

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA

LIDIELE BERRIEL DE MEDEIROS

**ROTAS DE FUGA NO CIBERESPAÇO: ITINERÁRIOS DE MULHERES
EM BUSCA DO PARTO DESEJADO**

Porto Alegre

2014

LIDIELE BERRIEL DE MEDEIROS

Rotas de fuga no ciberespaço: itinerários de mulheres em busca do parto desejado

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção do título de mestre.

Área de Concentração: Saúde, Educação e Sociedade.

Orientadora: Tatiana Engel Gerhardt

Porto Alegre

2014

CIP - Catalogação na Publicação

Medeiros, Lidiele Berriel de
Rotas de fuga no ciberespaço: itinerários de
mulheres em busca do parto desejado / Lidiele
Berriel de Medeiros. -- 2014.
99 f.

Orientadora: Tatiana Engel Gerhardt.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de
Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Porto Alegre, BR-RS,
2014.

1. humanização da assistência ao parto e
nascimento. 2. movimentos sociais. 3. ciberespaço. I.
Gerhardt, Tatiana Engel, orient. II. Título.

Lidiele Berriel de Medeiros

Rotas de fuga no ciberespaço: itinerários de mulheres em busca do parto desejado

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção do título de mestre.

Aprovada em 5 de dezembro de 2014.

Banca Examinadora

Profa. Dra. Tatiana Engel Gerhardt
Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)
Orientadora

Profa. Dra. Cristianne Maria Famer Rocha
Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)
Examinadora titular

Profa. Dra. Fernanda Bittencourt Ribeiro
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS)
Examinadora titular

Prof. Dr. Luciano Bedin da Costa
Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)
Examinador titular

À Manuela, que inspirou esta pesquisa.

AGRADECIMENTOS

A tessitura desta dissertação se fez no cruzamento e acúmulo de fios diversos, contribuições de múltiplas origens que dão corpo e vida às linhas que seguem. Essa característica torna complexa a tarefa de elaborar agradecimentos, face ao receio de esquecer algum dos muitos que merecem ser aqui lembrados. Prossigo conforme a memória me permite, porém ciente de que a escrita não conseguirá dar conta de apresentar minha gratidão em sua totalidade.

Em primeiro lugar, agradeço a todas as mulheres que sonham e lutam pela possibilidade de um parir digno no Brasil. Lançar-me em seus fluxos de ativismo permitiu a abertura de novos mundos de possibilidades, não apenas como pesquisadora, mas como mulher, mãe, ativista, sujeito implicado com a realidade que me cerca e, tantas vezes, desconcerta. Sou, portanto, muito grata pela oportunidade de navegar nestas águas. Em especial, agradeço àquelas que, ao mesmo tempo em que lutam, ousam lançar olhares críticos e pensantes sobre seus processos de ativismo, pela inspiração e esperança que despertaram em mim.

Minha gratidão maior à Manuela, minha filha, responsável por me introduzir neste universo de ativismo pela humanização da assistência ao parto e nascimento no país. Com sua vida pulsante e arrebatadora, Manu me deu forças para prosseguir mesmo em meio às dificuldades, e inspiração para traçar novos caminhos frente ao desconhecido. Até mesmo companhia em algumas atividades presenciais ela me propiciou, mamando e dormindo entre diferentes aulas do mestrado, ainda com poucos meses de vida. Gratidão, minha filha, por caminhar comigo e tornar meus dias mais felizes e plenos!

Ainda retomando os vínculos familiares, não posso deixar de agradecer a meu querido Filipe, companheiro sempre amável e presente, cujo suporte foi fundamental para que eu pudesse me dedicar à pesquisa e à escrita nestes dois anos tão intensos e desafiadores para nós dois.

Outras pessoas da minha família também me apoiaram de modo fundamental, e precisam ser lembradas: minha irmã Juliana e minha tia e madrinha Ligia, sempre tão disponíveis e dedicadas no cuidado com Manuela quando necessário; meus pais Liria e

Airton, que em diferentes momentos me apoiaram; minha tia Leda, meus primos Carol, Gabi e Matheus, e toda a minha rede familiar, sempre presente e a me fortalecer, mesmo em minhas ausências.

É imprescindível agradecer também às amigas e amigos que me acompanharam neste processo de pesquisa e de diferentes modos contribuíram para sua plena realização, em especial à Lara, Camilla e Luiz Felipe.

Falando em amizade, agradeço também a meus colegas de mestrado, companheiros de jornada com quem muitas vezes compartilhei angústias e alegrias do processo de pesquisa, em especial a Clarice, Felipe e Ana Celina, e às colegas Aline e Daniela, que encontrei em outros programas de pós-graduação e que igualmente contribuíram em meu processo de tornar-me mestre.

Meu agradecimento estende-se também a todos os professores deste Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, por sua generosidade na arte de ensinar, bem como a seu coordenador, Ricardo Burg Ceccim, por seu acolhimento e preciosas contribuições nos momentos primeiros da pesquisa.

Agradeço carinhosamente à minha orientadora, Tatiana, pela disponibilidade generosa em me acompanhar e pela confiança e liberdade que me ofertou para encontrar, em meio a incertezas tantas, um percurso possível de investigação. Seu apoio irrestrito foi fundamental para a realização desta pesquisa e escrita da dissertação.

Por fim, expresso minha gratidão aos membros da banca de defesa da dissertação, cujas contribuições valiosas foram fundamentais no processo de pesquisa: Fernanda Bittencourt Ribeiro, Cristianne Maria Famer Rocha e Luciano Bedin da Costa, sendo que estes dois últimos foram fundamentais também em sua atuação como meus professores, me possibilitando discutir e aprofundar as problemáticas de pesquisa nos espaços de ensino que coordenavam.

Agradeço ainda a todos e todas que, na impossibilidade de serem aqui numerados e nomeados, demarcaram um espaço especial na minha memória afetiva, por sua contribuição a este trabalho com conversas, inspirações, alegria e vida.

RESUMO

MEDEIROS, Lidiele Berriel de. **Rotas de fuga no ciberespaço: itinerários de mulheres em busca do parto desejado**. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

A presente pesquisa traça uma cartografia do movimento social pela humanização do parto e nascimento no Brasil, que surge por volta de 1970 e ganha ampla adesão das mulheres usuárias de sistemas de saúde duas décadas depois, em um processo intimamente relacionado à democratização da internet e mais especificamente do ciberespaço. Após retomar os processos históricos do movimento, a dissertação ocupa-se de acompanhar especialmente os fluxos de luta estabelecidos pelas mulheres no ciberambiente, abordando as diferentes produções que nele emergem e seus desdobramentos na sociedade. A partir do aporte conceitual da esquizoanálise, buscou-se compreender como se articulam fluxos individuais e coletivos de luta e busca pelo parto humanizado, e de que modo estes vêm incidindo no cenário da assistência obstétrica no País. Concluiu-se que os itinerários individuais e coletivos se produzem em um plano comum e têm incidido na ampliação do diálogo sobre a assistência à parturiente no País. Tais fluxos parecem abrigar muitas potências, dentre as quais, se evidencia a contribuição à modificação do modelo de atenção ao parto vigente, além do fortalecimento do próprio movimento de humanização do parto.

PALAVRAS-CHAVE: parto humanizado; humanização do nascimento; ciberativismo; violência obstétrica;

ABSTRACT

Escape routes in the cyberspace: women itineraries in search of desired child-birth

This research draws a map of the social movement for the humanization of childbirth in Brazil, which arises around 1970 and gains broad support of women health system users two decades later, in a process closely related to the democratization of the Internet and more specifically, of cyberspace. After exposing the historical movement processes, the dissertation deals with follow especially the fight fluxes established by women in cyberspace, addressing the different productions that emerge in it and its consequences in society. We tried to understand how are articulated individual and collective fluxes of struggle and search for humanized birth, and how they affect the scene of obstetric care in the country. It was concluded that the individual and collective itineraries are produced in a common plan, and have affected on expanding the dialogue on assistance to the woman in labor in the country. Such fluxes seem to harbor many powers, among which highlights the contribution to the modification of the attention to current child-birth model besides the strengthen of the child-birth humanization movement itself.

KEYWORDS: Cyberspace, humanized child-birth, humanization of birth, cyberactivism, obstetric violence.

LISTA DE FOTOGRAFIAS

Fotografia 1 – Marcha do Parto em Casa - Porto Alegre	29
Fotografia 2 – Marcha do Parto em Casa - Rio de Janeiro	30
Fotografia 3 – “Queremos assistência baseada em...”	30
Fotografia 4 – “Chega de parto violento para vender cesárea.....	51
Fotografia 5 – Imagem de site da presidenta Dilma	54
Fotografia 6 – Marcha pela humanização do parto – Rio de Janeiro	58
Fotografia 7 – “O parto é meu”	59
Fotografia 8 – Vanessa e seu bebê	67
Fotografia 9 – “O útero é meu”	78
Fotografia 10 – “Nascerei quando estiver pronto”	79
Fotografia 11 – “Meu parto, minha escolha”	79
Fotografia 12 – Manifestantes pela humanização do parto	80

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Cartaz da Marcha das Vadias – Rio de Janeiro	36
Figura 2 – Teste de violência obstétrica	45
Figura 3 – Mapa da violência obstétrica	48

LISTA DE SIGLAS

ABENFO – Associação Brasileira de Obstetizas e Enfermeiras Obstetizas
ANDO – Associação Nacional de Doulas
ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar
CLADEM – Comitê Latino-Americano e do Caribe para a Defesa dos Direitos da Mulher
CPMI – Comissão parlamentar mista de inquérito
CPN – Centro de parto normal
CREMERJ – Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro
CREMESP – Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
FEBRASGO – Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia
GO – Ginecologista obstetra
MBE – Medicina baseada em evidências
MS – Ministério da Saúde
OMS – Organização Mundial da Saúde
ONG – Organização não governamental
ONU – Organização das Nações Unidas
OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde
PAISM – Programa de atenção integral à saúde da mulher
PD – Parto domiciliar
PHPN – Programa de humanização do parto e nascimento
PP – Parto do Princípio
ReHuNa – Rede pela humanização do parto e nascimento
RN – Recém-nascido
SUS – Sistema Único de Saúde
UNICEF – United Nations Children's Fund (Fundo das Nações Unidas para a Infância)
VBAC – Vaginal Birth after Cesarean (parto vaginal após cesárea)
VBA2C – Vaginal Birth after 2 cesareans (parto vaginal após duas cesáreas)
VO – Violência obstétrica

SUMÁRIO

GESTAÇÃO E NASCIMENTO DE UMA PESQUISA.....	12
1. PISTAS PARA IMERSÃO NOS PLANOS ESTUDADOS.....	16
1.2 LINHAS METODOLÓGICAS.....	21
2. PLANOS MOVENTES – PARTO E NASCIMENTO NO BRASIL.....	26
2.1 MOVIMENTOS SOCIAIS E POLÍTICAS DE SAÚDE.....	26
2.2 MULHERES EM DESLOCAMENTO.....	39
2.3. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.....	46
3. ENTRE O CIBERESPAÇO E AS RUAS.....	55
4. RELATOS DE PARTO.....	61
5. O PERCURSO DE VANESSA.....	63
6. LINHAS DE ADELIR.....	71
7. ROTAS DE FUGA, CAMINHOS DE RESISTÊNCIA.....	83
8. FIM DE LINHA?.....	87
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	93

GESTAÇÃO E NASCIMENTO DE UMA PESQUISA

(...) fui arremessada à página de forma incondicional. Desencadeou-se um processo de produção de um tipo de escritura fragmentária, à qual me abandonei. Ao sabor das experimentações com que ela me acenava, me espantei ao me ver forçada a explorar estados inéditos de mim mesma, a me defrontar com situações que fugiam sistematicamente do controle. E isso me pareceu bastante absurdo, por vezes me perguntei: que fluxos são esses que se intrometem no meu corpo e me arrastam para esses abismos de sentido, revolvendo o chão firme em que acreditava pisar? De onde eles vêm? Que risco é esse que preciso aceitar? (PRECIOSA, 2010, p. 17)

Com formação em artes visuais, recém-egressa da residência em saúde mental coletiva e atuando em uma escola especializada no atendimento a jovens e adultos em situação de rua e vulnerabilidade social, ingressei no mestrado em Saúde Coletiva motivada por uma série de inquietações no campo da saúde mental. Grávida, realizei todas as etapas do processo seletivo no estágio final da gestação, sendo que a última delas, a entrevista, foi realizada em meio às primeiras contrações, comigo a torcer e “pedir” à Manuela que esperasse um pouco mais para chegar. Dois dias depois, com quase 41 semanas de gestação, acontecia o parto e, com ele, um percurso de vida e de pesquisa parecia (re)partir-se. Vi-me apartada das habituais certezas, com meus usuais parâmetros, desejos e projetos aparentemente dissolvidos como pó. Em meio a estes deslizamentos, permaneciam constantes conexões iniciadas, ainda que timidamente, na gestação, em redes sociais da internet, com mulheres interessadas em discutir nascimentos e seus desdobramentos. Os fluxos experimentados nestes espaços, que passei a ocupar mais intensamente no pós-parto, pareciam influir na compreensão de meus próprios inéditos processos de vida. Tudo era novo, então, ler fragmentos de outras existências também interpeladas pela maternidade era, por vezes, como um alento. Não pelo conforto, que este, algumas vezes, cedia lugar ao incômodo da dúvida, espaço de pensamento em meio à enxurrada de instinto e emoção que parecia me inundar. Antes, era justo o desconfortar-se trazido pelo questionamento, pelo convite a lançar olhares capazes de colocar em questão experiências, minhas e de outras tantas mulheres. Se o acontecimento da maternidade fraturava antigas estruturas, colocava-me também no turbilhão de novas redes moventes de produção de vida. Alentador foi encontrar espaços que, ainda que não presenciais, oportunizam a partilha de um (in)comum, muitas vezes inviabilizada no esfacelamento cotidiano de laços que caracteriza a existência contemporânea.

Não é tarefa das mais simples fissurar o muro que retém ao abismo simbólico mulheres na condição de mãe, pois essa exige, num primeiro momento - ou ao menos convida a -, uma alteração no ritmo frenético que temos por modo de vida, especialmente nas grandes cidades. Se, no passado, mais organicamente se constituíam grupos de suporte às puérperas, em geral formados por outras mulheres, tais círculos de apoio fragilizam-se em nossa sociedade individualizada, que, segundo Bauman (2008), possui condições inóspitas à ação solidária, sendo caracterizada justamente pelo afrouxamento dos laços sociais que poderiam alicerçá-la. O autor comenta que questões comuns a multidões são enfrentadas de modo solitário em nossa sociedade. Entre sentidos compartimentados e isolamentos atormentados, outros arranjos insistem, contudo, em (re)nascer. Buscas disparadas por necessidades individuais podem, inesperadamente, abrir janelas que deem a ver paisagens em comum, comuns trabalhos para muitas mãos. Assim, a singularidade de um parto pode dar partida a movimentos coletivos, emaranhado de linhas de vida engendrando potências insurgentes. Emergem multidões de mulheres manifestando desconforto com o rótulo de “mãezinha”, ainda distribuído de modo contumaz em certos contextos institucionais que, desta forma, buscam lhes apagar os traços autorais; as linhas que cuidam para que nada lhes escape ao controle, pela amarra de movimentos corporais e subjetivos, passam a ser contorcidas; tensionadas, vibram em novos ritmos. Nessas variações, abre-se espaço à formação de máquinas de desmoronamento, que fazem deslizar territórios instituídos e desestabilizam tradicionais relações de poder.

Tais processos podem ser observados no movimento pela humanização do parto e nascimento que vem se constituindo nos últimos anos no Brasil, especialmente em sua articulação às redes sociais da internet, junto às quais se estabelece esta pesquisa. Blogs, páginas temáticas e grupos de discussão em sites como o Facebook constituem ambientes que permitem fluxos individuais, acolhendo e revelando experiências da carne; tais fluxos podem, no seguimento de seu curso, ver-se encharcados por outras correntes, tomados por novas configurações e direcionamentos ao percorrermos e modificarmos esses espaços.

Estas redes de conversação, em que me lancei num primeiro momento em virtude de minha experiência com a maternidade, passaram a ser habitadas também como plano de pesquisa. O interesse nas navegações iniciais sempre orbitou em torno do evento do nascimento, experiência da (minha) carne a invadir o plano do pensamento.

Ponto de partida: meu parto, normal como desejado, mas longe de ser humanizado como eu gostaria; parto-conflito, entre meu desejo e protocolos a deslegitimá-lo; uma experiência de regulação do meu corpo no processo de parir e de apagamento institucional da minha voz: “cale-se ou não mais haverá espaço para atender-te!”. Parto-impulso-movimento, talvez na tentativa de ressignificar e deixar que em consequência dele produzam-se marcas outras para além das físicas e psíquicas já consolidadas. Nesse percurso, pelo contágio com experiências comuns e também sempre diversas de parturição, meu parto foi se embolando, emaranhando com tantos outros, colando e descolando, até quase se apagar, tornando-se mais um, apenas, entre multiplicidades de camadas experienciais sobrepostas nos fluxos em rede que acompanhei.

Assim, no habitar territórios de ativismo pela humanização do parto na rede social Facebook, foram paulatinamente borrando-se as fronteiras entre o experienciado e o que passa a ser testemunhado; tal qual o processo que observei posteriormente em outras trajetórias, a singularidade do meu parto me leva a uma experiência coletiva de pensar e produzir novos territórios na parturição, pelo encontro com multidões de mulheres que questionam, em algum momento de seu itinerário, a naturalização de certas condutas e procedimentos na assistência à parturiente e dedicam-se, de diferentes modos, à produção de redes que possam suportar um novo modelo de acompanhamento ao parto.

Afasto-me de meus supostos saberes e passo a seguir pistas, rastros deixados por fragmentos de registros textuais e imagéticos de diferentes experiências de partos e nascimentos. Pelo fio da palavra das mulheres com que passei a me conectar, acompanhei a costura de uma multiplicidade de discursos, com abordagens diversas. Relatos de parto com amor, com prazer, e também outros tantos testemunhos deixando vaziar sangue e doendo de dores além do parto¹, originadas não em processos fisiológicos, mas nos meandros de um sistema obstétrico que vem sendo descrito pelos movimentos sociais como inapto a acolher e respeitar a autonomia das mulheres no momento do nascimento de seus filhos.

Essas produções discursivas, autorais em grande medida, vêm impulsionando a discussão sobre o parto e a assistência às parturientes no País. Os fluxos que constroem e fazem circular estes discursos compostos por relatos individuais e coletivos integram as redes de conversação de ativismo pela humanização do nascimento que constituem o itinerário

¹ Referência ao documentário “A dor além do parto”, que aborda a violência obstétrica e que foi amplamente divulgado nas redes sociais. Disponível em <http://www.youtube.com/watch?v=cIrIgx3TPWs>. Acessado em 6 de maio de 2014.

desta pesquisa. A escolha pela navegação nessas correntes não se deu, contudo, livre de angústias e incertezas. Questionei-me profundamente e por inúmeras vezes sobre a viabilidade de pesquisar sobre uma temática na qual estava inserida com tamanha paixão, inclusive me constituindo, cada vez mais, como ativista, situação que, sem dúvida, apresenta desafios.

Merhy (2004) pontua que tal condição desafiadora coloca-se porque os desenhos de investigação consagrados na atualidade não conseguem dar conta deste tipo de processo em que o pesquisador, por sua implicação com o tema, é também pesquisado em sua própria investigação, colocando-se como sujeito militante que se pretende epistêmico. Desde os primeiros passos, esta pesquisa desenvolveu-se, assim, em meio a muitos questionamentos, mas apostando na possibilidade de invenção de um caminho singular durante o próprio caminhar, na potência de um pensamento vivo e que passe também pelo corpo e seus saberes. Busca-se estabelecer, assim, também, uma relação de coerência entre a trajetória de pesquisa e as trajetórias por ela acompanhadas, que são instituídas a partir das experiências da carne e de seus desdobramentos.

1. PISTAS PARA IMERSÃO NOS PLANOS ESTUDADOS

Já não é possível, na atualidade, tomar a internet e a vida cotidiana para além dela como espaços de todo independentes entre si. Mesmo quem não acessa de modo direto o ciberespaço tem, inevitavelmente, sua vida atravessada pelos processos que nele se produzem (SILVA, 2011). O desenvolvimento dos movimentos pela humanização do parto e nascimento, na internet, notadamente, nos últimos anos, exemplifica bem esse processo: à semelhança de outros movimentos sociais que emergiram recentemente no mundo, apresentam produções que, fabricadas quase em totalidade no ciberespaço, incidem ativamente na sociedade, redesenhando micro e macropolíticas sociais através de seus emaranhados.

O movimento pela humanização da assistência ao parto e nascimento, presente no Brasil desde os anos 1970, ganha, duas décadas depois, novo fôlego e configuração com a popularização da internet e dos ciberespaços, inaugurados com o desenvolvimento dos grupos de discussão online (ANTOUN; MALINI, 2013). Com a ampliação de sua abrangência por meio da rede, milhares de mulheres passaram a ter acesso às propostas da humanização, independentemente de se vincularem a grupos presenciais sobre o tema, ainda em número restrito no país, especialmente fora dos principais centros urbanos. Há casos em que espaços presenciais não chegam a ser acessados, de modo que os ciberambientes configuram o plano privilegiado de produção de itinerários em busca do parto desejado, conforme observação empírica. Faz-se constante a circulação de diversificado conteúdo relacionado à humanização na internet, amplamente compartilhado em redes sociais como o Facebook; seu alcance é abrangente e não pode ser mensurado, em decorrência das próprias características de conexão que as pessoas parecem estabelecer em sites virtuais de relacionamento, analisadas por Recuero (2013) como fracas, que independem de convívio presencial e, portanto, permitem trocas de informações em círculos improváveis, não necessariamente relacionados aos grupos sociais presenciais dos usuários.

No entanto, o Facebook não apenas permite a exposição informativa de material sobre a humanização do parto como viabiliza diálogos que produzem continuamente sentidos a essa expressão, seja em páginas pessoais ou públicas dedicadas à causa, seja em grupos de discussão (que podem ser abertos, fechados ou ainda secretos, invisíveis para aqueles que não

os integram). Tal possibilidade relaciona-se diretamente à cultura participativa instaurada pelas novas mídias sociais, nas quais, mais do que troca de informações, abre-se espaço para a fabricação de ambientes de convivência entre as pessoas, em que as novas palavras de ordem são “expor-se”, “trocar”, “colaborar” (SANTAELLA, 2013). Assim, os itinerários em busca do parto humanizado traçados nos ciberambientes e testemunhados em relatos de parto que abundam na internet não são apenas divulgados nas redes sociais online, mas também nelas produzidos, em interações que influem diretamente no ritmo de seu pulsar e movimento.

O ponto de princípio desses percursos, aproximação primeira das mulheres com o universo da humanização da assistência às parturientes, pode acontecer de diferentes modos, com apropriações de variáveis intensidades e construções singulares sobre suas significações. Para Diniz (2005), a expressão “humanização do parto” surge como alternativa menos acusatória para dialogar sobre violência de gênero e institucional com profissionais da atenção, e possui caráter polissêmico, apropriado em múltiplas leituras por diferentes atores sociais; segundo a autora, as propostas relacionadas ao termo, seja no SUS ou no setor privado, possuem o mérito da criação de novas possibilidades de imaginação e de exercício de direitos, de vivência da maternidade, da sexualidade, da paternidade, e da vida corporal, reinventando o parto como experiência humana onde antes só havia a escolha precária entre cesárea e parto violento. Embora seja um termo polissêmico, Rattner e colaboradores (2014) sustentam, em um discurso bastante difundido em alguns fluxos de ativismo, que a humanização do parto e nascimento apóia-se em um tripé conceitual, constituído pela Medicina Baseada em Evidências, pelo protagonismo feminino e pela visão integrativa e multidisciplinar do parto.

