fundamental levar em conta a posição institucional, os valores, os interesses, as intenções e os desejos dos produtores, as relações entre os elementos dos diferentes níveis dos textos e ainda as posições, conhecimentos, propostas, valores dos receptores.

Fazer sentido depende não só do que está explícito num texto, mas também do que está implícito - o que é assumido na interlocução. De acordo com a ADC, o que está 'dito' em um texto sempre pressupõe o que "não está dito" e parte da análise dos textos é tentar identificar o que está pressuposto. Quando diferentes discursos entram em conflito, o que está sendo realmente contestado é o poder desses sistemas semânticos pré-construídos, um poder performativo para sustentar ou reafirmar o mundo em sua imagem. É importante ressaltar ainda que diferentes discursos podem usar as mesmas palavras, mas são as relações semânticas estabelecidas que dirão quais são essas diferenças de sentido. Uma forma de verificar isso é observar, por exemplo, as colocações, os padrões de co-ocorrência das palavras nos textos, palavras que precedem ou seguem as palavras chaves e verificar as modificações desses padrões ao longo do tempo (Fairclough 2003).

O discurso é apresentado como parte da atividade concreta ou como construção reflexiva da prática. É importante incluir nesse tipo de análise, a relação do momento discursivo com os demais momentos das práticas (vejamos a representação da articulação dos elementos no diagrama abaixo): (1) *atividade material (voz e marcas no papel)*; (2) *relações sociais e processos (poder, instituições)*; (3) *fenômenos mentais (crenças, valores, desejos)* e (4) *discurso*. A relação entre os momentos é dialética no sentido de que um momento internaliza os outros sem ser redutível a eles. Assim o discurso é constituído pelos outros momentos sem ser simplesmente reduzido a um deles e vice-versa, dialeticamente, tais momentos internalizam, de alguma forma, o discurso (Fairclough e Chouliaraki, 1999).

Figura 21: Articulação dos Elementos da Prática Social



4.2-1. Análise dos elementos da prática em foco

Como a ADC entende a vida social composta de práticas sociais em articulação constante e instável, o discurso é considerado como um elemento dessas práticas. No universo da parturição, entendo que a articulação desses elementos está em uma fase de profundas transformações no bojo da prática social da medicina, e mais especificamente, da obstetrícia. O que antes era articulado de forma mais estável, talvez porque houvesse mais legitimidade ideológica do discurso tradicional da medicina da parturição, no momento atual acontece de maneira mais heterogênea e instável, com marcas identificáveis do discurso e da prática da resistência e da ruptura.

Apresento a seguir uma análise interdiscursiva em que estabeleço relações de internalização e limites entre os elementos da prática social em foco. Conforme visto no primeiro capítulo, toda prática da vida social articula em conjunto diversos elementos e, nesse sentido, diversos mecanismos. O discurso, como mencionado no parágrafo anterior, é um desses elementos e possui seus próprios mecanismos em uma perspectiva dialética com relação aos demais elementos, pois ajuda a constituir os outros elementos da mesma forma que é por eles constituído. Cada momento da prática internaliza os outros momentos sem ser redutível a nenhum deles (Chouliaraki e Fairclough, 1999:61). Analiso, pois, quatro principais momentos de uma prática e a relação de internalização que os constituem: (i) a atividade material (vozes e marcas no papel); (ii) as relações sociais e processos (relações, poder e instituições); (iii) o fenômeno mental (crenças, valores e desejos) e, finalmente, (iv) o discurso.

Pretendo, assim, aprofundar um pouco esta reflexão, de modo a sistematizá-la no interior de uma análise mais detalhada da articulação entre os elementos da prática em foco.

O parto como uma atividade material (elemento que passarei a mencionar como 1), certamente, vem sofrendo modificações consideráveis em sua configuração, haja vista as mudanças do próprio espaço físico no qual o parto acontece. A aquisição por parte das instituições hospitalares de ‘arsenais’ modernos de parturição como, por exemplo, cadeiras

ou banquetas de parto, é motivada em função da nova demanda oriunda do discurso da humanização do parto. Podemos observar um investimento não tão irrelevante dos hospitais no que concerne a aparatos materiais como cadeiras obstétricas para parto vertical, banquetas para partos de cócoras. Há uma visível preocupação de elaboração física e arquitetônica para a oferta de ambientes mais agradáveis, esteticamente atraentes, verdadeiros cenários para o parto (suíte com banheira, estrutura para massagens, camas domésticas, quadros, aparelhos de som, *dimer*, luz amarelada). Toda esta estrutura física contrasta com o desenho anterior que era estritamente marcado pela impessoalidade hospitalar tão conhecida de todos nós (ambientes brancos, luz e focos de luzes muito brancos, mesas obstétricas, aparelhagens tecnológicas de prontidão para uma cesárea, roupas sem cores, etc).

“A suíte de parto parecia um quarto de hotel, tudo para parecer um ambiente familiar.”
(G18)

“A sala de parto era na verdade uma sala de cirurgia. Transferiram-me para a mesa, colocaram minhas pernas nos suportes absurdamente altos.” (G27)

O elemento relativo às relações sociais e aos processos (elemento 2), também atravessa inúmeras mudanças no que concerne ao poder e às assimetrias. Os componentes humanos e ideológicos se inserem aqui e não há como não falar nas transformações da relação entre o médico e a paciente. Novos papéis surgiram com o crescimento da humanização dos partos nesta relação. As antigas identidades tradicionais, de médico como aquele que faz, aquele que sabe e que vai resolver tudo para a parturiente, vai gradativamente cedendo um pouco mais de espaço para a mulher que, hoje, com o acesso à informação e com a possibilidade de escolha do próprio médico, tem a chance de se encontrar inserida em uma relação mais fortalecedora. Contudo, esse processo ainda é muito lento e cheio de contradições, ambivalências e lutas de poder. As tensões existem mesmo em uma relação menos assimétrica entre o obstetra e a gestante. Os resquícios da antiga identidade muitas vezes vêm à tona e ainda há elementos muito enfraquecedores da identidade feminina nesta questão. Trata-se, na realidade, de uma rede de relações, de práticas e de crenças que são constituídas e que, ao mesmo tempo, constituem os discursos.

Os relatos das gestantes a seguir ilustram, com pertinência, o quanto assumir uma posição diferente do senso comum é extremamente difícil. E neste momento em que a humanização do parto tem sido levantada como parte de uma política de saúde do Estado, é interessante observar o quanto a mulher, em sua prática real, está sozinha neste processo de resgatar o seu papel ativo no parto. Trata-se de um sistema complexo que inclui a esfera familiar e a pública e ainda traz cristalizadas crenças e pressuposições altamente enfraquecedoras do lugar e da identidade da mulher no parto.

(1) *“Sabe o que me disseram quando eu resolvi trocar de médico? Que eu estava sofrendo por saber demais. Se eu não soubesse teria passado por uma cesárea...” (G34)*

(2) *“Minha mãe passou por duas cesáreas e não sabe nem os motivos, apenas foi para a maternidade quando o médico mandou (...)“Meu pai me falou que não ia discutir com médico, que eles estudam para isso. Me proibiu de falar de parto na frente dele. Quando falo, ele ignora, até hoje! (...) “Meu namorado não teve interesse em saber (de parto). Para ele tava tudo bom, eu que decidi.” (G38)*

3) *“Meu médico era cesarista, disse que minha filha ia apodrecer na barriga!” “Resolvi esperar meu trabalho de parto por conta própria. Mas eu tinha um problema. Quem faria meu parto? O plantonista? O médico cesarista? O SUS?(G36)*

As identidades do médico e da parturiente foram ampliadas e o que antes significava apenas uma relação de cuidador e de paciente, agora pode ser visto como uma mistura de médico, amigo, conselheiro, relacionando-se com uma grávida, paciente, mulher, cliente.

O elemento 1 dialoga permanentemente com o elemento 2, e ambos são constitutivos um do outro. Essa relação dialética é que explica as sutis mudanças entre os aspectos físicos do parto e os aspectos relacionais. E aqui nós temos o primeiro grande diálogo no interior da prática. O médico que antes usava, impreterivelmente, o seu jaleco branco e que atendia a grávida em um exame de 10 minutos (media fundo de útero, pesava, media pressão arterial, perguntava sobre desconfortos, prescrevia e se despedia), hoje já não tem o uso do branco como uma ordem inquestionável. Ele costuma atender em um consultório com ‘ares’ de ambiente doméstico, como os consultórios onde dados foram coletado; sempre havia

fotografias, objetos mais pessoais, os atendimentos mais longos, os ambiente mais coloridos, até mesmo na rede pública.

Essa mudança no paradigma do parto tanto está sendo materializada pela atividade material, como esta própria materialização retroalimenta os demais elementos que “dialogam” nesta ampla prática no âmbito da medicina. As modificações no plano físico e concreto da realidade social não apenas refletem uma mudança nos paradigmas de identidade da obstetrícia, como também auxiliam para reforçar essa nova configuração de relacionamentos, de crenças e de novos valores.

O ambiente ‘frio’ da medicina poderia ser associado a uma relação de poder, entre o médico e a paciente, mais assimétrica, contexto no qual a utilização do rótulo ‘paciente’ era muito mais produtivo do que nos dias atuais. Em outras palavras, as marcas não-verbais tanto são constituídas, mantidas e/ou modificadas e reforçadas pelas marcas lingüísticas e discursivas, assim como essas últimas são, de maneira similar, retroalimentadas pelas primeiras. Um ambiente mais descontraído para a realização dos partos poderia ser considerado como uma espécie de hibridização dos espaços públicos e privados, de modo que as barreiras entre o que é institucional e o que é íntimo e pessoal vão se tornando cada vez mais tênues. É importante ressaltar que as novas identidades emergentes nessa conjuntura mais híbrida são identidades que atravessam o âmbito da formalidade em que os rótulos ‘médico’ e ‘paciente’ faziam sentido. Isso dá lugar a uma nova teia discursiva em que o rótulo ‘médico’ se perpetua e o rótulo ‘cliente’ nasce, fruto, talvez, de um diálogo com outros gêneros discursivos mais relacionados à “mercadorização” da vida moderna.

Uma discussão recente, que ilustra esta questão da hibridização dos espaços concretos da parturição e da atenuação das fronteiras rígidas que antes separavam o aparato da medicina do evento ‘parto’, é a que diz respeito à implantação de Casas de Parto, conforme foi abordado no capítulo 3. Segundo a proposta em debate no Rio de Janeiro, no decorrer de 2004/2005, a idéia básica era a de ‘desmedicalização’ e ‘desospitalização’ do ambiente de partos. Os nascimentos seriam assistidos somente por enfermeiros(as) obstetras e os médicos(as) somente entrariam em cena em emergências, por meio de uma ambulância 24horas que conduziria a parturiente para o hospital mais próximo, se necessário. Todavia,

grande polêmica foi construída em torno do assunto e um aspecto que me chamou atenção foi o conflito marcante pelo poder no caso em questão. O espaço material para o acontecimento estava em debate, mas, mais do que isso, as relações de poder estavam em jogo. E, indo além, as crenças e valores mais profundos podem ser considerados como grandes motivadores dos conflitos. A discrepância, por exemplo, entre o que a palavra ‘segurança’ representava para cada um dos grupos opostos que discutiam esse tema pode ilustrar essa luta de poder. Vejamos o depoimento de uma doula que participou de uma das discussões em plenária sobre o tema.

“Embora a intenção de todos seja, com clareza, a de melhorar a qualidade do atendimento de saúde, o problema é que o que significa segurança para nós (distância da tecnologia e de profissionais de cultura invasiva) é diferente do que significa segurança para eles (proximidade máxima da tecnologia e médicos atendendo aos partos).” (D 1)

É no interior da teia discursiva que considera o parto como um evento de risco que necessita da intervenção salvadora do médico que consigo inserir o significado de *segurança* aventado pela doula ao se referir aos médicos como “eles”. Já com relação ao pronome “nós”, percebo a inserção do significado de *segurança* atribuído aos interessados na implantação das casas de parto (referência em ‘nós’). Perante este cotejo, ressalto o diálogo existente entre os elementos da prática social em foco, de modo a perceber como a atividade material está contida *nas* e é contida *pelas* relações sociais, bem como ambas estão dialeticamente relacionadas às crenças, aos valores mais profundos. Tudo isso sendo constituído pelos, ao mesmo tempo em que constitui, os diferentes discursos.

Essa minimização da distância entre o domínio público e o privado pode ser relacionada com essa fluidez das identidades. Se o médico passa a ser, não apenas o cuidador, o ‘sabedor’, mas também o amigo, o conselheiro que ouve as angústias daquela mulher ao longo dos meses, é natural que o ambiente físico reflita e reforce essa mistura de papéis desempenhados juntos em uma imbricação tal que se torna difícil distinguir as identidades. Esse pode ser, na verdade, um dos aspectos mais importantes a serem considerados nesta reflexão. Uma vez que o médico deixa de ser apenas aquele que sabe lidar com as patologias e com as situações emergenciais, pode-se tornar confusa a forma como ele transita nas distintas identidades imbricadas em um único indivíduo.

Menciono este aspecto porque alguns dados do corpus demonstram exatamente de que forma esta mistura pode ter dois aspectos bem distintos no que concerne à implicação no empoderamento ou no enfraquecimento da identidade da mulher. Seria muito ingênuo um olhar que somente percebesse os discursos do parto natural e humanizado e que entendesse a identidade do médico não mais como ‘médico-cesarista-calculista’, de um lado, e como médico ‘naturalista-amigo-parteito-conselheiro’, de outro. Não é assim que funciona na realidade. O fato de o médico ter, em sua identidade, aspectos fluidos que misturam o público e o privado contribui para que a relação de confiança que marca essa nova vinculação com a mulher grávida seja muito mais sutil, pois essa relação pressupõe uma paciente, amiga, cliente, mulher e mãe que está sendo ouvida e que acredita que suas necessidades emocionais serão também supridas. Lembremos que estou tratando de contextos sócio-economicamente estáveis, em que a mulher tem a possibilidade de escolher o seu médico e de investir na sua preparação para o parto.

Retornando à questão da confiança, um dos riscos que essa nova vinculação corre é o fato de o médico utilizar-se da ‘intimidade’ criada paulatinamente neste contexto (no diálogo entre os elementos 1 e 2 da prática) e dos demais aspectos da identidade do médico (amigo, parteiro, conselheiro) serem utilizados como mecanismos para mascarar uma manipulação do médico intervencionista. Quando isso acontece, a mulher pode ficar iludida de que a cesariana ‘foi o melhor’, pois seu bebê ‘corria riscos de vida’. Este é o mais forte argumento dos médicos quando querem convencer a mulher a fazer uma cesárea, conforme aponta Pinho e outros (2000). Observemos o exemplo a seguir:

“A gente pode esperar, mas VOCÊ E SEU ESPOSO se responsabilizam” (M12)

O mais interessante é destacar que, no corpus analisado, mesmo quando a mulher percebe que foi ludibriada ou que o médico não tentou tudo o que poderia ter tentado, o que mais me chamou a atenção é que o foco da mulher está fortemente centrado em seu fracasso, no fracasso do seu corpo. Ela pode ter a consciência de que foi enganada, mas a sensação de incapacidade me pareceu ser o elemento mais comum e mais perturbador presente nos dados, como se pode ver a seguir:

- (1) *“Depois muita dor, a sensação de que minha flor não serviu para que meu filho passasse”* (G25)
- (2) *“Eu estava me sentindo uma merda, queria que aquilo acabasse. Não tinha forças para mais nada. Acataria qualquer coisa.”* (G21)
- (3) *“Percebi que apesar dos cursos de preparação que eu tinha feito, eu estava despreparada. Desde o momento em que cheguei ao hospital, pequenas coisas foram sendo ditas e feitas que, pouco a pouco, minaram a minha auto-confiança.”* (G31)

Acho importante refletir sobre o cruzamento dessas novas identidades a fim de não entendermos superficialmente que a humanização do parto está de fato penetrando na prática da obstetrícia. Acredito que essa análise dos elementos da prática (especialmente, a relação entre o elemento 1 – atividade material e o 2 - relações sociais e processos) poderá abrir um leque de novos ‘olhares’ a fim de realizar uma leitura um pouco mais profunda.

Com relação ao terceiro elemento da prática social em foco, que Fairclough e Chouliaraki denominam de fenômenos mentais (crenças, valores e desejos), considero tê-lo abordado no capítulo 1, quando tratei das crenças sócio-culturais em torno da parturição, bem como dos valores arraigados na prática do parto cirúrgico e na formação dos médicos tradicionais. Os valores e crenças emergentes configuram, na realidade, um resgate de uma voz social mais longínqua e quase esquecida de gerações que pariam em sintonia com a natureza (conforme retratei no capítulo 2, seção 2.1). A humanização dos partos, as novas concepções de cuidados e atenção ao nascimento ecoam as crenças de que as mulheres são naturalmente prontas para dar à luz, de que nossos corpos são sábios o bastante para tal tarefa, de que a liberdade de escolha na posição de parir é elemento fundamental para o desenrolar saudável do mesmo, entre tantas outras que poderiam ser resumidas no resgate ao respeito à mulher como parturiente.

“Não era assim que eu imaginava o nascimento da minha filha, um dos momentos mais importantes e especiais da minha vida” (...) Ser respeitada e ouvida neste momento é fundamental. O parto, sendo deste jeito, desencadeou este processo de questionamento, de crescimento e de transformação.” (G30)

Esse elemento da prática é o que está cristalizado em um nível mais profundo, pois os fenômenos mentais são na realidade as molas mestras que se fazem refletidas a cada pequena atitude ou fala. Acredito que o elemento 3 acrescenta um ponto importante na articulação dos demais elementos, pois as ambivalências, tensões e contradições que acontecem nos demais elementos têm suas raízes assentadas neste aspecto da prática. E aqui acho importante refletir: como modificar, então, valores, crenças e desejos, uma vez que um movimento que se proponha crítico precisa pensar na maneira de atingir e mudar consciências? No capítulo 1, eu trouxe o caminhar histórico dessas modificações de crenças e valores ao longo do tempo e em diferentes culturas. Todavia, aqui quero refletir sobre o nosso momento atual, e, talvez, esse raciocínio possa nos ajudar a compreender o porquê de tantos conflitos ainda existirem no que concerne aos partos humanizados. A distância que vai entre o médico que se propõe a realizar uma obstetrícia mais ‘naturalista’ e aquele que de fato o faz é muito grande. Essa lacuna pode ter um forte ponto de explicação na análise desse elemento 3. Gostaria de elucidar os desejos e valores mais profundos que marcam, especificamente neste exemplo, as aspirações de uma mulher grávida⁴¹, que faz seu relato sobre o corte no períneo – a conhecida episiotomia de rotina:

“Rotina, me Deus, cortar as flores das mulheres? Não posso evitar de pensar que se fossem os homens ameaçados de ter seu falo talhado da mesma maneira, certamente já teria sido inventado, repensado, repisado um novo método.” (...) “Credo, mas comigo não vai acontecer, eu estou seguindo o manual, até um médico diferente, com taxa de episio abaixo de 20 % eu tenho. “ (G25)

Há uma lacuna entre os desejos que essa mulher possui no que concerne ao parto sonhado e a realidade obstétrica que tem, como parte de suas rotinas, o corte perineal. Os valores são questionados, a gestante levanta a questão da diferença de gênero social (masculino x feminino) e acredita que o médico escolhido por ela compartilha dos mesmos valores, o que lhe proporciona uma confiança de que a atividade material deste obstetra será diferente dos procedimentos tradicionais. Percebo o cruzamento entre a atividade concreta, a relação estabelecida entre esses sujeitos e os fenômenos mentais que dão suporte para os demais elementos. No mesmo depoimento, a mulher narra o que aconteceu durante o parto. O interessante é perceber como existe uma distância entre o que significa a experiência da

⁴¹ Essa mulher fez uma narrativa escrita especialmente para a pesquisa após ler o pré-projeto da tese. Nosso contato se deu por meio virtual, nas listas de discussões sobre parto.

episiotomia no corpo de quem sente - no caso, como foi para esta mulher especificamente - e o que significa a episiotomia para aquele que a realiza, o médico.

Voz da mulher:

“ Já havia me transformado em paciente, precisava de um recurso salvador. E não era hora do meu corpo ainda. Ei-la com seu foice e sua capa negra em esperando. (...) Aí o talho. (...) Depois de muita dor a sensação de que minha flor não serviu para que meu filho passasse. Nem vai servir para o amor de tanto que dói, e dói a alma junto. Mutilada. Corpo e alma.” (G25)

Voz do médico:

“Eu não abro mão de fazer episo, ‘ah! Deixa rasgar!’ Não! Eu sempre faço episo” (M1)
“As mulheres querem episotomia. (Não fazer) vai atrapalhar a atividade sexual. Tem mulheres que cabe uma mão dentro... o que eu vejo de homens largando mulheres com uma penca de filhos por causa disso.” (M10)

Como elemento 4, Fairclough e Chouliaraki elencam o discurso. Todos os outros elementos se materializam em grande parte por meio do discurso. Considero que esse elemento 4 seria a linha e a agulha que costurariam os retalhos de uma colcha, ou a cola que ligaria pedaços de um mosaico. Ele permeia todos os demais e, além de os constituir um a um, o discurso contribui para a relação dialética de constituição dos elementos. Por isso, é importante inserir a análise do discurso no rol dos elementos anteriores para demonstrar o caráter permeável e atravessador deste último elemento.

4.2-2. Análise Lingüística/Discursiva

Apresento neste item do arcabouço as marcas lingüísticas e discursivas que considerei relevantes para a análise do corpus. Conforme mencionei no início deste capítulo, trabalho com as seguintes categorias analíticas: modalidade, o emprego do diminutivo, a seleção lexical, as metáforas, o uso da negação e as referências pronominais. Outros aspectos lingüísticos e discursivos serão abordados na análise das identidades, na próxima seção.

4.2-2.1. MODALIDADE

No processo de análise discursiva que adoto neste trabalho, interessa focalizar ao modalidade como parte da atividade ilocucionária, tendo em vista que o foco está na atitude do falante perante o enunciado produzido em dado contexto social discursivo (Koch, 1999). Os diferentes empregos das modalidades são motivados pelo “jogo da produção e do reconhecimento das intenções do falante” (idem, ibidem: 75).

As modalidades se manifestam, especialmente, mediante o uso de advérbios modalizadores, de alguns tipos de modos e tempos verbais, de operadores argumentativos ou de formas verbais perifrásticas – constituindo marcas lingüísticas importantes para a construção dos sentidos no que concerne às identidades dos médicos e das gestantes.

Apresento, a seguir, alguns exemplos de modalidade e identifico as funções desempenhadas nos textos analisados.

Construir imagens negativas associadas ao parto normal

(1) *“É muito comum no (parto) normal prolongado, aquele normal bem demorado, aí a criança não nasce chorando, isso aí dá uma insegurança no médico.” (M11)*

(2) *“Fiz o parto dela de cócoras, mas isso foi uma dificuldade **tremenda** porque isso ta fugindo da rotina.” (M2) – (grifos são meus)*

Aqui a função da modalidade é apresentar o parto normal como um risco para a saúde do bebê. A utilização, no exemplo (1), da declaração começando com o presente do indicativo seguido do advérbio de intensidade confere uma idéia de certeza sobre o que está sendo dito. O médico firma um compromisso de verdade com relação ao que está sendo dito, atuando na construção de uma identidade segura, de uma pessoa experiente, que sabe, na prática, o que está sendo afirmado.

Associar parto cesárea com segurança e tranqüilidade

- (3) “**É muito** prático hoje em dia fazer uma cesárea.” (M9)
- (4) “Agora, **é claro** que para o obstetra também **é muito mais** tranquilo chegar lá e fazer uma cesárea e resolver do que ficar dez, onze horas no hospital.” (M2)
- (5) “Cesariana **é muito melhor, muito mais rápido e muito mais prático.**” (M11)

Nesses exemplos, o emprego dos advérbios modalizadores e do verbo *ser* no presente do indicativo reforça a associação do enunciado “fazer uma cesárea” com a idéia de segurança, tranquilidade, praticidade e rapidez. Os adjetivos que sucedem aos advérbios contribuem para criar essa imagem, em busca da legitimação de uma realidade que poderia ser mutável, ser questionada, inclusive pelo próprio discurso médico científico, segundo abordarei quando tratar da *Medicina Baseada em Evidências Científicas* (MBE - ver capítulo 5).