Estes encontros com o universo da humanização do parto, em suas infindáveis acepções, podem agenciar, pelo desejo, novos modos de estabelecer percursos de nascimento. Olhares deslocados, desmoronamento de um curso que seria previsível, simultâneo ao estabelecimento de um percurso outro, talhado na errância, fuga e traição a um sistema instituído. Seguir esses itinerários e suas produções desejanter exigiu certo fôlego para acompanhar constantemente mulheres em fuga. Frente a um terreno inóspito de assistência que, ainda que venha sendo investido de políticas específicas nas últimas décadas, não consegue sustentar práticas ditas humanizadas com ampla abrangência, criar linhas de fuga é, praticamente, condição para viver a experiência de um parto em que seja preservada a autonomia da mulher. As opções ofertadas pelo modelo obstétrico em vigência por vezes são tão coercitivas que a possibilidade de parir, antes naturalmente disponível às mulheres, cujo

parto não havia ainda sido apropriado pelo saber biomédico, atualmente parece possível apenas através de uma busca ativa por soluções capazes de abrir fissuras no tramado fechado do sistema. Assim, vemos que essa fuga não designa um estado de inércia ou passividade, não se trata de um artifício de quem se furta ao acontecimento ou ao agir; ao contrário, indica um estado ativo, em que “fugir não é renunciar às ações, nada mais ativo do que uma fuga”, como apontam Deleuze e Parnet (1998, p. 49). Os autores acrescentam, ainda, que fugir é também “fazer fugir, não necessariamente os outros, mas fazer alguma coisa fugir, fazer um sistema vaziar como se fura um cano”. Assim, as rotas de fuga traçadas por essas mulheres o são em ativo movimento, que, deflagrado a partir da busca por alternativas para situações individuais, abriga a potência de impulsionar transformações no próprio sistema que buscam contornar.

Considerando a inaptidão e violência atribuídas ao cenário de assistência obstétrica no País por diferentes produções das mulheres e do movimento pela humanização do parto como um todo, a imagem de um sistema a vaziar, como num cano furado, exemplifica bem o que se busca – e parece estar se conseguindo, sob muitos aspectos – ao empreender fugas que burlem os caminhos tradicionalmente instituídos para o nascimento: criar canais de escoamento, que podem formar ou deixar encontrar novos planos de realidade, mais próxima daquilo que se quer como processo de parto e nascimento.

Seguir essas linhas de fuga implica, também, fazer acompanhamento do desejo, cujas formações sociais correspondem, para Rolnick (1989), fundamentalmente, à prática do cartógrafo, que em sua concepção deve manter-se sempre atento às estratégias daquele no estudo de qualquer fenômeno relacionado à existência humana. Toma-se, aqui, o desejo em sua acepção esquizoanalítica, que o coloca, após reinventá-lo a partir da definição clássica da psicanálise, não mais associado à falta, mas como “componente imanente da dupla desejo/produção, produção/desejo ou, em suma, produção desejante” (BAREMBLITT, 2010, p. 65). Desejar, nesta perspectiva é, portanto, construir agenciamentos (DELEUZE, 1998), em que emergem enunciações produtoras de novas perspectivas para a parturição que, por consequência, podem reformular suas possibilidades de assistência. Um exemplo destes deslocamentos enunciativos é o fato de que, muito embora um dos pontos problematizados seja a falta de assistência eficaz, nas ações relacionadas à humanização, se produzem novas subjetividades relacionadas ao parto, em que este deixa de propiciar sofrimento para incidir no “empoderamento”² de quem o vivencia.

² O termo é bastante utilizado nas manifestações e produções de ativismo aqui estudadas.

Assim, fluxos de desejo agenciam máquinas desejanter que podem encontrar (em si) máquinas de guerra, em contraposição aos aparelhos de captura do sistema obstétrico vigente. Por máquina desejanter, entende-se a reunião de uma máquina fonte de onde se extraem e emitem da dimensão do caos fluxos “pré-energéticos” ou pré-forças; e de uma máquina órgão que toma esses fluxos e os corta, dimensiona e modula. Expressam o “caosmos” como espaço situado entre o caos e o cosmos e, nele, as máquinas desejanter combinam-se em todas as direções e sentidos, constituindo-se como uma entidade dita molecular ou rizomática. Dessa entidade, emergem os elementos bem constituídos e ordenados da realidade que tende em suas superfícies à afirmação e produção da ordem e da norma a partir de seus aparelhos de captura, bem como à possibilidade da produção das chamadas linhas de fuga que se fazem à margem do que está posto por essa ordem da realidade. É importante grifar que este processo em que são visualizadas máquinas desejanter em suas máquinas fonte e máquinas órgão não ocorre de maneira linear ou unidimensional. Assim, em determinados arranjos, aquilo que seria uma máquina fonte vira máquina órgão e vice versa, fazendo-o em um tempo que não é cronológico nem retroativo, mas singular. Tampouco poder-se-ia delimitar pela observação onde começa uma e termina outra, posto que têm a característica de serem imanentes entre si (BAREMBLITT, 2010).

Já as máquinas de guerra constituem-se como uma possibilidade de afastamento da idéia da militarização, mais inerente ao aparelho de Estado, e aproximação de um movimento de emergência do inventivo frente às homogeneizações promovidas pelas instituições, sedes dos aparelhos de captura (DELEUZE; GUATTARI, 2008).

No que concerne aos sentidos e concepções do parir, podem ser observados movimentos que denunciam esse processo de disputa entre o que se configura enquanto inventivo, não normativo e singular da experiência das mulheres no parto e aquilo que se estabelece enquanto norma, controle, definição e homogeneidade a partir das instituições, grupos e pessoas (incluindo aqui as próprias mulheres grávidas) que se ocupam do parto. Tais dimensões não se configuram como estanques ou opostas, mas se atravessam, confluem e disputam a todo momento, em constante imanência. São estes fluxos e intensidades em que esta pesquisa se debruça: em redes sociais da internet, a inscrição de itinerários que se fazem tendo por norte a busca pela invenção de paisagens em que seja possível parir como se quer, percursos individuais e também coletivos estabelecidos sobre o mesmo intento: assegurar assistência humanizada e que preserve a autonomia da mulher na gestação e parto, fugindo à disciplinarização e medicalização dos corpos. Em “fluxos coletivos” estão abarcados os

movimentos sociais pela humanização do parto e nascimento, que possuem relevância fundamental como potência de criação de caminhos tanto em termos micro como macropolíticos, na medida em que vêm ampliando a visibilidade do tema e suportando embates que, se enfrentados no isolamento pelas parturientes, restam fragilizados e mesmo inviabilizados. Buscou-se compreender como se articulam fluxos individuais e coletivos de luta pelo parto, e como estes vêm incidindo no cenário da assistência obstétrica no País e na sociedade em geral.

É importante sublinhar, contudo, que esses movimentos não se apartam por traços divisórios fixos, mas se constituem como fluxos que não podem ser segmentarizados ou classificados isoladamente. Nas linhas estudadas, o coletivo e o individual não possuem fronteiras fixas, de modo que seguir esses itinerários permite sentir as passadas de multidões que o atravessaram e em alguma intensidade o compuseram.

Os processos em produção pelas mulheres que vêm reivindicando modificações na assistência à parturiente foram acompanhados a partir da rede social Facebook como território-base. Foram habitadas redes de conversações que atravessam e são atravessadas pelo site, dentro e fora da internet, no acompanhamento de fluxos individuais na busca pelo parto e suas confluências em fluxos coletivos, traçando nestes deslocamentos mapas de intensidades, afetos e acontecimentos.

O itinerário de pesquisa inspirou-se na proposta metodológica da cartografia, que tem por objetivo, segundo Barros e Kastrup (2009, p. 57), “desenhar a rede de forças à qual o objeto ou fenômeno em questão se encontra conectado, dando conta de suas modulações e de seu movimento permanente”. A atenção concentrou-se, ao longo da investigação, nos processos que engendraram diferentes manifestações e produções dos movimentos sociais nas ruas e na internet. A análise de tais processos toma forma em diversos pontos da dissertação, sem seguir um ordenamento inflexível, mas apresentando-se conforme emergiram no caminho de investigação e escrita. Certos processos foram abordados de modo difuso em todo o texto e outros se destacaram no corpus analítico, pelo relevo assumido no desenrolar da pesquisa.

Eis um pequeno mapa de navegação pela dissertação: este capítulo finaliza-se nas linhas abaixo com alguns apontamentos metodológicos. Na sequência, os itinerários em busca do parto desejado são abordados de modo específico em alguns pontos, como o relato de parto de Vanessa e o caso de Adelir, nos capítulos 5 e 6, respectivamente, e pensados em sua articulação com o movimento social no capítulo 7. Demais acontecimentos que emergiram

pela ação do movimento social são abordados na pesquisa nos capítulos 3 e 4. A dissertação conta ainda com o capítulo final, dedicado a amarrações últimas da pesquisa.

1.2. LINHAS METODOLÓGICAS

Os itinerários produzidos pelas mulheres que buscam o parto humanizado são tomados nesta dissertação como linhas, cujo acompanhamento e desenredar implicam cartografar, traçar um mapa e percorrer terras desconhecidas (DELEUZE, 1996). Os movimentos que conformam tais percursos são compreendidos, para além de sua dimensão material, também como deslocamentos subjetivos, pensando a subjetividade como produção engendrada sempre no coletivo, o que pressupõe que em seu estudo seja necessário traçar uma cartografia que extrapole os limites do indivíduo (SANTAELLA, 2013).

A escrita produzida neste percurso se estabelece em uma perspectiva rizomática, pela composição de linhas que se possa penetrar de qualquer parte e conectável a qualquer outro ponto de si, permitindo a emergência de camadas de multiplicidades que compõem os planos estudados. Sobre estes, por sua vez, não se objetiva uma descrição e compreensão estruturalistas, com “um sistema de pontos e posições que opera por grandes cortes ditos significantes, ao invés de proceder por crescimentos e estalos, e colmata as linhas de fuga, ao invés de segui-las, traçá-las, prolongá-las em um campo social.” (DELEUZE; PARNET, 1998); o que interessa é, justamente, acompanhar tais linhas, especialmente as que se constituem como linha de fuga, colocando-me com elas em movimento e delineando possibilidades de intensificação de dimensões inventivas e revolucionárias enquanto uma opção ética-estética-política. Trata-se de traçar não um mapa de precisão cartesiana, mas esboços de coordenadas afetivas, de luta e de pontos de renascimento do parto, em que parir torna-se novamente desejável e possível.

Essa possibilidade parece estar sendo recriada em parte sob a influência de forças coletivas em agenciamento, sobre o qual lembra-se que

Um agenciamento em sua multiplicidade trabalha forçosamente, ao mesmo tempo, sobre fluxos semióticos, fluxos materiais e fluxos sociais (independentemente da retomada que pode ser feita dele num corpus teórico ou científico). Não se tem mais uma tripartição entre um campo de realidade, o mundo, um campo de representação, o livro, e um campo de subjetividade, o autor. Mas um agenciamento põe em

conexão certas multiplicidades tomadas em cada uma destas ordens, de tal maneira que um livro não tem sua continuação no livro seguinte, nem seu objeto no mundo nem seu sujeito em um ou em vários autores. (DELEUZE; GUATTARI, 1995, p. 6)

E, ainda, que

A unidade real mínima não é a palavra, nem a idéia ou o conceito, nem o significante, mas o agenciamento. É sempre um agenciamento que produz os enunciados. Os enunciados não têm por causa um sujeito que agiria como sujeito da enunciação, tampouco não se referem a sujeitos como sujeitos de enunciado. O enunciado é o produto de um agenciamento, sempre coletivo, que põe em jogo, em nós e fora de nós, populações, multiplicidades, territórios, devires, afetos, acontecimentos. (DELEUZE; PARNET, 1998, p. 43)

Nessa perspectiva, podemos pensar que a produção desses agenciamentos se faz presente na constituição das linhas de percurso na humanização do parto e do nascimento, na medida em que os enunciados produzidos, dissonantes dos discursos hegemônicos que pautam o *modus operandi* da assistência obstétrica no País, têm se mostrado capazes de fissurar esse sistema e abrir novas possibilidades para parir. Ainda nesta perspectiva, e em consonância com a ética proposta pela cartografia, o próprio ato de pesquisar, portanto, é concebido aqui como uma forma possível de agenciamento.

Sobre a abordagem metodológica, é importante grifar ainda que foi construída buscando aproximação às características inerentes ao objeto de estudo, tendo em vista que “a cartografia é a prática da construção de um plano coletivo de forças”, conforme apontam Escóssia e Tedesco (2012, p. 92). As autoras afirmam que o método cartográfico propõe-se a investigar justamente o plano que seria negligenciado pelas demais perspectivas de conhecimento, uma vez que, em lugar de trabalhar com representações fixas de objetos bem delineados, a cartografia se ocuparia do processo de criação destes objetos, por meio do estudo das forças que os produzem. Longe de limitar seu olhar à realidade fixa, a cartografia afasta-se de uma perspectiva representativa e inclina-se à ampliação de nossa concepção de mundo com a inclusão do plano movente da realidade das coisas (ESCÓSSIA; TEDESCO, 2012). Assim, não se pretende representar com exatidão supostas características do movimento pela humanização ou definir os percursos individuais estudados, posto que estes são fluxos em devir, que só podem ser compreendidos em suas camadas de multiplicidades, que “não têm sujeito nem objeto, mas somente determinações, grandezas, dimensões que não podem crescer sem que se mude de natureza” (DELEUZE, 1995, p. 16). Igualmente, não é possível falar em um movimento único de humanização do parto e nascimento, mas de

múltiplos, de uma multiplicidade de fluxos que o constituem e o atualizam a todo o momento, lembrando novamente das ideias de Deleuze e Guattari (1995), que indicam ser as multiplicidades a própria realidade, não supondo nenhuma unidade, não entrando em nenhuma totalidade e tampouco remetendo a um sujeito. O foco reside, assim, no percurso, e não em um mergulho que dê a ver recônditas estruturas de um movimento, mesmo porque elas inexistem de modo estanque, mas são constantemente reinventadas em fluxos de puro devir.

Considerando que escrever nada tem a ver com significar, mas com “agrimensar, cartografar, mesmo que sejam regiões ainda por vir” (DELEUZE; GUATTARI, 1995, p. 13), busquei uma escrita minimamente coerente com a prática própria de pesquisa, em que foram experienciados e acompanhados os planos cartografados em todos os instantes, sem categorizações apriorísticas sobrepostas aos processos de vida, mas justamente estes foram compreendidos a partir de suas manifestações produtivas nos percursos estudados, no que parece ser o único modo possível de tomá-los sem achatar suas multiplicidades. Penso que, em alguns momentos, esta estratégia de escrita possa fazer com que acompanhe o leitor certa vertigem de não se saber ao certo onde se está pisando; no entanto, trata-se de uma sensação que se fez também presente em todo o itinerário da pesquisa, trilhado por planos em constante movimento.

A cartografia se constitui não somente como método de análise, mas também de intervenção, uma vez que, como pontuado por Barros e Kastrup (2012, p. 92), “acessar o plano das forças é já habitá-lo”. Assim, na pesquisa cartográfica, o pesquisador é retirado de sua posição passiva e distante, na medida em que seu fazer afeta o movimento dos planos estudados. Isso se efetivou nesta pesquisa através de uma participação ativa em todos os processos acompanhados, não mais na posição de ativista, mas como observadora atenta e participante a partir de uma perspectiva outra, reservando ao processo de escrita as energias de ação nos fluxos estudados, posto que esta abriga, como já mencionei, a possibilidade de agenciar.

Nesta jornada, é importante observar que o pesquisador, se por um lado é convocado a um estado ativo que em nada lembra o tradicional posto distanciado do qual se escreve sobre os planos estudados, e não com estes, deve, contudo, cuidar para que não localize o objeto de pesquisa como coisa idêntica a si mesma (PASSOS; EIRADO, 2012). Deleuze e Parnet (1998, p. 67) auxiliam a pensar esta problemática, ao afirmarem que

Há muitos doutores e eruditos que nos convidam a um olhar científico asseptizado, verdadeiros loucos também, paranoicos. É preciso resistir às duas armadilhas, a que nos arma o espelho dos contágios e das identificações, a que nos indica o olhar do entendimento. Nós só podemos agenciar entre agenciamentos.

Um dos desafios desta pesquisa, notadamente em sua etapa inicial, foi justamente o de poder fazer um movimento de afastamento circunstancial do lugar de parturiente e de luta que eu havia começado a ocupar antes de configurar a pesquisa. Não um distanciamento forçoso ou forçado, mas uma dança fluida em que eu pudesse, como pesquisadora, sair de cena para fazer emergir a presença de outras mulheres, com elas caminhar e, como dizem Deleuze e Parnet (1998), nada dizer por ou sobre elas, mas falar *com*, escrever *com* estas mulheres. Tal direcionamento não indica, contudo, a necessidade de conduzir a pesquisa por uma escrita dura, asséptica ou não autoral, especialmente mantendo presente a noção norteadora de que toda escrita é política, evidentemente também em sua forma. Acompanhar itinerários de vida mostra-nos que são inumeráveis os estilos de existir, e pensar em estilos de viver “é pensar em topologias que se formam e desformam o tempo todo” (PRECIOSA, 2010, p. 39), atualizando o desafio da produção de uma escrita capaz de apalpar estes territórios existenciais que se investiga e com eles dialogar, atuando na composição de seu constante redesenho, influenciando na produção das paisagens que (re)formam.

Há, então, para que se efetivem esses intentos, a necessidade de que seja assegurada certa liberdade de movimentação na constituição de uma postura e atenção singulares do pesquisador, permitindo a elaboração de uma investigação verdadeiramente ética, na medida em que não busca enquadrar-se em formatações pré-estabelecidas para conformação a exigências burocráticas que grande risco apresentam de minar aquilo de mais potente que se pode produzir. Nesta perspectiva, se considera que, como apontam Escóssia e Tedesco (2012, p. 106),

Agir eticamente significa se colocar como ponto singular de uma infinidade aberta de relações, sem que sua ação se apace em normas que funcionam como normas a priori, impostas do exterior à ação. A reticularidade do ato ético é o que permite passar de uma dimensão normatizante para uma dimensão de amplificação do agir.

Penso que uma conduta ética abarca, portanto, o diálogo com aqueles que integram a pesquisa. Assim, ainda que essa investigação tenha foco em processos e não em indivíduos, as mulheres que são diretamente mencionadas, mesmo que com base em dados de amplo acesso na internet, foram consultadas sobre seu desejo de participar. Os dois itinerários individualmente analisados não apresentam a identidade de suas protagonistas camuflada,

considerando a especificidade de seus percursos, construídos e disponibilizados na internet, e ainda o próprio funcionamento dos movimentos de ativismo em que estão incluídas, nos quais assumir a identidade e a experiência torna-se fundamental ao processo de reivindicação de direitos empreendido.

A ética permeia, naturalmente, todas as etapas da pesquisa que, por sua vez, não necessariamente seguem uma ordem pré-estabelecida. A etapa tradicionalmente conhecida como coleta de dados, por exemplo, dá lugar à concepção de que dados são produzidos durante a pesquisa (pois, como já dito, o que se busca acompanhar com a cartografia são justamente suas linhas de produção, sem excluir o pesquisador deste processo), e tal produção é realizada não necessariamente em um determinado período afixado no calendário, mas durante todo o percurso de pesquisa, como indica Kastrup (2012, p. 48):

A produção de dados ocorre desde a etapa inicial da pesquisa de campo, que perde assim o caráter de uma simples coleta de dados. É preciso sublinhar que este processo continua com as etapas posteriores, atravessando as análises subsequentes dos dados e a escrita dos textos, continuando ainda com a publicação dos resultados.

Assim, até o momento da finalização da escrita, foram surgindo dados que se revelaram fundamentais aos processos estudados, alguns ainda podendo ser incluídos. A leitura de Preciosa me forneceu subsídios para construir um modo de trabalhar este material. A autora faz uma crítica ao modo tradicional de coleta e tratamento de dados em pesquisa, que descreve como bancos de abundantes informações que nos impeliriam a tão somente iludir-nos na composição de uma subjetividade disciplinada e conhecedora de grandes verdades. Em contraponto, propõe “delirar um barranco de dados, em que imaginaríamos-nos em equilíbrio numa terra fofa e movediça, passível de quedas e soterramentos” (PRECIOSA, 2010, p. 66).

2. PLANOS MOVENTES – PARTO E NASCIMENTO NO BRASIL

2.1 MOVIMENTOS SOCIAIS E POLÍTICAS DE SAÚDE

Não busco, aqui, fazer uma exaustiva análise histórica acerca da assistência obstétrica e dos movimentos pela humanização do parto e nascimento no Brasil, mas trazer à discussão alguns pontos relevantes para pensar os processos de luta coletivos que são foco deste estudo, desdobrando camadas de intensidade que influem na composição de seus planos de força. Estas camadas serão destacadas tal como se apresentaram a mim no percurso de pesquisa, multifacetadas e por vezes imbricadas num plano comum; não haverá, assim, uma rigidez cronológica absoluta nos comentários.

Para começar, faço emergir os primeiros fluxos de grande volume na mobilização coletiva em pautas relacionadas à humanização do parto e nascimento no País. Com Diniz (2005), sabemos que, em 1970, despontavam algumas iniciativas de profissionais nesta direção, como Galba de Araújo³, no Ceará e Moisés Paciornick, no Paraná, em trabalho inspirado na observação de partos entre índias Kaingang, além do Hospital Pio X, em Goiás e de alguns grupos de terapias alternativas, como o Instituto Aurora, no Rio de Janeiro. Figura, ainda, entre as primeiras iniciativas, o Grupo de Parto Alternativo da UNICAMP, liderado por Hugo Sabatino (RATTNER, 2009). Ainda conforme o relato de Diniz (2005), na década de 1980, diversos grupos no País passam a oferecer e reivindicar assistência humanizada à gestação e parto, como a Associação Comunitária Monte Azul, em São Paulo, e os grupos Curumin e Cais do Parto, em Pernambuco, além do Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, pioneiro entre as iniciativas feministas a priorizar questões relativas à assistência obstétrica em suas ações (CARNEIRO, 2011). Como política pública, a pioneira foi a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, que, em 1994, faz da Maternidade Leila Diniz laboratório para novas práticas na atenção (RATTNER, 2009). Foram estas iniciativas que, na divergência das linhas hegemônicas de atenção ao parto e nascimento – responsáveis por um

³ Por seu legado em prol da humanização, Galba de Araújo foi, inclusive, homenageado pelo Ministério da Saúde, em 1999, com a criação de um prêmio que leva seu nome, destinado a agraciar anualmente unidades de saúde com destaque na humanização da assistência à mulher e ao recém-nascido.

modelo tecnocrático de assistência⁴ que vigora ainda nos dias atuais, em que o parto deixa de ser um evento familiar, como quando assistido por parteiras, para transformar-se em ato médico, “no qual o risco de patologias se torna regra, e não exceção” (MAIA, 2009) –, instauraram no País pontos de concretização efetiva de um modelo até então inédito de assistência, abrindo caminhos à invenção e reestruturação de outros serviços convergentes a esta perspectiva.

Em 1993, há a fundação da ReHuNa, amplamente reconhecida como marco fundamental ao movimento pela humanização do parto e nascimento no Brasil. A Rede Nacional pela Humanização do Parto e do Nascimento era formada, quase em sua totalidade, por profissionais ligados à saúde da mulher, cujas práticas de assistência na gestação e parto configuravam-se em uma lógica distinta ao modelo medicalizado hegemônico, como aponta Tornquist (2007). A autora frisa que, na Carta de Campinas⁵ (ReHuNa, 1993), elaborada no encontro de fundação da rede, é ressaltada a visão dos participantes sobre

(...) a importância de se aliarem os conhecimentos técnico e científico comprovados às práticas de assistência humanizadas já existentes, indicando, assim, um dos pontos-chave da estratégia de interlocução com os campos biomédico, acadêmico e governamental, a saber, a referência à Medicina Baseada em Evidências, que se delineava neste momento e que tomaria proporções cada vez maiores ao longo da trajetória da ReHuNa. Tal corrente é conhecida, no Movimento, a partir dos trabalhos da Iniciativa Cochrane – International Cochrane Collaboration – que reúne um conjunto significativo de estudos epidemiológicos, feitos em diversos países, acerca do parto e do nascimento. Esses trabalhos são uma das principais bases das recomendações da OMS para a humanização do parto, conforme consta no final da publicação Assistência ao parto normal. (TORNQUIST, 2004, p. 157).

Assim, fica alinhavada ao nascente movimento a chamada Medicina Baseada em Evidências (MBE), em uma costura que segue com forte vigência na atualidade. Esta orientação parece apresentar-se como contraponto possível à prática médica baseada em autoridade⁶, na medida em que busca exigir dos profissionais condutas respaldadas por estudos e pesquisas de reconhecida credibilidade, para além de sua análise individual. Essa costura é evidente também no nível das políticas públicas, posto que há uma articulação entre

⁴ A antropóloga americana Robbie Davis-Floyd (2001) agrupou os modelos de atenção ao parto em três principais vertentes: modelo Tecnocrático, Humanista e Holístico, sendo o primeiro prevalente no Brasil.

⁵ Disponível em <http://www.ongamigasdoparto.com/2011/05/carta-de-campinas-ato-de-fundacao-da.html>. Acessado em 5 de maio de 2013.

⁶ São abundantes na internet os relatos de mulheres que se percebem coagidas à realização de cesariana ou mesmo parto normal com intervenções a partir do argumento da suposta autoridade médica.

Associação Cochrane e o Ministério da Saúde no Brasil, parceria evidenciada na formulação de políticas atuais referentes à Rede Cegonha, por exemplo.

A MBE tem motivado, no campo da saúde coletiva, algumas reflexões críticas. Castiel e Vasconcellos-Silva (2005, p. 500), por exemplo, apontam que “movida por princípios de correção, resolutividade e acurácia, a MBE como expansão da instrumentalidade da clínica tem alcançado status de normatividade”. Os autores criticam a corrente como matriz disciplinar, argumentando que incidiria em uma lógica positivista, na qual um suposto fundamentalismo metodológico se oporia ao saber da prática clínica, admitido como expressões subjetivas enganadoras. Apontam, ainda, que a MBE seria permeada por um paradigma comportamentalista, o qual perpassa igualmente a sociedade do conhecimento para o controle. Paradoxalmente, no plano da assistência obstétrica, a evocação constante da MBE como paradigma na atenção parece efetuar-se no sentido de assegurar a autonomia de cada mulher assistida, garantindo a possibilidade de fuga aos mecanismos de controle de seus corpos. Isso decorre em função dos resultados de estudos internacionais classificados como de mais alta relevância coadunarem com as principais reivindicações das mulheres: assistência interdisciplinar, com a inclusão na cena de parto de atores como a obstetriz (ou enfermeira obstétrica, mais presente na realidade brasileira) e a doula; em gestações de risco habitual, nascimento planejado em local escolhido pela parturiente, inclusive fora do ambiente hospitalar se assim desejado, em casas de parto ou no domicílio da família; acompanhamento menos intervencionista e que preserve sua autonomia, em que o trabalho de parto não seja regulado e controlado por procedimentos artificiais desnecessários, porém de aplicação rotineira nas instituições brasileiras; e que a mulher tenha liberdade para se alimentar e escolher as posições que lhe parecem mais confortáveis, inclusive no período expulsivo.

Assim, como salienta Diniz (2005, p. 630), pela MBE “o corpo feminino, antes necessariamente carente de resgate, é redescrito como apto a dar à luz, na grande maioria das vezes, sem necessidade de quaisquer intervenções ou sequelas previsíveis”. Em um contexto assistencial cujo funcionamento opera ainda por mecanismos da sociedade disciplinar, onde se faz regra a normatização, medicalização e esquadrinamento de corpos grávidos, as evidências parecem prover às mulheres a segurança de parâmetros exteriores com que possam confrontar o discurso médico, em geral intervencionista e apontando invariavelmente à cesárea ou, quando muito, a um parto normal regulado por múltiplas intervenções; a lógica do “controle pela informação” é invertida, operando uma possível dissolução da concentração de poder de decisão na relação médico e usuária, uma vez que os parâmetros científicos que

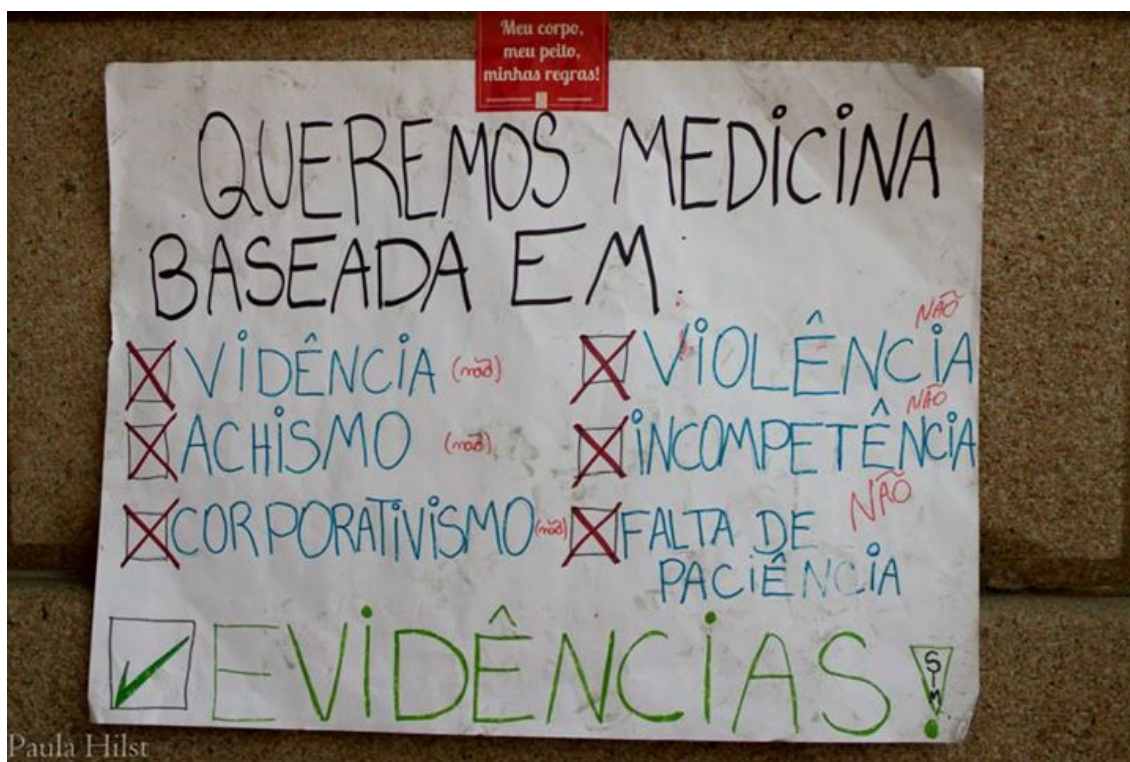
poderiam instituir normativas são tomados pelas mulheres justamente como armas que lhes possibilitam desestabilizar a verticalidade de tal relação. Este processo é evidenciado na voz das mulheres quando dizem “Queremos assistência baseada em evidências”, um dos mais recorrentes “gritos de guerra” nas manifestações pela humanização do nascimento que invadiram as ruas a partir de 2012. Isso indica a apropriação da MBE pelas mulheres e como estas vêm, como aponta Diniz (2005), operando a seu modo uma redescrição do termo.



Marcha do parto em casa – Porto Alegre. Fonte: <http://criaminha.wordpress.com/2012/06/19/a-marcha-do-parto-em-casa-mais-de-cinco-mil-mulheres-s-ruas-por-todo-o-brasil-pelo-direito-de-escolha/>. Acessado em 10 de fevereiro de 2014.



Marcha do Parto em casa – Rio de Janeiro. Fonte: <http://g1.globo.com/rio-de-janeiro/noticia/2012/08/marcha-pela-humanizacao-do-parto-reune-publico-na-praia-de-ipanema.html>. Acessado em 10 de fevereiro de 2014.



Paula Hilst

Discussões sobre a importância da assistência baseada em evidências, em contraponto às rotinas de violência e constrangimento à parturiente, denunciadas pela Carta de Campinas (ReHuNa, 1993), foram ampliadas e aprofundadas com a formação de uma rede presencial e posteriormente virtual nacional de diálogo sobre a humanização do parto e nascimento, através da contribuição da ReHuNa (DINIZ, 2005). Além de viabilizarem a organização de eventos como congressos e seminários para difusão de suas ideias, estas redes abrigaram articulações cruciais junto ao legislativo, como a que resultou na Lei n. 11.108 de 2005, que assegura à mulher o direito de ser acompanhada por pessoa de sua escolha no pré-parto, parto e pós-parto imediato, cujo projeto foi apresentado pela então senadora Ideli Salvatti a partir de proposição do núcleo de Santa Catarina da ReHuNa (RATTNER, 2009).

É interessante destacar que, desde seus primórdios, estes movimentos buscam fazer interlocução com órgãos privados e públicos relacionados à saúde coletiva (TORNQUIST, 2002). Tal inclinação relaciona-se, entre outros fatores, à sua própria constituição histórica, com ampla participação de profissionais de saúde, muitos sanitaristas, como aponta Tornquist (2007), que naturalmente estabeleciam diálogo com o campo da saúde coletiva.

À diferença de grande parte dos recentes movimentos sociais que eclodiram pelo mundo, em franca ruptura e rechaço à lógica estatal, em que esta é tomada por incompatível com as mudanças sociais almejadas (CASTELLS, 2013), no movimento pela humanização não há oposição direta ao Estado e suas instâncias – uma tendência observada também em outros movimentos da América Latina pós-ditadura (GOHN, 2010).

Lançando olhares aos anos recentes, percebe-se que todas as políticas do Ministério da Saúde relativas à saúde da mulher tiveram sua formulação permeada pelo diálogo com a sociedade civil, notadamente grupos de militância e ativismo. Exemplo disso é o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), de 1983, primeira política pública a apontar a questão da humanização no Brasil (DIAS, 2006), constituído como trabalho colaborativo entre representantes de grupos feministas, gestores estaduais e pesquisadores das universidades. Embora tenha representado um avanço em termos de direitos reprodutivos para as brasileiras, o programa parece ter enfrentado dificuldades políticas, financeiras e operacionais que impediram sua efetiva concretização no cotidiano de atenção à saúde da mulher (BRASIL, 2010).

Em 1996, foi lançado pelo Ministério, em parceria com FEBRASGO, UNICEF e OPAS, o Projeto Maternidade Segura, que pretendia reduzir a mortalidade materna e perinatal por meio da melhoria da assistência a parturientes e recém-nascidos (Brasil, 2001).

Já no ano 2000, a implantação do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) por meio da portaria 569, de 1/6/2000, pode ser considerada um divisor de águas, uma vez que, ao priorizar o parto vaginal, a não medicalização do parto e a redução de intervenções cirúrgicas, propiciou alguma abertura ao diálogo sobre a mudança de condutas e de procedimentos nos serviços de saúde (GRIBOSKI; GUILHEM, 2006). O programa estruturava-se nos seguintes princípios (BRASIL, 2001):

Toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério;

Toda gestante tem direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto;

Toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas na prática médica;

Todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura.

Nessa política, a palavra humanização compreendia dois aspectos: por um lado, o comprometimento das unidades de saúde em receber de forma acolhedora as famílias em processo de gestação e parto e, por outro, a adoção de medidas reconhecidamente benéficas no acompanhamento do parto e do nascimento, evitando as usuais práticas intervencionistas dispensáveis que oferecem riscos à mãe e ao recém-nascido (Brasil, 2001).

Em 2004, é lançada, pelo Ministério da Saúde, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, orientada para

Promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo o território brasileiro.

Contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie.

Ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde.

Além disso, um dos objetivos específicos da política era promover a atenção obstétrica e neonatal humanizada, incluindo a assistência ao abortamento em condições inseguras, para mulheres e adolescentes (Brasil, 2007).

Aqui, abro um parêntese: se, por um lado, coletivos feministas integraram a elaboração de tais políticas, responsável por alguns avanços na assistência perinatal e obstétrica, a temática jamais foi abraçada de modo irrestrito e uniforme pelas diferentes vertentes do feminismo. Bell Hooks (2000), feminista negra norte-americana, sublinha que, nas décadas de 1960 e 1970, quando há a eclosão da luta pelos direitos reprodutivos, a pauta do aborto de certa forma eclipsou outras reivindicações igualmente importantes dentro do movimento, como o combate às histerectomias e cesáreas desnecessárias. Lançando olhares para o cenário brasileiro, é possível traçar semelhanças, considerando-se que, não obstante os programas e políticas construídos, poucas foram as ações efetivas de grupos feministas no sentido de questionar rotinas, práticas médicas e o elevado índice de cesáreas, tendo muito tardiamente ingressado a discussão sobre o parto na agenda feminista (CARNEIRO, 2011). Ainda atualmente, parecem persistir resistências de algumas correntes às pautas que envolvam a temática da maternidade.

A afirmação absoluta da humanização do parto e nascimento como prioridade na agenda governamental firmada pela Rede Cegonha, estratégia lançada pela presidenta Dilma Rousseff em 28 de março de 2011, não passou imune a críticas de alguns grupos feministas, sendo considerada pelas integrantes da Rede Feminista de Saúde, por exemplo, como um retrocesso de trinta anos de luta das mulheres por saúde e pela emancipação feminina, por supostamente reiterar a noção de que a saúde feminina e “a própria pessoa da mulher estariam orientadas para a maternidade (...) deixando de debater a liberdade de escolha da maternidade, e, assim, também a legalização ou descriminalização do aborto” (CARNEIRO, 2013, p. 50).

Tornquist (2004, p. 68) também aborda esse desencontro em sua tese de doutorado, na qual pondera que, no Brasil, em que pese sua participação fundamental em programas como o PAISM, o movimento feminista parece ter rechaçado a tematização da maternidade, da gravidez e do parto, trazendo a fala de uma médica integrante da ReHuNa sobre sua inclusão em uma ONG feminista tradicional de São Paulo:

“Quando eu entrei no ‘grupo’, a gente fez uma formação primeiro pra trabalhar com saúde da mulher, mas era uma saúde da mulher que não incluía a gravidez e parto, a gente até brincava dizendo assim: é igual a família conservadora, se a moça engravida a gente bota ela pra fora...” (Beatriz, médica, São Paulo).

Carneiro (2011) relata, em sua tese de doutorado, ter se surpreendido ao deparar-se com forte resistência de algumas das mulheres ativistas pela humanização do parto com quem realizou sua pesquisa etnográfica às ideias feministas. Constatação semelhante foi feita por Mendonça (2012), que observou, em análise etnográfica sobre a Marcha do Parto em Casa, que embora seja recorrente o vínculo ao discurso de empoderamento feminino, as ativistas pelo parto humanizado não parecem filiadas a uma tradição anterior de feminismo, tampouco se auto-intitulam como “feministas” de modo uníssono.

Também nas redes sociais da internet, é possível deparamo-nos, eventualmente, com registros de certos desencontros entre os dois movimentos. No desenvolvimento da pesquisa, acompanhei divergências em grupos de discussão online em que muitas mulheres posicionavam-se de modo contrário a pautas feministas históricas, tais como o aborto. Também foi possível passar por páginas temáticas no Facebook dedicadas ao ativismo pelo parto humanizado, com milhares de seguidores, cujo posicionamento oficial claramente rechaça a tematização do aborto e qualquer possível ligação com os feminismos, como “Fertilidade Inteligente”⁷ e “Auxílio do Parto”⁸.

Há outros testemunhos desses desencontros em circulação, como uma carta de autoria coletiva publicada no blog Cientista que Virou Mãe⁹, em dezembro de 2013, discutindo a importância da inclusão da temática do parto humanizado como pauta feminista. A publicação inclui um relato de uma ativista sobre o forte embate que teria enfrentado junto a representantes de movimentos feministas por ocasião do IV Ciclo de Conferências da Defensoria Pública do Estado de São Paulo, na tentativa (bem sucedida, ao final) de aprovar o tema da violência obstétrica (VO) como um dos prioritários na atuação da próxima gestão da Defensoria. Algumas delegadas teriam manifestado oposição à inclusão da temática da VO, uma delas tendo referido que a pauta não se fazia necessária sob a justificativa de que temáticas ligadas à maternidade não agregariam ao feminismo. A mesma carta discute, ainda, um texto publicado no blog Blogueiras Feministas¹⁰, que questionava a pertinência do termo “mulheres empoderadas” em sua associação à maternidade, problematizando em que medida vivências como a busca pelo parto normal poderiam configurar um modo de empoderamento

⁷ <https://www.facebook.com/FertilidadeInteligente?fref=ts>.

⁸ <https://www.facebook.com/auxilionoparto?fref=ts>

⁹ “Maternidade e violência obstétrica: pautas feministas”. Disponível em <http://www.cientistaqueviroumae.com.br/2013/12/maternidade-e-violencia-obstetrica.html>. Acessado em 14 de janeiro de 2014.

¹⁰ “O ativismo materno para além do parto”. Disponível em <http://blogueirasfeministas.com/2013/12/o-ativismo-materno-para-alem-do-parto/>. Acessado em 14 de janeiro de 2014.

feminino. Em seu contraponto, as autoras da carta denunciavam que as pautas relativas à maternidade não gozariam de amplo respeito e reconhecimento, ficando restritas ao “limbo” de um feminismo específico, entre os muitos existentes que a renegam. A grande repercussão da carta, que caracteriza uma tentativa das ativistas de inscreverem definitivamente o direito ao parto digno como pauta relevante para os movimentos feministas, mostra o quanto persistem certos nós entre as diferentes linhas de ativismo, mas também indicam a busca pela composição de laços.

Cartografar redes virtuais de ativismo permite mapear, outrossim, pontos de convergência entre feminismos e fluxos de luta pela humanização. Este diálogo é evidenciado tanto por debates em fóruns específicos que buscam pensar a maternidade a partir de um viés feminista como na circulação cada vez mais frequente de imagens e palavras cujos arranjos confluem na mesma direção: respeito à autonomia feminina no parto. Muitas páginas e blogs feministas têm feito circular textos que abordam a problemática do parto humanizado, tratando-o por diferentes enfoques, muitos ressaltando a importância da assistência digna à parturiente. Em algumas chamadas para as edições recentes do já tradicional evento feminista “Marcha das Vadias”, por exemplo, é explícita a inclusão da pauta do parto humanizado entre as lutas da marcha. Assim, percebe-se que, embora haja aspectos conflitantes, a relação entre as diferentes linhas de ambos os movimentos parecem, nos últimos anos, empreender movimentos de aproximação, à semelhança do que tem ocorrido em outros movimentos sociais atuais, imersos em um novo ciclo de mobilização em que a comunicação entre diferentes lutas reforça o poder e amplia a riqueza de cada uma delas (NEGRI, 2004).



Fonte: <https://www.facebook.com/MarchaDasVadiasRioDeJaneiro?fref=ts>. Acessado em 7 de agosto de 2014.

Retorno, agora, ao ponto que gerou a explanação sobre feminismo e humanização: a Rede Cegonha. Instituída por meio da portaria GM/MS 1.459/2011, a estratégia consiste numa rede de cuidados que objetiva assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada na gravidez, parto e puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011). Organizada a partir de quatro componentes principais, quais sejam: pré-natal, parto e nascimento, puerpério e atenção integral à saúde da criança e sistema logístico (transporte e regulação), a rede tem como princípios:

- I - o respeito, a proteção e a realização dos direitos humanos;
- II - o respeito à diversidade cultural, étnica e racial;
- III - a promoção da equidade;
- IV - o enfoque de gênero;
- V - a garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes;
- VI - a participação e a mobilização social; e
- VII - a compatibilização com as atividades das redes de atenção à saúde materna e infantil em desenvolvimento nos Estados.

Um dos diferenciais trazidos pela estratégia é privilegiar, como indicado no VI princípio, a participação e controle social. Tal medida vem se efetivando a partir de fóruns perinatais, espaços ainda em fase de construção em que as usuárias do SUS são chamadas a participar ativamente da implementação da Rede em sua localidade, junto a gestores, representantes de serviços de saúde e todos os interessados em discutir a atenção perinatal.

Outro ponto fundamental é o indicativo de uma real mudança no modelo de atenção, como vemos no primeiro entre seus objetivos, quais sejam;

- I - fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses;
- II - organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e
- III - reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal.

No que concerne às estratégias para efetivação de tal mudança, é possível destacar a previsão orçamentária para adequação da ambiência dos serviços que atendem partos e para financiamento de centros de parto normal (CPNs), destinados à assistência de partos de risco habitual. Esse elemento ganha importância se consideramos que, junto aos recursos humanos, técnicos e financeiros, a infraestrutura física é componente integrante dos serviços e influencia, portanto, a qualidade da assistência (BARCELLOS, 2005). A oferta de

atendimentos em casas de parto e CPNs, a exemplo do que já ocorre em outros países com modelo menos medicalizado de atenção, tais como Holanda e Nova Zelândia (PATAH; MALIK, 2009), é uma das principais demandas dos movimentos sociais, que traçam, em suas manifestações na internet e nas ruas, comparativos recorrentes com estes e demais países em que as políticas públicas priorizam o parto fisiológico e centrado na mulher.