Construir a identidade do médico como agente competente na cena do parto, como mantenedor da ordem pré-estabelecida e como vítima do sistema

- (6) “Eu faço **tudo**, eu mando fazer tricotomia, **sempre** faço episiotomia, **sempre** peço para fazer enema.” (M1)
- (7) “O pai, eu deixo, mas **muitas vezes** o pai entra **muito**, eu **acho** que ele está me atrapalhando (...) o pai **tem sempre** que ser vigiado.” (M8)
- (8) “**Eu acho** que os médicos precisam ganhar, né? **Eles têm que ter** vários empregos, **não é?**” (M6)

O uso da modalidade está, sobretudo, contribuindo para a construção da identidade do obstetra, por meio da voz dos próprios médicos das seguintes maneiras:

Em (6), o médico se apresenta como protagonista da cena do parto, como quem está no comando e, por meio da modalidade, demonstra sua experiência (de quem ‘sempre’ faz uma prática determinada). A rotina hospitalar é apresentada por meio das declarações no tempo presente e reforçada pelo emprego do advérbio modal em *sempre*.

Já em (7), o nível de comprometimento do médico com a afirmação é bastante alto, o que pode ser visto pela escolha do advérbio *sempre* no contexto linguístico em questão: “o pai tem sempre de ser vigiado”. Esse enunciado expressa a posição de autoridade que o médico assume para si e, ainda, a construção da posição do pai da criança como um sujeito que apresenta um certo risco à prática do médico.

Em (8), o discurso da médica busca encontrar apoio para a justificativa de que os médicos precisam trabalhar em diversos lugares. Os pressupostos embutidos neste trecho podem ser os seguintes: (i) de que os médicos não são bem remunerados; (ii) de que eles precisam trabalhar muito para ganhar “adequadamente”; e (iii) ainda, de que os médicos são vítimas de um sistema de saúde injusto que não remunera adequadamente os profissionais da área. Todos esses pressupostos contribuem para a construção de uma identidade médica legitimada pelas coerções sociais e culturais. Quanto à modalidade, percebo a mistura da modalidade epistêmica e da modalidade hipotética, tendo em vista que a obstetra primeiro afirma e depois faz uma pergunta com uma questão de confirmação (“não é?”), como se quisesse preservar a sua própria face, optando por um misto entre o compromisso de verdade e pacto desse compromisso com o interlocutor.

4.2-2.2. USO DO DIMINUTIVO

Amenizar a intervenção/invasão do médico no corpo da mulher

(1) “(sobre a manobra de Kristeller) só um apoio no fundo do útero é como se você desse uma **mãozinha** para ela sabe?” (M3)

(2) “(ainda sobre Kristeller) É só uma **compressãozinha**.” (M3)

(3) “Tem uma manobra que a gente faz no toque, que a gente com o **dedinho** toca lá no sacro da paciente, no **ossinho**, então se você toca lá no **ossinho**, tem um ângulo **apertadinho**, isso é um indício...” (M13)

A manobra de Kristeller é uma manobra obstétrica considerada obsoleta, por meio da qual o bebê é empurrado pelo canal vaginal por uma pressão aplicada sobre o fundo uterino (sobre a barriga materna). É um procedimento condenado pela Organização

Mundial de Saúde, em decorrência da violência sobre o corpo da mãe, que pode causar falta de oxigenação materna. Ao utilizar o diminutivo, a médica tenta amenizar o caráter invasivo e perigoso dessa manobra de parto. Em termos ideológicos, observo a estratégia funcionando por meio da *dissimulação*, uma vez que as conseqüências reais são ocultadas e obscurecidas. A forma simbólica utilizada é a eufemização pelo diminutivo, que atenua essa prática dissimulando o caráter violento da técnica.

É interessante observar como a médica utiliza freqüentemente o diminutivo para se referir às partes do próprio corpo (mão, dedo), de modo a construir uma imagem corporal de si mesma como alguém de estatura pequena e delicada, ou como tão frágil como a parturiente. Em termos de identidade, esse mecanismo contribui para a construção do médico como aquele que ajuda a mulher em um momento de fragilidade em que a gestante está necessitando de auxílio para parir seu próprio filho (essa idéia pode ser pressuposta em (1), em função do uso metafórico do diminutivo ‘mãozinha’). Além disso, expressa-se na identidade assumida do médico como alguém que tem muita calma e que não é invasivo, agressivo ou violento (características estas que marcam a manobra de per si).

Ao entendermos, por um lado, que a manobra em si é muito invasiva e violenta e que, por outro, o corpo de quem faz a manobra é delicado e pequeno, podemos visualizar como sutilmente a voz da medicina tradicional atua na prática clínica de atendimento obstétrico buscando a adesão de identidades, no sentido de minimizar os efeitos nocivos de um atendimento não humanizado de parto.

Reforçar a associação de parto cesárea com assepsia e segurança

(4) “Eu gosto do consultório com tudo *limpinho, arrumadinho*, eu vou lá faço o parto, ta?”(M4)

(5) “Pra mim é cesárea porque eu saio da minha casa e chego lá *bonitinho*, já está tudo *prontinho... marcada.*” (M4)

A relação aqui estabelecida entre o ambiente físico do parto e a prática da cesárea traz, por meio da escolha das qualidades elencadas, a idéia de que o parto cesárea apresenta mais

assepsia e organização (“limpinho”, “arrumadinho”) e mais praticidade (“prontinho”). Há ainda uma associação entre essa idéia de segurança e organização com a identidade do médico enquanto protagonista do parto, quando o discurso da médica completa esta descrição física selecionando processos materiais relativos à ação praticada pelo sujeito do discurso, qual seja, a própria obstetra: “eu vou lá e **faço** o parto”.

4.2-2.3. SELEÇÃO LEXICAL

Os termos técnicos da medicina são utilizados pelos médicos, que apresentam marcas identitárias específicas do discurso ‘humanista’, para compartilhar conhecimentos com a mulher gestante e, assim, atenuar a assimetria. Vejamos alguns exemplos:

- (1) “*Seria descida, eu digo assim da apresentação (...) a apresentação é a coisa que fica mais embaixo, se é a cabeça ou nádega e também esse BCF que é o batimento cardio-fetal.*” (M2)
- (2) “*Olha, neste ponto aqui (mostrando um partograma⁴²) a gente chama de fase latente, quer dizer, não está ainda na época.*” (M13)
- (3) “*É o colo que está assim, quando ele fica assim a gente chama de “apagamento”.*” (M3)
- (4) “*Se a criança tiver uma volta de cordão um bilical, eles chamam de laçado...*” (M2)
- (5) “*A gente chama de bradicardia, a diminuição do batimento.*” (M13)

Esses trechos podem ser considerados como partes da ordem de discurso pedagógico. Os médicos compartilham informações técnicas e científicas da ordem de discurso da medicina por meio do uso de um discurso de orientação. Em termos lingüísticos, as informações são apresentadas de modo organizado, através de explicações justificadas por orações como “a gente chama assim” ou “eles chamam” (exemplos 3, 4 e 5). O uso de referências dêiticas é realizado em (2), o que sugere que o médico utiliza um recurso outro, além de sua fala, no caso em questão, um gráfico impresso que ele mostra para a mulher enquanto explica.

⁴² Partograma é um registro gráfico utilizado para acompanhar o processo do trabalho de parto, a fim de avaliar de maneira simples e prática, a evolução da dilatação cervical e a descida da apresentação.

Tais escolhas lexicais e construções características do discurso de orientação ajudam na construção do papel do médico como aquele que orienta e ensina. Voltarei a esta questão na seção sobre as identidades. O importante é ressaltar aqui que esse papel de orientação está servindo para minimizar a distância que o conhecimento científico constrói, tendo em vista ser uma marca da diminuição da assimetria entre o médico e a gestante, o que pode ser caracterizado, então, como marcas do discurso humanista da parturição.

Vejam os exemplos de um novo grupo de exemplos que trazem referências nominais que desqualificam o parto normal:

- (1) *“Eu não vou fazer (parto natural), sou contra, eu acho uma coisa meio escura, meio esquisita.” (M4)*
- (2) *“(sobre parto de cócoras) Parece que fica voltando no tempo das cavernas.” (M5)*
- (3) *“É uma dificuldade tremenda (parto normal).” (M2)*
- (4) *“Só que eu, como médico, achei (parto normal) horrível, mas não falo isso pra não dá má impressão da coisa entendeu?” (M2)*

Por meio das escolhas lexicais, as vozes dos médicos contribuem na construção da idéia de que o parto normal é um evento difícil e “estranho”. Em (1), a escolha do sintagma “coisa meio escura” faz com que nos reportemos a uma cena de parto que contrasta com a cor branca da medicina, que remete à idéia de asseio, limpeza, clareza, e segurança. Parece ser o parto normal algo desconhecido, ‘nebuloso’, o que gera, obviamente, insegurança, uma vez que é muito comum sentirmos medo de experiências que não conhecemos.

Já em (2), a médica utiliza o item lexical “caverna”, um uso metafórico para criticar o parto verticalizado. Esse discurso ajuda a constituir uma imagem mental que remete à idéia de atraso, constituindo uma crítica às práticas humanistas de parturição.

Em (3) e (4), destaco o uso dos sintagmas “dificuldade tremenda” e “achei horrível”. Tais escolhas constroem a idéia de que o parto normal é um processo complicado e difícil. O que pode estar implícito nestas falas é a idéia de que o parto cesárea, ao contrário, seja um processo mais fácil e mais simples.

4.2-2.4. METÁFORA

Associar parto normal a algo arriscado, perigoso, um fenômeno que exige cuidado e intervenção

“ Bem, é que a criança é que nem uma fruta, se você não tirar no momento certo, ela apodrece!” (M 12)

A construção da relação entre o bebê e uma fruta prestes a apodrecer contribui para o convencimento de a mãe aceitar a realização de uma cesárea. A própria composição da metáfora “se você não tirar no momento certo” tem como consequência a construção de uma imagem de que os bebês e as mães não têm competência para realizarem o processo sem maiores intervenções, pois ‘tirar uma fruta do pé’ significa uma intervenção externa, que pressupõe também a avaliação de que a fruta estava no ponto, etc.

A imagem que a metáfora traz, especialmente por meio da imagem do ‘apodrecer’ pode ter várias implicações práticas e emocionais na identidade dessa mãe. A gestante pode ter a confiança no seu próprio corpo abalada e, temerosa em prejudicar a saúde do bebê por querer esperar “além do tempo certo”, ela pode passar a não assumir riscos. Pesquisas na área de humanização dos nascimentos têm apontado que um dos argumentos que mais tem efeito sobre a decisão pela cesárea, por parte das mulheres, passa pelo chamado ARGUMENTO DE RISCO. Voltarei a esse assunto no próximo capítulo.

4.2-2.5. USO DA NEGAÇÃO

Na voz dos médicos:

Construir uma identidade negativa da mulher: como incapaz, inadequada e frágil

(1) “Esse é o papel que algumas mães cumprem e outras não conseguem.” (M1)

(2) “A mãe tem que colaborar, ela não pode atrapalhar.” (M8)

(3) “O parto tem de ser cesárea porque ela não quer sofrer.” (M9)

A negação opera nestas afirmações como mecanismo de uma construção “externa” da identidade da mulher. Em (1) a ênfase é colocada na incapacidade da gestante de parir, como se o parto fosse uma tarefa e o professor/pai (obstetra) estivesse ali para assegurar que este dever será cumprido. Percebo a identidade do médico sendo sutilmente constituída de forma ‘embutida’ na construção da identidade da gestante. Podemos pressupor que aquelas mulheres que não conseguem cumprir o tal papel necessitarão de uma ajuda externa, qual seja, a do médico interventor, salvador, professor, pai.

Em (2), a negação ajuda a encaixar a mulher em uma posição de inadequação, como se ela fosse tão secundária que seu único papel se restringisse a não atrapalhar o ‘todo poderoso’ médico que está protagonizando a cena do parto. E, finalmente, em (3), a negação auxilia na construção de uma imagem fragilizada da mulher que, temendo a dor, deposita nas mãos do médico a solução de um problema, como se o parto se assemelhasse a uma doença que precisasse ser tratada e curada pela medicina.

A voz dos médicos utiliza, assim, a negação como forma discursiva para a constituição da identidade da gestante como alguém frágil, incapaz, que ocupa um segundo plano no parto e que, necessita, por sua vez, de um médico capaz, forte, competente que protagonize a cena do parto.

4.2-2.6. TEMPO VERBAL

(1) *“Pra mim é muito importante que seja parto normal porque eu **tenho** minha mãe como espelho, né?” (...)* (G18)

(2) *“A doutora A sempre nos **incentivou** que fosse um parto normal. Nas primeiras consultas ela **dizia** ‘Tu tem tudo pra que seja parto normal, né?’ Então eu sempre **saía** (ri) feliz da vida do consultório. **Cada vez que ela falava isso, que ela fazia exames, ela dizia que a neném** estava bem posicionada e que tudo **correria** bem pra que seja um parto normal... então para gente **era** um alívio escutar isso da nossa médica, né?”* (G18) – (grifos são meus)

As situações comunicativas podem ser divididas em dois grupos distintos, de acordo com os tempos verbais que são indicativos da atitude locucional dos produtores, o que distingue o ‘mundo narrado’ e o ‘mundo comentado’⁴³

No trecho em questão, a gestante inicia seu discurso sobre sua vontade e sua escolha pelo parto normal usando o presente do indicativo, o qual é considerado tempo do comentário, tempo em que o locutor trata de assuntos que o atingem diretamente. Logo em seguida, a gestante muda o tempo verbal, ao falar sobre a médica, utilizando predominantemente o pretérito (perfeito e imperfeito) que pertence ao mundo narrado, tempo esse ligado à situação comunicativa de relato. Interessante essa mudança temporal na fala da gestante, pois ela estava se referindo ao que ainda não tinha acontecido, a algo que nem ela mesma sabia como iria se desenrolar. Por que então usou o tempo pretérito para um acontecimento futuro? Parece-me que esse uso temporal provoca um afastamento dos eventos (Coroa, 2005) e demonstra uma certa insegurança na relação entre a gestante e sua médica. O que ela tinha certeza e sobre o que falava comprometidamente era sobre seus desejos. Quando, porém, incluiu no seu discurso a figura da obstetra, algo de incerto entrou em questão, pois, não dependia só de sua vontade a concretização do parto normal. Daí a mudança para o mundo narrado

(3) “Ela **tem** um aborto, ela é Rh negativo.” (M15)

O uso do tempo presente aqui é particularmente interessante porque apresenta duas estruturas semânticas distintas que exigiriam verbos em tempos distintos também. A construção sujeito + verbo SER+ complemento em ‘Ela é rh negativo’ traz uma característica da gestante destacada pela médica como algo que poderia ser desfavorável para o parto normal (apesar da obstetra não dizer isso claramente). Já em ‘Ela tem um aborto’ possui um conteúdo semântico diferente da frase anterior, uma vez que ter sofrido um aborto espontâneo não é característica da gestante, sim, é um fato ocorrido no tempo passado. Ora, esperava-se, portanto, o uso do verbo no pretérito perfeito, com afastamento da perspectiva de referência (Coroa, 2005), da ordem do mundo narrado e não no presente/mundo comentado. Por que a médica produziu tal discurso? Talvez porque seu objetivo fosse

⁴³ “Mundo” deve ser entendido como conteúdo possível de uma comunicação lingüística (Koch, 1999)

convencer o interlocutor de que o parto normal seria um procedimento de risco e, por meio de uma enumeração de fatores importantes, a médica foi construindo sua argumentação justificando a realização da cesárea.

(4) “*Ela até queria parto normal se nascesse naquele dia. (M15)*”

4.2-2.7. REFERÊNCIAS PRONOMINAIS

Construir uma identidade unitária dos médicos ; estabelecer pactos de cumplicidade ; apresentar a obstetrícia como uma classe unida que possui os mesmos interesses e as mesmas dificuldades:

- Sintagma: ‘TODO MUNDO’

(1) “*...todo mundo tem um sorinho lá correndo.*” (M1)

(2) “*Com as gestantes de lá (rede pública), eu ajo conforme todo mundo.*” (M2)

(3) “*... se você fugir dessa rotina vai todo mundo que entra na sala, a enfermagem, a pessoa que limpa, é um problema sério.*” (M6)

(4) “*Eles querem que todo mundo pare até meia noite.*” (M1)

A utilização dessa referência ao sintagma “todo mundo” apresenta as práticas hospitalares de atendimento ao parto como pertencentes à totalidade do corpo da medicina. Trata-se da estratégia ideológica, classificada por Thompson como legitimação, a qual ganha forma no discurso por meio da universalização em que determinadas ações particulares são apresentadas como se fossem para o benefício de todos. Nos exemplos a seguir, podemos observar a força discursiva que é invocada quando os médicos utilizam *todo mundo* para justificarem suas práticas de assistência ao parto rotineiras. É exemplo disso a utilização da ocitocina sintética em (1), hormônio utilizado para induzir as contrações uterinas, o qual, quando utilizado como rotina, tem o objetivo de acelerar o trabalho de parto, causando, como consequência, uma série de outras intervenções, como o uso de analgesia e/ou da posição menos ativa durante o trabalho de parto, uma vez que as contrações, induzidas por esse

hormônio em sua versão sintética, costumam ser bem mais doloridas do que quando o processo é vivenciado de forma natural, conforme as dosagens hormonais naturais do corpo, específicas de cada mulher, em cada fase da dilatação.

No exemplo (2), há uma separação entre as gestantes da rede privada e as da rede pública, sugerindo que, no setor público, o médico é parte de um todo, possuindo menos autonomia do que no setor privado. A implicação, neste caso, é a de que seu manejo de parto concernente às gestantes particulares não pertence a uma esfera decisória comum com o corpo médico, podendo haver discrepâncias e singularidades em seu atendimento. Neste caso, a referência pronominal “todo mundo” pode estar funcionando como um discurso de pertencimento e de legitimação de rotinas externas e independentes de sua prática e convicção ideológica interior. Parece que o médico utiliza as práticas de assistência perinatal do setor público como uma justificativa e um escudo protetor para convencer o interlocutor de que ele, o médico, é apenas mais um no grande sistema e que não possui força e poder de mudança.

Seguindo ainda essa linha de raciocínio, observo em (4) uma representação simbólica desse ‘grande sistema’ na forma pronominal ‘Eles’, utilizado como menção a um sujeito que não teria um antecedente lingüístico explícito e nem claramente subentendido nas orações precedentes a essa. O uso do pronome ‘Eles’ em (2) parece representar uma projeção do próprio corpo médico expresso em ‘todo mundo’, em sua força ilocucionária de coerção, uma espécie de discurso regulamentador e autoritário que subliminarmente atua na prática obstétrica. Quem são ‘eles’? Os diretores dos hospitais e das maternidades? Creio que não na prática. Os enfermeiros e anestesistas? Muito menos. Acredito ser uma espécie de construção supra-identitária dos próprios obstetras como se ‘todo mundo’ fossem simplesmente vítimas da opressão e do controle exercidos por ‘eles’, que nada mais são do que os mesmos indivíduos.

Enfim, a utilização recorrente de ‘todo mundo’ nos discursos dos médicos entrevistados pode estar exercendo um papel de fortalecimento da identidade coletiva a fim de justificar e legitimar práticas obstétricas rotineiras e questionáveis.

- Sintagma: “ A GENTE”

(1) *“a gente não costuma esperar por isso (40 semanas)” (M7)*

(2) *“e nas pessoas mais tensas, em 37 semanas, elas começam a sentir dor, a gente tem que internar” (M2)*

(3) *“você falou do fórceps, a gente quase não usa” (M4)*

Seguindo ainda a mesma linha de análise da interpretação do sintagma ‘todo mundo’, acredito poder considerar a utilização de ‘a gente’. Esta referência pronominal está a serviço da legitimação das rotinas hospitalares também como práticas inquestionáveis pertencentes a um corpo médico, como se todos agissem da mesma maneira, atenuando as diferentes linhas de atendimento no seio da assistência perinatal.

A utilização da referência ‘a gente’ parece ter um caráter um pouco mais pessoal do que o uso anterior “todo mundo”. O médico parece se comprometer um pouco mais com o valor de verdade do que está sendo dito, uma vez que, claramente, se inclui no sujeito das orações. Esse processo, ao mesmo tempo que coloca a prática médica em evidência, como nos exemplos, mostra como o médico expressa sua atitude, frente ao tempo de espera para o parto em (1), quanto à internação (2) e quanto ao uso do fórceps (3). Isso provoca uma espécie de apagamento do caráter particular de atendimento obstétrico, como um tipo de assistência altamente variável na medicina, abarcando diferentes filosofias, escolas e ideologias no que se refere às práticas e aos manejos no processo de parto. Cria-se, então, um falso cenário de formas de condutas similares e unificados, como se não existissem conflitos, lutas e resistências no bojo desse universo da parturição.

Reforçar o poder investido na prática médica

- O pronome ‘EU’

(1) *“Quando a paciente quer um parto normal, eu estímulo, deixo ter, e faço numa boa, mas quando a paciente fica meio insegura, eu prefiro que faça cesárea.” (M14)*

- (2) “*Eu faço uma cesárea e vou para minha casa, descanso.*” (M4)
- (3) “*Eu faço tudo, eu mando fazer tricotomia, (...) eu sempre faço episio (episiotomia).*” (M1)
- (4) “*Eu opero com minhas amigas tal, eu sei que a criança, se não chorar, pelo menos tem três médicos ali, né?*” (M14)
- (5) “*Eu faço episiotomia muitas vezes de rotina, por causa de quem está lá na pediatria (...) porque, se houver problema...*” (M2)

Ao mesmo tempo que o discurso médico utiliza as referências pronominais da coletividade, como ‘todo mundo’ e ‘a gente’, ‘nós’ para se apresentar como uma classe identitária que possui as mesmas formas coesas de pensamento e de práticas, a utilização da referência pronominal em primeira pessoa ‘eu’ é muito comum, especialmente inserida em processos verbais materiais, como ‘eu faço’, em (1), (2), (3) e (5).

O uso recorrente dessa referência pronominal pode estar funcionando no discurso médico como uma marcação lingüística do poder de que se investe o papel do médico no cenário do parto. Se observarmos os processos verbais em que este uso está inserido, perceberemos que o destaque não é mais para tornar coesa a prática da obstetrícia (como nos tópicos anteriores). O foco recai sobre o poder que o sujeito possui enquanto obstetra que “faz” partos. Aqui, sim, cabe falar de paciente, como em (1), e não em parturiente, mulher, mãe ou cliente que seja. O que está colocado em evidência é tudo que diz respeito à prática do médico no parto, no que ele faz ou no que ele permite que seja feito, como em (1). ‘deixo ter’, ou em (3), ‘eu mando fazer’.

Como forma de apresentar o processo do nascimento como esferas pertencentes do médico

- Pronomes ‘MINHA/MEU’:

(1) “*Se você quiser parto normal, ótimo só que vai ser na minha posição ginecológica, no meu centro cirúrgico.*” (M4)

(2) *“É minha paciente, ninguém tem nada com isso.” (M7)*

A utilização de pronomes possessivos também chama a atenção e faz refletir sobre o modo como os médicos se sentem realmente donos, não só dos espaços e do aparato da medicina, como também do corpo da mulher. A utilização desse pronome, como em (2), é extremamente recorrente; em quase todas as entrevistas realizadas, independente de o médico ser da linha humanista, percebi esse tipo de referência à mulher em sua condição de paciente. Certa vez, conversando com uma obstetra que acabara de experienciar um parto domiciliar (sua primeira vivência neste sentido), percebi sua surpresa ao ir embora da casa da parturiente – após o bebê ter nascido saudável e todos estarem bem, sem “precisar dar alta para a paciente”. Parece ter sido surpreendente para esta médica o fato de não ter de voltar ali para liberar a mulher da obrigação de permanecer em um lugar à espera da palavra de um médico que a tornaria apta a voltar para sua casa com seu bebê. Essa mesma médica dizia, mais ou menos assim, “que estranho, não tenho de dar alta para essa mulher, ela não é MINHA paciente, ela está na casa dela... ela é livre”.

Esta conversa sempre me voltava à mente, cada vez que lia uma referência desse tipo nas entrevistas coletadas. Apesar de não ter registrado em gravação, foi algo que vivi na prática e que me fez refletir profundamente sobre essa questão do pertencimento da mulher, de seu corpo e de seu filho a uma instituição, a um outro sujeito, vestido de branco, que, temporariamente, parece ter o controle da vida e da morte, da saúde e do nascimento de uma criança.

Preservar a própria face: apresentar as questões de uma pretensa posição imparcial, como mecanismo de distanciamento e, por conseguinte, de defesa diante de algum julgamento.

- Substantivo ‘MÉDICO(S)’

(1) *“o médico ainda tem muito medo de perder a majestade dele.” (M3)*

(2) *“o problema da cesárea (...) necessidade do médico fazer muita cesárea e ganhar dinheiro.” (M1)*

(3) *“os médicos precisam ganhar (dinheiro), né? Ele quer descansar à noite (...) ele vê o*

tanto de paciente para fazer parto, então, ‘não, se eu fizer logo isso aqui, eu vou ganhar dinheiro, à noite eu vou ganhar mais’ ”(M6)

(4) “O médico trabalha num monte de lugares, ele tem o tempo muito corrido, então, ele não tem tanto tempo para ta ali acompanhando.”(M6)

É interessante observar como a referência ao ‘médico’, no discurso dos obstetras, traz uma série de implicações de ordem ideológica. O obstetra entrevistado parece se distanciar discretamente ao utilizar o termo “o médico” em sua fala, como se ele, obstetra, estivesse indiretamente inserido nesta categoria. Ao se descolar dessa ‘identidade’, o obstetra pode estar engajado em um exercício de reflexividade, em que interessa para ele se distanciar para conseguir ver sua auto-identidade de uma maneira, talvez, mais crítica, como parece ser em (1). Ou, por outro lado, ao utilizar essa estratégia de distanciamento, o obstetra pode estar justificando determinadas rotinas, como, por exemplo, a cesárea, como em (2) e (3), a partir de argumentos questionáveis e polêmicos. Assim, eles se ‘escondem’ por meio do discurso mais impessoal a fim de não se comprometerem tão abertamente com o que está sendo dito, como em (2) e em (3), quando os médicos defendem a prática da cesariana em função de um argumento financeiro. Em (3), a referência pronominal posterior em terceira pessoa, “ele, corrobora esse mesmo distanciamento. Em (4), a auto-identidade é construída de modo a endossar a posição do profissional da medicina como vítima de um sistema econômico e social, que justificaria, em tese, sua falta de tempo para acompanhar um parto normal.

Construir uma aproximação com a mulher e atenuar a assimetria

- Sintagma ‘A GENTE’

(1) “quando a gente quer um parto normal, a gente precisa ter três coisas.” (M3)

(2) “a gente tem que tentar respeitar.” (M13)

(3) “geralmente, a gente vai para o leito do Santa Lúcia e, dependendo do estágio de evolução desse trabalho de parto...” (M3)

(4) “eu costumo falar com a paciente que não quer episiotomia o seguinte, para que a gente tente um parto normal sem episiotomia, uma coisa seria muito importante que é adotar uma posição de cócoras.” (M13)

A utilização da referência pronominal neste caso ocorre no sentido de minimizar a distância que a relação de poder entre obstetra e gestante normalmente aponta. Há uma construção discursiva, conforme observado em (1), (3) e (4), de uma parceria, em que o médico tenta se igualar a mulher como se ele mesmo fosse parir, fosse para o leito do hospital ou fosse ficar de cócoras. Já em (2) a referência parece estar relacionada aos médicos no sentido de que eles precisam tentar respeitar a mulher (que não está inserida na referência de “a gente”).

4.3- Análise das identidades

Na nossa atual conjuntura histórica e social, no bojo do contexto sócio-econômico das clínicas e maternidades da rede privada, cujas gestantes possuem não só condições financeiras como, sobretudo, acesso a variadas informações e conhecimentos, pude constatar alguns aspectos importantes concernentes à constituição das identidades dos médicos obstetras e dessas mulheres gestantes, tanto na voz dos médicos como na voz das próprias mulheres. Para facilitar a interpretação dos dados e o cruzamento das análises, tais aspectos foram elencados nos quadros a seguir, organizados da seguinte maneira: no primeiro quadro (QUADRO 1), destaco as marcas discursivas das identidades assumidas pelos médicos em termos de auto-identidade, uma vez que os discursos são partes das falas dos obstetras entrevistados. No QUADRO 2, apresento os aspectos destacados pelos médicos acerca das identidades das mulheres. Já no QUADRO 3, destaco alguns aspectos das auto-identidades assumidas pelas mulheres entrevistadas, de modo a destacar os discursos no interior das falas das gestantes que constroem uma auto-imagem delas mesmas quando inseridas na relação estabelecida com seus médicos. Por fim, no QUADRO 4, apresento aspectos das identidades dos médicos de acordo com a percepção das mulheres, destacando quais são os aspectos representativos das identidades dos obstetras segundo o olhar da gestante.

Apresento ainda, nesta análise, os traços mais salientes das identidades que podem ser assim denominados: médicos humanistas X médicos intervencionistas, por um lado, e mulheres empoderadas X mulheres subordinadas, de outro lado. Tais referências serão aplicadas somente para a análise dos quadros 1 e 3 (quadros de auto-identidade). Utilizo a cor azul para os aspectos mais fortalecidos desses dois grupos, quais sejam, em referência aos

médicos humanistas e às mulheres em posição de empoderamento, e o vermelho para retratar o segundo elemento de cada grupo: médicos intervencionistas e mulheres em posição de enfraquecimento.

Gostaria de enfatizar a finalidade meramente didática das categorizações das marcas identitárias nos quadros especificados e da divisão entre “discurso intervencionista” e “discurso humanista” sobre o universo da assistência ao parto. Considero as construções dessas identidades e desses discursos como processos repletos de movimentos, muitas vezes contraditórios, em que marcas específicas de um deles adentram as fronteiras do outro pólo, por meio de uma relação marcada pelas lutas e pelas resistências. Médicos “ditos” humanistas ainda se associam a uma série de práticas e de discursos pertencentes à esfera intervencionista e vice-versa. Ambos os discursos – o mais voltado para a intervenção rotineira e o mais voltado para a humanização do parto – encontram-se misturados, convivendo nas práticas médicas da atualidade. Esse ponto é de grande relevância e não quero começar a apresentar as análises realizadas antes de reforçá-lo. Sobre o risco de uma visão essencialista de identidade e de discurso, ressalto as palavras de Rajagopalan (2006:67):

Uma das marcas distintivas da forma como pensamos a identidade nos tempos pós-modernos em que vivemos é a recusa a qualquer apego essencialista, a idéia, o conceito de essência e nada mais é do que o correlato ontológico de uma definição.(...) Assim, o mundo, a linguagem, a mente começam a ser repensados de forma não-essencialista. A linguagem deixou de ser pensada como um fenômeno pronto e acabado (como queriam os teóricos no auge do estruturalismo), posto que as reflexões de cunho pós-estruturalista mostraram que a tão propalada clôture da estrutura não passava de uma ilusão e que o sujeito e a história, por tabela, insistiam em marcar presença graças ao vazio deixado pelo centro ausente.

4.3-1. Quanto à construção das identidades dos/as médicos/as

Com relação ao primeiro quadro, ressalto as marcas discursivas presentes nas vozes dos obstetras entrevistados, as quais apontaram para seu próprio lugar, papel e representação assumindo as seguintes formas:

A) Discurso Humanista: traz marcas de identidades assumidas passando pelos papéis de *orientadores, parceiros, terapeutas, facilitadores, acompanhantes*;

B) Discurso Intervencionista: traz marcas de identidades assumidas por aquele que resolve um “problema”, alivia o sofrimento da mulher (salvador), por aquele que tem a posse do parto e do corpo da mulher, passando pelos papéis de chefe, ator principal, profissional tecnicamente competente e pai.

As identidades dos médicos, que vêm sendo reconstruídas, especialmente no momento bem atual da assistência perinatal, está, pouco a pouco, se delineando sob as influências do discurso da humanização do parto, da medicina baseada em evidências científicas e não mais com base apenas em discursos e práticas rotineiras muitas vezes ultrapassadas.

Nesse sentido, observo a emergência de um novo discurso, em termos de auto-identidade, que destaca o papel do médico não mais como protagonista e único que detém o conhecimento técnico e especializado sobre partos. Percebo uma fluidez nas identidades que antes eram percebidas como fixas, mais rígidas e mais assimétricas no que diz respeito à relação com o paciente.

Com as mudanças nas práticas sociais de parturição, observamos que o médico se recoloca em seu papel de dominante na cadeia da interação de um modo menos assimétrico. Não pretendo com essas reflexões sobre identidade defender que a assimetria da relação entre o médico e a gestante desapareça ou que a luta de poder possa inexistir nessa interação. Não se trata disso. Acredito ser interessante exatamente o que os dados estão demonstrando: uma mudança no interior desse relacionamento, que torna as posições mais fluidas e a utilização do conhecimento técnico do médico de maneira mais compartilhada, mais consciente, com uma função reguladora e coercitiva cada vez menor.

QUADRO 1: AUTO-IDENTIDADE (na voz dos médicos)

MARCAS IDENTITÁRIAS	EXEMPLOS	COMENTÁRIOS
Orientador	<i>(1) <u>eu costumo falar com a paciente</u></i>	O discurso da orientação enfatiza o

	<p><i>que não quer episiotomia o seguinte...(M13)</i></p> <p><i>(2) é um trabalho de conscientização, de informação, a princípio para que ela possa entender riscos, vantagens e desvantagens de todas as coisas, né? (M14)</i></p> <p><i>(3) Num encontro mensal, dá para você <u>passar</u> muita informação (M3)</i></p> <p><i>(4) Eu <u>explico</u> para a paciente o seguinte: eu digo que a gente não conta pelo mês do nosso calendário...(M2)</i></p> <p><i>(5) Aí eu <u>explico</u> para cada paciente e <u>faço o esquema</u> para ela mostrando (...)Eu <u>explico</u> para a paciente que a possibilidade de romper é um pouco maior (M3)</i></p>	<p>partilhamento de informações científicas com as mulheres, o que pode ser observado, em termos lingüísticos, na recorrência do discurso a que podemos nos referir como ‘pedagógico’, quando as informações são apresentadas para as mulheres, na voz dos médicos, de forma organizada, por meio da exemplificação, da explicação por esquemas (por exemplo em (1), (4) e (5) nas partes grifadas). O discurso médico ainda aborda diretamente sobre seu papel de orientador, como pode ser visto em (2) e (3). Esse papel de orientador minimiza a distância que o conhecimento científico impunha anteriormente, uma vez que não era sequer suposto que as mulheres pudessem ter acesso a tais informações.</p>
Parceiro	<p><i>(6) para que a gente tente um parto normal sem episiotomia, uma coisa seria muito importante que é adotar uma posição de cócoras. (M3)</i></p>	<p>Destaco a utilização da referência pronominal “a gente” que busca estabelecer um pacto de parceria e contribui para a construção de uma relação menos assimétrica, uma vez que aproxima o médico e a mulher, por meio dessa referência comum.⁴⁴</p>
Terapeuta	<p><i>(7) Eu tranqüilizo a paciente, ‘não, o neném não encaixou ainda, mas ele pode encaixar a qualquer momento.’</i></p>	<p>A escolha de ‘tranqüilizar’, como processo verbal relacional, ajuda a construir a imagem do médico como</p>

⁴⁴ Ver explicação detalhada na página 170.

	(M13)	terapeuta, engajado em um discurso de aconselhamento que pode ser evidenciado pela simulação do discurso direto encaixado, criando uma atmosfera amistosa de atenção e carinho.
Facilitador	<i>(8) A minha tentativa é de ajudar essa pessoa a ficar ativa, a caminhar, a agachar, a rebolar e talvez a usar a água como recurso de alívio da dor, né? (M3)</i>	Destaco a escolha lexical de “tentativa”, a qual me remete a uma postura menos dominante na relação, seguida do discurso que podemos denominar de ‘humanização’, o qual tem como princípio a mulher tendo liberdade e sendo ativa em seu trabalho de parto.
Coadjuvante / Acompanhante de parto	<i>(9) Ficar com essa pessoa praticamente 100% do tempo, então assim, esse é o meu jeito de agir, eu fico o tempo todo conversando, anotando as contrações, vendo como que está a duração dessas contrações (M14)</i>	O discurso da médica como aquela que está presente durante todo o trabalho de parto foi construído no sentido de apresentar sua atenção e cuidado técnico (especialmente quando ela afirma anotar informações sobre as contrações)
‘Solucionador’ competente de um problema	<i>(10)O médico é qualificado (...) treinado em parto, ele te dá aquela segurança e a certeza, tá lá ouvindo a criança. (M2)</i> <i>(11) Agora, é claro que para o obstetra também é muito mais tranqüilo chegar lá e fazer uma cesárea e resolver o problema do que ficar dez, onze horas no hospital.” (M9)</i>	Em (10), observo o processo verbal relacional que destaca os atributos do médico, de forma a associar sua competência técnica com a segurança e a certeza que ele transmite para a mulher na hora do parto. Essa idéia é reforçada, em termos lingüísticos, pelo fato de na mesma oração, o médico ter destacado um processo relacional

	<p><i>(12) Quando você está na mão de um médico, você fica mais tranqüila (M10)</i></p>	<p>(“é”), que destaca os atributos, seguido por um processo material (“dá”) . Já em (11) a escolha lexical “claro” busca construir uma legitimação sobre a informação seguinte, que diz respeito à cesárea. Isso é reforçado pelos usos adverbiais de “muito mais” intensificando o adjetivo “tranqüilo”.</p>
<p>Salvador (do sofrimento da mulher)</p>	<p><i>(13)(Sobre a manobra de Kristeller) só um apoio no fundo do útero é como se você desse uma mãozinha para ela sabe? M3</i></p> <p><i>(14) Eu teria a opção de passar um fórceps, que não é traumático com o bebê coroadado, você pode até, uma pessoa que está exausta, cansada, até ajuda. (M13)</i></p> <p><i>(15) (sobre o corte no períneo) Se você vê que vai rasgar muito é melhor fazer uma episiotomia do que você deixar lacerar demais, então o médico tem que ter esse bom senso. (M14)</i></p>	<p>A utilização do operador argumentativo “só” e do uso metafórico “mãozinha”(13) pretende atenuar uma manobra muito agressiva em trabalho de parto, o que colabora para criar uma imagem do papel do obstetra como aquele que alivia o sofrimento da parturiente. Já em (14), o discurso do médico apresenta a mulher como “exausta” a fim de legitimar a utilização de um instrumento completamente condenado pela OMS, qual seja o fórceps. Isso pode ser ressaltado pela pressuposição que se cria com o uso do operador “até”. Sobre a episotomia (15), o uso adverbial de intensidade “ muito” (em “muito melhor”) ressalta o valor de uma intervenção também desaconselhada em comparação com a laceração espontânea. Novamente,</p>

		o discurso do médico endossa seu papel como aquele que “salva” a mulher de dores e sofrimentos.
“Dono” do processo do nascimento	<p><i>(16) Se eu tenho um bebê que já encaixou (...) eu tenho uma proporção entre neném e bacia. (M3)</i></p> <p><i>(17) Eu tive uma paciente (M14)</i></p> <p><i>(18) “Bota o pé aqui, ajeita o bumbum, faz força agora” (M 15)</i></p>	A seleção lexical do verbo “ter” associado ao corpo da mulher em (16 e 17) é revelador da auto-imagem que o médico tem como aquele que possui a autonomia e a propriedade sobre a mulher e seu corpo no processo do parto. Em (18), observamos a assimetria ressaltada pela forma imperativa como o médico fala com a gestante, ditando como ela deve se posicionar nos mínimos detalhes.
Chefe/ator principal	<p><i>(19) Mais uma coisa pra eu tomar de conta, porque o pai tem sempre de ser vigiado. (M8)</i></p> <p><i>(20) Eu gosto de tudo certinho, na minha posição ginecológica, no meu centro cirúrgico, a mulher tem que ficar deitadinha. (M4)</i></p>	<p>Em (19), percebe-se como o discurso do médico reflete sua posição de autoridade no parto. A expressão “Mais uma coisa” traz o pressuposto de que muitas outras coisas são da alçada do médico. A seleção do grupo verbal “tomar de conta” traz um outro pressuposto de cunho mais social e cultural, que nos remete à imagem de um pai advertindo um filho pequeno. Ademais, a utilização do “tem sempre” apresenta um alto nível de comprometimento com o que está sendo dito, em termos de modalidade.</p> <p>Já em (20), o papel de ator principal,</p>

		além de dono dos espaços físicos da parturição é ressaltado e, ao mesmo tempo, atenuado pelo uso da referência pronominal de posse e pelo uso do diminutivo. ⁴⁵
--	--	--

Médico e seus exercícios de reflexividade

Ainda no que concerne à auto-identidade dos obstetras, gostaria de destacar a relevância desses exercícios de reflexividade retratados nos trechos abaixo, retirados do discurso dos médicos entrevistados nesta pesquisa. Tais exercícios são constitutivos não só no que diz respeito à revisão das identidades antigas, construídas no papel social de médico obstetra, como também são exercícios construtivos de novas formulações dentro da prática diária, ou seja, no seio da prática social em foco.

Em outras palavras, pensar discursivamente sobre as próprias práticas pode manter uma relação estreita com a reflexão em torno do próprio ‘eu’ no interior das práticas. Assim, uma mudança nas representações de auto-identidade dos médicos apresenta implicações em suas práticas do cotidiano na instituição social da qual são partes integrantes.

De acordo com Giddens (2000), a reflexividade na nossa vida pós-moderna pode conter em si mesma uma força mobilizadora sobre o dinamismo das instituições modernas, como ilustram os trechos a seguir:

- (1) *“Então, às vezes eu me auto-critico e digo eu não precisava ter feito tantos toques, mas é um pouco de insegurança mesmo nossa.” (M3)*
- (2) *“Às vezes a gente acaba fazendo um pouco mais de toque com medo de ta parado ali e você não viu, entendeu?” (M13)*
- (3) *“Tem vezes que eu penso assim, se eu tivesse me segurado mais um pouquinho, não precisaria ter feito (epi-otomia)” (M14)*

⁴⁵ Ver análise mais detalhada na seção 4.2.2.2.

(4) *Eu acho que eu sou das médicas tradicionais. Eu gosto muito de operar, gosto de em em cesárea, adoro. (M1)*

Os exercícios de reflexividade são marcados lingüisticamente de forma bem clara, por meio de escolhas lexicais como em (1) “eu me *auto-critico*”, ou como em (3) “tem vezes que eu penso assim”. Nesses exemplos, os médicos expressam claramente que, no decorrer de suas práticas, existem momentos em que eles reorganizam suas próprias ações em função de uma reflexão sobre as atitudes tomadas. Já em (2), a médica faz uma avaliação acerca dos toques vaginais para medir a dilatação do colo do útero durante o trabalho de parto. Ela constrói essa auto-avaliação de forma a criar o pressuposto de que poderia ter evitado um grande número de toques. Essa pressuposição foi construída por meio da utilização do verbo *acabar* em “às vezes a gente acaba fazendo um pouco mais de toque”. Em (4), a médica faz um julgamento sobre sua identidade profissional de forma bem direta, por meio do processo verbal mental (“acho”) e em seguida explica o que ela considera fazer parte dessa identidade estipulada para si mesma, qual seja a de médica “tradicional”. A médica ainda deixa claro que sua escolha pela obstetrícia foi motivada pela prática de cirurgias; essa idéia pode ser identificada por meio da expressão dos sentimentos nos processos verbais em “gosto”, reforçado pelo “adoro”. A associação semântica é a de que a obstetrícia tradicional está relacionada à intervenção cirúrgica nos partos, ou seja, à cesárea.

QUADRO 2: IDENTIDADE DOS MÉDICOS na voz das mulheres:

MARCAS IDENTITÁRIAS	EXEMPLOS	COMENTÁRIOS
Médico como profissional competente e seguro	<i>(1) “eu me senti segura com ela, o que ela tinha que fazer sei que ela ia fazer e era muito correta, muito interessante na linguagem dela (...) falava português muito bem, isso te dá segurança também né? Uma pessoa que</i>	É interessante destacar as características visíveis consideradas pela mulher para qualificar o médico como competente e confiável: (i) o uso lingüístico segundo a norma padrão culta; (ii) a postura física; (iii) a escrita firme; e (iv) a limpeza do ambiente;

	<p><i>tinha uma postura boa, uma escrita firme (...) tudo muito limpo..”.</i> (G1)</p> <p>(2) <i>“Tive empatia, <u>me senti muito mais segura...</u> um médico que trabalha com inseminação artificial não é qualquer um (...) é um médico que sabe o que ta fazendo e é obrigado a estudar.”</i> (G8)</p>	<p>(v) a especialização em tecnologias de ponta; (vi) o estudo e a pesquisa. Tais aspectos fortalecem o vínculo de confiança, o que é demonstrado pelas escolhas dos processos verbais seguidos da palavra “segura” destacados em (1) e em (2).</p>
Médico como vítima do sistema	<p>(3) <i>“eu pensava assim, “ela está certa, <u>foi o jeito que ela encontrou para pagar as contas dela, eu que faça meu trabalho de pesquisa com outras pessoas, não vou ficar perguntando coisas pra ela”, então eu sentia que ela estava certa.”</u></i> (G2)</p> <p>(4) <i>“eu sei que o convênio paga pouco e, que para ela que provavelmente a educação que ela quer dar para o filha dela, <u>ela tem que atender muita gente.”</u></i> (G2)</p>	<p>A gestante expressa seu exercício de reflexividade (“eu pensava assim”/ eu sentia/ eu sei), construindo uma identidade para si, de subalterna que se relaciona com um superior, o que pode ser visto em (3), quando ela destaca “eu que faça meu trabalho de pesquisa”. Ela assume uma postura de compreensão diante de uma vítima de um sistema maior, de modo a enfatizar as <i>necessidades</i> (“ela tem que”) da médica e não os <i>deveres</i>.</p>
Médico como chefe	<p>(5) <i>“ela é a chefe, ela tinha esta postura de chefe <u>mesmo</u>, então assim, eu me sentia bem cuidada mesmo, como uma empregada, no sentido assim, ela sabe das coisas e eu podia aceitar, pois não sabia de nada.”</i> (G1)</p> <p>(6) <i>“<u>ela nunca me olhava, como</u></i></p>	<p>Por meio da seleção lexical direta, a gestante assumiu a posição de mando da médica, o que é reforçado pelo emprego de “mesmo” em (5). A gestante associa a identidade de chefe, ao obstetra, com a sua segurança enquanto paciente (“eu me sentia bem cuidada”). Parece haver aqui uma</p>