A atenção ao recém-nascido também tem sido objeto de discussão nos últimos anos, nas políticas públicas, academia e pelo movimento social, e vem sofrendo uma série de modificações no sentido de adequar-se às propostas da humanização. Ainda assim, as práticas de atenção sofrem grande variação de acordo com o serviço de saúde (MOREIRA et al, 2014). Neste sentido, a portaria No. 371, de 7 de maio de 2014¹¹, que institui diretrizes para organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido no SUS, parece representar um avanço significativo, na medida em que estabelece recomendações que são há tempos reivindicadas pelo movimento social, quais sejam:

Art. 4º Para o RN a termo com ritmo respiratório normal, tônus normal e sem líquido meconial, recomenda-se:

I - assegurar o contato pele a pele imediato e contínuo, colocando o RN sobre o abdômen ou tórax da mãe de acordo com sua vontade, de braços e cobri-lo com uma cobertura seca e aquecida, verificar a temperatura do ambiente, que deverá estar em torno de 26 graus para evitar a perda de calor;

II - proceder ao clameamento do cordão umbilical, após cessadas suas pulsações (aproximadamente de 1 a 3 minutos), exceto em casos de mães isoimunizadas ou HIV HTLV positivas, nesses casos o clameamento deve ser imediato;

III - estimular o aleitamento materno na primeira hora de vida, exceto em casos de mães HIV ou HTLV positivas;

IV - postergar os procedimentos de rotina do recém-nascido nessa primeira hora de vida. Entende-se como procedimentos de rotina: exame físico, pesagem e outras medidas antropométricas, profilaxia da oftalmia neonatal e vacinação, entre outros procedimentos;

Embora o Ministério da Saúde venha desenvolvendo uma série de políticas e programas que apresentam potencial para aprimorar os cenários de assistência e respondem, el alguma medida, aos anseios do movimento social, este segue expressando grande insatisfação com o modelo ofertado. Segundo Rattner (2009), um problema sério é que as mudanças preconizadas pelas políticas não chegam à formação em saúde, que segue preparando

¹¹ Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0371_07_05_2014.html.

profissionais para uma atuação intervencionista. Seria preciso, em sua visão, uma articulação entre Ministério da Saúde e Ministério da Educação no enfrentamento deste desafio. Hotimsky e colaboradores (2005) apontam como alternativa possível, frente ao caráter tecnologizante da prática médica, a transferência da responsabilidade do atendimento em partos fisiológicos à parteira, cuja formação permitiria o acompanhamento menos intervencionista. Essa já é a realidade de diversos países e vem também sendo reivindicada de modo recorrente pelo movimento social, porém encontra forte resistência de alguns atores no contexto brasileiro.

2.2. MULHERES EM DESLOCAMENTO

O que nomeio nas linhas acima como movimento social pela humanização do parto e nascimento são fluxos dos quais fazem parte, num primeiro momento, as iniciativas já citadas de profissionais pioneiros no país, bem como de organizações como a ReHuNa, a ABENFO (Associação brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstetras) e a ANDO (Associação nacional de doulas), fundada em 2002 com o objetivo de unificar e dar representatividade a estas profissionais (CARNEIRO, 2011), cuja presença no parto vem sendo considerada de fundamental importância no processo de humanização. Tais fluxos passam a ser ocupados mais intensamente a partir da década de 1990 por mulheres identificadas como usuárias de serviços de saúde, em um processo relacionado diretamente ao desenvolvimento e democratização do ciberespaço. Desde então, o movimento intensifica-se no tempo, operando na divergência e confronto a um sistema que, não obstante os investimentos políticos históricos já mencionados que vem recebendo, segue ancorado a um modelo tecnocrático hegemônico responsável por resultados maternos e perinatais piores do que os encontrados em outros países com índices de desenvolvimento socioeconômico iguais ou inferiores aos do Brasil (DIAS, 2011).

Para Pelbart (2011), a internet exemplifica a concretização de uma série de transformações na natureza do trabalho, em que as aspirações humanas voltam-se para a cooperação interpsicológica e intermental. Criada em 1969, a internet tem um marco histórico

em 1984, ano em que, já em muito distanciada das finalidades políticas e bélicas que motivaram sua origem, ela passa a constituir-se como ciberespaço – território virtual de ação coletiva e produção comum – por meio da invenção de grupos de discussão online (ANTOUN; MALINI, 2013). É precisamente com a criação do ciberespaço que se inauguram novos modos de sociabilidade que transformam radicalmente as formas de habitar o mundo, bem como incidem na produção de subjetividades. Essa transição foi fundamental para a configuração dos movimentos sociais que recentemente ocuparam o planeta, como Occupy Wall Street, a Revolução das Panelas, na Islândia, o movimento dos Indignados, na Espanha e a revolução egípcia (CASTELLS, 2013), sendo igualmente relevante para a instauração dos planos de ativismo recentes no Brasil, dentre os quais se inclui a luta pela humanização no parto e nascimento.

Este entrelaçamento pode ser percebido de modo mais destacado a partir do final da década de 1990, em que se avolumam fluxos de mulheres no ativismo pelo parto humanizado. É de autoria de Fadyinha Teixeira, doula e educadora perinatal, membro-fundadora da ReHuNa, a primeira lista de discussão via email sobre parto humanizado no país. Fundada em 1999 com o objetivo de propiciar interlocução entre profissionais de saúde e casais grávidos¹², a “Parto Natural” foi um espaço pioneiro na aglutinação de mulheres em luta pela humanização. Posteriormente, surgiram outros ambientes virtuais de diálogo sobre o tema, como as listas Parto Nosso, Parto Humanizado, Materna (LEÃO et al., 2013) e Amigas do Parto, que ampliaram o diálogo sobre a assistência ao parto no país, na medida em que possibilitaram o contato inicial com o tema para diversas ativistas, como pode ser percebido no convívio com essas mulheres e como já pontuou Gonçalves (2014).

Assim, a temática passa a constituir-se como paisagem comum que, suplantando distâncias geográficas, agrega usuárias, profissionais de saúde, pesquisadoras e ativistas. Essas categorias identitárias possuem fronteiras imprecisas – há pesquisadoras ativistas, médicas grávidas, gestantes que se tornam pesquisadoras ou doulas, etc. Para além da academia, práticas de pesquisa parecem ser inerentes a esse processo de militância e ativismo, na medida em que a busca e compartilhamento de produção na área (pesquisas acadêmicas diversas, especialmente evidências científicas) é ação contínua dos grupos, bem como a produção de reflexão autoral na temática, compartilhada atualmente em blogs e páginas no Facebook. Poder-se-ia dizer, assim, que tais processos de ativismo comportam, de certo

¹² Conforme consta em sua página na internet: <http://br.groups.yahoo.com/group/partonatural/>. Acessado em agosto de 2013.

modo, práticas de comunicação em saúde, realizadas por diferentes atores em constante interação, e, ainda, que tais práticas propiciam a construção de cidadania, na medida em que impelem maior participação da sociedade com relação ao acompanhamento da gravidez, parto e puerpério, em um processo em que a internet e o que nela se passa transpassa a vida fora do virtual. Esta é, contudo, apenas uma entre tantas formas de perceber esses espaços e os agenciamentos que nele se produzem.

A partir desses movimentos de pesquisa e da convivência nos ciberambientes, grande parte das mulheres gestantes (também homens participam, porém em número muito reduzido) passam a compor, nestes espaços, movimentos de desterritorialização, operando linhas de fuga ao modelo tecnocrático vigente. Neste deslocamento, então, podem passar a reterritorializar-se por agenciamentos coletivos, máquinas de guerra que mapeiam alternativas, pistas de rotas possíveis, e com elas produzem, sem cessar, itinerários em desvio aos caminhos formalmente instituídos para a parturição. As listas de *e-mails* e posteriormente as comunidades no Orkut e grupos de discussão no Facebook são novos territórios que se produzem nestes percursos de fuga e no qual estão continuamente em produção novos itinerários. Neste processo, embora por vezes adentrem o espaço a partir de uma busca individual, as mulheres podem passar a engajar-se em fluxos coletivos de luta, como tem sido recorrente em outros movimentos sociais que acontecem na internet, nos quais a maior parte dos indivíduos ingressa motivado por seus próprios objetivos e passa a descobrir denominadores comuns na prática própria do movimento (CASTELLS, 2013). Assim, problemáticas que são usualmente enfrentadas no isolamento confluem em lutas comuns, máquinas de guerra ao sistema obstétrico.

Para Antoun e Malini (2013, p. 21), a internet dos grupos de discussão (ciberespaço) inaugura, na história das militâncias, “a política de vazamento como *modus operandi* para fazer chegar aos diferentes usuários de todo o mundo as informações privilegiadas”. É nesse sentido que o movimento por vezes parece assumir características de uma máquina de guerra, na medida em que, por estas listas secretas e posteriormente por grupos de discussão no Orkut e no Facebook, faz circular fluxos de informações que não passam pela superfície social, e que permitem, nessas interações subterrâneas, a conspiração e a produção de processos que vem à tona inesperadamente, desestabilizando as tradicionais relações de poder entre médico/instituição e usuária.

Nesse contexto, é fundada, em 2006, a Rede Parto do Princípio, primeira organização nacional formal de ativistas identificadas como usuárias dos sistemas de saúde. Ela surge como desdobramento da II Conferência Internacional de Humanização do Parto e Nascimento, promovida pela ReHuNa em 2005, na cidade do Rio de Janeiro. Atualmente, é mantida por cerca de 300 voluntárias que trabalham diariamente pela internet em ações voltadas à humanização do nascimento¹³, e articulam também quarenta grupos de apoio¹⁴ locais situados em trinta cidades brasileiras. Além de difundir informações sobre o processo de gestação e parto e mediar grupos regionais em todo o país, a PP foi responsável, nos últimos anos, por importantes ações para o movimento.

Já no ano de sua fundação, a rede elaborou e encaminhou ao Ministério Público Federal dossiê sobre o atendimento às parturientes em âmbito nacional. Composto de 35 páginas e mais de 30 referências a artigos científicos¹⁵, o documento solicitava atuação do órgão a respeito do elevado índice de cesáreas apresentado pelo Brasil, solicitando sua atuação especialmente no sistema suplementar de saúde, responsável pelas maiores taxas. No ano seguinte, ativistas da rede participaram de audiência pública em São Paulo promovida pelo MPF, em que o tema foi debatido por representantes do Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), Conselho Federal de Medicina, Associação dos Hospitais Privados, Federação Brasileira de Hospitais, Conselho Federal de Enfermagem, Escola Paulista de Medicina e planos de saúde.

Em decorrência desta denúncia, em 2010, o Ministério Público Federal entrou com ação civil na qual exigia da ANS: o fornecimento pelas operadoras de saúde dos percentuais de cesarianas e de partos normais por obstetras e hospitais que prestem serviços conveniados; a adoção do partograma como documento obrigatório; a implantação do cartão da gestante; a regulamentação que possibilite o acompanhamento de partos de baixo risco por enfermeiros; o incentivo às práticas humanizadoras; e a remuneração diferenciada para acompanhamento de parto normal e de cesariana, com valor mais atrativo para o primeiro.

Na ação, cuja sentença final ainda não foi emitida, o Ministério constatou que as campanhas de incentivo ao parto normal não apresentam efeitos na redução de cesarianas

¹³ Fonte: <http://www.partodoprincipio.com.br>. Acessado em agosto de 2013.

¹⁴ Atualmente, os GAPP – Grupos apoiados pela Parto do Princípio – estão presentes nas cidades de Fortaleza, Brasília, Vitória, Goiânia, Dourados, Belo Horizonte, Belém, Curitiba, Londrina, Maringá, Camaragibe, Recife, Itaperuna, Niterói, Rio de Janeiro, Gravataí, Pelotas, Porto Alegre, Blumenau, Florianópolis, ABC Paulista, Araraquara, Bauru, Campinas, Jundiaí, Ribeirão Preto, São José dos Campos, São Paulo, Sorocaba e Sumaré.

¹⁵ Conforme salientado no site da rede. Acessado em agosto de 2013.

porque esta tem sido uma escolha realizada pelos médicos conveniados, que se recusam a acompanhar o parto fisiológico, induzindo a gestante à realização de cirurgias muitas vezes desnecessárias.

Anos depois, em 2014, surgem os primeiros efeitos de toda a mobilização realizada, com o anúncio pelo Ministério da Saúde e ANS de um conjunto de medidas voltadas à redução de cesarianas pelos planos de saúde. Foram abertas, em 24/10/2014, duas consultas públicas¹⁶ referentes às medidas: a de número 55 diz respeito ao direito de acesso à informação das beneficiárias às taxas de cirurgias cesáreas e de partos normais realizados por estabelecimento de saúde e por médico, enquanto a de número 56 é relativa à obrigatoriedade da utilização do partograma¹⁷, do cartão da gestante e da carta de informação à gestante. Avaliada pelas ativistas como um pequeno avanço, as consultas motivaram ações no Facebook no sentido de sensibilizar as mulheres sobre a importância de sua participação.

Outra ação relevante da Parto do Princípio foi a elaboração do dossiê “Parirás com Dor” (2012) responsável pela inclusão de dados sobre a situação da violência obstétrica no país ao relatório da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito da Violência contra a Mulher (CPMI) de 2013, que atesta (p. 65) que

As ações que o Ministério da Saúde vem desenvolvendo não têm sido suficientes para mudar esta realidade. Por isso, a CPMI recomenda ao Ministério da Saúde que intensifique suas ações junto aos estados para prevenir e punir a violência obstétrica e desenvolva campanhas para que as mulheres possam conhecer seus direitos e não aceitem procedimentos que firam o direito a um procedimento médico adequado e não invasivo.

Ainda hoje, a PP segue ativa, atuando no ciberespaço e fora dele, pela participação em eventos sobre humanização do parto, como as audiências públicas que vêm se realizando em diversas cidades brasileiras em 2014. Tais audiências surgem em resposta à mobilização dos movimentos sociais e representam um avanço importante para modificação do modelo de atenção ao parto, na medida em que possibilitam que este e suas práticas sejam problematizados por toda a sociedade, para além do domínio dos especialistas, tematizadas também como questões de direitos reprodutivos.

¹⁶ Disponível em <http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/consultas-publicas>. Acessado em 8 de novembro de 2014.

¹⁷ Documento em que o profissional que assiste o parto registra sua evolução e todos os procedimentos realizados.

Se as listas temáticas de *e-mails* foram responsáveis, num primeiro momento, pela ampliação do debate sobre o parto, a popularização das redes sociais da internet como o Orkut¹⁸ e, mais recentemente, o Facebook também afeta o curso do movimento, expandindo suas possibilidades.

Já em 2004, ano de fundação do Orkut, são criadas no site diversas comunidades de apoio ao parto natural, contra cesáreas desnecessárias, pela humanização do nascimento e propostas afins; com a popularização do Facebook no Brasil, pouco tempo depois, há uma migração para este site, agora no formato de “grupos de discussão”, como registrou Gonçalves (2014). O funcionamento é semelhante às antigas comunidades do Orkut: é permitido que qualquer integrante abra um tópico trazendo uma questão para discussão e, a partir de então, os demais podem contribuir com seus próprios comentários. Alguns integrantes ficam responsáveis pela “moderação”, em que se busca, geralmente, intervir no sentido de preservar as regras de convivência do grupo. Tais espaços, alguns destes com milhares de participantes, constituem-se como importante meio de trocas e de construção de saberes e práticas em saúde pelas mulheres.

Por ali, circulam tanto materiais informativos, na perspectiva da MBE, quanto relatos de parto em que as mulheres contam sua trajetória; além disso, são ali também produzidos novos caminhos a todo momento, a partir do relato de mulheres que, ainda gestando, detalham seus casos e pedem sugestões sobre alternativas possíveis. Muitas conseguem, nos grupos, descobrir que estão acompanhadas por um médico “cesarista” (adepto à prática da cesárea indiscriminadamente), por exemplo, e então traçar coletivamente linhas de fuga, buscando outro serviço, outro profissional, outras possibilidades, que são inventadas coletivamente a cada situação. Nos grupos, são ainda orquestradas e implementadas ações coletivas, como as que têm buscado dar visibilidade à questão da violência obstétrica.

Os blogs, cujo acesso passa a ser turbilhonado com a política de compartilhamentos do Facebook, também possuem relevância nesse processo. Para Luz (2014), eles têm se configurado como canais de circulação e construção de saberes com enorme potencial contra-hegemônico para o renascimento do parto e para a reinvenção da emancipação social, residindo na blogosfera o poder da biopotência da multidão, capaz de propiciar o alcance de formas mais democráticas de organização social. Esse indicativo torna-se palpável pela popularização da prática de escrita e compartilhamento de relatos de parto, em que as

¹⁸ Alguns dos mais populares grupos de discussão sobre humanização no Facebook ainda possuem páginas no Orkut, preservadas no memorial de comunidades do site, disponível em <https://orkut.google.com/>.

mulheres descrevem em detalhes tais acontecimentos, e, ainda, pelo acompanhamento de várias ações do movimento que tem se realizado por meio de “blogagens coletivas”, nas quais, simultaneamente, um número expressivo de blogs publica o mesmo conteúdo, em uma espécie de “campanha” virtual. Exemplo disso é o “Teste da Violência Obstétrica”¹⁹, realizado por pesquisadoras e ativistas da humanização em uma blogagem que envolveu 74 blogs. Respondido por 1966 mulheres por um questionário online, o teste encontrou grande índice de vários tipos de violência no parto, e sua disseminação veloz foi um fator importante para jogar luz sobre as cenas de violência que, de tão comuns, passam a ser naturalizadas.

RESULTADOS DIRETOS condutas de acolhimento

**Questão 7 – Durante a internação, algum profissional de saúde:
(mais de uma alternativa poderia ser escolhida)**

Bateram nas minhas pernas, quando a minha filha havia "coroadado" dizendo que se eu não tivesse força, mataria a minha filha sem ar.

O médico disse "até o ano que vem"

Médico fez episiotomia preventiva, eu senti o corte e perguntei se ele estava me cortando, ele negou. Estava com 8-9cm de dilatação e não fui amparada para subir na maca. Questionei se deitada era a única possibilidade e eles afirmaram que sim, tinha que ser deitada. No meio de uma contração a enfermeira estava colocando o acesso, eu contraí o braço e jorrou sangue. Quando eu vi o que tinha acontecido ela disse que me desculpava pela sujeira que eu tinha feito. O médico mandou a enfermeira me colocar no "soro" eu falei que não precisava de "soro", leia-se ocitocina sintética, pois o bebê já estava empurrando, mesmo assim colocaram o acesso.

Fui chamada de gorda, não fui ouvida ao apontar a melhor veia pra por o soro, o que levou a estourarem 7 veias, para depois pegar a veia que eu havia apontado, pedi PN, falei que meu bebê não era grande, que eu é que era, mas sequer fui ouvida.. era como se eu não estivesse ali.

Nos chamavam de éguas e que na hora de fazer o filho ninguém tinha pedido ajuda

Fonte: <http://www.cientistaqueviroumae.com.br/2012/05/teste-da-violencia-obstetrica.html>. Acessado em 10 de outubro de 2012.

¹⁹ Proposto pelas pesquisadoras e ativistas Ligia Moreiras Sena, Fernanda Andrade Café e Ana Carolina Arruda Franzon. Disponível em <https://www.dropbox.com/s/vwkvxunteqtf13/Resultados%20Teste%20da%20Violencia%20Obstetrica.pdf> Acessado em 3 de março de 2013.

2.3. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

A pesquisa “Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado”, realizada pela Fundação Perseu Abramo em 2010 (HOTIMSKY et al, 2013), nos pode ajudar na compreensão do que as mulheres têm problematizado em termos de assistência obstétrica: seus resultados indicam que uma em cada quatro parturientes no Brasil sofre algum tipo de violência por parte dos profissionais de saúde no atendimento. As agressões manifestam-se mais frequentemente no serviço público (27%), porém são também presentes na rede privada (17%). As violências mais referidas são a realização de exame de toque de forma dolorosa (10%), a negação de modos de alívio da dor (10%), gritos dos profissionais de saúde (9%), realização de procedimentos sem informar à parturiente (9%), profissional negando-se a atender (8%) e xingamentos e humilhações diversas (7%). Vinte e três por cento das mulheres entrevistadas afirmam ter ouvido algum despropósito durante o parto. “Não chora que ano que vem você está aqui de novo” (15%) e “Na hora de fazer não chorou/chamou a mamãe, porque está chorando agora?” (14%) são as expressões mais ouvidas. Considerando o contexto de realização da pesquisa, em que a medicalização do nascimento é norma e protagonismo não cabe à mulher, mas aos profissionais que a assistem, é possível inferir que os índices de violência sejam ainda mais elevados, posto que esta pode ser sofrida sem ser identificada como tal.

A medicalização e a violência no parto têm sido citadas em outras pesquisas recentes, como o inquérito de base hospitalar “Nascer no Brasil”, que aponta, por exemplo, altas taxas de episiotomia²⁰ (53,5%), de manobra de Kristeller²¹ (36,1%) e de posição litotômica²² (91,7%) (LEAL, 2014), condutas há anos desaconselhadas pela OMS em recomendações endossadas pelo próprio Ministério da Saúde, em virtude de seus riscos e prejuízos à integridade física e psíquica da mulher. Apenas 5% dos partos hospitalares são realizados sem nenhuma intervenção artificial, configurando o parto natural. A pesquisa ainda confirma que mais de 70% das mulheres brasileiras têm preferência pelo parto normal no início da gestação, mas este desejo não se concretiza, resultando 52% dos desfechos em geral em nascimentos

²⁰ Corte cirúrgico realizado na musculatura do períneo com a suposta finalidade de facilitar a saída do bebê.

²¹ Manobra em que a barriga da parturiente é pressionada para baixo, literalmente “empurrada”, com a suposta finalidade de facilitar a saída do bebê.

²² Deitada e com as pernas abertas, na posição “ginecológica”. Em geral, as mulheres são obrigadas a permanecer assim posicionadas, sem liberdade para escolher a posição que lhes propicia maior conforto.

por cirurgia cesariana. Este resultado indica que não é possível, portanto, atribuir os altos índices de nascimento cirúrgicos à preferência das mulheres.

Para designar as diferentes violações sofridas pelas mulheres por ocasião do parto, pré-parto e pós-parto imediato, bem como em situações de abortamento, os movimentos sociais pela humanização vêm cunhando, nos últimos anos, o termo “violência obstétrica” (SALGADO, 2012); antes disso, este tipo de situação é abordado sob a alcunha de “violência institucional no parto”, inclusive em âmbito acadêmico. O termo ganha visibilidade na América Latina a partir de uma denúncia feita em 2001 ao Comitê Latino-Americano e do Caribe para a Defesa dos Direitos da Mulher (CLADEM), realizada por uma parturiente de Rosário, na Argentina, como afirmou Lara Werner (2014), ativista da Parto do Princípio, na primeira audiência pública sobre a humanização do parto realizada em Porto Alegre²³. Na ocasião, Werner retomou o histórico de tipificação da violência obstétrica na legislação de diversos países latino-americanos em desdobramento desta denúncia, como a Venezuela (desde 2007), Argentina (desde 2009) e México (desde 2014) e ponderou que no Brasil, até há poucos anos, havia, mesmo por parte das integrantes dos movimentos sociais, resistência a fazer uso da expressão, pelo receio de colocarem-se na posição de vítimas.

Este é um posicionamento que passa a ser assumido claramente em recentes produções coletivas sobre o tema, como o vídeo “Violência obstétrica – a voz das brasileiras”²⁴ (2013) editado por ativistas e pesquisadoras da humanização e construído de modo colaborativo pela internet, pelo envio de vídeos a partir de uma chamada nas redes. No documentário, várias mulheres relatam grande sofrimento a que foram submetidas por ocasião do parto, denunciando inadequações nos atendimentos recebidos, como o despreparo de médicos e enfermeiros para assisti-las, reafirmando que “o parto é da mulher” e exortando às demais que estudem e lutem para garantir um parto digno. Nesse vídeo e em outras produções que circulam pelo ciberespaço, as mulheres que vêm falando sobre violência obstétrica, assim, ao reivindicarem a posição ativa de vítimas, além de exporem situações que são amplamente identificadas como violentas, como ser amarrada e negligenciada no atendimento, inscrevem no plano da VO uma série de procedimentos que são naturalizados no cotidiano da assistência e na sociedade em geral, operando uma alteração na visão de mundo sobre o que seria

²³ A audiência foi realizada em 21/08/2014, no Palácio do Ministério Público, em Porto Alegre/RS, com a finalidade de subsidiar trabalho conjunto entre o Ministério Público Estadual e o Ministério Público Federal com relação à implementação de normas para a humanização da assistência ao parto.