	<p><i>ela tinha que ganhar tempo, enquanto eu falava <u>ela anotava as coisas no cartão</u>, mas não o que eu estava falando, mais o meu peso, ela estava prestando atenção em duas coisas ao mesmo tempo.” (G3)</i></p> <p><i>(7) “<u>Muita pressa</u>. As consultas não duravam mais do que 15 minutos. Era assim, vai medir, pedido tal, quando eu saia de lá ia atrás de livro.” (G4)</i></p> <p><i>(8) “Porque eu falava assim ‘ eu não vou <u>importunar a doutora</u>’, porque a impressão que eu tinha era que estar ali 15 minutos, eu já estava <u>importunando</u>, passou 15 minutos, então, nem pensar.” (G4)</i></p>	<p>hibridização da identidade do obstetra, segundo o olhar dessa gestante, uma vez que sua fala pode nos remeter ao papel maternal daquele que cuida e transmite segurança, e não exatamente ao chefe que coordena um grupo de subordinados. Outro cruzamento, ainda em (5), é com o papel de professor/a “ela sabe das coisas”, reforçando a identidade híbrida do médica. Já em (6), (7), a identidade de chefe é caracterizada pelo modo impessoal e frio com que a médica atendia (ver grifos). Em (8) a gestante se coloca em um papel passivo de quem teme o poder da médica. Sua atitude subordinada reforça a identidade de chefe da médica nesta interação, o que pode ser observado pela escolha lexical recorrente do vocábulo “importunar”.</p>
<p>Médico como mãe</p>	<p><i>(9) “essa pessoa é uma pessoa que vai cuidar de mim” (G1)</i></p> <p><i>(10) “eu me sentia bem cuidada mesmo, como uma filha.” (G3)</i></p> <p><i>(11) “Então, foi uma analgesia <u>bem sutil</u>, ela (a médica) com <u>toda delicadeza do mundo</u>.” (G9)</i></p>	<p>É freqüente a identidade do médico estar atravessada pela identidade de pai ou de mãe nas representações das gestantes entrevistadas. Em (9) e em (10) o papel de mãe-cuidadora é ressaltado, e em (11) as escolhas lexicais sublinhadas (sutil e delicadeza) nos remetem ao carinho de uma mãe, o que é também reforçado por “bem” e “toda/domundo”</p>

4.3-2. Quanto à construção das identidades das gestantes e parturientes

QUADRO 3: AUTO-IDENTIDADE na voz das Mulheres

MARCAS IDENTITÁRIAS	EXEMPLOS	COMENTÁRIOS
<p>Mulher como vencedora</p> <p>X</p> <p>Mulher como perdedora, incompetente, fracassada</p>	<p>(1) <i>“Foi maravilhoso sentir que apesar de todo o sofrimento eu tinha conseguido.” (G11)</i></p> <p>(2) <i>“Então foi o parto que eu consegui ter e eu precisei lutar muito pra isso.” (G13)</i></p> <p>(3) <i>“Analgesia. Aqui foi como se eu declarasse minha completa incompetência de fazer o que bilhões e bilhões de mulheres já tinham conseguido.” (G12)</i></p> <p>(4) <i>“ Depois, a sensação de que minha flor não serviu para que o meu filho passasse”. (...)</i></p> <p><i>“Fracassada. Mutilada. Corpo e alma.” (G25)</i></p>	<p>Os processos verbais, em (1) e (2), são marcados por uma teia discursiva que remete à vitória, uma vez que “conseguir” está estreitamente imbricado na rede discursiva de “luta”. Isso foi expresso claramente em (2), antecedido pela necessidade “precisei”, e precedido pelo intensificador “Muito”, o que ajuda a construir a imagem do parto como algo difícil, como “uma luta a ser vencida”. A pressuposição é a de que, na identidade dessa mulher, o fato de outras não terem os partos sonhados estaria associado à idéia de derrota, perda e fracasso, como em (3) e (4).</p>
<p>Mulher como empoderada (enquanto grávida)</p> <p>X</p> <p>mulher enfraquecida (no</p>	<p>(5) <i>“Gostei muito de estar grávida. Afinal, eu tinha me tornado tão especial de repente! Tratada com tanta deferência, tantos mimos...” (G10)</i></p>	<p>Tanto em (5) como em (6) as mulheres apontam para a condição de terem suas identidades transformadas pela gravidez. Essa transformação identitária pode estar expressa na linguagem por meio da</p>

<p>parto)</p>	<p>(6)“<i>Não queria deixar de ser a cinderela grávida e passar a ser a borralheira do puerpério</i>” (G5)</p> <p>(7)“<i>Queria vê-lo nascer, mas não queria abandonar o status de grávida</i>” (G10)</p> <p>(8)“<i>Mas afinal, <u>já</u> havia me transformado em paciente, <u>precisava de algum recurso salvador</u>. E não era hora do meu corpo ainda. Eu estava em ambiente hostil, estava procriando em cativeiro.</i>” (G32)</p>	<p>escolha do verbo “tornar” e da expressão “de repente” em (5), marcando a mudança repentina que a gravidez acarreta na auto-imagem da mulher. Em (6), a gestante utiliza da metáfora inspirada em um conto de fadas, “cinderela grávida” e “borralheira do puerpério”, para caracterizar essa mudança na identidade da mulher que ganha novo ‘lugar’ social e emocional, como “status” em (7). Já em (8), destaco a mudança na auto-identidade da mulher que anuncia sua condição de paciente conformada (ver itens grifados). Ademais, a metáfora do cativeiro induz à imagem de uma identidade enfraquecida.</p>
<p>Mulher empoderada no parto</p>	<p>(9)“<i>Eu senti as contrações até o final, ninguém precisava me dizer ‘faz força’ eu tive puxo, eu fiz força, então, eu fiz o parto, digamos assim, eu botei minha filha para fora.</i>” (G6)</p>	<p>Em (9), a própria gestante chama a atenção para sua identidade fortalecida, apresentada por meio do discurso indireto encaixado na voz autoritária do médico, ressaltando que não foi necessária tal ordenação (“ninguém precisava” – tempo verbal sugerindo que era comum aquela necessidade especificada em seguida). Por fim, ela utiliza os processos verbais materiais, como “eu fiz o parto”, indicando o fortalecimento de sua auto-</p>

		identidade.
--	--	-------------

QUADRO 4: IDENTIDADE DAS MULHERES na voz dos médicos

MARCAS IDENTITÁRIAS	EXEMPLOS	COMENTÁRIOS
Mulher como aquela que atrapalha o trabalho médico	(1) <i>“Ela não pode atrapalhar, ela tem que colaborar.” (M8)</i> (2) <i>“Algumas mães são muito difíceis (...) elas gritam muito” (M10)</i>	O discurso coercitivo e regulamentador dita o que a mulher deve e o que ela não deve fazer (ver os grifos em 1). Destaco uma construção identitária, nestes exemplos, da gestante como aquela que é difícil, que não mantém o controle e a polidez e que atrapalha o trabalho do médico (“gritam muito”, “atrapalhar”).
Mulher como subordinada em uma relação chefe x empregado	(3) <i>“Esse é o papel que algumas mulheres cumprem e algumas não conseguem” (M1)</i>	As escolhas lexicais em (3), “cumprir” e “não conseguem”, colaboram para construir uma identidade subalterna da mulher, como uma empregada ou aluna, subordinada a um chefe ou professor, que tem a necessidade de alcançar certas metas com êxito.
Mulher como facilitadora do trabalho do médico	(4) <i>“a mãe tem o papel assim de <u>facilitadora</u> do parto.” (M2)</i> (5) <i>“Você vai ter que <u>ajudar</u>, essa parte aí é sua.” (M9)</i>	Em (4) está claramente expressa, no atributo “facilitadora”, uma idéia que reforça à apontada em (1), que traz marcas identitárias associadas ao papel da mulher como quem não deve atrapalhar

		<p>o trabalho do médico, mas, sim, facilitar a intervenção, assumindo uma posição de subordinação e passividade. Nessa mesma linha podemos entender (5) - com a diferença de que neste trecho a identidade da mulher é imposta - como uma exigência de que ela colabore e cumpra o papel que dele se espera.</p>
<p>Mulheres como vítimas do parto</p>	<p>(6) <i>“Eu falo assim, parto normal dói. Você <u>agüenta</u>? A minha mãe teve três filhos e não reclamou nada.” (M10)</i></p> <p>(7) <i>“Chamo o anestesista quando a paciente está descontrolada, agora tem paciente que <u>agüentam</u>.” (M1)</i></p>	<p>A idéia aqui é apresentar o parto como uma penitência⁴⁶ e a mulher como aquela que “parirá na dor” (discurso do Êxodo) e que tem de “agüentar”; aquela a quem não é permitido “reclamar”. A instituição é construída em termos de regulação da identidade da mulher parturiente e o médico aparece como seu representante supremo. Em (7), a voz do médico se acrescenta ainda à da mulher para mostrá-la como alguém que é descontrolada, o que pode ser visto sob a ótica do controle do corpo da mulher no contexto dos atendimentos perinatais. Chamar o anestesista para atender a paciente</p>

⁴⁶ Ver, na próxima subseção, sobre o discurso da parturição ao longo da história da humanidade.

		<p>“descontrolada” contribui para reforçar a idéia de que a medicina tem sempre um recurso/remédio, como se a mulher não pudesse expressar suas dores e medos sem ser avaliada e sem ser “curada” imediatamente.</p>
<p>Mulher como dependente do médico</p>	<p>(8) <i>“Mulheres precisam mais de médico, a mulher vem mais no médico, mulher tem mais doença, a mulher precisa mais por causa do parto.” (M1)</i></p>	<p>A identidade das mulheres é ressaltada em termos de sua dependência e necessidade do aparato da medicina para sua saúde. Há uma comparação com os homens, a qual está pressuposta pela ênfase no vocábulo “mulheres”, com sentido amplo, e pela omissão de referências ao masculino. A idéia subjacente é a de que as mulheres são enfraquecidas porque necessitam mais de ir ao médico do que os homens e isso se deve, em grande parte, devido ao parto. Em consequência, podemos ver aí uma implicação de apelo ao discurso de medicalização do parto.</p>
<p>Mulheres como responsáveis pelas intervenções (incluindo a</p>	<p>(9) <i>“As mulheres querem muita anestesia.” (M10)</i></p> <p>(10) <i>“Algumas pedem lavagem intestinal e tricotomia” (M7)</i></p>	<p>Por meio das escolhas lexicais “querem” (9), “pedem” (10) e “querem” (11), a voz do médico atua na transferência de responsabilidade quanto às</p>

<p>cesárea)</p>	<p><i>(11) “As mães chegam para você e diz que querem cesárea porque não querem sofrer” (M9)</i></p>	<p>escolhas de condução de parto para a mulher. É interessante observar que quando as mulheres “querem” parto normal, seu desejo não costuma ser tão considerado. Tais escolhas lexicais ajudam a construir uma identidade para a mulher como a de responsável pelas intervenções e uma identidade para os médicos como a de profissionais humanistas que atendem aos desejos e pedidos das pacientes.</p>
------------------------	--	--

Com essas análises, é possível compreender as representações de identidades marcadas nas vozes dos médicos e das mulheres entrevistados nesta pesquisa. Em termos de auto-identidade, gostaria de destacar os seguintes aspectos levantados nos discursos analisados: os médicos que atuam de uma maneira mais humanista, procurando seguir as recomendações de atendimento perinatal da OMS, se auto-constituem por meio de imagens que podem ser assim resumidas: (i) orientadores – por meio do discurso pedagógico que minimiza e explica para a parturiente – o pólo mais fraco - as necessidades das intervenções no parto; (ii) parceiros, que se expressam como se fossem os amigos das mulheres; (iii) terapeutas, com discursos do aconselhamento; (iv) facilitadores e acompanhantes do parto, firmando-se nos pressupostos de que a mulher é a protagonista do próprio parto. Tais construções da auto-identidade dos médicos vão ao encontro do movimento de humanização de partos, segundo o qual informações precisam ser partilhadas com as mulheres para que as escolhas sejam informadas e tomadas em parceria. Nesse sentido, o parto é apresentado como um processo natural e a mulher é livre para escolher a partir de um certo número de opções, baseadas em informações científicas. Aí, então, o corpo da mulher pode se expressar de forma ativa (ver quadros 1).

Em outro grupo de representações de auto-identidade, as vozes dos médicos mais intervencionistas, que realizam as cesáreas eletivas e que praticam todas as rotinas hospitalares, constroem um cenário em que o parto é um problema que precisa ser solucionado pela competência única e exclusiva do aparato da medicina; a mulher é a paciente que precisa de ajuda, pois ela está exausta ou não agüenta mais as dores e o sofrimento que é o parto. Além disso, ela não deve atrapalhar o trabalho técnico e minucioso da equipe médica no parto. Assim, as construções da auto-identidade nas vozes dos médicos os colocam como qualificados, treinados em partos, seguros e responsáveis em ‘dar’ segurança para as gestantes. Os médicos são aqueles que vão resolver o problema (que é o parto), eles aliviam as dores e salvam a mulher de seu sofrimento infundável. Ademais, o obstetra se auto-apresenta como proprietário/dono do processo de parto e do corpo da mulher, além de figurar como ator principal e chefe (como visto no quadros 1 e no 4).

Ainda nesse sentido de uma medicina menos humanizada e simétrica, nas vozes dos obstetras, as mulheres são aquelas que atrapalham o trabalho deles, são difíceis, gritam e não agüentam as dores do parto. O parto é, então, um sofrimento que o médico pode aliviar, elas são dependentes deles e elas têm de cumprir um papel como subordinadas. Eles destacam a incompetência de algumas mulheres ao não cumprirem tal papel (que, eu imagino, seja o de ficar muda, quieta e fazendo força sem gemer). Segundo esse mesmo discurso, as mulheres têm o papel de facilitadoras do trabalho do médico, ou seja, elas estão longe de serem protagonistas de seus partos, sob essa perspectiva intervencionista (ver quadro 4).

Com relação aos quadros apresentados sobre as marcas identitárias, presentes na voz das mulheres, estabeleço uma divisão também no sentido de haver um grupo de gestantes mais fortalecidas, que se auto-constituem por meio de representações identitárias que as colocam como protagonistas do parto, como ativas e vencedoras, diante de um sistema de práticas de parto tão cristalizadas em intervenções invasivas.

Por outro lado, percebe-se um grupo de mulheres que não têm consciência desse processo de enfraquecimento de suas identidades e que corroboram o discurso intervencionista de assistência perinatal.

Por meio de uma análise mais refinada de seus discursos, encontrei traços de identidades da mulher em termos de sua auto-imagem ser construída nos seguintes termos: subalterna e subordinada, que não deve atrapalhar ou “importunar” o médico (chefe, todo-poderoso); incompetente que não consegue fazer força e parir o próprio filho e, por isso, precisa da ajuda salvadora do obstetra; fracassada e perdedora, que estava vivendo a “competição de parir”, e perdeu ao se render às mãos do médico (ver quadros 2 e 3).

Ainda na voz das mulheres menos conscientes e críticas de seu próprio poder no processo de nascimento, os médicos são apresentados de acordo com as seguintes facetas identitárias: eles são seguros, competentes, limpos, asseados, corretos, falam bem, escrevem bem, estudam muito, são preparados, pesquisam sempre, sabem o que é tecnologia de ponta, são vítimas de um sistema de saúde precário e explorador, são chefes, são apressados, são cuidadores, são pais e mães, são salvadores. Nesse sentido, podemos perceber que o parto é entendido como um processo arriscado que necessita de um aparato complexo – que inclui a liderança de uma identidade assim forte para acontecer de uma forma segura e saudável (ver quadros 2 e 3).

Segundo Fairclough (2003:159), a relação dos textos com os eventos sociais nos quais os textos estão inseridos, bem como as pessoas envolvidas nesses eventos, são aspectos fundamentais para uma visão dessas unidades textuais em sua multifuncionalidade. Os estilos são identificados, de acordo com o autor, em diferentes níveis de abstração e estão relacionados à formas pelas quais as personalidades investem nas identidades e nos papéis sociais, que são múltiplos e multifacetados. O estilo é visto como analiticamente distinto *de*, embora dialeticamente interconectado *com*, os gêneros e os discursos. O autor ressalta que estilos são os aspectos discursivos dos modos de ser, das identidades. Destaca ainda que quem você é, passa a ser parcialmente uma questão de como você fala, escreve; o modo como se mostra, se movimenta e etc. Dessa maneira, observamos que as percepções que as

gestantes apresentam sobre quem são seus médicos é bastante variada e híbrida. Ora eles representam, segundo os discursos das mulheres, figuras de autoridade, ora se apresentam com marcas de intimidade. O vínculo com o médico obstetra difere dos demais vínculos estabelecidos entre médicos e pacientes em função das peculiaridades dos processos de gravidez e de parto.

Além dessas sínteses, gostaria de destacar a imagem construída na voz dos obstetras de que as mulheres têm medo do parto normal e preferem a cesárea. Segundo Diniz e Duarte (2994:40),

estudos⁴⁷ demonstram que, se questionadas quanto à preferência, a grande maioria das mulheres, do setor privado ou público no Brasil, afirma que optaria pelo parto normal. Porém, mediante numerosos mecanismos – diagnósticos inadequados superestimando os riscos maternos e fetais, interpretação das manifestações de dor sempre como pedido de cesárea, os potenciais partos vaginais são transformados em cesáreas.

Ainda sobre a argumentação construída pelo obstetra, como forma de convencimento da mulher acerca do parto cirúrgico, destaco os seguintes dados coletados nesta pesquisa, já antecipando que a maioria desses argumentos é contrária às evidências científicas. Apresento os argumentos utilizados pelos médicos numerados e abaixo de cada um deles, o que as evidências científicas (EVC) apontam, de fato, sobre cada tema:

(1) “O parto vaginal deixa a vagina flácida. Por isso faço episio de rotina. Já vi muito casamento acabar por causa disso...” (M10)

EVC: A sobrecarga sobre a musculatura pélvica é causada pela gravidez e não pelo parto. A boa tonificação da musculatura vaginal depende mais de exercícios vaginais do que de intervenções cirúrgicas (Davis e Kumar, 2003, apud Duarte ed Diniz, 2004).

Sobre a episiotomia, a evidência científica demonstra seu efeito nocivo para o estado genital, pois, além de não proteger, aumenta o risco de lesões graves no períneo, cuja cicatriz pode comprometer inclusive a estimulação prazerosa de toda a vulva,

⁴⁷ Estudos realizados por Hopkins (2000), Althabe et al. (2002) e Barbosa et al. (2003).

prejudicando a vida sexual da mulher, ao invés de devolver à ela sua condição virginal - apelo muito usado na década de 20 e que teve grande eco na cultura brasileira, o famoso “ponto do marido”.

(2) *“Parto normal depois de cesárea nem pensar, pode romper o útero e haver um caso muito sério de morte materna e fetal.”* (M8)

EVC: Segundo Enkin et al. (2000:192), “a máxima ardilosa – uma vez cesárea, sempre cesárea” provém de um artigo de 1916 intitulado “Conservadorismo na obstetrícia”. Foi tão somente uma advertência para evitar uma cesariana primária. Segundo estudos apontados por estes autores, várias mulheres que tiveram parto normal planejado após cesárea tiveram parto bem sucedido em uma média de 75% dos casos. As mulheres que optam por parto vaginal planejado após cesariana “apresentam apenas metade da morbidade das mulheres submetidas a cesariana eletiva” (*id. Ibid.:192-3*).

(3) *“Geralmente, dificilmente completa as quarenta semanas, não passa de 38.”* (M7)

Sabatino e outros (2000) destacam que a gestação dura em média 40 semanas, a contar pela data da última menstruação. A conhecida sigla no cartão da gestante “DPP” (data provável do parto) define, na realidade, um período provável para o nascimento do bebê a termo, que varia entre a 38ª e a 42ª semanas. Os médicos engajados no movimento de humanização do parto discutem a mudança desta sigla para PPP (período provável do parto), o que retiraria da mente das mães e dos médicos uma única data para um evento sobre o que não é possível definir, de antemão, dias e horários específicos. É interessante observar essa discussão em torno de uma sigla presente no cartão do pré-natal, uma vez que temos aqui um exemplo de como as mudanças nas práticas sociais acarretam modificações nos discursos e de como esses últimos retroalimentam mudanças.

Observemos mais estes exemplos:

(4) *“Circular de cordão indica no caso uma cesárea porque está havendo um*

problema.” (M11)

(5) “Com relação à manobra de Kristeller eu também faço, depende de quem está comigo, quem está por perto (...)se é auxiliar de enfermagem antigo que sabe fazer, um pediatra amigo, aí tudo bem.” (M9)

(6) “Sou a favor de todas essa manobras, romper a bolsa... que facilitam o parto normal.” (M1)

Outros argumentos utilizados pelos médicos intervencionistas estão listados a seguir e são contraditos pelo discurso da linha humanista de assistência perinatal, como em (4), uma vez que as circulares de cordão não representam problemas para os partos vaginais. É muito comum os médicos desenrolarem tais circulares quando a cabecinha do bebê sai, impedindo um possível sufocamento. O que pode acontecer e caracterizar um problema nestes casos é quando o cordão é muito pequeno e, por estar enrolado no pescoço do bebê, não permite sua descida pelo canal de parto. Nestes casos, o médico que está atento e acompanhando este parto, percebe previamente que o bebê não desce, além de, provavelmente, constatar uma queda nos batimentos cardíacos em sua ausculta fetal.

Em relação à manobra de Kristeller, as recomendações da OMS, a condenam veementemente e a médica, ainda assim, fala sobre essa intervenção de uma forma tão natural (“Eu faço”; “aí tudo bem”) que, a gestante, que nunca se informou sobre o assunto, não tem condições de imaginar quão agressiva e invasiva é tal manobra. Diniz e Duarte apontam, como riscos dessa manobra, traumatismos, hemorragias ou até a morte de um ou dos dois – mãe e bebê.

No que concerne, à ruptura artificial da bolsa das águas (6), Diniz e Duarte (2004) ressaltam ser comum os médicos a romperem para acelerar o trabalho de parto. Então, podemos entender a voz da médica em “facilitam”, como uma manobra que facilita para ela, médica. Questionar sobre ‘facilita para quem’ é um procedimento muito importante quando estamos ouvindo nossos médicos falarem sobre parto. O líquido amniótico contido nessa bolsa tem uma função de proteção e de equalização da pressão sobre o bebê, como se fosse uma espécie de amortecedor, resultando em uma

menor pressão tanto na cabecinha do bebê, como sobre o colo do útero materno. O rompimento dessa membrana “aumenta as chances de prolapso de cordão –evento emergencial no parto -, de infecção e cria um limite de tempo para o parto” acontecer, com o risco de infecções bacterianas (idem *ibidem*:92).

Gostaria ainda, antes de passar para a análise dos aspectos históricos da construção das identidades dos médicos e das mulheres através da análise dos discursos diretos encaixados nas falas dos médicos e das gestantes no decorrer das entrevistas realizadas. Trata-se de uma representação do discurso do *outro*, encaixada no discurso do sujeito entrevistado de modo a configurar uma série de pressupostose de sinais quanto às considerações de identidade.

O primeiro grupo de exemplos são discursos diretos que foram retirados dos textos dos médicos e estão agrupados aqui por contribuírem para a construção das seguintes facetas de identidade:

Apresentar as mulheres como ansiosas e mimadas

(1) *“Quando a paciente fica “eu quero, eu quero, eu quero” (parto normal), eu deixo ter.”*

(M14)

(2) *“A paciente diz “Eu quero que a senhora deixe meu marido ver e minha mãe também”*

(M1)

(3) *“Se esperar mais uma semana, o menino nasce “Ah, mas eu não agüento de ansiedade, eu não agüento para ver a cara.” . Aí você antecipa o parto, a ansiedade delas faz você tomar uma conduta.”(M6)*

(4) *“Elas dizem “Eu vou chorar e gritar” e eu digo “pode ficar à vontade, se quiser chorar, não tem problema”. (M2)*

Passar a responsabilidade da escolha da cesárea para a mulher em função de um ‘comodismo’

(1) *“Então elas empurram para o médico uma função que é dela, “Ah, eu não dou conta de*

fazer nada. Você vai fazer e tal.” (M10)

(2) “Essa parte (de empurrar o bebê) é dela, Ah estou muito cansada, eu não vou fazer força nenhuma.” (M1)

Construir a imagem da mulher como alguém que teme o parto normal:

Cria-se uma imagem da mulher como quem tem realmente a opção pela cesárea em função do medo de sofrer, o que favorece a veiculação da idéia de que a cesárea não oferece riscos, uma vez que falar em fazer ou não fazer uma cesárea se tornou uma escolha tão banal, que parece não haver motivos para se questionar sobre possíveis conseqüências danosas para a mãe e para o bebê da intervenção cirúrgica. Ao mesmo tempo, o médico se apresenta como aquele que tem o poder de acabar com esse medo, como se fosse um pai que resolve um problema para o filho ou um amigo que conforta nas horas difíceis.

“Eu não quero sofrer muito, se estiver sofrendo quero que parta para cesárea, quero que o senhor resolva, tá bem?” (M9)

Vejam, nos exemplos a seguir, como o discurso direto – no interior das falas dos médicos - está ajudando na construção da identidade do médico como alguém seguro, que é competente em sua técnica, ao mesmo tempo em que contribui para uma auto-identidade da gestante como alguém que precisa mais do conhecimento tecnológico do que da humanização no momento do parto

(1) “Dizem assim, “Ah, o parto pode ser feito por uma parteira, pode não sei o quê, não sei o quê. Não, mas pelo menos é um médico”, então quando você está nas mãos de um médico, você fica mais tranqüila.” (G1)

(2) “Eu sempre digo que eu prefiro o bom técnico ao bom... é... humanista. Eu prefiro às vezes os cavalos “Ah, o Doutor Fulano é muito grosso, mas é o que tem de melhor na área” (G8)

Gostaria de chamar a atenção, para finalizar esse tópico referente aos discursos diretos, apontando a discrepância entre as reações expressas pelos discursos diretos na voz do mesmo

médico quando se trata do parto normal e da cesárea. Observemos este diálogo hipotético encaixado no discurso de um dos médicos entrevistados:

“Às vezes a mulher diz “eu não quero saber de cesárea em hipótese nenhuma, só normal”, e eu digo “olha, eu não posso garantir normal, eu vou acompanhar, se der será normal”, então eu não vou dizer que farei porque é uma exigência dela.” (M2)

(...) um pouco mais adiante, esse mesmo médico diz assim:

“ Não quero saber de parto normal, doutor, tem que se cesárea e tal e tal” então eu digo “Ta então vai.” (M2)

É interessante observar a pouca facilidade com que o médico aceitou a proposta da gestante para que parto fosse cesárea, ao contrário de quando a proposta da mulher girava em torno do parto normal.

4.3-3. Trajetória histórica das identidades dos médicos e das gestantes

Gostaria de retomar os aspectos históricos apresentados no segundo capítulo, de forma muito sucinta, uma vez que creio ser um momento frutífero para a realização de um diálogo entre os aspectos históricos e as análises das identidades. Lançarei mão das informações históricas enquanto discursos no interior de práticas sociais da parturição, inseridas no contexto das identidades analisadas até então.

Segundo Foucault, “os discursos não devem ser tratados como conjuntos de signos, mas como práticas que formam sistematicamente os objetos de que falam’ (1996: 56). E o resultado disso é que os discursos passam a ter efeitos sociais, construindo e posicionando as pessoas de diferentes maneiras como seres sociais, na interpenetração de práticas localizadas no tempo e no espaço.

Assim, os discursos legitimados como história da parturição, tais como as mitologias, as cenas de parto da Gênese e no Êxodo, a história da assistência ao parto entre as hindus, as

gregas e as romanas, a construção histórica e social da medicalização do parto e da entrada do aparato institucional da medicina no parto torna-se relevante, sob a ótica discursiva, quando é possível explicitar de que forma essas teias discursivas contribuíram para a constituição das práticas materiais, sociais e culturais, bem como para a construção das diferentes identidades que marcam o feminino e o masculino em cada um desses lugares discursivos/sociais.

Interessante se faz observar e analisar o cruzamento de diferentes práticas discursivas sobre o universo que rodeia o ‘parto’ ao longo desse panorama histórico, simbólico, social e discursivo apresentado neste trabalho. Destacarei, desse modo, quais são as formações discursivas que ainda permanecem no imaginário coletivo e que têm seu lugar materializado nas práticas atuais de assistência ao nascimento no período da modernidade tardia.

Nas tradições da antiguidade, o parto encontrava-se inserido em uma formação discursiva que trazia associações positivas da experiência. Se visualizarmos uma ‘teia’ discursiva pertencente a esse momento histórico, podemos puxar o fio discursivo PARTO que se associa, em primeiro plano, ao FEMININO, que, por sua vez, está associado a um processo NATURAL, da NATUREZA FEMININA. O corpo feminino é apto para o processo do parto, aliás, não há sequer discursos que remetam a um questionamento sobre o corpo da mulher no que concerne à sua capacidade de dar à luz. Além disso, essa formação discursiva, que estou chamando de ‘tradições antigas’, ainda legitima a imbricação do PARTO com MAGIA, RITUAIS, enfim, com seu caráter DIVINO. Poderia ser representado mais ou menos assim:



Figura 22: Formações discursivas relativas ao parto na antigüidade

Já na Idade média, com a cristianização do Império Romano, a visão sócio-cultural acerca do universo da parturição foi fortemente alterada. As restrições implantadas e sustentadas pela ideologia dominante, que tinha como sua expressão máxima a voz da Igreja, foram fundamentais para construir um novo modelo de teia discursiva.

As associações que antes eram vivenciadas entre parto e práticas ritualísticas exclusivas do feminino, aliás, como práticas naturalmente femininas, foram sendo, pouco a pouco, desconstruídas, dando lugar a novas combinações. Como foi possível perceber, por meio das referências históricas relatadas no decorrer da segunda seção do presente capítulo, este período foi muito ‘castrador’ no que concerne à vivência de práticas femininas, especialmente, aquelas que não eram ‘vigiadas’ pelos sacerdotes, sábios, médicos, ou qualquer outra figura masculina que pudesse cuidar para que nada fugisse do controle. A preocupação com o batismo dos bebês, desencadeou novas exigências para as parteiras (tinham de professar a fé católica, ter bons antecedentes, etc.), o que foi remodelando seu

lugar social nas comunidades. Desvinculou-se a experiência da parturição como algo próprio da natureza, como um processo do corpo feminino que naturalmente acontece, pois o corpo da mulher não estaria preparado para aquele evento. Pelo contrário, o parto, e toda a sexualidade que o acompanha, passou a incomodar aos homens de poder. Foi preciso inculcar no imaginário das pessoas que aquilo não era algo positivo, pois tinha suas raízes no sexo e no pecado original. Modificou-se, então, a formação discursiva do feminino para se chegar à mudança da teia discursiva do parto. A mulher passou a ser responsável por todos os males da humanidade, passou a merecer punição pelo pecado original e passou a vivenciar, de maneira legitimada, a culpa e a vergonha diante de processos fisiológicos naturais, como ter relações sexuais prazerosas, gerar, gestar, parir, menstruar, enfim, todos os eventos fisiológicos e emocionais que marcam a vida de uma mulher passaram a ser vivenciados com base em sentimentos negativos de inapropriação. Sob essa nova ótica, a mulher que antes tinha o poder sobre seu corpo e os processos fisiológicos desse corpo, passou a ser considerada incapaz de lidar com seu próprio eu, como se ela fosse uma menina que fez algo de errado (pecado original) e, mergulhando em culpa, perdesse o poder, se rendendo à autoridade de um pai dominador que seria simbolizado por essa ideologia da misoginia.

Em outras palavras, ‘sofrer as dores do parto’ é um discurso que só faz sentido nessa nova conjuntura histórica, social e ideológica. É importante ressaltar que utilizar essa expressão e não outra passa por uma escolha (nem sempre consciente), mas que possui diversas implicações nas práticas maternas de parturição. Estou ressaltando este aspecto da escolha porque, muitas vezes, os discursos ideologicamente controladores e hegemônicos, contribuem para o apagamento do caráter pontual daquela escolha, ou seja, apagam-se as raízes ideológicas de dominação para, gradativamente, torná-los discursos naturais, na verdade, distantes da natureza, mas que são antes naturalizados em função das conveniência de poder.

Ainda seguindo essa linha de pensamento, poderia ser considerado como ‘a ordem do dia’ um discurso completamente diferente, como por exemplo: “sentir as contrações do parto”, ou ainda “viver o processo do parto”, e, indo além, “viver, sentir e se entregar ao doce fluxo do nascimento no corpo.” Inúmeros poderiam ser os discursos veiculados e, certamente, cada um deles somente faria sentido devidamente enquadrado no bojo de um

momento histórico, seja de permanência ou de resistência ou ainda de ruptura. Enfim, voltando à teia discursiva de parto na Idade Média, podemos apresentá-la paralelamente a uma nova teia discursiva do feminino:

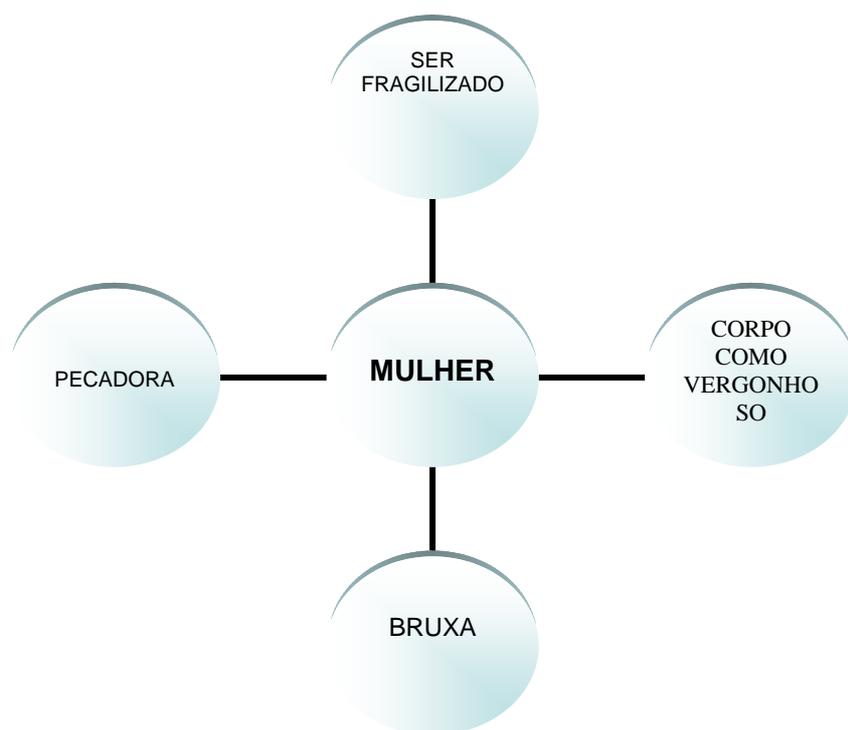


Figura 23: Formações discursivas relativas às mulheres com a cristianização do Império Romano



Figura 24: Formações discursivas relativas à parturição com a cristianização do Império Romano

Com o passar do tempo, a inquietação do masculino com relação ao parto transformou-se em curiosidade e luta pelo saber e, conseqüentemente, pelo dominar. Com o desenvolvimento técnico e com o avanço dos conhecimentos científicos em torno das doenças, o processo do parto passou a ser alvo de ‘cobiça’ dos homens⁴⁸ que, antes somente faziam cesáreas em mulheres mortas. O corpo feminino também sofreu uma mudança em sua concepção, passou a ser objeto de observação, instigando o domínio, até mesmo com um certo prazer. As formações discursivas emergentes sobre parturição eram ditadas pelos homens que buscavam um espaço nesta esfera e estavam relacionadas a uma visão tecnicista do evento nascimento. Parto passou a ser visto como um mecanismo, a mulher não era mais

⁴⁸ Na maioria dos contextos culturais dessa época, as mulheres não tinham acesso significativo às escolas e aos estudos - uma forma de controle e de poder do universo masculino.

considerada um erro no desenvolvimento do embrião, mas sim, diferente do homem e, é claro, inferior a ele.

A família passou a ser uma instituição cada vez mais valorizada nas sociedades e o útero, por sua vez, passou a ser associado ao adjetivo 'nobre', dando origem a uma série de novas idéias que legitimariam as crescentes intervenções no parto. O parto passou a estar na seguinte rede discursiva: VALOR, MARTÍRIO, DESPRENDIMENTO e PERIGO. Ou seja, o corpo da mulher não era mais o mesmo, ele continuava não sendo capaz de dar à luz tão naturalmente, como nos primórdios.

O corpo feminino passou a, de fato, ser considerado incapaz de 'enfrentar' um parto. Daí a legitimação das intervenções médicas no nascimento. A partir dessa perspectiva sócio-histórica e ideológica, um número enorme de novas palavras foram criadas, para dar nomes às novidades que eram encontradas a cada nova intervenção também inventada. Não estou querendo desqualificar as tentativas da medicina dessa época de tentar resolver complicações, mas quero chamar a atenção (por isso ironizo) para o fato de que o discurso constrói as práticas de modo dialético, na medida em que por elas também é construído.

Desse modo, não faria sentido falar em fórceps, cesárea, distocia, etc. no contexto da antiguidade. Traço novamente o paralelo entre a mulher e o parto para que possamos entender como essas duas formações discursivas retro-alimentam uma à outra, além de serem influenciadas pelas mesmas ideologias dominantes.

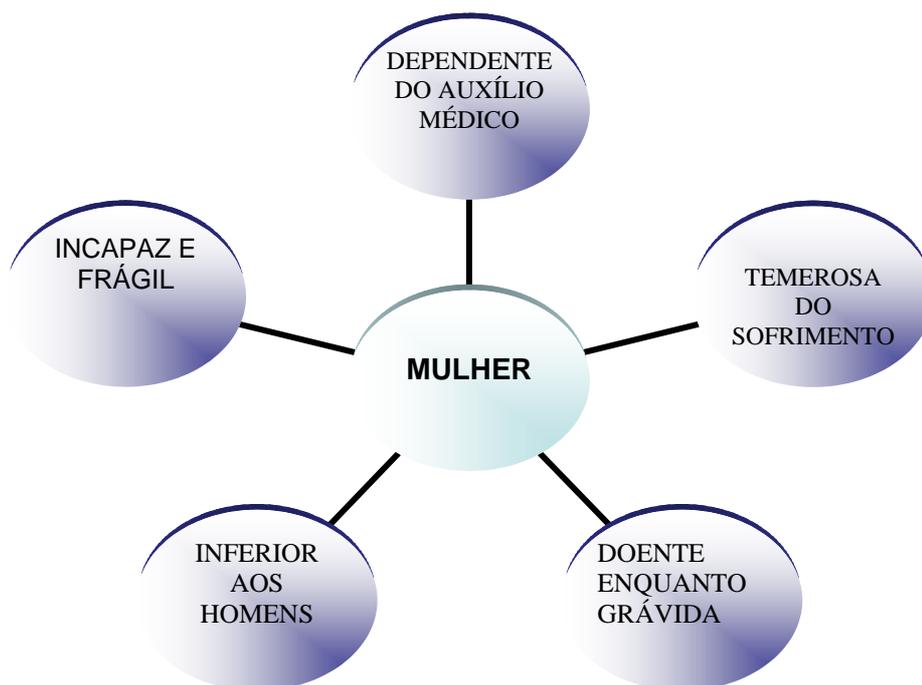


Figura 25: Formações discursivas relativas às mulheres a partir do século XVIII



Figura 26: Formações discursivas relativas à parturição a partir do século XVIII

Para abordar o modelo atual de parturição, gostaria de refletir sobre quais formações discursivas dos tempos anteriores ainda permanecem, quais delas sofreram recusa e foram descartadas. É importante refletir criticamente sobre isso, pois, muitas vezes, ficamos presos em ideologias tão arcaicas e tão ultrapassadas e não nos damos conta de que estamos apenas ‘seguindo a corrente’. Manter o ‘status quo’ é muito menos desafiador que assumir posições no mundo social, encontrando um ‘lugar’ de sujeito que vive e atua sobre o mundo e não somente se submete a esse mesmo mundo. As formações discursivas sobre parto e mulher nos dias de hoje parecem ser constituídas por meio de cruzamento, como se fossem formações discursivas híbridas.

Carregamos no nosso corpo feminino as marcas da vergonha e da culpa sexual (mesmo que na aparência estejamos bem liberadas, eu me questiono se, em termos mais profundos, não seria exatamente o contrário). Além disso, revisitamos as concepções de fragilidade e de incapacidade de parir que remetem ao momento logo anterior ao atual. Entregamos nas mãos de outrem e nos ‘desoneramos’ de responsabilidades, imbuídas de um posicionamento imaturo perante uma experiência física, emocional e espiritual que se passa em nossos corpos. O parto é considerado pelo senso comum atual como um risco em potencial, como algo que, muito provavelmente ruim, acontecerá e, por isso, as intervenções são imprescindíveis: para proteger essa mulher e esse bebê. A tecnologia sobrepuja a humanidade das pessoas envolvidas e a preocupação com os aparatos eletrônicos predomina no momento do parto. Vejamos esse fragmento de relato de parto:

*“Fui obrigada a ficar deitada, imóvel, por causa do monitor fetal que agora ficou ligado direto. O monitor me dava a impressão que a situação era meio arriscada, que alguma coisa podia dar errada a qualquer momento! E também apertava ainda mais minha barriga (como se eu precisasse de mais alguma coisa me apertando, fora as contrações!)”.*⁴⁹(14)

Todavia, há uma nova formação discursiva emergente (querendo ser parida, mas, na minha visão, ainda sendo gestada), que abarca um discurso que navega para as águas da emancipação feminina em um nível mais essencial. A voz das mulheres já ecoa defendendo

⁴⁹ Ver texto completo no anexo 4.

seu protagonismo no parto, por meio de um empoderamento que conta com a ajuda de uma equipe médica mais humanizada. As “rotinas hospitalares” são palavras que estão sendo substituídas por outras, quais sejam: “medicina baseada em evidências científicas”. “O médico é quem faz o parto” está sendo substituído por “escolhas informadas”, e “responsabilidades partilhadas”. Vejamos essa fala de uma mulher que tenta ter um parto normal após uma cesárea:

“Tive que enfrentar meus monstros, ir contra um mundo moderno que coloca a cesariana como melhor opção porque vc não precisa sentir dor e pode escolher o dia do nascimento da criança, etc, Tive que ir contra tanta gente da minha família que vive me dizendo que eu não vou dar conta e que isso é besteira. Tive que tomar coragem, buscar forças lá do meu interior e enfrentar todos os obstáculos. Ser chamada de doida por simplesmente querer parir!”⁵⁰ (grifos são meus)(G24)

Gostaria de concluir com a apresentação de dois cruzamentos de uma mudança de que estamos tendo o privilégio de participar. No primeiro quadro (figura 27), apresento a formação discursiva do paradigma que ainda é predominante na maior parte da assistência a parturição. Por meio do uso das cores, faço referência às representações feitas às práticas nos quadros dos períodos históricos anteriores. Já no segundo quadro (figura 28), apresento a formação discursiva do paradigma emergente.

⁵⁰ Ver texto completo no anexo 4.



Figura 27: Formações discursivas relativas ao parto na atualidade – modelo intervencionista



Figura 28: Formações discursivas relativas ao parto na atualidade – modelo humanista

Vejamos esses quadros situados em um exemplo concreto a partir da análise do discurso de uma doula que comenta sobre a disputa legal para a implantação de casa de parto em Bangu, no Rio de Janeiro. Ela comenta a diferença do significado da palavra ‘segurança’ para os médicos tradicionais e todo o aparato institucional hospitalar e político que o apóia, por um lado, e para profissionais participantes dos movimentos de mudança e de humanização da esfera da parturição (‘lugar’ discurso no qual ela se inclui), por outro lado.

“Embora a intenção de todos seja, com clareza, a de melhorar a qualidade do atendimento de saúde, o problema é que o que significa segurança para nós (distância da tecnologia e de profissionais de cultura invasiva) é diferente do que significa segurança para eles (proximidade máxima da tecnologia e médicos atendendo aos partos).” (D2)

Podemos utilizar os esquemas apresentados referentes à atualidade, com as distintas formações discursivas referentes às representações tradicionais mais comuns concernentes à parturição, de um lado, e referentes às representações emergentes relativas ao universo da humanização do parto.

No primeiro quadro, o evento PARTO está inserido em uma série de associações discursivas que o remete à DOR, PATOLOGIA, RISCO, INTERVENÇÃO, MÉDICO COMO FIGURA CENTRAL. É no bojo dessa teia discursiva que consigo inserir o significado de SEGURANÇA aventado pela doula ao se referir aos médicos em “eles”. Já no segundo quadro, temos PARTO inserido no seguinte universo discursivo: MULHER COMO PROTAGONISTA, MÉDICO COMO COADJUVANTE, NATURAL, HUMANIZAÇÃO, entre outros elementos (detalhados no cap. 2). Neste caso, percebo a inserção do significado de SEGURANÇA atribuído aos interessados na implantação das casas de parto, com referência a ‘nós’, conforme foi comentado anteriormente (item 4.3.2.1).

Resumo do capítulo

Neste capítulo apresentei as análises realizadas referentes ao tópico (2) “Aprofundando a questão” do arcabouço da ADC, baseado em Chouliaraki e Fairclough(1999). Desse modo, analisei grande parte dos dados selecionados de forma a atender aos três itens deste tópico, quais sejam: (i) a análise da conjuntura; (ii) a análise do discurso; e (iii) a análise das identidades.

Com relação à análise da conjuntura, retomei algumas reflexões acerca das redes conjunturais da questão da parturição, devidamente realizadas nos capítulos anteriores. Além disso, destaquei os discursos da esfera governamental sobre o atendimento perinatal no Brasil, nos dias de hoje.

Na seção em que abordei a análise do discurso, realizei uma leitura crítica dos elementos que compõem a prática social em foco, dando ênfase à articulação entre eles: atividades materiais, relações sociais/processos, fenômenos mentais (crenças, valores e desejos) e o discurso. Em seguida, apresentei algumas análises de aspectos lingüísticos e discursivos que me chamaram atenção a partir de um aprofundamento dos dados. Focalizei a modalidade, a negação, as referências pronominais, as metáforas e os aspectos verbais. Observei o quanto os traços da linguagem contribuem para a construção de idéias que associam o parto normal a um evento de risco e o parto cesárea, por sua vez, a um evento seguro.

Na última seção, apresentei as análises das marcas de identidade presentes tanto nas vozes dos médicos, como nas vozes das mulheres, parturientes e gestantes. Percebi como as identidades se apresentam de modo instável e fluido, atravessando o paradigma intervencionista e humanista concernentes à parturição. A partir de uma análise das diferentes formações discursivas constituídas ao longo da história da humanidade, destaquei as idéias que ainda permanecem no discurso da modernidade tardia referente ao parto e às mulheres.

Neste capítulo, apresentei, enfim, a maior parte dos dados e pude analisá-los, sob a ótica da ADC e dos estudos de identidade, verificando de que modo as construções discursivas se apresentam na constituição das ideologias dominantes e dos mecanismos de poder que marcam as relações sociais envolvidas no universo da parturição.

CAPÍTULO 5

Reflexões e Perspectivas

Para refletir criticamente sobre a prática da medicina tal como ela se apresenta nos dias de hoje, faz-se necessário lançar um olhar sobre a trajetória da medicalização relativa à parturição, localizada em nossa sociedade ocidental, como prática social em seu papel construtivo e reprodutivo de conceitos, relações e identidades sociais.

Pretendo neste último capítulo finalizar as reflexões baseadas no arcabouço metodológico proposto a partir do modelo da Chouliaraki e Fairclough (1999), apresentado no primeiro e aplicado no quarto capítulo deste trabalho.

Desse modo, trato dos últimos três itens metodológicos da ADC, quais sejam, a (3) **Definindo os principais desafios** da questão motivadora, numa releitura realizada a partir das análises feitas ao longo da tese como análise da conjuntura (capítulo 2 e 3), análise do discurso (capítulo 4) e análise das identidades (diluída em todo o trabalho). Apresento, ainda, o item do arcabouço intitulado (4) **Reconfigurando a questão**, de modo a apresentar a temática em foco sob novas configurações. Indico perspectivas de mudanças e de resistência e destaco movimentos nas práticas sociais e discursivas que apontam novos caminhos; e, além disso, ainda adianto o caminho para o último tópico do arcabouço, o qual será realmente apresentado nas considerações finais deste trabalho: (5) **Refletindo sobre a análise**.