²⁴ BRUM, Kalu et al. Disponível em <http://www.youtube.com/watch?v=eg0uvonF25M>. Acessado em 16 de fevereiro de 2014.

constitutivo de um parto (PULHEZ, 2012) e em alguma medida redefinindo a própria categoria de “violência” no âmbito da parturição. É precisamente a emergência destes testemunhos em que se assumem como vítimas, e que configuram um dos mais fortes indicativos do que se tem chamado de violência obstétrica ou institucional (MULLER e PIMENTEL, 2013), que tem viabilizado o amplo exercício crítico sobre a violência no parto. Mais do que isso: ao questionarem publicamente indicações e condutas dos profissionais e instituições, essas mulheres abrem fissuras que deixam passar linhas de fuga, viabilizando o fortalecimento de redes de indignação que se articulam na produção de modos de enfrentamento e contorno ao sistema de atenção.

Outra produção coletiva que merece destaque é o “Mapa da violência obstétrica”²⁵, iniciativa em que as mulheres indicam os pontos institucionais em que foram agredidas em território brasileiro. Clicando-se em cada um destes pontos do mapa, se tem acesso ao relato detalhado do parto, que conta com etiquetas marcadoras do tipo de violência sofrida e, no corpo no texto, com sua descrição mais minuciosa.



Se nos anos recentes o termo passou a ser amplamente utilizado como bandeira de luta pelas mulheres, de modo a designar maus tratos na assistência ao parto e abortamento, num

²⁵ Disponível em <https://violenciaobstetrica.crowdmap.com/>. Acessado em 5 de setembro de 2013.

processo em que a denúncia expande a visibilidade da problemática e reflexão social, tal processo não ocorre sem resistências. A expressão tem gerado desconforto por parte de alguns atores da assistência e gestão, seja por ser considerada agressiva contra os médicos – que no modelo brasileiro são responsáveis pelo acompanhamento da maioria absoluta dos nascimentos – ou por ser tomada como inadequada, por designar práticas que não são consideradas por estes atores como violentas. Falas em ambos os sentidos foram acompanhadas nas redes sociais da internet e na já citada audiência pública realizada em Porto Alegre, em que a disputa pelos sentidos e usos da expressão fica evidente, por exemplo, na colocação de um médico atuante na gestão do serviço de obstetrícia de um grande hospital público, que se apropriando da expressão que o movimento vem difundindo, apresenta uma definição muito particular de violência obstétrica, que inclui “criar centros de parto normal”, ação prevista pela Rede Cegonha (2011) e considerada pelas ativistas como imprescindível no processo de humanização da assistência.

Para os grupos em luta pela humanização do nascimento, a expressão “violência obstétrica” abarca todo tipo de agressões físicas, verbais e psicológicas que as mulheres sofrem por ocasião do parto, bem como o desrespeito à sua autonomia e direitos. A definição inclui, segundo cartilha²⁶ elaborada pelas ativistas da Parto do Princípio:

(...) a violência cometida contra a mulher grávida e sua família em serviços de saúde durante a assistência ao pré-natal, parto, pós-parto, cesárea e abortamento. Pode ser verbal, física, psicológica ou mesmo sexual e se expressa de diversas maneiras explícitas ou veladas. Como outras formas de violência contra a mulher, a violência obstétrica é fortemente condicionada por preconceitos de gênero.

As formas mais comuns de violência obstétrica são: humilhar, xingar, coagir, constranger, ofender a mulher e sua família; fazer piadas ou comentários desrespeitosos sobre seu corpo, sua raça ou sobre sua situação socioeconômica; realizar procedimentos sem esclarecimentos ou desconsiderar a recusa informada; utilizar inadequadamente procedimentos para acelerar partos e vagar leitos; prestar assistência sem observar as melhores evidências científicas disponíveis da segurança e/ou da efetividade das intervenções; submeter a mulher a jejum, nudez, raspagem de pelos, lavagem intestinal durante o trabalho de parto; não oferecer condições para a amamentação e para o contato do bebê sadio com a mãe; violar direitos da mulher garantidos por lei; descumprir normativas e legislação vigente; e coagir mulheres a contratarem serviços e planos (como fotografia e filmagem ou plano do tipo “apartamento”) como única forma de garantir direitos já garantidos por lei às mulheres.

Ainda na audiência pública em Porto Alegre, foram elencados casos específicos em investigação pela procuradoria de São Paulo, que incluem desrespeito aos direitos previstos em lei, como acompanhante de livre escolha da mulher, violência física e aplicação forçada de

²⁶ Disponível em <http://www.partodoprincipio.com.br/#!/cartilhas/c1k0a>. Acessado em 16 de outubro de 2014.

procedimentos recusados pela gestante, sendo citado o caso de uma mulher amarrada pelo médico para que recebesse ocitocina sintética contra sua vontade, a fim de abreviar o período do trabalho de parto.

O número expressivo de nascimentos por cirurgia cesariana no país – 53,88 % em 2011, segundo o DATASUS – também vem sendo considerado pelo movimento social como manifestação deste tipo de violência; os grupos buscam enfatizar em seus atos que este índice, que em muito ultrapassa os 15% preconizados pela OMS, não resulta apenas de escolhas das mulheres, como já indicado em diferentes pesquisas, mas que se trata de cirurgias que, além de indesejadas, são em grande parte desnecessárias, realizadas muitas vezes para atender à conveniência do profissional de saúde, como admite o próprio Ministério da Saúde no manual para implementação da Rede Cegonha (Brasil, 2011).

Para Diniz (2005), o número elevado de nascimentos por via cirúrgica tem relação direta com inadequações na assistência ao parto normal, que impõem às parturientes uma série de intervenções invasivas, dolorosas, desnecessárias e iatrogênicas²⁷. Com a disseminação de tais práticas no SUS, as mulheres recorreriam ao setor privado buscando prevenir-se deste sofrimento, muitas vezes por meio de uma cesariana eletiva; sem condições efetivas de escolha, caberia às mulheres somente optar entre ser cortada “por cima” ou “por baixo” (CHACHAM; DINIZ, 2005). Também Maia (2010) enfatiza que o modelo de assistência ao parto no Brasil bifurca os itinerários das gestantes em duas possibilidades

²⁷ No Brasil, uma das formas de divulgação destas recomendações foi a publicação *Maternidade Segura. Assistência ao parto normal: um guia prático*, de 1996.

Algumas destas práticas a serem evitadas são abordadas pela autora em cartilha (2002, p.12) voltada a profissionais de saúde: (...) o Ministério da Saúde (inclusive em parceria com a Federação das Sociedades de Ginecologia e Obstetria, FEBRASGO), a Organização Mundial da Saúde além de grupos da Sociedade Civil como a ReHuNa, têm recomendado o abandono do uso de rotina de muitos procedimentos, tais como:

- A realização de procedimentos “rituais” de limpeza, tais como a lavagem intestinal e a raspagem dos pelos púbicos;

- A imobilização das mulheres no leito, pois a liberdade de movimentos é necessária para o bom desenrolar do parto;

- A colocação de soro (com ou sem ocitocina), “apenas para pegar a veia”, pois isso compromete a mobilidade da mulher;

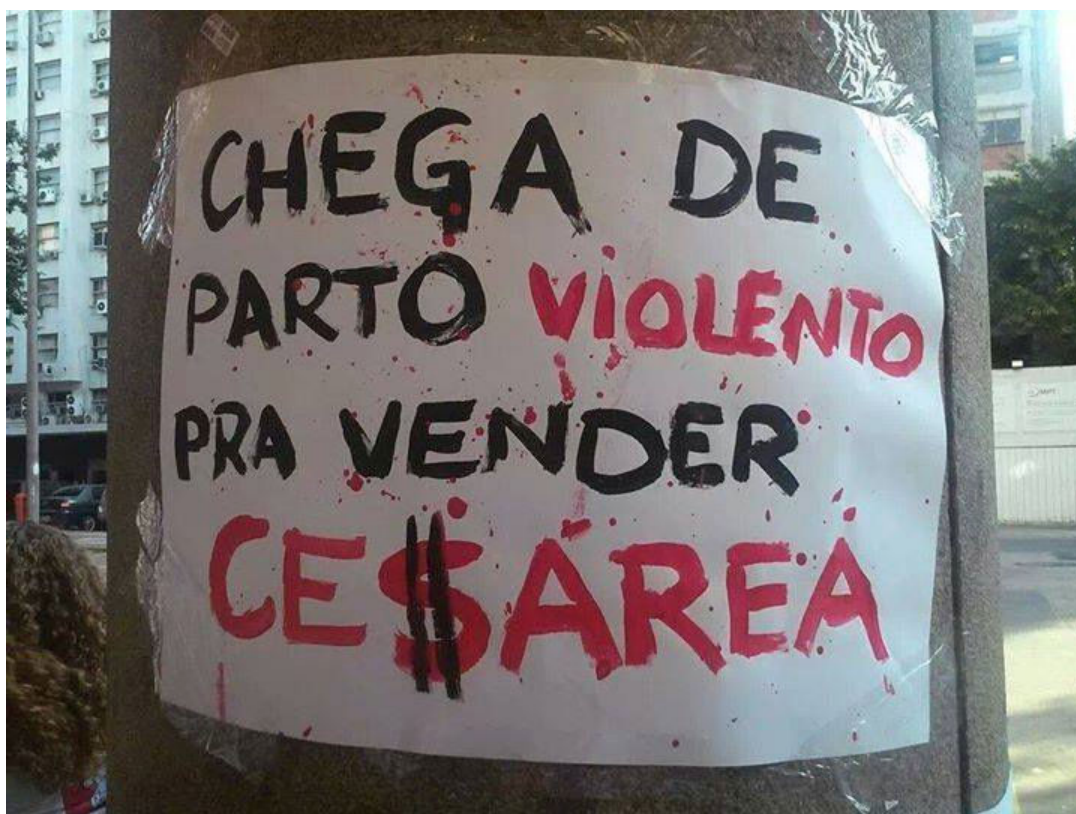
- A aceleração do parto com ocitocina sem indicações clínicas muito precisas, pois essa conduta costuma transformar as contrações do parto, intensas, porém na maioria das vezes suportável, em dores descoordenadas, imprevisíveis e insuportáveis, levando a parturiente a grande aflição;

- O corte da vulva e vagina (episiotomia), pois esse procedimento está associado a lesões genitais no parto, piora da vida sexual, além de não trazer qualquer vantagem para a mulher. Reconhecidamente, a episiotomia deve ser um procedimento a ser prevenido, através da educação para a consciência genital (contração-relaxamento), a ginástica vaginal, o oferecimento de liberdade de posição no período expulsivo, a evitação de mandar a mulher “fazer força”, etc.

- A manobra de Kristeller, em que se imprime força sobre o fundo uterino no período expulsivo, expondo a mulher a grande sofrimento e ao risco de rotura uterina;

legítimas: o parto normal intervencionista e traumático (nos serviços públicos) e o excesso de cesarianas, tomadas como bem de consumo (nos serviços privados). Nesse sentido, a violência na assistência ao parto seria um elemento fundamental na manutenção de uma “indústria cesarista”.

Percebe-se que essa perspectiva é compartilhada pelos movimentos sociais, que, de modo constante, seja fazendo uso das evidências científicas, seja lamentando procedimentos dolorosos sofridos nos próprios corpos, expõem insatisfação com este padrão de assistência, destacam suas inadequações e igualmente denunciam a relação apontada por Diniz e Maia, em que o sistema cesarista seria sustentado pelas práticas violentas recorrentes no parto normal. Isso é explicitado pela presença recorrente em manifestações virtuais e presenciais do grito de guerra: “chega de parto violento para vender cesárea!”.



O que estes movimentos têm buscado destacar é que, independentemente de fatores como a via de nascimento e do sistema de saúde acessado, ainda hoje, no Brasil, nascimentos ocorrem sob o paradigma da doença, em que o saber biomédico objetifica o corpo feminino

como incapaz, um corpo cuja fragilidade tornaria indispensável sua intervenção para fazer nascer. Sob esta lógica, há um achatamento do espaço da mulher como ser desejan-te e sujeito do próprio corpo. O nascimento torna-se doença e a parturiente, transformada em enferma, é silenciada pela voz da “cura” da assistência. Esta visão do corpo feminino como inapto é amplamente vigente tanto nos cenários de práticas quanto no imaginário popular. O foco, no nascimento, nunca está na mulher, mas no outro, aquele que “faz” o parto.

A superestimação dos benefícios tecnológicos e a subestimação dos efeitos adversos de excessivas intervenções constituem uma das principais características da assistência obstétrica no Brasil (DINIZ, 2009; SALGADO, 2011). Neste sentido, o modelo de atenção em vigência alinha-se à lógica contemporânea de naturalização do artificial descrita por Bauman (2009, p. 15), que sustenta vivermos em uma sociedade em que “nada é mais artificial do que a naturalidade; nada é menos natural do que se lançar ao sabor das leis da natureza”. Não por acaso, a pecha do anacronismo acompanha as mulheres que buscam o parto natural, chamadas pejorativamente em comentários nas redes da internet de “índias”, termo que posteriormente passa a ser incorporado por algumas destas ativistas em suas manifestações nas ruas e na internet.

Para Gonçalves e colaboradores (2014), tal modelo comunga do projeto neoliberal de sociedade, em que os valores capitalísticos, como o poder fálico, riscos superestimados, a eficiência temporal e a busca pela lucratividade invadem o nascimento, transformando-o em objeto de disputa de poder sobre a vida. Por outro lado, a comunhão com o neoliberalismo, embora mais facilmente identificável no modelo tecnocrático vigente, não se restringe a ele. Mesmo as linhas de fuga a esse sistema são traçadas na presença de armadilhas de captura. Vem-me à memória, por exemplo, a fala de uma mulher em um grupo de discussão no Facebook lamentando por, apesar de residir em uma grande capital, ter encontrado dificuldades para obter informações sobre como conseguir um parto humanizado. Ela descrevia a sensação de adentrar um “mundo secreto”, repleto de senhas e caminhos obtusos. As “chaves” ofertadas envolveriam invariavelmente contrapartidas financeiras que ela não estaria disposta a dar, como “pagar aulas de yoga para gestantes com preço de academia”. Esta colocação foi feita em uma longa discussão em que outras integrantes do grupo posicionaram-se de modo crítico às abordagens por elas classificadas como “meritocracia do parto”, em que cada mulher teria o parto merecido, estando sob sua inteira responsabilidade mobilizar-se em busca dos recursos para assegurar um nascimento conforme desejado. Criar uma vaquinha, trocar de cidade, não gastar com enxoval, vender o carro, fazer o que for

preciso para pagar um parto digno: mesmo em territórios coletivos, o direcionamento a arranjos individuais que sustentam a lógica de mercado que se atribui ao modelo tecnocrático, em sobreposição a construções que possam politicamente ampliar o acesso coletivo à assistência humanizada. Esse caso evidencia a multiplicidade de potências existentes nos grupos e nos itinerários de ativismo neles agenciados, cujas linhas tanto podem convergir para o fortalecimento do sistema único como reforçar a lógica capitalista que situa a saúde como mais um bem de consumo.

Frequentemente, nas redes sociais, surgem também alguns apontamentos no sentido de que as propostas do movimento seriam elitizadas, em parte como reação a algumas expressões militantes que desassocia o evento do parto dos fatores culturais, sociais e econômicos que o perpassam, incorrendo na abordagem meritocrática explanada acima. Os recortes de raça e renda são lembrados, em diversas discussões acompanhadas nas redes, como fundamentais para que se possa compreender e lutar pela humanização da assistência de modo efetivo, sem que se incorra, na defesa de um novo modo de parir, na opressão de mulheres que não dispõem das mesmas condições de acesso e escolha que a ampla maioria atuante no movimento.

É fato inegável que este ativismo toma força com mulheres que podem usufruir do acesso à internet, um direito humano básico, conforme a ONU²⁸, porém ainda não amplamente acessível no país. É justamente por meio da rede que as usuárias conhecem a realidade da assistência em outros países, tomam contato com a literatura científica e descobrem os direitos relativos ao parto (DINIZ, 2014), bem como produzem seus itinerários em fuga ao sistema. Em constante produção, esses fluxos de ativismo não podem, contudo, ser apreendidos em dualismos; são formados por agenciamentos moleculares que, como tal, buscam e experimentam dispositivos e instituições que se mostrem favoráveis às suas dinâmicas de criação e atualização de mundos possíveis (LAZZARATO, 2004). Exemplo disso é o fato de que, em alguns serviços pontuais no país reconhecidos pelas práticas humanizadas, mulheres no topo da hierarquia social passam a procurar o SUS pela qualidade das práticas ou mesmo pela insatisfação com a assistência ofertada no sistema suplementar, como indica Diniz (2014) e como pode ser percebido em inúmeros relatos de parto que circulam pela rede. Essa transição pode representar um tensionamento pela melhoria das práticas de assistência. Entre os fluxos do movimento, também não pode ser desprezado o fato

²⁸Relatório disponível em http://www2.ohchr.org/english/bodies/hrcouncil/docs/17session/A.HRC.17.27_en.pdf. Acessado em 4 de outubro de 2014.

de que muitas das ações são voltadas essencialmente às políticas públicas, orientando-se para a ampliação da assistência humanizada como direito.

O que vemos, a partir das ações apresentadas, é que há o inegável saldo da ampliação do diálogo sobre o tema. A formulação da violência obstétrica como forma de violência contra a mulher tem papel fundamental neste processo e resulta da ação direta das mulheres que vêm constituindo os movimentos sociais. É como desdobramento de todas as ações empreendidas no ciberespaço que a VO passa a ser discutida na sociedade, inclusive pelos veículos da grande mídia. O processo de produção do termo parece evidenciar o quanto as mulheres passam a assumir o protagonismo desse movimento social. As instâncias governamentais, neste processo, não conduzem, mas acompanham suas manifestações, como ilustra um compartilhamento efetuado pelo perfil oficial da presidenta Dilma Rousseff no Facebook, que trata da violência obstétrica divulgando uma ação de duas ativistas sobre o tema:



Montagem com fotografia de Carla Raiter, Projeto 1:4. Fonte: <https://www.facebook.com/SiteDilmaRousseff>

3. ENTRE O CIBERESPAÇO E AS RUAS

O ciberespaço propicia, para Antoun e Malini (2013, p. 23) “a produção de um mundo sem intermediários da cultura, baseada na produção livre e incessante do comum”. É precisamente a partilha do comum que, abrigada nos grupos virtuais de discussão sobre humanização do parto e nascimento, parece conter potências deste movimento. Não há portavozes uníssonos ou hierarquias fixas de poder, mas, sim, mulheres comuns, profissionais de saúde e mães, especialmente, buscando fazer do nascimento de seus filhos um acontecimento tanto quanto possível *natural*, fisiológico, que só seja interpelado por procedimentos externos em caso de necessidade efetiva – em geral, não se repudia a cesariana, por exemplo, em si mesma, mas seu uso inadequado. Este intento pode deflagrar, contudo, uma luta incomum, na medida em que, ao buscar o parto como evento fisiológico, distancia-se drasticamente dos cursos institucionalizados para o mesmo. O ciberespaço torna-se, então, lugar de agenciamentos que possibilitam ora contornar, ora confrontar de modo direto o sistema vigente.

Castells (1999) assinala que há uma tendência importante de mulheres e outros grupos minoritários de expressar-se de forma mais aberta em ambientes na internet, devido à sensação de proteção que acompanha este modo de interação. O autor sublinha, ainda, que estas redes ofereceriam a possibilidade de reversão dos tracionais jogos de poder no processo de comunicação, ampliando a voz de grupos usualmente subordinados. Estes apontamentos parecem pertinentes ao processo que vem se produzindo no âmbito aqui estudado: a partilha do comum, que já não encontra espaço no ritmo frenético da vida na atualidade, se estabelece de múltiplos modos nos ambientes virtuais, em agenciamentos que incidem na construção e reforço de autonomia na produção de trajetórias singulares de vida e influem também nos fluxos coletivos de luta pelo parto.

Um acontecimento produzido nesta perspectiva e que incidiu com intensidade na composição e trajetória do movimento pela humanização do parto no país foi a Marcha do Parto em Casa, ocorrida nos dias 16 e 17 de junho de 2012 em 25 cidades brasileiras. Mais do que defender a casa como o melhor lugar para o parto, a marcha buscava enfatizar que esta pode ser uma opção segura em gestações de risco habitual e conforme o desejo da parturiente, de acordo com as evidências científicas na área; uma escolha, que como todas as demais no

âmbito do parto, deve ser respeitada, preservando-se a autonomia feminina. A Marcha constituiu-se como acontecimento que, apesar de agenciado completamente pela internet, produziu-se de certa forma em diálogo com um veículo midiático tradicional, mais especificamente com uma popular emissora de televisão brasileira. Em 10 de junho de 2012, o programa dominical “Fantástico” levou ao ar uma reportagem sobre o parto domiciliar²⁹. Na ocasião, o obstetra Jorge Kuhn foi entrevistado e manifestou-se favorável a esta modalidade de nascimento em gestações de baixo risco. A declaração foi mal recebida pelo Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (CREMERJ), que, já no dia seguinte, protocolou denúncia contra o profissional ao Conselho Regional de Medicina de São Paulo (CREMESP)³⁰. Também foi veloz a mobilização de mulheres: em poucas horas, foi organizado um movimento nacional de repúdio ao posicionamento do CREMERJ, em defesa de Jorge Kuhn e do protagonismo feminino no parto.

Este processo foi por mim acompanhado como gestante, em um momento de aproximação com o universo da humanização. À época, não havia ingressado no mestrado, fato que coincidiu, algumas semanas depois, com o nascimento de minha filha. Surpreendeu-me, naquele momento, o modo como o acontecido foi produzido: de um dia para o outro e via Facebook, como acompanhei nos grupos virtuais. A pesquisa de Gonçalves (2014) confirma, ao entrevistar ativistas que estiveram à frente da organização da Marcha, que sua produção ocorreu inteiramente em diálogos em grupos de discussão no Facebook. A autora relata que, além das conversas em grupos já existentes, a organização ocorreu em um grupo voltado especificamente a essa finalidade, criado pela bióloga e ativista Gisele Leal, ao qual se agregaram rapidamente ativistas de todo o país, reverberando os diálogos para outros espaços, virtuais ou não.

Nos dias subsequentes à transmissão da reportagem e à denúncia realizada pelo CREMERJ, as ativistas empreenderam inúmeras ações em repúdio ao posicionamento da entidade, percebido como uma tentativa de normatizar o nascimento, pela criminalização do parto domiciliar. Foi realizada, por exemplo, uma petição pública³¹ em que se reivindicava, entre outros pontos, a abertura de um debate com fundamentação científica sobre os locais de parto, com participação do governo, organismos internacionais e sociedade civil. No texto da

²⁹ A matéria encontra-se disponível em <http://globo.com/rede-globo/fantastico/v/parto-humanizado-domiciliar-causa-polemica-entre-profissionais-da-area-de-saude/1986583/>. Acessado em 4 de julho de 2013.