5.1- DEFININDO OS PRINCIPAIS DESAFIOS

O relacionamento obstetra x gestante é apresentado por meio de relatos e imagens que englobam práticas anteriores, no decorrer e posteriores ao parto. Verifica-se uma grande frequência nos casos apresentados das seguintes situações: antes do parto, o discurso do médico é favorável ao parto normal; durante o parto, o discurso do obstetra apela para o ‘argumento do risco’; quando ocorre a primeira dificuldade do trabalho de parto, ele opta pelo parto cirúrgico sob a alegação de que ou o feto está em sofrimento, ou mãe corre risco de vida. Após o parto cesárea, o discurso do médico é sustentado pela justificativa de que, se mãe e filho estão bem, então tudo que foi feito foi útil e bom.

Em outras palavras, o médico utiliza o *aparato de poder* em que está enquadrado e fala com o *discurso da autoridade* que sua posição de sujeito social lhe conferiu a fim de convencer a mãe de que fez o que lhe cabia fazer. A *ênfase é, pois, no produto e não no processo*, o que vai ao encontro da efemeridade e fugacidade que marcam a modernidade tardia.

Há, pois, determinadas crenças, valores e desejos que sustentam essa relação entre o médico e o paciente e contribuem para a constituição das identidades sociais de ambas as partes. Na esfera das crenças, percebo que há determinadas idéias que subjazem a essa prática persuasiva da medicina. Elas se baseiam na *crença de que o ser humano domina a natureza* e pode, então, decidir quando e como os seus semelhantes irão nascer. Segundo essa crença, não cabe mais à natureza sobrepujar a razão humana, ainda mais no âmbito da medicina, que é uma ciência poderosa e valorizada socialmente.

Com relação aos valores, há uma *valorização do efêmero e da comodidade*, que é proporcionada pelo parto cirúrgico. Em uma hora se faz uma cesárea; um parto normal varia entre seis a doze horas, em média.

Já no que tange aos desejos da grávida, há uma ambivalência entre o desejo pelo processo natural e normal por parte das mulheres e a ‘sedução’ que a cesariana traz, primeiramente devido ao *senso comum de que uma cesárea não oferece riscos e não acarreta sofrimento*. Essa crença do senso comum é ideológica, uma vez que falseia a verdade das estatísticas científicas: o parto cirúrgico traz vinte e oito mais vezes de risco de morte materna quando comparado ao parto normal.

Por meio dessa análise, foi possível perceber as marcas de discurso da medicina que está associado à *intervenção*. A figura do obstetra exerce claro domínio sobre a gestante. Seu discurso é marcado pela cautela e preocupação quanto à saúde e bem-estar do bebê e da mãe. Seus argumentos favoráveis à cesárea são sempre voltados para esse ‘bem-estar’. A *gestante é enquadrada em um estereótipo em que a ansiedade e o medo prevalecem*, de modo que não

poderia ser capaz de tomar nenhuma decisão, pois, decisões são cabíveis somente à medicina, o pólo empoderado da relação assimétrica.

Esse *processo de enfraquecimento* não pode ser visto, contudo, como algo fechado e imutável. Toda relação de dominação é construída sobre bases instáveis em que os sujeitos estão sempre aptos a resistir e mudar a conjuntura que os rodeia, conforme verificamos no exemplo a seguir, quando a mulher começa a resistir e opta por mudar de médica. Um processo de colonização nunca ocorre sem sua contraparte da apropriação. E é ao apropriar-se do discurso e das práticas do colonizador que o sujeito enfraquecido pode lutar e ‘vencer’ (Rajagopalan,2003).

Na gravidez: “Comecei a fazer certas perguntas à minha médica, que já era minha ginecologista há alguns anos: "O que você acha da cesárea?", "Costuma esperar quanto tempo depois das 40 semanas para o bebê nascer?", "O que acha das técnicas do Leboyer?". Suas respostas eram evasivas e também senti que tinha ficado impaciente com minhas perguntas. Apesar de gostar e confiar nela, fiquei insegura. Pensei em conhecer alguns outros médicos. (...) Uma amiga, também grávida, me indicou sua obstetra e me disse que sabia que ela era "a favor" de parto normal... Fui conhecê-la. Ela me deu todas as respostas que eu queria ouvir: me disse que não fazia lavagem intestinal e tricotomia rotineiramente, que episiotomia só fazia quando realmente necessária que assim que minha filha nascesse ela iria para meu colo e ficaria lá o tempo que eu quisesse, que meu marido poderia dar o primeiro banho nela, dentro da sala de parto, que ela achava o alojamento conjunto super importante etc. Decidi, então, trocar de médica.”(G32)

Como desafios que podem ser destacados após a série de análises realizadas no segundo item do arcabouço metodológico (capítulo4), enumero – sob a forma de tópicos – os seguintes:

a) medicalização e do processo de nascimento como prática invasiva e reguladora: a cirurgificação do parto e as cascatas de intervenções como rotinas hospitalares;

b) humanização do parto: movimento recente que contém práticas de assistência baseadas em evidências científicas e que apontam para a mudança nesse paradigma intervencionista;

c) relação médico–paciente em obstetrícia atravessada pelo poder e pela luta pelo poder tanto no que concerne às práticas discursivas quanto sociais;

d) identidades dos médicos e das mulheres marcadas pelas assimetrias, lutas e resistências;

e) ideologias e naturalizações das práticas no parto: perda/afastamento do natural x domínio do aparato tecnológico e do conhecimento especializado (*experts*) da modernidade tardia.

5.2- RECONFIGURANDO A QUESTÃO MOTIVADORA

Apresento, nesta seção, os caminhos que marcam a mudança nos paradigmas tradicionais – medicalização/cirurgificação – de assistência perinatal. Início com algumas reflexões sobre o discurso baseado em evidências científicas, que contribuem para uma reavaliação crítica e embasada cientificamente das rotinas específicas de parto. Ressalto a experiência de Michel Odent, em sua maternidade, em Pithviers (cidade próxima a Paris), onde as mulheres são protagonistas de seus partos e onde as práticas humanistas são postas em ação. Além disso, comento sobre o lugar e o papel, na modernidade tardia, das acompanhantes de parto – as chamadas doulas - e sobre as perspectivas da profissão da enfermeira obstétrica. Pretendo, pois, apontar os percursos que podem levar à mudança no universo da parturição.

5.2-1. Rumo às evidências científicas

Como pôde ser observado, ao longo dessas reflexões e análises, as práticas de rotinas que marcam o paradigma de assistência perinatal em sua forma mais tradicional estão dando lugar a novos caminhos a partir de mudanças no que concerne à concepção de parto e modificações de identidade dos médicos e das mulheres parturientes. Estudos controlados baseados em evidências, de fato, científicas estão sendo realizados cada vez com mais rigor nesse contexto emergente de humanização dos nascimentos. Tais estudos têm sido

imprescindíveis para uma orientação segura no que concerne ao manejo de parto por parte dos especialistas da saúde. Eles não vão simplesmente avaliar os efeitos das políticas e práticas hospitalares rotineiras, mas, sobretudo, servirão para avaliar quais são os caminhos da mudança quando tais práticas de rotina mostram-se ineficientes. E é exatamente essa a proposta com estas reflexões: não se trata de criticar para simplesmente apontar o que está sendo contraproducente e invasivo no paradigma atual de assistência à parturição, trata-se de, a partir de uma conscientização sobre o que é ineficaz e o que é realmente eficaz, contribuir para a abertura de novos olhares que vão ao encontro de práticas discursivas bem recentes, mas que já possuem muitos adeptos, o discurso do parto mais humanizado.

Diniz e Duarte (2004:17) ressaltam que a

“maioria dos profissionais de saúde foi formada no modelo intervencionista, e as instituições a elas ligadas têm sido muito lentas em incorporar essas mudanças. Em virtude da falta de experiência com o novo modelo, muitas vezes eles se sentem inseguros de arriscar uma postura baseada na evidência, acreditando que o modelo intervencionista seja mais eficaz.”

Nesse sentido, as próprias mulheres estão começando a ter consciência de que o modelo intervencionista colabora para a criação de uma grande distância entre o médico e a parturiente. Talvez a predominância de um modelo menos invasivo e mais humanista poderá ser o prelúdio de uma relação menos assimétrica entre esses dois papéis sociais que costumam ser tão bem delimitados, com fronteiras tão formais, separando quem tem o poder pelo saber institucionalizado e quem não o possui.

O depoimento a seguir nos fala exatamente desse movimento de mulheres, que, juntamente com obstetras humanista, parteiras, enfermeiras, psicólogas e diversos outros sujeitos, compõem um grupo engajado em uma mudança de paradigma concernente à parturição.

“vi que muitos médicos simplesmente não sabiam fazer partos normais, viviam numa matrix do mundo moderno, usavam a tecnologia acima da humanização, eram medrosos e frios realmente. Que não se preocupavam muito com o bem estar psicológico da gestante, ou nem sabiam que um parto afetava tanto a parte emocional de uma mulher. Depois de ler tudo aquilo, e reler, e conversar com tantas mulheres, parei e pensei: Meu Deus!!!! Eu

tenho que tentar !” G14

A partir de novos paradigmas, baseados em evidências científicas, a mulher e o seu parceiro passam a ser, então, o centro do processo, tendo na figura do médico (como representante atual do aparato institucional da medicina) um coadjuvante. Nessa nova configuração, procura-se partilhar as decisões a serem tomadas em um contrato menos assimétrico, por meio de uma escolha informada, sob a égide de divisão de responsabilidades. Uma postura muito mais madura, que retira a mulher do lugar de ser frágil e infantilizado, abrindo um espaço social mais pleno, em que a parturiente não se encontra nas mãos de um médico e que, ao responder à pergunta: “Quem fez seu parto?” sua resposta seria, algo parecido com: “Eu mesma, obrigada! Auxiliada pelo médico”.

“Sabe o que me disseram quando resolvi trocar de médico? Que eu estava sofrendo por saber demais. Era verdade, né? Se eu não soubesse, teria passado por uma cesárea, se Deus quisesse daria tudo certo. E estaríamos todos bem. Não é? Não. Eu teria perdido um momento importantíssimo da minha vida. O momento de parir. Todos me olhavam estranho. Minha mãe passou por duas cesáreas e não sabe nem os motivos, apenas foi pra maternidade quando o médico mandou. O que ela poderia dizer? Como ela poderia me apoiar, se ela não teve iniciativa nem para ela?” G34

Dessa forma, no que tange ao papel da linguagem e do discurso nesse processo de mudanças de paradigmas na assistência ao nascimento, os sujeitos não reproduzem apenas as relações de poder, eles podem refletir posições de resistência ao poder, de emancipação, de diferenças, de vozes alheias que incorporam outros discursos e ideologias, ao mesmo tempo em que podem também se reposicionarem, constituindo e reconstituindo, podendo, assim, também agir sobre a sua realidade social e suas formações discursivas.

Por isso, as identidades devem ser mais do que respeitadas e toleradas. Devem ser questionadas e problematizadas (Silva,2000). Nesse sentido, pode-se dizer que é indispensável uma abordagem crítica ao discurso da parturição, de modo a incluir uma investigação, uma análise e, sobretudo, questionamentos e problematizações das diferentes

identidades representadas no universo dos nascimentos e suas implicações nas identidades dos sujeitos envolvidos nesse processo.

Quanto ao caráter flexível (não-fixidez) das identidades, Fairclough (2001) destaca que, na sociedade modernidade tardia, a auto-identidade vem sendo construída reflexivamente por meio de um processo de negociação. “As relações e identidades, portanto, precisam ser cada vez mais negociadas através do diálogo, uma abertura que envolve possibilidades maiores que as relações e identidades fixas da sociedade tradicional, mas também riscos maiores” (*id.*, *ibid.*, p. 42).

Conforme pôde ser constatado nesta pesquisa, o saber médico dominante lança mão, exaustivamente, do “fator de risco” a fim de justificar a “medicalização por atacado”⁵¹ do processo do nascimento e desacreditar qualquer alternativa (casas de parto, maternidades humanizadas, etc.) que vá de encontro à cirurgificação do parto. Esse tipo de argumentação está historicamente calcado, em parte, na formação intervencionista da medicina obstétrica. A maioria dos médicos foi formada para focalizar mais a doença do que a saúde. Estudantes de medicina optam pela especialidade médica da obstetrícia motivados pela patologia e pela intervenção obstétrica, seja cirúrgica ou não.

Os estudantes aprendem tudo sobre placenta prévia e toxemia aguda, porém, quando chegam a serem doutores, eles aprenderam pouco sobre a fisiologia do trabalho normal de parto e são ignorantes quanto aos fatores perfeitamente comuns que podem vir a modificar o processo, sem que sejam causa para alarmes ou intervenções. O resultado final é que o parto em si, todo parto, é visto como um problema em potencial (Odent, 2002:100)

Os médicos entrevistados nesta pesquisa, quando questionados sobre suas motivações para a escolha da especialidade obstetrícia, confirmam esse comentário de Michel Odent:

“Eu queria ser Clínica, é uma área boa, mas a Clínica Médica, do Pronto Socorro é uma Clínica Médica muito difícil, que você vê de tudo desde unha encravada até tumor no cérebro, sabe? (...) Aí eu achei que eu gostava muito de operar, gostava de entrar em

⁵¹ Expressão utilizada por Michel Odent em seu livro *O renascimento do Parto*- com referência completa na bibliografia.

cesárea, adorava, aí eu falei: “– Bom, então eu acho que eu vou ficar nesta área”, então, como eu gostava de operar, gostava de fazer partos”(M1).

“Escolhi Ginecologia-Obstetrícia, vou te dizer porquê, primeiro eu queria uma coisa que funcionasse a clínica, quer dizer, conversar com você e a cirurgia, se precisasse resolver, eu acho que a Ginecologia-Obstetrícia podem pegar esses dois tipos de coisa na medicina obstétrica” (M2)

A experiência pioneira de Michel Odent em Pithviers demonstra que a introdução do conceito e da prática da palavra **liberdade** em uma instituição não é de fato um feito simples ou trivial. As teias discursivas e sociais que rodeiam os conceitos de **liberdade** e de **instituição** parecem trazer em seu bojo inúmeras incompatibilidades. Todavia, a experiência de um número cada vez mais expressivo de sujeitos que vivenciam uma junção criativa de tais universos tem servido como motivação para novos caminhos. As instituições podem fornecer uma sensação de comunidade, de cumplicidade a partir de uma nova abordagem de parceria no que concerne ao parto. Odent ressalta a importância de um contínuo autoquestionamento quanto aos papéis dos médicos enquanto profissionais. Permanecer como uma figura secundária no processo do nascimento não é uma tarefa simples diante das estruturas que compõem esse evento nas sociedades atuais. Os métodos e a filosofia de quem procura um olhar mais crítico e mais humanista em relação à parturição desafia continuamente os pressupostos e as práticas obstétricas prevalentes. As taxas de morbidade⁵² e de mortalidade perinatal e materna são componentes importantes para a comprovação de que é possível resgatar o poder da mulher na hora do parto, inserindo a família como protagonista do processo e o aparato da medicina como pano de fundo de forma muito bem sucedida. Na última década, Pithviers cresceu de uma tradicional unidade de maternidade provinciana para algo como um centro internacional de nascimento, um ponto de convergência da nova consciência das condições do nascimento.

A idéia de humanizar os partos tem ganhado força em muitos lugares diferentes ao redor do mundo. Não muito raramente, esses centros de inovação são pequenos e isolados,

⁵² Ver glossário.

além de envolverem uma estrutura humana muito mais complexa que a alta tecnologia utilizada em centros tradicionais de obstetrícia. Pessoas externas à principal corrente da medicina ocidental trazem um novo olhar mais holístico e espiritual à parturição. As possibilidades terapêuticas do toque, som, música, luz, cores e água são exploradas nesta perspectiva humanista. Antropólogos, sociólogos, ecologistas, psicólogos e educadores se juntam para unir suas vozes formando um discurso de resistência, de questionamento baseado em evidência científica e na linguagem humana, do contato olho no olho e pele-com-pele. Juntam-se, nessa nova atmosfera, mulheres interessadas na reapropriação de seus corpos grávidos e poderosos, que assumem suas escolhas com os riscos informados pelos médicos e compartilhados com ele. Para além do círculo dos profissionais e das parturientes, pessoas se preocupam em questionar as práticas e as atitudes da medicina tradicional fazendo eco a esse grupo, até pouco tempo atrás, incipiente.

Atualmente, uma verdadeira teia discursiva é responsável pelo crescente diálogo desses grupos. Apesar das distâncias geográficas, uma poderosa rede mundial está sendo alimentada, interligando pioneiros da nova obstetrícia na Europa, América do Norte, América Latina, Nova Zelândia, Austrália e Japão (Odent, 2002).

Essa nova consciência, contudo, não carece dos seus próprios dilemas internos. Por exemplo, como reconciliamos o paradoxo inerente em contar com a ciência e os profissionais médicos para nos auxiliar a redescobrir e suportar a natural capacidade das mulheres ou o processo de vinculação entre bebês e suas mães? Qual é o papel apropriado de um movimento que busca devolver a experiência do parto para as mulheres? Essas são perguntas que me preocupam. Presentemente, estou considerando seriamente deixar a obstetrícia; este é um momento em que os obstetras fariam um bem ao se aposentarem progressivamente e restabelecerem o parto de colta à mulheres (às parteiras) (Odent, 2002:128).

5.2-2. Doulas - acompanhantes de parto

A palavra "doula" vem do grego "mulher que serve". Nos dias de hoje, aplica-se às mulheres que dão suporte físico e emocional a outras mulheres antes, durante e após o parto. Segundo Diniz e Duarte (2004:81), a doula é referida pela OMS como

uma prestadora de serviços que recebeu um treinamento básico sobre parto e que está familiarizada com uma ampla variedade de procedimentos de assistência. Fornece apoio emocional, consistindo de elogios, reafirmação, medidas para

aumentar o conforto materno, contato físico, explicações sobre o que está acontecendo durante o trabalho de parto e uma presença amiga constante.

Antigamente a parturiente era acompanhada durante todo o parto por mulheres mais experientes, suas mães, irmãs mais velhas, vizinhas; geralmente mulheres que já tinham filhos e já haviam passado por aquilo. Depois do parto, durante as primeiras semanas de vida do bebê, estavam sempre na casa da mulher parida, cuidando dos afazeres domésticos, cozinhando, ajudando a cuidar das outras crianças.



Figura 29: Ilustração do atendimento da doula na cena de parto

Conforme o parto foi passando para a esfera médica e os núcleos familiares se estreitando, o contato com essas mulheres mais experientes foi sendo deixado de lado. Dentro de hospitais e maternidades, a assistência passou para as mãos de uma equipe especializada: o médico obstetra, a enfermeira obstétrica, a auxiliar de enfermagem, o pediatra, cada um com sua função bastante definida no cenário do parto.

De acordo com o que assegura Duarte (2005)⁵³ sobre os papéis dos sujeitos envolvidos com a assistência perinatal, o médico está ocupado com os aspectos técnicos do parto. As enfermeiras obstetras passam de leito em leito, ocupando-se ora de uma, ora de outra mulher. As auxiliares de enfermagem cuidam para que nada falte ao médico e à enfermeira obstetra, e o pediatra cuida do bebê. Duarte (2005:1) aponta:

⁵³ Referências retiradas do site www.doulas.com.br, as observações foram realizadas por Ana Cris Duarte, doula e autora de livros sobre parto.

Apesar de toda a especialização, ficou uma lacuna: quem cuida especificamente do bem estar físico e emocional daquela mãe que está dando à luz? Essa lacuna pode e deve ser preenchida pela doula ou acompanhante do parto.

O ambiente impessoal dos hospitais, a presença de grande número de pessoas desconhecidas em um momento tão íntimo da mulher, tende a fazer aumentar o medo, a dor e a ansiedade. Esses momentos são de imensa importância emocional e afetiva, e a doula se encarregará de suprir essa demanda por emoção e afeto, que não cabe a nenhum outro profissional dentro do ambiente hospitalar.

Desse modo, o papel da doula é o de orientar o casal sobre o que esperar do parto e pós-parto. Ela explica os procedimentos comuns e ajuda a mulher a se preparar, física e emocionalmente para o parto, das mais variadas formas. Durante o parto, a doula atua como uma mediadora entre a equipe de atendimento e a mulher. Ela pode esclarecer os termos técnicos próprios da linguagem médica e os procedimentos hospitalares, além de minimizar a eventual frieza da equipe de atendimento em um momento tão delicado e vulnerável. A doula pode ainda ajudar a parturiente a encontrar posições mais confortáveis para o trabalho de parto, mostrar formas eficientes de respiração e propor medidas naturais que podem aliviar as dores, como banhos, massagens, relaxamento, etc. Após o parto, ela faz visitas à nova família, oferecendo apoio para o período de pós-parto, especialmente em relação à amamentação e cuidados com o bebê.

Sobre este tipo de acompanhamento treinado, o Ministério da Saúde destaca o papel da doula como um apoio emocional à parturiente, em todo o desenrolar do trabalho de parto, de modo a facilitar a compreensão e a inclusão nas escolhas partilhadas concernentes às intervenções e procedimentos necessários.

É importante destacar que a doula não está habilitada a realizar nenhum procedimento médico, ela não faz exames de toque, não ausculta o feto e nem cuida do recém-nascido. Ademais, a doula não substitui o pai ou outro acompanhante da intimidade da mulher. Por fim, conforme ressaltam Diniz e Duarte (1994:85),

o papel da doula assemelha-se ao que a parteira do bairro representava para as mulheres antigamente: uma presença feminina que reassegura, inspira e oferece ombros, braços e coração para os futuros pais.

5.2-3. O esquecido ofício das parteiras sob uma nova roupagem: as enfermeiras obstétricas (obstetrizes)

Em nível internacional e nacional, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde, no Brasil, recomendam maior participação da obstetriz e da enfermeira obstétrica nessa assistência, tomando como referência a importância de acompanhar o trabalho de parto, aprimorar a assistência ao parto normal e diminuir as taxas de cesariana. Atualmente, a tabela do Sistema Único de Saúde (SUS) remunera o procedimento de assistência ao parto realizado por enfermeira obstétrica. Paralelamente, a área de saúde da mulher engloba uma série de ações multidisciplinares, com a finalidade de oferecer atendimento global às necessidades de saúde da população feminina, em uma rede de prestação de serviços básicos de saúde, com ênfase em atividades-chave, identificadas mediante critérios epidemiológicos.

A literatura internacional e nacional vem, há algumas décadas, introduzindo a temática relativa ao papel da obstetriz na assistência à saúde da mulher sob nova perspectiva. As pesquisas têm relacionado sua atuação à condução fisiológica e naturalizada do parto e à personalização e humanização da assistência. Para tanto, esses estudos têm evoluído de uma visão essencialmente tecnocrática para uma análise que incorpora as dimensões socioculturais na relação profissional-mulher, considerando que a questão da qualidade da assistência transcende o número de mortes maternas ou de operações cesarianas.

As transformações necessárias no modelo de atenção à mulher e à família, no processo reprodutivo, têm sido também objeto de políticas nacionais no âmbito da saúde. Nesse sentido, podem ser enumeradas algumas medidas, como a proposição do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, a criação de Centros de Parto Normal e o financiamento de cursos de especialização em enfermagem obstétrica, oferecidos por escolas de enfermagem de todo o país.

Retomando a questão da formação na área obstétrica, há dois modelos que se diferenciam substancialmente: o europeu, que dispensa a qualificação prévia ou concomitante em enfermagem, e o americano, em que a capacitação formal na área

obstétrica é concebida como uma especialidade da enfermagem. Inglaterra, País de Gales, Irlanda, Holanda, Itália e França são alguns países que preservaram a formação de obstetras com alto nível de competência profissional, contribuindo para a produção de indicadores de saúde materna e perinatal bem-sucedidos. Na América Latina, o Chile pode ser tomado como referência na formação de obstetras, que representam um impacto positivo no sistema de saúde daquele país. No Brasil, que adotou o modelo americano a partir da década de 1970, a opção pela modalidade de formação básica em obstetrícia tem se constituído em objeto de interesse crescente, como vem igualmente ocorrendo em diversos outros países.

Os cursos de obstetrícia já existiram no Brasil, mas foram extintos no início da década de 1960. A formação de obstetras e enfermeiras obstétricas passou à responsabilidade exclusiva das escolas de enfermagem no Brasil. Em São Paulo, essa transformação ocorreu em 1971, quando a Escola de Obstetrícia, anexa ao Departamento de Obstetrícia e Ginecologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, foi integrada à Escola de Enfermagem dessa Universidade. Uma justificativa para tal transferência foi o parágrafo único do artigo 6º do Estatuto da Universidade, que não admitia a “duplicação de meios para fins idênticos ou equivalentes no mesmo município”. Esse princípio se mantém no artigo 11º do atual Estatuto da Universidade de São Paulo. Entre 1971 e 1975, a Escola de Enfermagem manteve alunos nos cursos de graduação em enfermagem e em obstetrícia; porém, com as modificações decorrentes da Resolução nº 4/72, do Conselho Federal de Educação, os dois cursos foram fundidos sob a denominação de Curso de Enfermagem e Obstetrícia.

Esse novo currículo, implantado em 1972, tinha a duração de quatro anos e era desenvolvido em três fases: pré-profissional, tronco profissional comum e habilitação, nas áreas de enfermagem obstétrica, saúde pública e médico-cirúrgica. Em 1994, o currículo mínimo de enfermagem foi novamente modificado, em nível nacional, e as habilitações foram extintas.

Atualmente, a única via que tem sido adotada para formar enfermeiras obstétricas consiste na especialização, tendo como pré-requisito o curso de graduação em enfermagem.

A partir de 1998, a Associação Brasileira de Obstetizes e Enfermeiros Obstetras — Seção São Paulo — vem discutindo o ensino de enfermagem para a assistência ao parto e nascimento, por meio de seminários estaduais, e apontando, como principais críticas ao modelo atual de formação na área, o alto custo, a baixa qualidade e o tempo excessivamente longo para qualificar profissionais para assistência à mulher no ciclo gravídico.

Não pretendo adentrar mais nesta discussão sobre o lugar das obstetizes no panorama atual de mudanças da assistência perinatal. Para finalizar esta subseção, apresento parte do relato de uma das obstetizes que trabalham em Pithiviers, com Odent, há dez anos. É um relato significativo no que diz respeito às identidades dos médicos e das mulheres em termos do fortalecimento dessas últimas.

“Os últimos dez anos me ensinaram uma coisa muito importante: as mulheres devem ter cuidado para não se colocarem tão inteiramente dependente nas mãos de médicos e parteiras quando vão dar à luz aos seus filhos. Como profissionais, nós fomos treinadas para sermos frias, distantes, técnicas – desta maneira não cometemos nenhum engano perante os olhos delas. Como, então, podemos não continuar acreditando, e fazer outros acreditarem, que mulheres, dentro do universo do parto, carecem de criatividade e incentivo, que elas aguardem por nossas soluções? Nós agimos por elas, as ensinamos, organizamos toda a sua vida, até mesmo suas emoções neste momento crucial.

As mães tinham de começar a tomar a iniciativa. Elas não podiam mais temer a fragilidade, a sensação escorregadia dos seus bebês. Ele não pertence aos médicos, não é alguém estranho produto do conhecimento médico, técnico ou poder. Contudo, não era tão simples como soa agora...

Você não renuncia ao papel profissionalmente aprovado de “ladrão de bebês sem uma grande dose de auto-negação. Quando eu era uma ‘ladra’ oficial, eu ficava tão aliviada ao ver o bebê e pensava: “Aí está um menino, aí está ele, vivo! Eu posso segurá-lo, eu tenho o direito.”

Relato de Dominique Poureé (parteira em Pithiviers, Paris; apud Odent, 2002: 120-123)

Resumo do capítulo

Neste capítulo, apresentei as reflexões realizadas acerca dos seguintes tópicos do arcabouço metodológico da ADC: (3) definindo os principais desafios e (4) reconfigurando a questão. Além disso, antecipei algumas perspectivas pensadas para o último tópico (5) refletindo sobre a análise, o qual foi detalhadamente trabalhado nas considerações finais desta tese.

Os principais desafios que foram detectados após as análises da conjuntura, do discurso e das identidades foram os que se seguem:

f) medicalização e do processo de nascimento como prática invasiva e reguladora: a cirurgificação do parto e as cascatas de intervenções como rotinas hospitalares;

g) humanização do parto: movimento recente que contém práticas de assistência baseadas em evidências científicas e que apontam para a mudança nesse paradigma intervencionista;

h) relação médico–paciente em obstetrícia atravessada pelo poder e pela luta pelo poder tanto no que concerne às práticas discursivas quanto sociais;

i) identidades dos médicos e das mulheres marcadas pelas assimetrias, lutas e resistências;

j) ideologias e naturalizações das práticas no parto: perda/afastamento do natural x domínio do aparato tecnológico e do conhecimento especializado (experts) da modernidade tardia.

Com relação à reconfiguração da questão, apontei alguns caminhos já discutidos ao longo da pesquisa, mormente relacionados ao paradigma humanista do universo da parturição. Desse modo, apresentei alguns comentários acerca da medicina baseada em evidências científicas e não apenas em práticas cristalizadas nas rotinas hospitalares obstétricas; refleti sobre o papel da doula, acompanhante de parto, uma figura que foi resgatada de contextos históricos remotos, quando o parto era um evento eminentemente natural e pertencente à esfera do feminino; e, por fim, analisei algumas perspectivas relativas ao papel das enfermeiras obstétricas, no bojo da modernidade tardia, apontando esse novo lugar como uma saída para o atendimento perinatal de baixo risco, que pode ser realizado em casas de parto, como acontece na Unidade Mista de Saúde de São Sebastião, no DF.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

REFLETINDO SOBRE A ANÁLISE

Como vimos ao longo deste trabalho, a valorização da doença e da saúde faz parte de uma história coletiva, em que o senso comum foi sendo modificado ao longo dos séculos. Houve gradativamente uma substituição no imaginário coletivo em que a vontade de agir e o anseio de dominar a natureza sobrepujou a resignação e a idéia de que a doença deveria ser aceita como um castigo do divino. O que antes era algo comum, como a banalidade das mortes na época em que as epidemias e o grande número de óbitos por doença recaíam sobre a população, hoje se tornou um desafio para a ciência médica. Antes da Segunda Guerra Mundial, por exemplo, o médico era procurado somente em situações consideradas graves, (Adam e Herzlich, 2001). Hoje temos um modelo de atendimento médico disponível às grandes massas e marcado por uma grande demanda pelas especialidades.

As sociedades industriais contemporâneas são marcadas pelo ideário de que a doença implica o contato com a medicina e que consultar um médico e seguir suas prescrições é a atitude mais imediata de quem fica doente ou sente algo estranho com o organismo. Tal atitude está imbricada com identidades características de paciente que assume um papel mais passivo em sua interação com a identidade do médico, e que para se tornar um bom paciente, precisa seguir corretamente as prescrições da medicina, como se isso fizesse parte de uma obrigação moral. As relações sociais, discursivas e identitárias que se estabelecem nessa interlocução assim o estabelecem.

Dessa forma, a evolução para a nossa atual situação de uma sociedade ‘medicalizada’ levou séculos e pressupõe a rejeição da visão da doença como um mal incontornável. Nas sociedades ocidentais, tal ideal concretizou-se no desenvolvimento da medicina científica, tributária de um ativismo médico, tendo também contribuído para a eficácia das diversas terapias.

No que concerne à parturição, Odent (2002:128) ressalta que “a crise crônica da obstetrícia, que vem se desenrolando por diversos séculos, atingiu agora um estado agudo”. Segundo esse médico, a revolução nesse universo, que tem sido tão almejada, não será

desencadeada somente pelos profissionais da obstetrícia, uma vez que as mulheres gestantes representam figuras centrais nesse processo de transformação. As mudanças nas concepções da natureza do processo do nascimento e da importância desse período primal desencadearão, também, uma série de implicações nas ciências. O progresso das disciplinas científicas poderá contribuir para essa mudança de paradigma da obstetrícia. Odent acredita que

a natureza do trabalho de parto e o parto em si serão cada vez mais entendidos como sendo um processo cerebral involuntário, podendo ser estudado com muito mais acerto por aqueles preocupados com as mudanças fisiológicas da consciência, tal como o sono e o orgasmo. No entanto, os mais potentes propulsores dessa revolução serão as mulheres (idem ibidem: 128).

As dificuldades nessa luta serão variadas, certamente. Ao reconhecermos a importância dos processos de conscientização e de fortalecimento, não podemos desprezar as limitações existentes no que diz respeito à desconstrução e reconstrução de valores, crenças e idéias arraigadas no nosso senso comum social. Uma análise crítica precisa, pois, entender-se como recurso inesgotável de reflexão, possuindo como pilar a flexibilidade e a abertura.

A vida na modernidade tardia se organiza reflexivamente⁵⁴, reconhecendo que o que nós produzimos não é somente fruto de nossas ações mecânicas, mas sim de uma integração do que é mecânico com o que é reflexivamente construído ao longo da ação. Todos os dias, tomamos decisões e escolhemos sobre como nos vestir, como nos comportar, como comer e, cada vez que pensamos sobre isso, durante nossas próprias práticas, estamos usando a reflexividade para constituir o mundo e para nos constituir enquanto sujeitos (Giddens, 1993:14). As convenções sociais são produzidas e reproduzidas, mas esses processos são monitorados pelos exercícios de reflexividade e a reflexividade sempre tem um componente discursivo (será que me comporto adequadamente? Será que uso esta palavra? Será que como com a mão ou com o talher?, etc.). Por isso, de acordo com Fairclough e Chouliaraki (1999), a reflexividade pode funcionar ideologicamente e ser fonte de sustento para relações de dominação.

⁵⁴ Idéia apresentada no capítulo 1.

Proponho agora realizar um exercício de reflexividade diante do trabalho produzido nesta pesquisa e entender até que ponto os objetivos traçados no início desse projeto e as questões de pesquisa levantadas foram contemplados.

Como já foi destacado, o olhar que pretendo lançar sobre uma temática tão freqüentemente discutida encontra-se assentado em concepções críticas que considera o parto como evento cultural, em sua expressão de relações de poder, e como evento simbólico, em sua construção de identidades de sujeitos reais que vivem em um mundo concreto. Respondo, então, à questão lançada na introdução deste trabalho: “Por que analisar uma questão tão relacionada ao universo da medicina no bojo dos estudos da lingüística? Ou ainda: qual seria a relevância de um olhar sobre a linguagem e a constituição dos discursos no que concerne a práticas médicas?”

Estudar atentamente o papel da linguagem nas práticas sociais é de grande relevância no período atual porque o discurso, em uma perspectiva mais ampla, é visto como um **modo de ação**, no que concerne à capacidade de as pessoas interferirem no mundo em que habitam, um **modo de representar** e um **modo de ser**. Este último aspecto nos leva à imbricação entre as identidades sociais e os discursos que constituem tais identidades. Dessa maneira, o discurso contribui tanto para a reprodução quanto para a transformação social (Fairclough, 1999).

Uma importante característica das mudanças econômicas, sociais e culturais... é que elas existem como discursos, e ainda como processos que estão acontecendo fora do discurso, e esses processos que estão acontecendo fora do discurso são substancialmente moldados por esses discursos (Fairclough, 1999: 4)

Realizo, desse modo, meu exercício de reflexividade sobre as contribuições para este tema tão complexo, utilizando a seguinte metodologia de apresentação. À medida que vou resgatando as questões propostas e os objetivos correspondentes a cada questão, apresento uma síntese das reflexões realizadas ao longo dos capítulos, sempre procurando identificar estes capítulos e/ou seções.

Questão 1- Como as diversas práticas discursivas e sociais da assistência ao parto ao longo da história da humanidade foram constituídas?

Ao longo dos capítulos apresentados, especialmente nos capítulos 2 e 3 diversos discursos, localizados em diferentes formações discursivas e específicas, pertencentes a variados momentos históricos e culturais, se imbricaram. Entender um pouco sobre a dialética entre tais discursos e as estruturas e conjunturas sociais foi muito importante para que não fiquemos presos a uma visão parcial que considera unilateralmente o poder da linguagem, ou, em outro extremo, exclusivamente o poder social. Entender, especialmente no final do capítulo 4, que as formações discursivas se entrecruzam com as práticas sociais e que uma serve de fomento à outra, contribuindo para uma construção bilateral é essencial para um estudo que se compromete crítico.

Assim foi possível contemplar o objetivo concernente a tal questão: **Compreender como as práticas discursivas e sociais concernentes à parturição foram constituídas ao longo da história da humanidade.**

Não poderia deixar de mergulhar nessa rede de conceitos e de histórias (dos discursos que se legitimou denominar ‘história da mulher’ e ‘da parturição’, bem como da saúde e da doença), uma vez que ocupo um lugar, qual seja o de pesquisadora e lingüista, que, de certo modo, não me torna apta a falar sobre a temática em questão sem esse alicerce construído nos dois capítulos iniciais de contextualização. Foi preciso compreender mais profundamente esse novo ‘lugar’ para poder, a partir do meu foco discursivo, ter segurança e intimidade para abordar a temática da parturição. Destaco, então, a segunda questão:

Questão 2- Como se caracterizam, nos dias atuais, as práticas de assistência perinatal? Quais são os paradigmas de atendimento existentes?

Com relação à essa questão, ao final do segundo capítulo e no decorrer do capítulo 4, creio ter atingido o objetivo a ela referente, qual seja o de **investigar como se apresentam os modelos de atendimento perinatal que são predominantes na atualidade, destacando as diferentes formações discursivas, ideológicas e sociais de cada um deles.**

No que diz respeito à questão proposta sobre a constituição das identidades em obstetrícia, retomo a questão para destacar alguns aspectos importantes.

Questão 3- Como se constroem as identidades (auto-identidades e identidades sociais da modernidade tardia) construídas pelas gestantes e pelos/as médicos/as em obstetrícia? De que modo tais essas representações identitárias podem ser localizadas nos diferentes paradigmas de assistência perinatal?

No que tange à construção das identidades dos sujeitos dessa pesquisa – gestantes e obstetras – foi possível encontrar alguns aspectos interessantes, especialmente analisados no capítulo 4. Foi possível verificar que o modo como as pessoas se expressam em seus discursos constrói marcas de identidades e de auto-identidades. As narrativas de identidade das mulheres (especialmente na voz dos médicos) mantêm uma forte relação com a representação social da mulher tradicional, aquela de quem se espera o controle da situação, a calma e a tranqüilidade. As identidades do médico, sob a ótica feminina, passa pelo papel de poder que este profissional exerce na sociedade, é aquele em quem se deposita confiança inquestionável (como se fosse um semi-deus), aquele de quem se espera, além da calma, a intervenção, a agência.

Tais identidades são delineadas, por meio da voz da mulher, de modo a reforçar o senso comum sobre os papéis sociais da gestante e do obstetra, à primeira cabendo uma atitude mais passiva e ao segundo uma atitude mais ativa, o que se relaciona, indubitavelmente, ao conflito de poder que permeia esta relação. No que concerne à corporalidade, é importante lembrar as posturas físicas que marcam a identidade do médico e da mulher no momento do parto: o profissional, vestido de branco (e a cor neste caso é constitutiva de significados subjacentes – é um símbolo do saber e do poder), encontra-se de pé, retirando o bebê, seja pela via alta ou pela via baixa⁵⁵, e a mulher, por outro lado, encontra-se deitada ou semi-reclinada (posição chamada decúbito dorsal no parto normal), assumindo simbolicamente e efetivamente um papel passivo, se for o caso de uma parto cesárea, e, simbolicamente, se for o caso de um parto vaginal, uma vez que neste último, a mulher faz força para o período expulsivo do parto.

Dessa forma, creio ter atingido o objetivo dessa etapa especialmente na seção da análise do discurso do capítulo 4, oportunidade em que pude **examinar as principais**

⁵⁵ Nomenclatura médica para se referir, respectivamente, ao parto cesárea e ao parto normal.

representações que constroem as identidades de médicos/as e gestantes em termos de auto-identidade e identidade social na modernidade tardia, localizando-as nos diferentes modelos de assistência perinatal.

Para finalizar as reflexões em torno das construções e desconstruções nas identidades dos médicos e das mulheres, gostaria de ressaltar os aspectos que apontam para a luta de poder e para as resistências inerentes a todo processo interativo em conflito. Há inúmeras contradições que permeiam tanto as representações dos médicos humanistas e dos intervencionistas, por um lado, como as representações das identidades das mulheres, mais conscientes e fortalecidas ou mais passivas diante da dominação imposta pelo modelo tradicional de assistência perinatal, por outro. Na voz do mesmo médico ou da mesma mulher, percebemos variações e contradições discursivas de modo a demonstrar como a mudança é fluida e dinâmica e que os processos de resistência são, de um modo geral, marcados por avanços e recuos. As mulheres que reivindicam para si mesmas identidades mais empoderadas apresentam, por meio, muitas vezes, de pressupostos lingüísticos ou processos metafóricos, concepções de parto, não como um processo natural, mas como um processo que necessita invariavelmente de uma intervenção. Do mesmo modo, o médico humanista, por vezes, apresenta a mulher como paciente e sua auto-imagem é construída com base em crenças arraigadas de controle e posse dos processos que circundam o nascimento. Esses movimentos que marcam as mudanças de poder e a minimização das assimetrias de relações tão cristalizadas, atravessadas pela dominação (como é o caso do médico e paciente), precisam ser bem observados para não cairmos na armadilha do no julgamento que escraviza os discursos em modelos “x” ou “y”, desconsiderando a dinâmica da mudança.

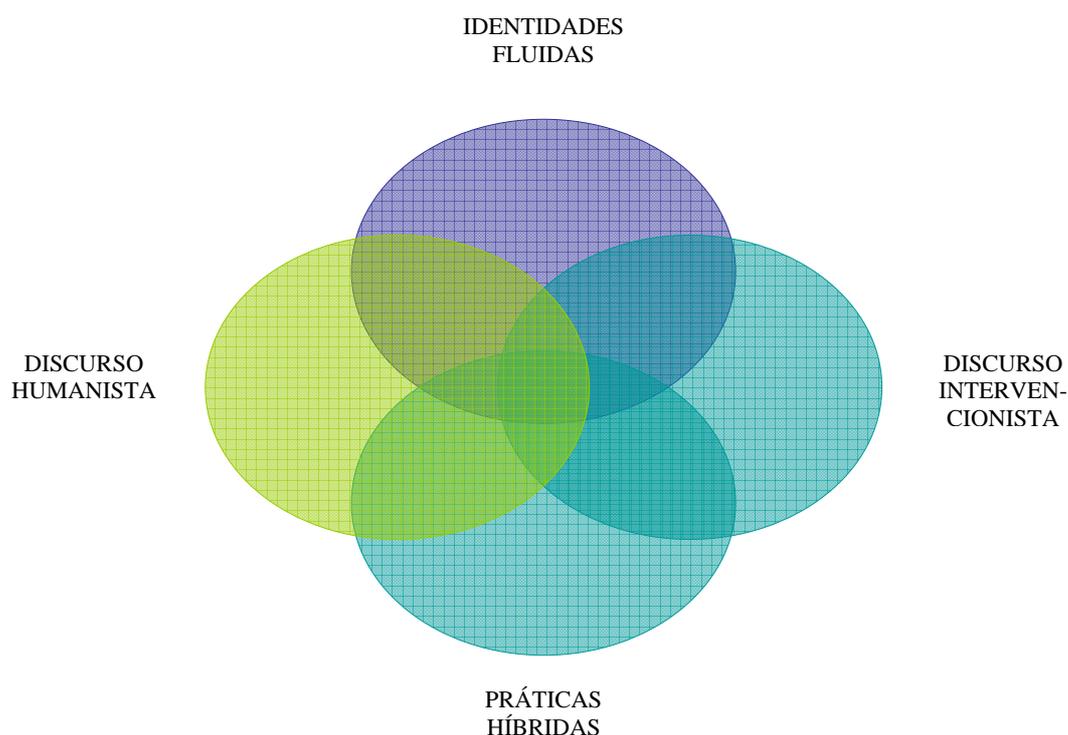


Figura 30: Poder e resistência na interação focalizada

Não pretendo, dessa forma, caminhar para a conclusão sobre as identidades e as diferenças nos discursos dos obstetras e das gestantes repetindo o lugar comum de que as mulheres são vítimas e de que os médicos são vilões. Acredito que o processo é bem mais complexo no sentido de apontar para o modo como as interações entre esses dois papéis sociais se complementam, se alimentam e se retroalimentam mutuamente. Trata-se, na realidade, de uma relação dialética, de maneira que as modificações estruturais das identidades de um dos pólos têm conseqüências irremediáveis no outro pólo. Trata-se de um processo lento, repleto de conflitos, uma vez que as mudanças de paradigmas dos sistemas passam pelas transformações nas identidades dos sujeitos envolvidos, tudo isso marcado e perpassado pela linguagem.

Seguindo, então, essa linha de raciocínio, seria improdutivo estabelecer que o processo de humanização do parto dependeria das alterações nas representações identitárias só das mulheres ou só dos médicos. São nas vivências das práticas sociais e nas interações reais, por meio da conscientização desses processos e das escolhas

informadas que tais mudanças vão se desenhando pouco a pouco, ora motivada por um desses pólos, ora por outro: uma interação criativa e dialética.

Essa reflexão acerca de identidade que apresentei pode ser considerada incipiente diante de um tema tão complexo e intrigante. Todavia, ela também pode ser considerada inovadora, no sentido de acrescentar o olhar lingüístico da questão em foco, por meio da análise do discurso. Diante de uma rica variedade de dados, fiz os recortes e as escolhas que considerei pertinentes, embora ainda espere continuar a desenvolver novas reflexões em um futuro breve.

Gostaria de manter em mente que, por meio do exercício da reflexividade, seja em termos de construção e revisão da auto-identidade, seja no sentido mais social no que tange a papéis que os sujeitos exercem na sociedade, enfim, que por meio desse exercício podemos exercer uma grande influência sobre o dinamismo das instituições modernas (Giddens, 2001:25). O que entendo com isso é que o refinamento e o aprofundamento da reflexividade contribui para a mudança social em diferentes níveis e em diferentes sentidos. O importante é nos atentarmos para o fato de que nosso ‘eu’ (o ‘eu’ de cada um) é construído socialmente, mas não só. É construído reflexivamente e historicamente também.

Para finalizar este trabalho, gostaria de retomar o objetivo geral, que norteou a pesquisa no sentido de ser aquela meta básica, sempre presente como pano de fundo, ou como, fio condutor: **analisar a constituição das identidades e das práticas discursivas e sociais referentes à parturição, com vistas a contribuir para a humanização dos nascimentos.**

Creio que ter em mente esse objetivo me ajudou a não perder de vista a finalidade subjacente a toda elaboração da análise, no sentido de estar, de algum modo, trazendo à tona reflexões de conscientização e de reformulação de idéias. Sei que muitos caminhos ainda ficaram por trilhar, sei que a seleção que se faz em trabalhos como estes também têm suas motivações particulares e não as ignoro.