³⁰ Uma nota explicativa acerca da denúncia está disponível na página virtual do Conselho, em <http://www.cremersj.com.br/informes/exibe/1285;jsessionid=Eh2981eudhIpaHIhhjzXqTz8.undefined>

³¹ Disponível em <http://www.peticaopublica.com.br/pview.aspx?pi=petparto>.

petição e em outros manifestos, como na carta aberta à sociedade produzida por integrantes do movimento³², fica evidente, como já abordado no capítulo anterior, o entrelaçamento destes fluxos à Medicina Baseada em Evidências, continuamente evocada para confrontar as indicações emitidas pelo Conselho. As campanhas no Facebook foram intensas, com a circulação de vários “memes” confrontando e satirizando o posicionamento do CREMERJ. A frase “não preciso do seu Conselho para parir” “viralizou-se” e tornou-se chamada da Marcha.

A Marcha do Parto em Casa foi a primeira grande marcha empreendida pelo movimento da humanização do parto, contou com ampla cobertura midiática e abriu caminho à discussão social sobre a temática. Possivelmente como desdobramento a todo esse movimento surpreendente do ativismo, dias depois, o CREMERJ emite duas resoluções (n. 265 e 266) que, respectivamente, proíbem médicos de assistirem partos domiciliares e impedem a presença de obstetras e doulas em partos nos ambientes hospitalares. O COREN-RJ entrou com ação buscando derrubar tais liminares, a cujas medidas de suspensão o CREMERJ segue recorrendo judicialmente.

É interessante salientar que, em todo esse processo de mobilização, há um deslocamento que modifica o sistema tradicional de comunicação, tirando o monopólio dos emissores tradicionalmente hegemônicos, em uma inversão que faz mais audível a voz das mulheres. No caso da Marcha do Parto em Casa, o veículo televisivo integrou o acontecimento, porém não de forma uníssona – num segundo momento, após a reportagem disparadora, foi no ciberespaço que circularam com maior intensidade informações sobre o tema e também nele se produziram as ações coletivas. Para Antoun e Malini (2013), as redes produzidas em compartilhamentos pelas singularidades da multidão nos ciberespaços são uma forma de poder constituinte que viabiliza a conquista de sua emancipação social. Este é um processo percebido no acompanhamento da Marcha, realizada em defesa do profissional perseguido, mas também como busca pela afirmação da autonomia da mulher nas escolhas referentes a seu corpo e seus partos.

Essa busca parece permear também uma série de acontecimentos outros engendrados nos fluxos de ativismo pelo parto humanizado nas redes sociais da internet, como a “Marcha pela humanização do parto”, realizada também em 2012, em protesto às resoluções do

³² Disponível em <http://vilamamifera.com/mulheresempoderadas/carta-aberta-a-sociedade/>.

CREMERJ supracitadas. Ocorrida em 32 cidades³³ brasileiras e amplamente divulgada na mídia, a Marcha seguiu a reforçar a visibilidade do tema e ganhou nova edição no ano seguinte, de igual relevância.



Marcha pela humanização do parto de 2012, no Rio de Janeiro. Foto de Isabela Marinho/G1. Disponível em <http://g1.globo.com/rio-de-janeiro/noticia/2012/08/marcha-pela-humanizacao-do-parto-reune-publico-na-praia-de-ipanema.html>.

³³ Conforme divulgação oficial, disponível em <http://3.bp.blogspot.com/-GQ112gtRQeU/UB6RF3VODxI/AAAAAAAAApfo/7gkZNVRIvUs/s1600/1+a+1+a+a+a+a+part+agenda.png>. Acessado em 9 de maio de 2014.



Fonte: http://www.jcnet.com.br/banco_imagem/imagens/sa%C3%BAde/FOTO%20PARTO.jpg

Se alguns destes fluxos irrompem nas ruas das cidades, outros ocupam intensamente o ciberespaço. Além de diálogos comuns em grupos virtuais, ou de compartilhamentos individuais, muitas vezes mulheres somam ações pensando em um direcionamento específico. Exemplo disso é o processo que viabilizou o lançamento, em circuito comercial, do documentário “Renascimento do Parto” (2013), produzido por Érica de Paula e Eduardo Chauvet. O filme problematiza o modelo de assistência obstétrica brasileiro, por meio de entrevistas com profissionais defensores do modelo humanizado e de relatos de parturientes e familiares, abordando tanto casos de violência obstétrica (com enfoque nas cesáreas desnecessárias) como nascimentos humanizados. Sua produção e inserção nas salas de cinema de todo o país realizou-se graças à mobilização empreendida pelas ativistas e simpatizantes do tema na internet, responsáveis pelo recorde de financiamento coletivo no Brasil³⁴.

O renascimento do parto, então, entra no circuito comercial em alguma medida pela ação política coletiva, que sai de seu território comum e invade um espaço outro, buscando fazer circular ainda mais amplamente suas ideias. Nesse processo, o cinema já não constitui somente expressão de um imaginário coletivo, mas elemento constitutivo de novos imaginários (SAMPAIO, 2008), como se percebe no encontro com itinerários de parturição

³⁴ Informações disponíveis em <http://orenascimentodoparto.com.br/#/benfeitores>.

que, interpelados pelas propostas do filme, sofreram alterações rítmicas que culminaram com um parto humanizado, sem que antes se houvesse tal intenção.

Atualmente, o filme acaba de ultrapassar a meta de financiamento coletivo para a produção de sua continuidade, que terá como eixos condutores³⁵, além da VO, a experiência do Hospital Sofia Feldman como “o SUS que dá certo”, os modelos de assistência ao parto da Inglaterra e da Holanda e as recomendações da OMS para atenção obstétrica e neonatal.

Cabe grifar ainda que, à época do lançamento, foi criada uma página no Facebook³⁶ que, mais do que divulgar informações promocionais, segue a proposta que dá nome ao filme e funciona até hoje como canal de renascimento do parto, espaço permanente de discussão e de campanhas de estímulo ao parto normal e de combate à VO. A página costuma divulgar continuamente fotos e relatos de parto.

³⁵ Conforme disponível em <http://benfeitoria.com/ORP2>. Acessado em 13 de novembro de 2014.

³⁶ Disponível em <https://www.facebook.com/orenascimento Doparto?fref=ts>.

4. RELATOS DE PARTO

A circulação por planos do ativismo dá acesso a inúmeros relatos de parto, documentos em texto e imagens que testemunham o nascimento, geralmente, pelo olhar de quem pariu. Por meio do Facebook, eles podem ser escritos diretamente em páginas pessoais, publicados em grupos de discussão fechados ou ainda em páginas temáticas, como a relacionada ao filme *Renascimento do Parto*; muitos ainda são publicados em blogs ou páginas diversas na internet e divulgados no Facebook pela postagem de *links*. Os relatos, em sua multiplicidade, indicam como a vivência do nascimento de seus filhos é diversa para cada parturiente. Percebe-se, entretanto, que grande parte destas narrativas, ao abordar os percursos do corpo e da subjetividade da mulher neste momento, o faz costurando a estes aspectos elementos outros, considerados componentes igualmente importantes no processo, como a atuação da equipe de assistência (quando presente) e o ambiente em que se desenrola o nascimento. Estes elementos por vezes constituem, inclusive, marcadores nas narrativas de experiência de parto, em que usualmente identifica-se de modo destacado, por vezes já no título do texto, tratar-se de um parto domiciliar ou hospitalar. As narrativas de experiências de parto normal posterior à cesariana geralmente são também identificadas com siglas como VBAC, VBAC 2, VBAC3 (vaginal birth after cesarian, conforme o número de cesáreas prévias). A presença destacada especialmente destes últimos marcadores pode ser relacionada às redes de ativismo em que circulam com mais intensidade tais relatos, nas quais se produzem forças que buscam dar visibilidade a estas experiências e destacar sua viabilidade, em contraponto à sua presença no imaginário social, reforçada por muitos profissionais da assistência, como perigosas e desaconselháveis.

Se experiências positivas que fogem do modelo de atenção tecnocrático circulam nas redes tensionando sua hegemonia pela via da diferença, multiplicam-se também testemunhos que justamente o sublinham, em que o tensionamento se produz pela exposição das dificuldades que algumas de suas características impõem às parturientes. São testemunhos de dor, em que emergem inúmeros problemas decorrentes da (má) assistência recebida por ocasião do parto. Em ambos os casos, percebe-se que o ato de produção das narrativas pode atualizar as vivências do nascimento, desdobrando-as em outras produções.

Produção e circulação dos relatos de parto vêm constituindo-se, sob muitos aspectos, como agenciamentos fundamentais no movimento de humanização do parto. Para aprofundar

esta problemática e pensar como tais produções incidem nos fluxos de luta por um modelo mais humanizado de assistência, serão apresentados, nas linhas subsequentes, um relato de parto, de Vanessa, e um relato de caso, de Adelir.

O último foi escolhido porque a dura experiência da parturiente foi responsável por uma mobilização inédita nas redes de ativismo e tem sido fundamental nas discussões sobre os limites éticos na assistência ao parto. O primeiro destacou-se no processo de pesquisa, em meio a tantos outros, pela potência que produz a partir de uma experiência comum, porém singular, de nascimento desassistido (que não contou com a presença de profissionais de saúde habilitados a assistir partos). Ambos são tomados em seu sentido expandido, sendo analisados não apenas pela produção literal, mas também em suas reverberações, que podem incluir outras produções que não as da parturiente, encontradas em movimento nos fluxos de ativismo.

5. PERCURSO DE VANESSA

Entre as multiplicidades de relatos de parto que encontramos nas redes da internet, é tímida a presença de testemunhos autorais de experiências de parto desassistido. Além da incidência de nascimentos nestes termos ser, de fato, reduzida no país, ocorrendo a ampla maioria em ambiente hospitalar (o que pressupõe assistência), tal configuração é com frequência desaconselhada em alguns ambientes virtuais de apoio à humanização, sob a justificativa de que não haveria respaldo em evidências científicas sobre sua segurança. Em que pese seus possíveis riscos, esta é uma modalidade de parto que, em certas circunstâncias, pode ser considerada por algumas gestantes como a de maior segurança entre suas opções. Esse fato foi observado no desenvolvimento da pesquisa, em que me deparei com poucos, mas pungentes, registros escritos e em vídeo de partos desassistidos planejados. Nestes casos, as opções de assistência disponíveis, condicionadas à inserção da instituição hospitalar no processo de nascimento, foram consideradas pelas mulheres como de mais alto risco com relação à opção pela desassistência, em virtude da iatrogenia de procedimentos e condutas e do apagamento do protagonismo feminino atribuídos àquela.

O relato de parto que segue, contudo, não se enquadra nessa perspectiva, pois se sucedeu de forma desassistida sem planejamento algum. Trata-se de uma narrativa incomum, em que a cena de parto ocorre em âmbito hospitalar, com a assistência retirando-se de cena em seu próprio território a partir de sucessivos embates com a parturiente. Encontros e desencontros de desejos, saberes e perspectivas que culminam, com o ato de parir, na invenção espontânea e inesperada de um parto hospitalar desassistido.

Sabemos, já na visualização do título do relato, tratar-se de um “VBAC hospitalar desassistido”, informação posta entre parênteses. O texto, em suas linhas iniciais, não apresenta muitos dados dizendo do percurso que culminou no nascimento. Alguns aspectos importantes deste caminho, contudo, vão emergindo à medida que a leitura segue.

De imediato, acessamos uma cena em que a autora, dormindo à noite, em casa, ao lado de seu parceiro, é despertada por contrações. Ainda que estas rapidamente aumentem em intensidade, ela não pensa ser necessário dirigir-se ao hospital em que o parto aconteceria, tranquilizando seu parceiro com a afirmação de que o processo provavelmente ainda

demoraria um tempo considerável. Neste ponto da narrativa, abre-se o primeiro de uma série de parênteses em que, de modo bastante didático, a autora situa o leitor sobre suas motivações para proceder daquele modo em especial:

Eu queria ir pra maternidade o mais tarde possível porque normalmente o trabalho de parto evolui melhor e é mais rápido em um ambiente em que a parturiente se sente segura. Com muitas mulheres o trabalho de parto acaba estacionando quando a mulher chega na maternidade. Aí, inevitavelmente, ela acaba sendo sujeita a intervenções médicas para acelerar o parto, o que aumenta a dor e também os riscos, especialmente pra quem, assim como eu, teve uma cesárea prévia.

Acompanhando as notas explicativas inseridas no desenrolar de cada etapa no trabalho de parto de Vanessa, é possível inferir que sua trajetória na gestação lhe permitiu, no momento do trabalho de parto, agir com tranquilidade e confiança em seus processos fisiológicos. Determinada a vivenciar o trabalho de parto em sua casa até o limite de suas possibilidades, ela vê-se impelida a rumar ao hospital apenas quando, pouco mais de duas horas após sentir as primeiras contrações, há o rompimento da bolsa e o líquido em vazamento apresenta-se em tonalidade escura, situação em que ela sabia ser necessária avaliação pela equipe de saúde. Sem conseguir contato telefônico com seu obstetra, segue para o hospital, localizado a cerca de seis quilômetros de distância. Chega a pensar que “perderá seu parto”, pois a maternidade, segundo descreve, seria “cesarista”; sem a presença de seu obstetra (favorável ao parto normal), a chance de cirurgia era muito alta.

A chegada de Vanessa ao hospital acontece, em suas palavras, com ela já em “outro plano”, experienciando um estado de consciência diferente, induzido pela dor das contrações. Neste ponto, ela e o companheiro são apartados: enquanto ele fica encarregado dos trâmites burocráticos para a internação; ela é conduzida à sala de triagem, onde tem início sua luta contra o que nomeia por “falido sistema obstétrico tradicional brasileiro”. Tal falência é explicitada em mais uma nota:

[O sistema tira da mulher o protagonismo do parto, tira da mulher a confiança no seu corpo, infantiliza a mulher a ponto de fazê-la acreditar que não é capaz de parir sem intervenção médica, que seu corpo é defeituoso. Um sistema que leva diariamente milhares de mulheres para uma grande cirurgia, desnecessariamente. A maioria destas mulheres queria parir, mas a série de erros e violências que ela sofre desde que dá entrada na maternidade a fazem ter certeza de que ela não é capaz. E pior, que foi “salva” pela cesárea. Eu não queria mais fazer parte dessa estatística.]

Após informar que está com mais de 41 semanas de gestação e apresentando bolsa rota, é orientada a deitar-se na maca e aguardar a avaliação do obstetra plantonista. Recusa-se. Pedir um copo de água, desta vez sofre ela a recusa. Chega um obstetra do hospital, que avalia que a dilatação já está em sete centímetros e o coração do bebê com bom funcionamento. Informado sobre a cesárea prévia, questiona se não haveria desejo por uma nova cesárea, e ouve a preferência pelo parto normal. Informa ainda que o obstetra responsável pelo acompanhamento está a caminho e logo a encaminha para o centro obstétrico. Vanessa relata que gostaria de aguardar sua chegada ainda no quarto, mas ouve risos de toda a equipe presente ao expressar esse desejo: “não dá, mãezinha”. A transferência para o centro obstétrico é inevitável, e deve ser realizada sobre uma cadeira de rodas. Mais uma recusa da parturiente, que precisa ser enfática na afirmativa de que tem condições de deslocar-se por suas próprias pernas. Abre-se nova nota no relato em que Vanessa destaca o incômodo de ser tratada por “mãezinha”, termo que enfatizaria a fragilidade da parturiente, despersonalizando-a e promovendo sua infantilização.

Já na sala de parto, que afirma assemelhar-se em verdade a uma sala de cirurgia, há um novo embate entre parturiente e equipe, com aquela se negando a receber anestesia. E seguem outros: ela não aceita a indicação de que deve permanecer deitada na maca nem tampouco consente que seja realizado um acesso venoso para aplicação de ocitocina sintética, abrindo novas notas explicativas no relato sobre os prejuízos que cada um dos procedimentos representa ao trabalho de parto. Seria preciso, entretanto, ainda por inúmeras vezes, até o momento do nascimento, reafirmar que não iria deitar-se na maca:

“Se você não deitar na maca teu bebê vai nascer e cair de cabeça no chão, você quer isso?”

“Se é só essa a ajuda que você pode me dar, eu dispenso... pode me deixar aqui sozinha que eu sei o que é melhor pra mim e pro meu filho”.

[Tudo que eu precisava nessa hora era acolhimento, era incentivo, era alguém pra me falar que estava tudo bem e que tudo daria certo, não alguém me dizendo q meu filho cairia no chão. Fui muito grossa com a enfermeira nessa hora e não me arrependo.]

Ela sai da sala e eu fico sozinha de novo.

Entra o obstetra plantonista

“Eu preciso que você deite na maca porque não vai dar tempo do teu médico chegar, então eu vou fazer o teu parto”

“Eu já falei que não vou deitar e eu não preciso que você faça o meu parto, eu sei o que fazer e farei sozinha”.

[Essa frase "fulano fez meu parto" sempre me incomodou. Em condições normais o médico não faz nada, quem faz todo o trabalho é a mulher.]

Ele não ficou muito contente, mas não insistiu. Sentou e ficou só me olhando. Tive outra contração forte e gritei algo como “aaiii, me ajude”... o obstetra falou “ué, você não disse que sabia o que fazer e faria sozinha?”.

Passada a dor, me vi sozinha novamente na sala.

É perceptível que as necessidades da equipe de assistência obstétrica e da parturiente confrontam-se, neste momento, de modo irreconciliável. Médico e equipe de enfermagem, frente à impossibilidade de submetê-la a suas prescrições, não buscam nenhum tipo de conciliação, mas abandonam a cena de parto, deixando a gestante à sua própria sorte. A experiência deste “abandono”, no entanto, é percebida como alívio, e não desamparo. Sozinha, sente-se mais segura, pois já não há a ameaça de invasão do seu corpo por intervenções indesejadas. A narrativa de Vanessa demonstra que a partir de seu desejo foi possível, com muitos embates, produzir uma fissura na captura institucional de corpos e subjetividades, inerente ao “sistema obstétrico falido” que tanto critica.

Pouco tempo após o médico retirar-se da sala, Vanessa começa a sentir que o nascimento de seu filho se aproxima, pela vontade intensa de fazer força. Sozinha na sala, ela grita pedindo que o companheiro seja chamado. Entram novamente o médico e enfermeiras, que desta vez conseguem convencê-la a subir na maca, porém sem ficar deitada. Vanessa novamente é deixada sozinha, até que seu companheiro chega e juntos experienciam a chegada de Otto ao mundo:

“Julio, olhe lá, saiu a cabecinha...”

“Meu Deus, saiu a cabeça, o que eu faço, vou chamar alguém!!!”

“Não, calma, tá tudo certo, é assim mesmo, não chama ninguém. Pega aquele pano e se prepara porque na próxima contração vai sair o bebê inteirinho e você precisa segurar.”

“Mas não é melhor eu chamar o médico, e se acontecer alguma coisa?”

“A única coisa q vai acontecer agora é esse bebê nascer! Se prepara que é agoraaa...”

Veio a contração, sem dor nenhuma, só a vontade de empurrar. Senti o Otto saindo inteirinho de dentro de mim. Um alívio indescritível. Uma sensação de poder, de domínio do meu corpo, coisa que eu jamais havia sentido antes. Eu só pensava que se eu fiz isso, eu faço qualquer coisa!



Após o parto, Vanessa ainda precisa realizar algumas negociações com o obstetra plantonista, que retorna buscando fazer procedimentos com os quais ela não concorda, como tracionar a placenta visando acelerar sua saída do útero.

Neste momento, apesar de tantas dificuldades no diálogo com a equipe, a sensação que nos invade à leitura é de plenitude, alegria e satisfação, pela presença de seu bebê nos braços, mas também pela conquista, mesmo frente a inúmeros obstáculos, de um parir ativo. O obstetra responsável pelo acompanhamento da parturiente não chegou a tempo de assistir o parto; após o nascimento, apenas confirma que tudo sucedeu bem.

Além de entregar-se aos fluxos naturais, foi necessário, justamente para assegurar tal entrega, uma ação ativa sobre o entorno em todas as etapas no trabalho de parto ocorridas no hospital. Foi precisamente esta ação alerta e contínua que permitiu à Vanessa segurar o parto nas mãos, impedindo seu sequestro pelo modelo intervencionista e medicalizante que ela identificava no hospital. A potência de sua ação parece emergir justamente da intensa conexão com sua carne, entrega plena ao ritmo do corpo.

Este estado de prontidão e confiança na própria carne, contudo, não surge como um processo puramente natural. Seria estranho, em verdade, se assim fosse, tendo em vista todo o processo de medicalização e objetificação que vem sofrendo historicamente o corpo da mulher como um todo e de modo reforçado no parto, a partir da transposição deste como acontecimento do universo feminino para o modelo atual, tutelado pelo poder médico. Vanessa vivencia seu parto como produção em movimento no desdobramento de linhas de fuga que ela própria criou não apenas no momento do parto, mas bem antes, a cada passo que traçou seu itinerário como gestante. Linhas produzidas não somente a partir de recursos individuais, mas em agenciamentos coletivos constituídos no encontro com outros fluxos relacionados à humanização do nascimento no ciberespaço. Vanessa nunca chegou a frequentar nenhum grupo de apoio presencial ao parto humanizado, mas produziu seu itinerário inteiramente nas redes sociais da internet, em diálogo vivo com outras mulheres em grupos de discussão no Facebook. A força deste plano online, como abrigo de trocas solidárias que auxiliam na busca por estratégias que façam fazer valer o desejo feminino no parto, a despeito de este ser tradicionalmente ignorado, indica a potência das novas tecnologias na efetivação dos movimentos sociais na contemporaneidade, também na esfera micropolítica.

Tais grupos virtuais de apoio à causa do parto humanizado, neste sentido, parecem aproximar-se de máquinas de guerra, na medida em que emergem como bandos insurgentes em contraposição ao sistema vigente de atenção ao parto, fazendo valer “um *furor* contra a medida, uma celeridade contra a gravidade, um segredo contra o público, uma potência contra

a soberania, uma máquina contra o aparelho” (DELEUZE; GUATTARI, 2008, p. 13). Pela potência secreta da solidariedade, reafirmam a possibilidade da ação coletiva na produção comum de vida.

Bauman pensa o medo como o nome que atribuímos à incerteza, nossa ignorância da ameaça e do que pode e deve ser feito em seu enfrentamento. Podemos, assim, tomar o evento do parto como ativador de uma multiplicidade de medos. Se nossa existência caracteriza-se, como aponta o autor, como “precária, vivida em condições de incerteza constante” (BAUMAN, 2007, p. 8), a tentativa de assegurar um suposto controle das variáveis que perpassam o momento de dar à luz, culturalmente acompanhado de inseguranças, pode ser bastante sedutora. Se há um procedimento capaz de assegurar o controle de algumas destas variáveis, atenuando a incômoda sensação de perda de controle e ainda apresentando-se como alternativa mais segura, por que não investir nesta opção? Isso nos pode dar pistas sobre a popularização e constante crescimento do já elevado índice de nascimentos por cesariana no Brasil. Contudo, os bandos digitais aos quais Vanessa se juntou na gestação indicam a possibilidade de produção de modos diversos de enfrentamento aos medos relacionados ao parto, que passam não por sua medicalização e controle institucional, mas pela desmistificação de algumas ideias fixadas no imaginário social e pelo estudo sobre cada etapa e possíveis procedimentos relativos ao nascimento. O medo é superado pelo compartilhamento e pela identificação com outros num processo de ação comunicativa (CASTELLS, 2013), estabelecido secretamente, por debaixo da superfície estratificada pelas instituições. Estas redes solidárias fazem circular constantemente as recomendações da OMS para assistência ao parto e as evidências científicas que as embasam, insistindo na divulgação, conhecimento e utilização destes discursos como parâmetro de assistência, em oposição às práticas arraigadas na obstetrícia do país.