O que quero deixar registrado é que tratar dessa temática sob o foco do discurso é algo, por si só, mobilizador e inusitado. Foi extremamente prazeroso desvelar algumas realidades

lingüísticas ainda sequer exploradas. Todavia, foi também um terreno bem solitário, o que gerou, por vezes, angústias e dúvidas quanto às contribuições reais do trabalho. Hoje, com ele “finalizado” - entre aspas, pois sabemos que as produções acadêmicas nunca estão ‘prontas’ segundo seus próprios autores - , percebo o quanto caminhei ao longo desses anos de pesquisa. Por vezes, leio e percebo que atingi os objetivos propostos, outras tantas, leio e me auto-questiono e me cobro... Como uma mãe com seu rebento nos braços que teme soltá-lo no mundo e vê-lo crescer... poderia dizer: **que teme parir?** Talvez. Ao mesmo tempo angústia e alegria, orgulho e insegurança... Acredito ter construído uma pequena célula dentro de um vasto campo ainda a ser desvendado, a qual iniciou questionamentos, aprofundou alguns aspectos e somente mencionou outros tantos. Organizar tudo isso de uma forma única e pessoal é, portanto, o que faz desta série de reflexões um conjunto considerável de caminhos.

GLOSSÁRIO⁵⁶

Alojamento conjunto: quando mãe e bebê ficam no mesmo quarto após o parto, sem o uso do berçário.

Analgesia: qualquer recurso medicamentoso que serve para diminuir a dor.

Anestesia: aplicação de drogas e técnicas destinadas a tirar a sensibilidade à dor.

Anestesia geral: conjunto de técnicas anestésicas utilizadas para que o paciente se mantenha desacordado.

Anestesia local: anestesia em pequenas regiões do corpo, feita com injeção de drogas anestésicas perto do local afetado.

Anestesia ou analgesia combinada: o mesmo que duplo bloqueio, combinação de drogas injetadas em duas partes da coluna vertebral, o espaço raquidiano e o espaço peridural. Utilizada em partos normais, graças à menor quantidade de drogas utilizada na combinação, a movimentação e o controle motor da mãe tendem a ser preservados.

Anestesia peridural: tipo de anestesia em que o médico introduz uma cânula na coluna vertebral e injeta uma solução anestésica a cada período

Apgar nota de avaliação da vitalidade do bebê, no primeiro minuto e no quinto minuto de vida.

Baixo risco (gestantes de, partos de): diz-se das mulheres grávidas ou parturientes que não apresentam fatores de risco (exemplos: pressão alta, diabetes, gravidez de gêmeos, prematuros etc.).

Bolsa rota: rompimento da bolsa das águas onde fica o bebê, no útero.

Canal de parto: caminho percorrido pelo bebê desde o útero até a vulva, durante seu nascimento.

Casas de parto: locais onde se realizam partos normais com baixo índice de intervenções, geralmente sob o comando de enfermeiras obstétricas.

Cascata de intervenções: diz-se da seqüência de intervenções feita em muitos partos, visto que poucas intervenções podem ser utilizadas isoladamente.

Centro obstétrico: no hospital, local onde se realizam os partos.

Cesárea: procedimento cirúrgico que consiste no corte de sete camadas do corpo para que se realize a retirada do bebê pelo abdômen da mãe.

Cesárea eletiva: cesárea decidida antes do trabalho de parto; também denominada cesárea por eleição.

Circular de cordão: quando o cordão umbilical faz uma ou mais voltas ao redor do pescoço do bebê.

Colo (do Útero): parte inferior do útero, que o separa da vagina e cuja dilatação deverá atingir 10 cm para o nascimento do bebê.

Colostro: primeira secreção que sai do seio materno, antes da descida do leite. É rica em proteínas, imunoglobulinas, entre outros componentes muito importantes para a saúde do bebê.

⁵⁶ Peço licença à Grilo Diniz e Duarte para utilizar partes do glossário publicado no final do livro: “Parto Normal ou Cesárea? O que toda mulher deve saber (e todo homem também)”, Ed. Unesp. Rio de Janeiro, 2004.

Consentimento informado: documento, assinado pelo paciente, que prova que ele foi avisado das vantagens e desvantagens de determinado procedimento, uso de droga etc., recomendado pelo médico.

Contrações Uterinas: contrações dos músculos do útero que fazem o bebê nascer.

Coroar, Coroamento: quando o bebê está quase nascendo e sua cabeça aparece na entrada da vagina.

Descolamento prematuro da placenta: separação prematura da placenta em relação à parede uterina antes do nascimento, a qual põe em risco a vida da mãe e do bebê.

Desproporção céfalo-pélvica: quando a cabeça do bebê é desproporcionalmente maior do que a abertura da pélvis por onde passa o bebê.

Dilatação: processo e abertura gradual do colo do útero para o nascimento do bebê.

Distocia: parto complicado

Doula: acompanhante especial de parto.

Eclâmpsia, pré-eclâmpsia: conjunto de alterações da pressão sanguínea e de outros parâmetros fisiológicos da mãe, que podem ocorrer na gravidez ou no parto, tornando-o mais propenso a riscos para a mãe e o bebê.

Endorfina: hormônio secretado no corpo humano em resposta a vários estímulos, em especial aos dolorosos, que age como um anestésico natural.

Ensaio clínico randomizado: tipo de pesquisa em que os participantes são sorteados para receber ou não a intervenção (droga, tratamento etc.) com base em uma série de regras para diminuir a chance de resultados tendenciosos e, assim, obter mais valor científico.

Episiotomia: corte feito na entrada da vagina para facilitar ou acelerar a saída do bebê durante o parto. Seu uso de rotina está desaconselhado.

Escolha informada: tradução do inglês *informed choice*; refere-se às escolhas médicas depois de os pacientes terem se informado dos benefícios e riscos de certos procedimentos.

Expulsão: nascimento do bebê.

Fórceps: par de colheres metálicas empregadas por obstetras para retirar o bebê de dentro da mãe, através da tração da cabeça.

Incontinência urinária e fecal: perda involuntária de urina, gases ou fezes.

Intervenção de rotina: procedimento feito sem critérios, para todos.

Lavagem intestinal (enema): aplicação de uma solução no intestino, para que seu conteúdo seja eliminado em seguida.

Líquido amniótico: líquido presente no saco amniótico, no útero, que protege o bebê durante toda a gestação.

Manobra de Kristeller: manobra obstétrica obsoleta, por meio da qual o bebê é empurrado para fora da mãe por uma pressão aplicada sobre o fundo uterino.

Maternagem: cuidados da mãe para com o bebê.

Mecônio: primeiro conteúdo do intestino do bebê, mas que ainda não são fezes, de aspecto verde escuro e denso.

Monitoramento fetal eletrônico: exame feito com um aparelho e duas cintas elásticas presas ao redor da barriga da gestante: uma identifica os batimentos cardíacos do bebê e outra, as contrações uterinas.

Morbidade: quando alguém adoece. Morbidade materna: quando uma mulher adoece por causa da gravidez ou do parto, ou por complicações resultantes do

processo. Morbidade neonatal: quando um bebê fica apresenta enfermidade ou complicações depois de nascer.

Morbí-mortalidade: morbidade (adoecimento) mais mortalidade.

Natimorto: nascido morto.

Neonatal: os primeiros 28 dias de vida do bebê depois do nascimento.

Ocitocina: hormônio produzido pelo corpo humano e que provoca contrações uterinas. Existe também a versão sintética utilizada para induzir ou acelerar um parto.

Parada de progressão: quando o parto pára de evoluir (contrações, dilatação).

Parto domiciliar: parto feito em casa.

Parto Leboyer: parto suave, com luz baixa e poucos sons, em ambiente favorável à diminuição do trauma sensorial do bebê no momento do nascimento.

Parto operatório: parto com fórceps ou vácuo-extrator.

Parto vaginal: parto por via baixa, parto *normal*.

Pélvico (bebê, parto): termo utilizado quando o bebê está sentado no útero, situação comum em cerca de 3% das gestações. O contrário de pélvico é cefálico, ou seja, de cabeça para baixo.

Perinatal: referente ao período que antecede o parto e vai até seis dias depois do nascimento de um bebê.

Períneo: espaço e conjunto de músculos e outros tecidos, localizado entre a vagina e o ânus.

Períneo íntegro: diz-se do períneo que não teve lacerações espontâneas nem episiotomia durante um parto.

Período de transição: período no final da dilatação do colo do útero, no qual normalmente a mulher tem a sensação de perda do controle.

Período expulsivo: período iniciado quando o colo do útero atinge 10 cm de dilatação e finalizado com o nascimento do bebê.

Placenta: órgão responsável pelo suprimento de sangue, nutrientes e oxigênio para o bebê. Formado durante a fase inicial da gestação, sai do útero depois do nascimento do bebê.

Placenta prévia: afixação da placenta na parte inferior do útero, sobre o colo.

Plano de parto: lista de escolhas que a mulher ou o casal faz a respeito do parto e nascimento de bebê.

PNAC: parto normal após cesárea.

Ponto do marido: diz-se do último ponto dado pelo médico quando ele está costurando a episiotomia, e que torna a entrada da vagina mais *apertada* artificialmente.

Pós-parto: o mesmo que puerpério.

Primigesta: gestante grávida de seu primeiro filho.

Prostaglandina: substância presente no corpo humano, mas também fabricada para a indução do trabalho de parto.

Protocolos hospitalares: conjunto de regras e rotinas de determinado hospital.

Puerpério: período de quarenta dias após o parto, também conhecido por pós-parto.

Randomizado: aleatório, ao acaso.

Recomendações da Organização Mundial da Saúde: série de recomendações para o parto e para o atendimento ao recém-nascido, baseadas em evidências científicas.

Ruptura da bolsa das águas: rompimento da bolsa do líquido amniótico, quer artificial, quer naturalmente.

Ruptura uterina: evento raro, quando o útero se rompe durante a gravidez, mais comumente quando há cicatriz cirúrgica no útero ou se usam medicamentos que provam fortes contrações.

Septicemia: infecção generalizada que pode acontecer, principalmente, depois de uma cirurgia onde há contaminação.

Sofrimento fetal: série de sintomas que ocorre quando o suprimento de oxigênio do bebê está comprometido parcial ou totalmente, provisória ou definitivamente.

Soro: líquido que serve para ser injetado na veia de uma pessoa. Geralmente, nas maternidades, quando se fala em *soro* ou *sorinho*, estão se referindo à infusão de soro com hormônios sintéticos para acelerar ou induzir o parto.

Suíte de parto, LDR (*labor and delivery room*), salas PPP: salas de parto onde a mulher é internada em trabalho de parto, tem seu bebê e passa algum tempo depois do nascimento.

Toque vaginal: exame que consiste na introdução de dois dedos na vagina da mulher. Quando realizado durante o trabalho de parto, serve para avaliar a dilatação do colo uterino ou a posição da cabeça do bebê.

Trauma perineal: quando o períneo sofre algum *machucado*, seja episiotomia seja laceração espontânea.

Tricotomia: raspagem dos pêlos pubianos, antigamente feita rotineiramente, pois se acreditava que era mais *higiênico*.

BIBLIOGRAFIA DE REFERÊNCIA

- ADAM, P. & HERZLICH, C. 2001. *Sociologia da doença e da medicina*. São Paulo. Edusc.
- ALTHUSSER, L. 1971. *Ideologia e aparelhos ideológicos de estado*. Lisboa, Editorial Presença.
- ARNEY, W. R. 1982. *Power and the profession of obstetrics*. The University of Chiacago Press. Chicago.
- ATKINSON, Paul. 1992. *Undestanding ethnographic texts*. Newbury Park, London, New Delhi: Sage Publications.
- BAKHTIN, M. 1986. *Marxismo e filosofia da linguagem*. São Paulo, Hucitec.
- _____. 1992. *Estética da criação verbal*. São Paulo, Martins Fontes.
- BALASKAS, Janet. 1993. *Parto ativo Guia prático para o parto natural*. Trad. Adailton Salvatore Meira. São Paulo: Ground.
- BARBAUT, J. *O Nascimento através dos tempos*. Lisboa, Terramar, 1990.
- BAUMAN, Z. 2001. *Modernidade Líquida*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- BENVENISTE, E. 1995. *Problemas de lingüística I*. Campinas, São Paulo: Pontes.
- _____. 1989. *Problemas de lingüística II*. Campinas, São Paulo: Pontes.
- BILLIG, M., CONDOR, S., EDWARDS, D., GANE, M., MIDDLETON, D., RIDLEY, 1988. *Ideological dilemmas: a social psychology of everyday thinking*. Londres: Sage Publications.
- BOURDIEU, P. 1992. *A economia das trocas simbólicas*. São Paulo, Mercado das Letras.
- BRADLEY, J. 1993. "Methodological issues and practices" in *Qualitative research*. *Library Quarterly*, v. 63, n. 4.
- BRANDÃO, H. N. 1995. *Introdução à Análise de Discurso*. Campinas, Unicamp.
- CAMERON, Deborah. 1992. *Feminism & Linguistic Theory*. 2ed. London. MacMillan.
- _____. 1995. *Verbal Higiene*. London e New York. Routledge.
- CAMERON, D.; FRAZER, E.; HARVEY, P.; RAMTPON, M. B. H. & RICHARDSON, K. 1992. *Researching language: issues of power and method*. London, Routledge.
- CARRANZA, M. 1994. "De cesáreas, mulheres e médicos: uma aproximação médico-

antropológica ao parto Cesário no Brasil”. Brasília. Dissertação de mestrado em Antropologia Social (material não impresso). UNB.

- CHOULIARAKI, L. & FAIRCLOUGH, N. 1999. *Disourse in late modernity: rethinking Critical Discourse Analysis*. Edinburgh University Press.
- CLARK, R. et alli. 1991. *Critical language awareness: towards critical alternatives*. *Language and Educations* 5, 41-54.
- COATES, J. 1986. *Women, men and language*. Londres: Longman.
- COROA, M. L. 2005. *O tempo nos verbos do português*. São Paulo: Editora Parábola.
- DEL PRIORI, M. 1993. *Ao sul do corpo: condição feminina, maternidades e mentalidades no Brasil Colônia*. Rio de Janeiro: José Olympio Editora; Brasília, Universidade de Brasília.
- DENZIN, N. 1970. *The research act in sociology: a theoretical introduction to sociological method*. New York, McGraw-Hill.
- DINIZ, CARMEM S. G. 1996. *Assistência ao parto e relações de gênero: elementos para uma releitura médico-social*. Dissertação de mestrado. Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. SP.
- DINIZ, C.S.G. & DUARTE, A. C. 2004. *Parto Normal ou Cesárea? O que toda mulher deve saber (e todo homem também)*. São Paulo: Unesp.
- ENKIN, M., KEIRSE, M. , NEILSON, J., CROWTHER, C., DULEY, L., HODNETT, E., HOFMEYR, J. 2000. *Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto*. Rio de Janeiro: Guanabara koogan.
- FAIRCLOUGH, N. 1995. *Critical discourse analysis*. London and New York, Longman.
- _____ 1992a. *Critical language awareness*. London, Logman.
- _____ 1992b. *Discourse and Social Change*. Cambridge, Polity press.
- _____ 1989. *Language and Power*. London, Longman.
- _____ 2001. *Discurso e mudança social*. Coordenadora de tradução: Izabel Magalhães. Brasília, ed. Universidade de Brasília.
- _____. 2003. *Analysing Discourse – Textual analysis for social research*. Routledge: London.
- FERREIRA, Lúcia M. ^a e ORRICO, Evelyn D. (org). 2002. *Linguagem, Identidade e*

- memória social. Novas fronteiras, novas articulações.* Rio de Janeiro, DP&A.
- FOUCAULT, M. 1977. *Vigiar e Punir*. Rio de Janeiro, Petrópolis: Vozes.
- _____. 1996. *História da Sexualidade*. Vol. 1 São Paulo: Graal.
- _____. 2000. *A arqueologia do saber*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária.
- FREIDSON, E. 1984. *La profession médicale*, Paris: Payot.
- GEERTZ, C. 1978. *A Interpretação das culturas*. Rio de Janeiro, Zahar Editores.
- GIANETTI, E. 1997. *Auto-engano*. São Paulo: Companhia das Letras.
- GIDDENS, A. 1991. *Modernity and self-identity: self and society in late modern age*.
Cambridge, Polity Press.
- _____. 2002. *Modernidade e Identidade*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- GOFFMAN, E. 1981. *Forms of talk*. Oxford: Basil Blackwell.
- GORDON, R. 2004 *A assustadora história da medicina*. São Paulo: Ediouro.
- GRADDOL, David & SAWANN, Joan. 1992. *Gender voices*. Oxford, Blackwell.
- GRAMSCI, A. 1971. *Selections from the prison notebooks*. New York: International Publishers, The Intellectuals.
- GUALDA, D. 1994. “Assistência ao parto hospitalar sob a perspectiva da mulher”.
Revista Paulista de Enfermagem. V. 13 n. 1/3, p. 24-7, jan./dez.
- GUIMARÃES, E. 1995. *Os limites do sentido*. Campinas, Pontes.
- HALL, Stuart 1992 *A identidade cultural na pós-modernidade*. 4ª edição. Rio de Janeiro RJ, DP & A editora.
- HALLIDAY, M. A. K. 1975. Estructura y function del language. In: J. Lyons (org.)
Nuevos horizontes en la linguística. Madri: Alianza, pp.145-173.
- _____. 1985. *Introduction to functional grammar*. Londres: Edward Arnold.
- HALLIDAY, M. & HASAN, R. 1985. *Language, context and text: aspects of language in a social-semiotic perspective*. Series Editor: Frances Christie. Oxford, University Press.
- IVANIC, R. 1997. *Writing and identity*. Amsterdam/Philadelphia, John Benjamins publishing company.
- IÑIGUEZ, L. 2004. *Manual de Análise do Discurso em Ciências Sociais*. Rio de Janeiro: Vozes.
- JANK, H. 1993. *Language, identity & power*. Johannesburg, África do Sul, Hodder &

- Stoughton (Critical Language Awareness Series).
- JORGE, D. R. 1976. *Evolução da legislação federal do ensino e do exercício profissional da obstetriz (parteira) no Brasil*. Sociedade Beneficente São Camilo. São Paulo.
- KOCH, Ingedore G. V. 1999. *Argumentação e linguagem*. São Paulo, Cortez.
- KRESS, GUNTHER e LEEWEN. THEO. 1996. *Reading images: the grammar of visual design*. London and New York: Routledge.
- LEBOYER, F. 1998. *Se me contassem o parto*. São Paulo: Ground.
- LIEBSCHER, P. 1998. Quantity with quality ? Teaching quantitative and qualitative methods in a LIS Master's program. *Library Trends*, v. 46, n. 4. Spring.
- MAGALHÃES, I. 1995. "Práticas discursivas de letramento: a construção da identidade em relato de mulheres." In: Kleiman, A. (org.) *Os significados do letramento*. Campinas, Mercado das Letras, pp. 201-235.
- _____. 1996. "Linguagem e identidade em contextos institucionais e comunitários". *Cadernos de Linguagem & Sociedade*. Brasília DF, 2 (1): 42-61.
- _____. 2000. *Eu e Tu: A constituição do sujeito no discurso médico*. Brasília. Ed. Thesaurus.
- _____. 1990. "Comunicação não-verbal". *Ciência e Cultura*. 42 (3/4): 248-251,
- _____. "A critical discourse analysis of gender relations in Brazil". *Journal of Pragmatics*, 23: 183-197. 1995.
- MALDONADO, M. 1997. *Psicologia da gravidez*. 14ª ed. São Paulo: Saraiva.
- MANGUENEAU, D. 1989. *Novas tendências em análise de discurso*. Campinas/ São Paulo, Pontes.
- MARTINS, Nilce S. 1997. *Introdução à estilística*. 2 ed. São Paulo, T. A . Queiroz.
- MEY, Jacob. L. 2001. *Pragmatics: an introduction*. Malden e Oxford: Blackwell.
- MILES, Matthew B. & HUBERMAN, A. Michael. 1984. *Qualitative data analysis: a sourcebook of new methods*. Beverly Hills, CA: Sage.
- MILLS, Sara. 1995. *Feminist Stylistics*. London & New York. Routledge.
- MISHLER, E. 1994. *The discourse of medicine: dialectics of medical interviews*.

- Norwood, New Jersey: Ablex Publishing Company.
- MONTICELLI, M. 1997. *Nascimento - como um rito de passagem*. São Paulo: Robe Editorial.
- NOGUEIRA, A.T. & LESSA, C. 2003. *Mulheres contam o parto*. São Paulo: Itália Nova Editora.
- ORLANDI, E. P. 1998. *Análise de discurso: princípios e procedimentos*. Campinas, ODENT, M.1992. *The nature of birth and breastfeeding*. London: Bergin & Garvey.
- _____.2002. *O Renascimento do parto*. Saint Germain. Florianópolis.
- _____. 2002. *O camponês e a parteira: uma alternative à industrialização da agricultura e do parto*. Ground. São Paulo.
- O'DISCOLL, K., FOLEY, M. 1983. "Correlation of decrease in perinatal mortality and increase in cesarean section rates". *Journal of American College of Obstetrics and Gynecology*. V. 61, n. 1, p. 1-5.
- PAMPLONA, VL.1990. *Mulher, parto e psicodrama*. Agora. São Paulo.
- PARSONS, T. 1975. "The sick role and the role of the physician reconsidered", *Milbank Memorial Fund Quartely/Health and Society*, vol. LIII, nº 3.
- PEDRO, E. R. 1997. *Análise crítica do discurso. Uma perspectiva Sociopolítica e Funcional*. Editorial Caminho. Lisboa.
- PINHO, R. CAMARGO, V., LEON, C. 2001. "As representações sociais de gestantes sobre o parto" Monografia inédita do curso de especialização: Saúde perinatal, redução e desenvolvimento do bebê – Ciências da Saúde UNB. Brasília.
- PINOTTI, J. A e SABATINO, J. H.1987. *Medicina Perinatal*. Editora da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). São Paulo.
- RAJAGOPALAN, Kanavilil. "Teorizando a resistência". UNICAMP, SP. Sem data.
- _____. 2003. *Por uma lingüística crítica: linguagem, identidade e questão ética*. São Paulo: Parábola Editorial.
- RAJAGOPALAN, K & FERREIRA, D.M. 2006. *Políticas em Linguagem: perspectivas identitárias*. São Paulo: Editora Mackenzie.
- REZENDE, J. 1998. *Obstetrícia*. Ed. Guanabara Koogan S. A. Rio de Janeiro. 8ª ed.
- REZENDE, J e MONTENEGRO, C. A. B.1995. *Obstetrícia Fundamental*. Guanabara Koogan. Rio de Janeiro. 7ª ed.
- RODRIGUES, Livia P. F. 1999. *Lobas e grávidas Guia prático de preparação para o*

- parto da mulher selvagem*. São Paulo: Ágora.
- SABATINO, Hugo. 2005. Parto na vertical. Trabalho realizado no grupo de Parto Alternativo do Departamento de Tocoginecologia da FCM, Unicamp, SP.
- SABATINO, H.; DUNN, P.; CALDEYRO-BARCIA, R. 2000. Parto Humanizado: Formas Alternativas. 2 ed. Campinas, São Paulo: Editora da Unicamp.
- SAVAGE, W. 1996. "The Caesarean Section Epidemic: a psychological problem?" *Journal of the Association of Chiropractic Physiotherapists in Women's Health*. V. 79, p. 13-6.
- SIGNORINI, I. (org.) 1998. *Lingua(gem) e identidade*. São Paulo/ Campinas, Mercado das Letras.
- SILVA, Denize Elena G. e VIEIRA, Josênia A. (orgs.). 2002. *Análise do Discurso. Percursos teóricos e metodológicos*. Brasília.
- SILVA, T. T (org.), HALL, S. & WOODWARD, H. 2000. Identidade e diferença. Rio de Janeiro: Editora Vozes.
- SILVEIRA, Jeanete. O apagamento discursivo da diferença na comunicação médico-paciente. Universidade de Brasília, 1993, dissertação de mestrado inédita.
- STROUHAL, E.1977. "Maternity of ancient Egypt". In: *Anthropology of maternity*. Charles University, Prague.
- THOMAS, Jim. 1993. *Doing critical ethnography*. London/California, New Delhi, Sage.
- THOMPSON, John B. 1995. *Ideologia e cultura moderna*. Petrópolis, Vozes.
- ZUGAIB, M. TEDESCO, J., QUYLE, J. 1997. *Obstetrícia psicossomática*. São Paulo: Atheneu.