A “assistência baseada em evidências” é, neste sentido, lançada como arma em uma guerra que irrompe em marchas, em articulações políticas e legislativas e se estabelece ainda no plano micropolítico. Quando Vanessa exige também para si, em meio à sua “partolândia”, ser atendida com base neste paradigma, ela o faz ecoando a voz de multidões de mulheres, com assertividade e segurança que a deslocam de uma posição de vulnerabilidade diante da equipe de atendimento e lhe conduzem a ocupar o lugar que desejava para este momento: o de protagonista. Isto fica evidente na descrição minuciosa a respeito de cada procedimento oferecido e dos motivos pelos quais são recusados.

Assim, os fluxos de luta pela humanização que irromperam no parto de Vanessa seguem pulsando e percorrendo caminhos, reinventados por sua escrita, elaborada com o cuidado visível de, além de divulgar sua história de superação, fornecer informações que possam dar elementos para problematização de procedimentos corriqueiros que as mulheres sofrem por ocasião do parto. Sua escrita atualiza o evento do parto e integra produção contínua de novas linhas que tensionam o modelo de atenção vigente e produzem novos modos de pensar a parturição.

6. LINHAS DE ADELIR

Como é difícil e custoso, angustiante até, o exercício de escrita daquilo que se acompanhou e que já foi, por diferentes prismas, largamente relatado e analisado. Justamente por tratar-se de um caso abordado à exaustão pela mídia e de modo recorrente em manifestações micro e macropolíticas nos movimentos sociais pela humanização do parto e nascimento em 2014, até mesmo por ser significativo em sua própria constituição, cheguei a me questionar inúmeras vezes sobre como escrever a respeito. Haveria mesmo que se fazer este registro? E, fazendo-o, como não reincidir em uma abordagem meramente descritiva ou que repise em caminhos reflexivos que, em que pese sua qualidade analítica, já estão esgotados? Um sem número de atores sociais, destacando-se juristas e profissionais da assistência ao parto, produziu e divulgou análises contundentes a respeito do ocorrido. Tal conjuntura me levou, nesta etapa, a, de certo modo, trair a abordagem seguida anteriormente, para então fazer neste momento um pequeno desvio que me permite habitar de outro modo a escrita, ela própria neste ponto feita linha de invenção em alguns momentos.

Já mencionei que fiz uma opção metodológica por não limitar rigidamente períodos para produção de dados e nenhuma etapa outra de pesquisa. Elas não foram concebidas como pontos isolados e fixos, mas sim como pontos em movimento, instituintes de linhas que se bifurcam e não cessam de produzir continuamente novos arranjos. Escrever, portanto, sobre o que passou Adelir constituiu um grande desafio porque ainda agora, na etapa de finalização da dissertação, sigo acompanhando desdobramentos de todo o ocorrido. Pulsa de modo tão arrebatador a vida que acompanhá-la, pela escrita, por vezes torna-se uma tarefa hercúlea. Não abordar tal acontecimento nesta dissertação resultaria, entretanto, em abortá-la quanto a seu intento primeiro, de acompanhar os itinerários individuais e coletivos em busca da humanização; logo, escrevo, longe da pretensão de esgotar fatos e sentidos, mas perseverando na escrita como processo de invenção, como abertura de linhas que, neste exato momento em que escrevo, seguem se prolongando nos planos social e político.

No ponto de que escrevo agora, muito já passou, tanto se armou, desarmou, o que se amarrou foi corroído, parte do que se buscou, contudo, foi mantido, preservado em luta constante e refeito no instante de cada conduta. Isso com relação aos fluxos dos movimentos sociais, cujo ritmo turbilhonar de acontecimentos invalida tentativas de relatórios precisos. Mas a potência

destes movimentos, que serão mais minuciosamente abordados num segundo plano deste capítulo, eclode a partir de uma experiência singular, de uma mulher comum, cujo corpo inesperadamente foi alvo de uma conjunção extraordinária de forças institucionais normatizadoras. Seu crime? O desejo manifesto de ter sua filha de forma natural.

Adelir, assim como Vanessa, tem seu primeiro contato com o universo da humanização meses antes deste fatídico episódio, em um dos diversos grupos virtuais de discussão sobre humanização que frequentei nos últimos anos. Em janeiro de 2014, então com 29 anos e 32 semanas de gestação, ela realiza uma postagem no referido espaço expondo sua situação e pedindo ajuda. Na publicação, explicou ser moradora de Torres, no Rio Grande do Sul, e relatou que, por ter passado, há anos, por duas cesáreas, já lhe havia sido negada previamente, nesta gestação, a possibilidade de ganhar sua filha por parto normal³⁷. Referiu-se, ainda, a sentir-se impotente e sem poder “mandar” no próprio corpo, e deu a entender estar sendo interpretada como uma reles paciente que, por não compreender nada a respeito de sua própria situação, estaria colocando a vida da própria filha em risco. Ao final desta escrita fragmento, questiona sobre o que poderia fazer, ou se haveria apenas de resignar-se ao choro e aceitação.

Neste espaço Adelir encontrou acolhimento e foi constituindo, no diálogo com outras integrantes, uma rede de apoio, em que passaram a se desenhar algumas rotas possíveis para sua delicada situação. Ao contrário de parte significativa das ativistas que frequentam estes grupos, Adelir não contava com um plano de saúde nem com a possibilidade de custear um atendimento particular³⁸, realizando o acompanhamento de sua gestação no SUS. O sistema é elogiado em suas palavras, que concentram o descontentamento especificamente na atenção à gestação e nascimento, pela tendência à sua realização por via cirúrgica. Além da questão de renda e classe social, outros (re)cortes molares obstruem potencialmente a movimentação na busca por seu desejado parto, segmentaridades duras que atravessam também a realidade de muitas outras mulheres brasileiras: mulher, mãe de outros filhos, cigana, nordestina. Ainda assim, Adelir não se permite desanimar

³⁷ É fato conhecido que no Brasil, em geral, gestantes nestas circunstâncias recebem automaticamente indicação de nova cirurgia, uma conduta que, apesar de naturalizada, é fortemente contestada por diversos profissionais ligados à humanização, com base nas evidências científicas da área.

³⁸ Esta é uma condição que, de fato, parece ser a da maior parte das mulheres dos grupos de ativismo pela humanização do parto, considerando as problemáticas discutidas e mesmo campanhas empreendidas, algumas das quais são claramente voltadas ao sistema suplementar. Exemplo disso é na marcha realizada em São Paulo em fevereiro de 2014, que encerrou em frente a uma maternidade privada, a Santa Joana, à qual foi entregue inclusive um documento solicitando que fosse liberada a entrada de doulas sem necessidade de cadastramento específico vinculado a uma profissão da saúde, como havia passado a exigir a maternidade.

e, embora revoltada ao perceber grandes dificuldades de acesso ao que compreende ser normal, lança-se com intensidade da produção de um caminho singular para parir.

No ambiente virtual, Adelir encontrou informações e estabeleceu, como já mencionado, uma rede de apoio. Conheceu inclusive uma doula que, residindo em uma cidade vizinha à sua, aceitou lhe acompanhar no momento do parto. Meses depois, em um momento de deriva nas linhas dos movimentos de humanização no Facebook, fui surpreendida com uma postagem nada comum em minha “linha do tempo”, compartilhada por uma ativista da humanização, em que esta mesma doula, identificando sua localização como Torres-RS, literalmente pedia socorro, pois acabara de presenciar a gestante que acompanhava em pleno trabalho de parto ser removida de casa à força por policiais armados junto a um oficial de justiça, para realização de uma cesariana compulsória. O relato rapidamente espalhou-se na internet, em múltiplos compartilhamentos no Facebook, gerando-se grande expectativa coletiva sobre o desfecho da situação. Horas depois, todos os detalhes tornaram-se conhecidos, já por meio da grande mídia, em matérias que foram amplamente difundidas nas redes da internet.

Um dos veículos que cobriu a situação foi o jornal Zero Hora, que, já no dia seguinte ao nascimento, publicou em seu portal virtual um vídeo³⁹ em que Adelir, filmada por seu companheiro, Êmerson, descrevia em detalhes o que havia passado. Na gravação, em que surge em uma cama hospitalar e com a filha adormecida nos braços, ela afirma ter sido removida de casa por um oficial de justiça e por vários policiais, na presença das outras crianças da família, e sob intensas ameaças, inclusive de prisão ao companheiro caso se recusasse a seguir a determinação judicial. Rememora, ainda, que esteve horas antes no hospital, seguindo uma combinação realizada com as enfermeiras do posto de saúde a que estava vinculada, apenas para realização de uma avaliação, ocasião em que teria realizado um exame de imagem que haveria atestado a posição pélvica do bebê; ela teria solicitado, contudo, uma requisição para um novo exame, que pretendia realizar na rede particular em busca de uma segunda opinião, já que não lhe foi mostrada imagem alguma e que não estava, portanto, convencida do diagnóstico. Frente a esta solicitação, Adelir relata que a médica responsável pelo atendimento teria se irritado, se negado a fornecer a requisição solicitada e informado que ela não teria autorização para retirar-se do hospital, podendo fazê-lo apenas sob a assinatura de um termo de responsabilidade. Adelir segue contando ter recebido a indicação de uma cesariana imediata, porém, não convencida da real necessidade do procedimento, optou pela assinatura do termo e por regressar à sua casa e esperar a evolução

³⁹ Disponível em <http://videos.clicrbs.com.br/rs/zerohora/video/geral/2014/04/sinto-frustrada-afirma-mae-apos-cesariana/71559/>. Acessado em abril de 2014.

espontânea do trabalho de parto, dirigindo-se à instituição hospitalar apenas quando este estivesse em um estágio avançado, indicado por contrações mais frequentes. Frente à sinalização absoluta da médica de que nem mesmo chegando parindo seria possível escapar da cirurgia cesariana, o plano passou a ser deslocar-se no momento oportuno ao hospital de Araranguá, em Santa Catarina, cidade próxima e na qual, segundo a doula que a acompanhava, haveria chance maior de conseguir um parto normal. Esta intenção teria sido inclusive relatada aos policiais que a acompanharam até o hospital, a quem foi pedido o encaminhamento a esta outra instituição, sem sucesso. Ao final, Adelir encerra a gravação relatando sentimento de frustração pelo desrespeito sofrido e falando sobre dificuldades em sua recuperação, incluindo-se a amamentação, pela demora na descida do leite, atribuída por ela ao fato do parto não ter sido normal.

Posteriormente, foram divulgadas outras informações importantes sobre o caso, como o desrespeito à Lei Federal nº 11.108 – seu companheiro ora proibido de acompanhar o nascimento - e o fato de Adelir ter sofrido agressões verbais durante a realização do procedimento, como ela própria informou em diferentes ocasiões.

Trata-se de um acontecimento inédito no país: a equipe médica responsável por seu atendimento, inconformada com seu questionamento e recusa ao procedimento indicado, rapidamente buscou – e conseguiu – apoio judicial para obrigá-la a submeter-se à sua prescrição. As justificativas apresentadas ao judiciário, conforme amplamente divulgado na mídia, foram a suposta posição que inviabilizaria o parto normal (no entanto, em momento algum foi apresentada uma imagem que comprovasse tal afirmação, seja a Adelir ou ao processo, ao qual foi anexado somente laudo escrito), bem como as duas cesáreas prévias da parturiente e a gestação estimada em 42 semanas – outra afirmação controversa, já que foi divulgado posteriormente laudo que indicava estimativa de 40 semanas de gestação naquele dia.

Matérias da grande mídia abordando o acontecimento multiplicaram-se e rapidamente viralizaram no ciberespaço. Com a exploração da grande mídia e movimentação nas redes sociais da internet, a discussão sobre o ocorrido ganhou amplitude nacional em poucos dias. Por parte dos que se posicionaram contrários à ação médica e jurídica no caso, houve manifestações que podem ser agrupadas especialmente em duas linhas argumentativas: de um lado, a contestação da indicação médica de cesariana, abordagem seguida por diversos profissionais de saúde que, apresentando evidências científicas, sustentaram que as justificativas apresentadas, como posição pélvica ou podálica, bem como cesáreas prévias, não seriam indicações absolutas para a cirurgia, sendo possivelmente viável o parto normal no caso de Adelir; por outra linha, teceram-se diversas

reflexões críticas à conduta médica e jurídica na esfera ética e de direito humanos, questionando a sobreposição ao desejo manifesto da parturiente, tratada por incapaz de participar ativamente da discussão sobre o tipo de parto pelo qual passaria e submetida compulsoriamente a um procedimento invasivo e que julgava desnecessário.

Eu acompanhava a todo o momento a repercussão por meio do Facebook, tanto acessando links para essas matérias quanto participando das discussões em grupos e entre os muitos contatos que fiz em virtude da pesquisa. São tantas as possibilidades de abordagem a este acontecimento e os processos que engendrou que colocar-me em movimento com o caso, na escrita, tornou-se um desafio, tamanha a multiplicidade de caminhos percebidos. Neste momento, como certo enquadramento é imperativo, concentro-me em pensar no processo por meio do qual a violência sofrida por Adelir passa a ser sentida por multidões de mulheres por todo o país; como esta experiência, de ordem individual, torna-se coletiva. Para isso, é preciso analisar a participação do ciberespaço e de suas redes, mais especificamente do movimento social que por meio delas tem se estabelecido, em todo o acontecido.

É pelo fim que começo, então: rapidamente, como já mencionei, os principais veículos de comunicação passaram a abordar o assunto. Embora em grande parte das matérias divulgadas a ênfase foi colocada nas supostas indicações para a cirurgia e sua importância para resguardar a vida do nascituro, inclusive com manifestações da equipe do hospital, de representantes da classe médica, do promotor do Ministério Público que atuou no caso, que chegou a afirmar que “acima de todas as preferências, está o direito à vida da criança”⁴⁰ e da juíza que expediu a liminar⁴¹, cuja fala atribui à Adelir intenções que ela não deixou claro não ter, como realizar parto domiciliar, tais afirmativas não se colocam de modo hegemônico na sociedade. Se o poder de comunicação tradicionalmente se concentra nas mãos dos emissores, que podem selecionar, divulgar e silenciar, o surgimento da internet fragiliza o funcionamento desse sistema (SILVA, 2011). Isso decorre diretamente da possibilidade que o ciberespaço oferta de cada indivíduo expressar suas ideias, funcionando como gerador de conteúdos e de vínculos emocionais (SANTAELLA, 2013), e ainda da facilidade de circulação destes conteúdos, realizada em conversações caracterizadas pela capacidade dos diálogos de transcender o grupo que as iniciaram (RECUERO, 2013).

⁴⁰ Disponível em <http://g1.globo.com/rs/rio-grande-do-sul/noticia/2014/04/promotor-justifica-medida-que-obrigou-gestante-fazer-cesariana.html>. Acessado em 9 de abril de 2014.

⁴¹ Disponível em <http://g1.globo.com/rs/rio-grande-do-sul/noticia/2014/04/justica-determina-que-gravida-faca-cesariana-contra-vontade-no-rs.html>. Acessado em 9 de abril de 2014.

Vemos, assim, que o ciberespaço, com suas redes e grupos de discussão em cuja superfície “a circulação torna-se eminentemente produtiva” (ANTOUN; MALINI, 2013, p. 32) faz contraponto à ordem discursiva hegemônica, incidindo na invenção de novas possibilidades narrativas e perceptivas sobre os fatos. Isso é visível desde o dia do nascimento, pois, por diversas vezes, Adelir e Émerson manifestaram-se no Facebook relatando-o, inclusive em textos públicos que foram intensamente compartilhados, de modo que era possível a qualquer pessoa conectada confrontar, em tempo real, as narrativas oficiais da mídia a estes relatos.

Adelir não publicou, ainda, um “relato de parto” completo sobre sua experiência. Entretanto, os pequenos fragmentos publicados em sua página no Facebook e blogs dentro da própria rede de ativismo, como a entrevista concedida ao site Cientista que Virou Mãe⁴² e ainda em alguns dos veículos da grande mídia que deram espaço à sua voz e foram amplamente compartilhadas nos ciberambientes, expõem um testemunho formulado a partir de uma vivência da carne, pensamento que passa pelo corpo em sofrimento. Por isso mesmo, parece nos transportar também a este corpo, sentindo cada palavra como cortes em nossa própria carne. A cesariana compulsória a que foi submetida abriu tecidos em muitas outras mulheres, algumas das quais tiveram mesmo os próprios corpos afetados pela leitura de suas palavras, afirmando não terem conseguido dormir posteriormente.

Este conjunto de afetos que se faz palavra e atravessa outros corpos tem sua expressão máxima na campanha “Somos todas Adelir”, criada ainda em abril de 2014 nas redes de ativismo no Facebook. A dor de Adelir, agora tornada coletiva, faz convergir (quase) todas as linhas em movimento em torno de sua vivência, passando a produzir seus desdobramentos.

Esse itinerário rumo ao parto desejado tem início na gestação anterior, em que Adelir ouve do obstetra que a acompanhava na época uma advertência sobre os altos riscos de uma terceira cirurgia cesariana. Mais um passo fundamental é dado com a entrada em grupos de discussão sobre o tema no Facebook. Nestes ciberambientes, ela coloca-se em contato com uma multiplicidade de outros percursos de busca pelo parto humanizado, que se entrecruzam a seu próprio itinerário, agora reinventado nestas associações. A partir de então, Adelir pode inventar, em rede, uma série de estratégias, pequenas produções que conformam, passo a passo, um caminho diferente dos que já havia percorrido nas gestações anteriores. Neste sentido, assistir o documentário “Renascimento do Parto”, contratar uma doula, etc, foram “armas” encontradas no cotidiano desses grupos, das

⁴² Disponível em <http://www.cientistaqueviroumae.com.br/2014/04/uma-conversa-com-adelir-e-emerson-eu.html>. Acessado em 15 de abril de 2014.

quais se muniu nesta trajetória em que sustentar um desejo implica enfrentamento⁴³. Toda a produção de redes e suas possibilidades parecem desmanchar-se, contudo, no encontro com o poder institucional médico e judicial, estruturas que, no seu caso, mostram-se intransponíveis. Seu objetivo último, mobilizador de todo o itinerário percorrido, poder parar, é barrado neste confronto em que é reafirmada sua ingerência sobre o próprio corpo. É justamente a partir deste “fracasso”, contudo, que ressurge a potência das redes que constituiu e que são reinventadas a partir de seu infortúnio.

Adelir “perdeu” seu parto, mas inscreve-se definitivamente no plano do ativismo a partir desta perda. Duas semanas após o ocorrido, por exemplo, na já mencionada entrevista ao site “Cientista que Virou Mãe”, ela exorta às mulheres que estudem muito para garantir um parto digno. É interessante ver o paradoxo que esta situação apresenta: enquanto alguns profissionais de saúde recusam-se a estabelecer uma relação horizontal em que o usuário seja sujeito ativo, as mulheres buscam e incentivam umas às outras a estudar, munir-se de informações que permitam participar ativamente do processo do nascimento, ainda que isso seja indesejável pelo sistema institucional e que possa, inclusive, provocar conflitos em uma cena de parto “regulada” por profissionais que seguem atuando em uma lógica prescritiva e verticalizada.

Rendida antes do parto, Adelir vê e faz surgir um levante em sua sequência. Em sua perda, multidões de mulheres se encontraram e ocuparam as redes sociais da internet e as ruas com seu nome. Muitas trocaram suas próprias fotos do perfil no Facebook por imagens onde se lia, sobre um fundo negro, frases como: “LUTO por Adelir” e especialmente a que deu nome ao próprio ato nacional: “Somos todas Adelir”. Este último foi organizado totalmente em ambientes da internet, com grupos de discussão criados especificamente para essa finalidade, sendo um grupo geral para todo o país e vários por cidades em que seria realizado o ato⁴⁴. No entanto, boa parte das tratativas era compartilhada em páginas e perfis públicos. Acompanhei a organização pelas redes e estive presente no ato presencial em Porto Alegre, em um dia de chuva intensa, o que acredito ter influenciado na presença tímida de manifestantes, que estimo em cerca de 50 pessoas. Em outras cidades, entretanto, registrou-se um número maior de participantes e configurações variáveis – em

⁴³ É importante grifar que esta luta, como ela salientou em um sem número de entrevistas à época do ocorrido, não foi travada em busca de um parto normal a todo custo; ela deixa claro que, se preciso fosse, passaria por uma nova cirurgia sem resistência. Não aceitaria, contudo, ser submetida novamente ao procedimento sem indicação real.

⁴⁴ Segundo a agenda nacional do ato, disponível em <http://somostodxsadelir.wordpress.com/>, o mesmo ocorreu simultaneamente nas cidades de Belém, Belo Horizonte, Brasília, Cacoal, Campo Grande, Campo dos Goytacazes, Cuiabá, Curitiba, Florianópolis, Fortaleza, Goiânia, Ilhéus, João Monlevade, João Pessoa, Joinville, Juiz de Fora, Maceió, Mossoró, Natal, Piracicaba, Porto Alegre, Recife, Ribeirão Preto, Rio de Janeiro, Salvador, São Carlos, São José dos Campos, São José do Rio Preto, São Paulo, Ubatuba, Uberlândia e Vitória.

São Paulo, por exemplo, foi realizada uma vigília noturna, em que as mulheres ocuparam o Largo São Francisco com acampamentos durante toda a madrugada.



Fotografia de Renata Penna. Disponível em <http://www.geledes.org.br/potencia-de-adelir-por-eliane-brum/#axzz3K6Msx9eP>. Acessado em 5 de agosto de 2014.



Fonte: <http://revistatpm.uol.com.br/reportagens/marcas-que-o-tempo-nao-cura.html>. Acessado em 5 de agosto de 2014.



Fotografia de Renata Penna. Disponível em <http://www.geledes.org.br/potencia-de-adelir-por-eliane-brum/#axzz3K6Msx9eP>. Acessado em 5 de agosto de 2014.



Fotografia de Mídia Ninja. Disponível em <https://www.flickr.com/photos/midianinja/13801516823/> Acessado em 7 de agosto de 2014.

Além das campanhas virtuais – “Somos todas Adelir”, “Não me obriguem a uma cesárea” e dos atos públicos nacionais, realizados na tentativa de sensibilizar a sociedade com relação à violência obstétrica, os movimentos sociais realizaram uma série de encaminhamentos para a situação. Por meio da ARTEMIS, aceleradora social para a autonomia feminina, constituída por mulheres integrantes das redes de ativismo pela humanização do parto e nascimento no país e cuja atuação tem foco nesta temática, enviou denúncia sobre o caso aos seguintes órgãos: Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República⁴⁵, Disque Denúncia de Direitos Humanos, Comissão de Direitos Humanos e Minorias da Câmara dos Deputados, Secretaria de Direitos Humanos do Estado do Rio Grande do Sul, Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República, Promotoria de Justiça de Defesa dos Direitos Humanos de Porto Alegre e Comissão de Direitos Humanos da OAB/ Rio Grande do Sul, entre outros.

Como desdobramento de todos esses atos de mobilização, foi realizada pela Comissão de Direitos Humanos e Minorias da Câmara Federal, em 7 de maio de 2014, audiência pública para discutir a violência obstétrica. Na sequência, foi elaborado pelo deputado federal Jean

⁴⁵ A denúncia na íntegra pode ser acessada em <http://www.cientistaqueviroumae.com.br/2014/04/denuncia-do-caso-adelir-torres-rs-ja.html>.

Wyllys, em colaboração com a ARTEMIS, o Projeto de Lei⁴⁶ 7.633/2014, que visa assegurar às mulheres assistência humanizada no pré-parto, parto e pós-parto imediato, bem como em situações de abortamento. Além de reafirmar garantias que já estão previstas em Lei, como o direito ao acompanhante de livre escolha da mulher, o projeto aborda pontos que são frequentemente questionados pelas ativistas nos grupos e páginas virtuais relacionados ao parto humanizado, como a garantia de não ser submetida a procedimentos destinados a treinamento e aprendizagem de estudantes (como a episiotomia de rotina), salvo sob autorização da própria mulher mediante termo de consentimento. Outro ponto importante é a implementação do plano de parto⁴⁷ para todas as gestações, a ser elaborado pela gestante e respeitado pela equipe de atendimento, salvo sob condições de risco de morte. O grande diferencial do projeto, porém, parece ser a tipificação da violência obstétrica, como vemos no capítulo 13 (e, de modo mais detalhado, no seguinte):

Art. 13 – Caracteriza-se a violência obstétrica como a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres pelos(as) profissionais de saúde, através do tratamento desumanizado, abuso da medicalização e patologização dos processos naturais, que cause a perda da autonomia e capacidade das mulheres de decidir livremente sobre seus corpos e sua sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres.

Parágrafo único. Para efeitos da presente Lei, considera-se violência obstétrica todo ato praticado pelo(a) profissional da equipe de saúde que ofenda, de forma verbal ou física, as mulheres gestantes em trabalho de parto, em situação de abortamento e no pós-parto/puerpério.

Embora o projeto venha sendo alvo de uma série de questionamentos e problematizações nos espaços virtuais de ativismo, ele parece ter sido considerado, por muitas ativistas, como um avanço para a discussão e possível mudança no sistema de atenção.

Por fim, é importante destacar que o próprio Governo Federal, por meio das Secretarias de Direitos Humanos e de Políticas para as Mulheres e do Ministério da Saúde, manifestou solidariedade à Adelir⁴⁸.

A possibilidade dos sujeitos militantes construir e compartilharem suas próprias narrativas indica o quanto os espaços da internet representam, como afirma Castells (1999), a

⁴⁶Disponível em

http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1257785&filename=PL+7633/2014. Acessado em 4 de outubro de 2014.

⁴⁷ Documento em que a gestante planeja e especifica todas as suas escolhas para o momento do parto, tais como: posição em que deseja ficar, uso (ou não) de ocitocina sintética, aplicação e especificação de métodos anestésicos, etc.

⁴⁸ Disponível em <http://www.sdh.gov.br/noticias/2014/abril/governo-manifesta-solidariedade-a-adelir-carmem-lemos-de-goes>. Acessado em 10 de maio de 2014.

chance de reversão das tradicionais relações de poder para grupos minoritários. O caso de Adelir exemplifica esse processo, ao mostrar como coletivos de mulheres ativistas pela humanização do parto vêm produzindo, no ciberespaço, agenciamentos fundamentais na ampliação da visibilidade da problemática e na mudança social, cultural e política relativa ao tema.

7. ROTAS DE FUGA, CAMINHOS DE RESISTÊNCIA

Cada itinerário rumo ao parto desejado, seja de um indivíduo ou de uma coletividade, se produz na micropolítica do movimento, no entre, por linhas de diferentes naturezas que atravessam toda uma multiplicidade de planos de realidade. Estas linhas são sempre linhas de variação, não possuem coordenadas constantes. Seu curso, portanto, não é previsível, pois se estabelece em movimento vivo, não se prestando à acomodação em categoriais universalistas de análise. Entre tais linhas, pode-se observar a existência das compostas por segmentaridade dura ou molar, as de segmentaridade maleável, ou moleculares e as linhas de fuga ou desterritorialização, coexistindo de modo que em cada ser há toda uma geografia formada por diferentes combinações entre os três tipos de linhas (DELEUZE; PARNET, 1998).

Assim, é possível compreender que todos os processos de ativismo que foram acompanhados, bem como os espaços em que se produziram, como os grupos de discussão e as páginas no Facebook e blogs, deixam passar fluxos que comportam linhas de natureza diversas. Embora tal diversidade se faça presente em qualquer organismo social, penso que seria possível observar que no sistema obstétrico brasileiro, organizado no já discutido modelo tecnocrático, salta aos olhos a operação acentuada por linhas de segmentaridade molar, em que "tudo parece contável e previsto, o início e o fim de um segmento, bem como a passagem de um segmento a outro" (DELEUZE; GUATTARI, 1996, p. 67). A instituição hospitalar, responsável pelo atendimento de quase a totalidade dos nascimentos no país, apresenta-se como território estratificado, universo reinante de binarismos em que fluxogramas conduzem procedimentos e rotinas são aplicadas de modo a assegurar o controle absoluto do que possa representar riscos. Frente às potências insondáveis de um parto, profissionais de saúde então assumem a função regulatória dos processos fisiológicos, fazendo uso indiscriminado de tecnologias duras para controle dos corpos, num processo em que o dever interrompe o devir possível de um corpo parindo. Há uma clara polarização entre a usuária e a equipe de atendimento, em que o poder de decisão na condução do caso fica restrito apenas à última.

Nessa superfície estratificada, as mulheres denunciam não encontrar espaço para o "normal", o respeito a seus processos fisiológicos, tratados, em lógica fabril, como máquinas a serem reguladas por uma série de procedimentos para que cumpram seu objetivo. Uma das

expressões mais utilizadas em suas denúncias é a chamada “cascata de intervenções”, em que uma intervenção desnecessária é responsável por induzir a realização de outras em seqüência, cada uma sendo aplicada para reparar o prejuízo causado pela anterior. Isso ocorreria especialmente no parto normal, mas a cesárea eletiva também seria possibilidade de expressão, na medida em que pode ocasionar o nascimento prematuro de um recém-nascido e assim exigir a reparação de sua saúde por meio de uma série de recursos tecnológicos dispensáveis caso o nascimento tivesse ocorrido a termo. Tal característica não é exclusiva da obstetrícia no país, mas indica o quanto nosso modelo de atenção ao parto se alinha a um funcionamento social que, como salienta Bauman (1999), produz continuamente danos colaterais, em que boa parte dos problemas enfrentados na atualidade origina-se justamente de ações que visavam solucionar outros problemas, gerando um ciclo infundável em que tais ações reparadoras geram prejuízos de gravidade progressivamente maior.

Ainda prolongando o pensamento do autor, este encadeamento poderia ser considerado como resquício de uma lógica ainda moderna, regida pela busca de ordenação, classificação e controle. A medicalização do nascimento surge, nesta perspectiva, como sintoma de traços modernos de nossa sociedade cada vez mais líquida. Em meio à fluidez de tintas da vida, busca-se estancar e apreender acontecimentos outrora naturais, impondo regramentos que propiciem a sensação de controle total sobre os ritmos do corpo, tomados por perigosos.

Em resposta, as mulheres passam a buscar, coletivamente, outros modos de enfrentamento ao medo disseminado do parto e dos “perigos mortais do desfiladeiro vaginal”⁴⁹. Essa possibilidade abre-se a partir do modo de funcionamento das redes sociais da internet, que atualmente “deixam de ser regidas pelas relações entre sujeitos emissores e objetos receptores, para tornarem-se redes de agenciamento coletivo e maquínico de subjetivação” (ANTOUN; MALINI, 2013, p. 215). Nessa perspectiva, outra concepção de parto é produzida nestes agenciamentos, em que se traçam também linhas que transpassam a dualidade estratificada do aparato médico e institucional.

O relato de Vanessa demonstra esse processo, na medida em que dá a ver o jogo de forças estabelecido no confronto entre suas expectativas, fundadas na renascida concepção coletiva de parto como evento fisiológico, natural e cujo protagonismo pertence à mulher, e o binarismo do aparato hospitalar que encontrou. O acontecimento do parto é aqui marcado pelo

⁴⁹ A expressão é recorrente em páginas que satirizam os obstetras cesaristas, como a do “Doutor Frotinha”, que pode ser acessada em <https://www.facebook.com/drfrrotinha.phaelis?fref=ts>.

encontro de fluxos completamente divergentes, cujos sucessivos choques prenunciam o rompimento total (ainda que momentâneo) das linhas de diálogo que ocorre no instante do nascimento. Se a instituição impõe o dever, é o devir do corpo de Vanessa que ela sustenta desde que pisa no hospital. Em seu olhar, manifesta-se o estranhamento que multidões de mulheres vêm produzindo, no ciberespaço, a procedimentos que toda a equipe que a atende considera usuais. Ela recusa, sucessivamente a deitar-se na maca (sete vezes, do início ao fim do trabalho de parto no hospital), se deslocar em uma cadeira de rodas, receber “sorinho”, com ocitocina sintética, ter os músculos da vagina cortados em uma episiotomia, ter a placenta tracionada e o por fim recusa também o clampeamento precoce do cordão umbilical, antes que pare de pulsar. Tais negativas se fazem no sentido de proteger o potencial ativo e criativo de seu corpo, potencializado pelos agenciamentos coletivos produzidos junto a outras mulheres. O relato mostra uma cena de parto agenciada em uma inversão enunciativa, em que o pacote de intervenções ofertado a Vanessa sob a justificativa de controle dos riscos é justamente tomado pelo risco maior a ser evitado. “Meu corpo sabe parir”, reafirma Vanessa e tantas outras mulheres em seus relatos.

No processo de democratização do acesso às informações relativas à parturição, e no ciberespaço como território de convivência e construção de práticas de cuidado gestacional e preparação ao parto, percebe-se o fortalecimento das possibilidades de emancipação das mulheres, em que estas passam a reivindicar o protagonismo do nascimento de seus filhos. No entanto, posturas participantes muitas vezes não são bem recebidas nos espaços de atendimento, pelo despreparo para o estabelecimento de relações horizontais com as usuárias. Este relato mostra uma cena de parto em que a superfície estratificada hospitalar se deixou permear em alguma medida pelas linhas de fuga e de segmentaridade molecular. Mesmo que no momento exato do nascimento as linhas de diálogo estivessem rompidas, com a ausência voluntária da equipe, que não aceita o que percebe como uma subversão da hierarquia de atribuições, o contato é restituído quando, após nascido Otto, o neonatologista cede e media o diálogo com o obstetra, solicitando que este pudesse considerar os pedidos de Vanessa. Vemos que neste caso, a exemplo de tantos outros, a desterritorialização operada pela linha de fuga dá espaço, num segundo momento, a uma reterritorialização, produzida na passagem por diferentes pontos que levam Vanessa a ocupar, no momento do parto, um novo território subjetivo, no qual, ainda na posição de “paciente”, ela opera uma reinvenção, recuperando o protagonismo que fora, a todas mulheres, historicamente usurpado. Seu relato dá testemunho de um processo que se faz presente também em outras lutas contemporâneas, incluso de

grupos de mulheres, em que emergem dispositivos, práticas e novas instituições que organizam a transversalidade entre o molar e o molecular, buscando produzir um corte no molar a partir do molecular (LAZZARATO, 2004).

Adelir, em seu itinerário rumo ao parto, passou por muitos pontos em que também Vanessa transitou. A partir de suas vivências nestes espaços foi igualmente construindo, em todo o período gestacional, um projeto de nascimento natural. Navegando nos mesmos fluxos, decidida e organizada para lutar, como fosse preciso, para concretizar seu desejo, ela teve um desfecho drasticamente diferente. Se as linhas de fuga produzidas pelas multidões de mulheres acompanhadas têm a potência de mudar o modo de nascer no Brasil, posto que são precisamente estas linhas as responsáveis pela construção do campo social (DELEUZE; PARNET, 1998), no fio do percurso de Adelir, elas foram interrompidas pelo aparato médico e jurídico, talvez potencializados por outras linhas de segmentaridade molar – os recortes de renda, etnia, entre outros, citados na capítulo anterior. Se o relato de Vanessa mostra profissionais contrariados que abandonam a cena de parto pela impossibilidade do exercício de seu poder sobre o corpo da parturiente, no caso de Adelir, em um confronto da mesma ordem, os representantes do saber médico recorrem à esfera jurídica para fazer valer suas indicações sobre o caso. Com anuência da jurisdição, Adelir é ameaçada e obrigada a se submeter ao procedimento; Suas linhas de fuga quebradas são, no entanto, posteriormente restabelecidas, em novos arranjos singulares produzidos pelas redes em que construiu seu itinerário e integrou a participação de tantos outros. Surgem blocos de intensidade a vibrar por justiça, ocupando as ruas com gritos, velas, cartazes e barrigas pintadas. Até o momento final de escrita dessa dissertação seguem reverberações, como as audiências públicas sobre VO que passaram a ocorrer em várias cidades do país neste ano. Talvez não se possa, ainda, compreender em totalidade a importância desse acontecimento.

Assim, vemos que as linhas de Adelir, produzidas em agenciamentos coletivos no ciberespaço ainda na gestação, embora esmagadas pelo estrato no nascimento, não deixam de fabricar seu mapa de realidade e de influir na composição do mapa da realidade obstétrica no Brasil, a partir de sua reconfiguração como intensificação dos produtos das máquinas frente às máquinas órgão no contexto da máquina desejante. Deste modo, com produção incessante das linhas, favorece-se a invenção de máquinas de guerra que não cessam de mover-se em contraposição às capturas promovidas pela realidade assistencial.

8. FIM DE LINHA?

Os fluxos de luta pela humanização do parto e nascimento estão em constante expansão, suas linhas se dilatam e multiplicam incessantemente, formando novos arranjos a cada instante. Buscando evitar a armadilha de fotografar segmentos e analisá-los como unidades isoladas, por vezes me vi perdida nos emaranhados em que fui inevitavelmente lançada em minha prática de pesquisa. Abdicando da segurança que talvez me pudessem ofertar as tradicionais receitas metodológicas, optei por orientar-me pelo desejo de, com esta pesquisa, produzir agenciamentos, seja no habitar seus planos, acompanhando as produções desejanças no movimento social, seja no processo de escrita desta dissertação, que de certo modo reatualiza estas vivências.

Colocar-me em movimento com estas conexões não constituiu, entretanto, um percurso fácil... Envoltura em tantas linhas, por vezes me vi amarrada, confusa ao mirar uma infinidade de nós por afrouxar para que a escrita tivesse passagem. Um dos aprendizados deste processo foi de, em alguns momentos, aquietar a ânsia analítica que tudo busca compreender e simplesmente aguardar que os fluxos sigam seu curso, e que suas alterações rítmicas tragam, a seu tempo, melhores condições para a escrita. Assim, me parece que esta dissertação finaliza-se de certo modo ainda inconclusiva, em parte porque é cedo para análises definitivas dos planos estudados. Há muito ainda o que se produzir sobre e principalmente com estes fluxos de luta. Assim, minhas considerações finais, apesar de retomarem algumas potências encontradas no itinerário de pesquisa, mais abrem linhas do que as encerram.

Uma dessas possíveis potências situa-se na incidência do ciberespaço na produção de novas subjetividades no plano da parturição. Segundo Santaella (2013), é apenas nos arranjos coletivos que a subjetividade pode produzir arranjos singulares. Tal processo foi registrado no acompanhamento dos diferentes territórios online dedicados à humanização, em que, à medida que tomam forma itinerários de gestação e parto, em agenciamentos coletivos, se produzem novos arranjos subjetivos, em que há um desacoplamento da condição gravídica à patologia e risco. Neste sentido, opera-se um deslocamento subjetivo, em que a passividade frente à intervenção curadora, marca cultural que acompanha as gestantes no país, dá espaço à perspectiva do parto como poder.

A autonomia que constitui a base desses novos arranjos subjetivos mostra a potência para tensionamento e reconstituição das linhas que instituem o nascimento no Brasil, na

medida em que se refere, conforme Castells (2013), à capacidade dos atores sociais de tornarem-se sujeitos de suas próprias vidas, ao agirem por projetos produzidos de modo independente das instituições sociais, seguindo seus próprios valores e interesses.

Assim, se para autores como Bauman (2009) haveria uma impossibilidade de efetiva articulação coletiva na atualidade, por estarmos deveras submersos em questões individuais, ocupados essencialmente pela necessidade de consumir, e ainda em virtude das próprias características da “realidade”, que dificilmente poderia sofrer mudanças direcionadas por não possuir forma definida nem “regras” claras de funcionamento, o caso do movimento pela humanização do parto mostra que as pessoas seguem buscando modos de resistência e enfrentamento possíveis. Se a invisibilidade dos inimigos a serem combatidos nos condenaria a vagar tateando inseguros, buscando a sensação de segurança no isolamento de consumo contínuo (BAUMAN, 2009), vemos que este medo paralisante é enfrentado pelo movimento que se produz nos fluxos no ciberperespaço pela troca de informações fora da perspectiva hegemônica e da composição de redes de apoio em seu enfrentamento.

É bem verdade que o movimento se estabelece, em grande parte, a partir de uma necessidade pessoal ou da marca produzida pela experiência comum do parto. É verdade também que a lógica do consumo pode passar a capturar seu funcionamento, se é que já não está o fazendo. As forças econômicas perpassam todos os planos, mesmo os compostos por linhas maleáveis, e podem por sua incidência influenciar os agenciamentos realizados. Contudo, a experiência comum do parto tem agrupado mulheres cuja organização e ações têm construído projetos para além de suas próprias vidas, incidindo em uma mudança cultural e no próprio cenário de assistência no país. Por suas próprias características de constituição, estes fluxos, embora suscetíveis a armadilhas de diferentes naturezas, possuem também a potência de enfrentá-las e de criar outros modos possíveis de ver e viver o parto.

Neste processo, um evento íntimo é publicizado, escancarado a quem quiser e puder contemplá-lo. “Meu parto, minha conquista!”, diz-se nas redes sociais. “Sou vitoriosa!”, brada quem conseguiu dar a volta em um sistema que privilegia basicamente modos medicalizados de nascer, livrando-se das indesejadas intervenções, ou ao menos de parte delas. “Foi com ‘episio’, mas pelo menos não foi cesárea, já foi uma vitória” – escreve uma mulher de Brasília na internet, mas também poderia ser eu a escrever. A espetacularização da vida começa no próprio momento de nascer ou de deixar nascer, aspecto que não pode ser ignorado. Fala-se da dor, fala-se das sensações, fotografa-se o sangue indesejado das intervenções, ou o sangue

que flui como vida pulsante. Nesse processo, o que intimamente foi vivido, seja agressão ao pé do ouvido no centro obstétrico ou a plenitude de um parto orgásmico, é relatado, fotografado, filmado e amplamente compartilhado. É precisamente a partir destes registros autorais que tem se questionado as condutas naturalizadas na assistência, pela denúncia e formulação da categoria de violência obstétrica, e também que se tem apontado outras possibilidades para o parir. Deste modo, tais registros influem como componente crucial na produção de subjetividades acima explanada. Portanto, vemos que os dispositivos comunicativos da internet em sua característica fluida emergem como respostas necessárias à fluidez característica da contemporaneidade, ajudando a formar o substrato necessário à dissolução das individualidades e identidades hegemônicas presentes. (BAREMBLITT, 2010).

Se a máquina de guerra, que parece em alguns momentos ser agenciada pelo movimento social pela humanização, caracteriza-se por não se constituir em estruturas binárias, tal qual o aparelho de estado (DELEUZE; GUATTARI, 2008), não se pode perder de vista, contudo, que a armadilha dos binarismos está constantemente à espreita, como parte imanente dos fluxos de ativismo. Algumas dessas possíveis constituições de aparelhos de captura no âmbito da micropolítica do ativismo serão, portanto, trabalhadas a seguir.

Um exemplo é a tendência identificada por algumas mulheres dentro do próprio movimento de ativismo como “meritocracia do parto”, em que o nascimento pertenceria ao âmbito individual e privatista, numa leitura em que a mulher seria a principal responsável pela sua boa condução ou culpada de omissão por não ter agido a contento, seja por fatores conscientes ou por não trabalhar suas “sombras” interiores de modo adequado. Apesar de estar longe de ser considerada uma tendência homogênea ao movimento, assim como as demais possíveis armadilhas, trata-se de uma abordagem que vem sendo destacada criticamente em alguns espaços virtuais de discussão, em que algumas ativistas posicionam-se de modo crítico à prevalência de alguns bordões como “cada mulher tem o parto que merece”, apontando a necessidade de se apostar na luta pela humanização concebida como direito.

Essa característica se relaciona com a tensão dos discursos da saúde como direito e saúde como mercadoria. O parto como expressão vinculada ao campo da saúde por vezes pode ser apropriado por uma lógica de mercado em que, da mesma forma como sustenta uma verdadeira indústria associada à proliferação das cesarianas desnecessárias, também poderia promover o parto normal. Assim, considerar qualquer um dos dois como produtos e, como tal,

suscetíveis às leis de mercado, pode vir exatamente por isso novamente retirar das mulheres o direito às escolhas sobre seus corpos. Considerando que o mercado tem por função primordial a potencialização dos lucros não necessariamente em consonância com as necessidades da população, existe o risco de que as mulheres permaneçam à mercê das iniquidades sócio-econômicas. Dessa forma, torna-se premente intensificar os diálogos entre o movimento da humanização do parto com as lutas pela construção do SUS, precedidas em pelo menos uma década por aquele (DINIZ, 2014).

Outra possível armadilha de captura encontra-se na elaboração de discursos totalizantes ou novos regimes de verdades a respeito do parto “ideal” na micropolítica do movimento. De fato, em muitos diálogos de grupos de discussão e também de páginas no Facebook seria possível observar a idealização do parir⁵⁰ que, a depender das relações estabelecidas no processo do ativismo, pode emergir como uma verdade absoluta para todas as mulheres. Isso se manifesta, por exemplo, na percepção de algumas ativistas de que haveria certo julgamento por parte de algumas pessoas à mulher que pariu com intervenções, por não ter realizado “o” parto. Assim, seria interessante que linhas de ativismo pudessem cada vez mais prolongar-se por relações horizontais e dialógicas, em que haja espaço para a circulação de questionamentos, inclusive sobre o que é preconizado como ideal. Penso que tal processo já se encontra em andamento, na aprendizagem cotidiana nestes fluxos de luta.

Parece-me haver cada vez mais ênfase, nas falas do movimento como um todo em suas manifestações no ciberespaço e nas ruas, no parto como espaço de autonomia feminina, o que de certa forma constitui por si só um antídoto a possíveis cooptações por novos vetores normativos. Às correntes é possível ser amarrado, mas também com elas arrastar paradigmas e tracionar políticas que abriguem o instituinte do desejo.

Finalmente, percebe-se uma possibilidade de captura na desvinculação das pautas relacionadas à humanização do parto das lutas de alguns feminismos, que tendem a sonegar às mulheres reflexões e ações acerca da maternidade, gravidez, parto e puerpério, por considerá-los expressões da submissão à sociedade falocêntrica. Entretanto, ao excluírem essas pautas, acabam por fragmentar a experiência do gênero feminino, negando formas inventivas de produção do corpo das mulheres por elas mesmas e em toda a sua potencialidade. Portanto, o

⁵⁰ O processo passa a ser apontado inclusive pelas próprias ativistas, como demonstra um texto de uma doula e ativista questionando se a exaltação do parto normal não seria deletéria a quem precisou de uma cesárea. Disponível em <http://alaya77.blogspot.com.br/2014/11/partaco-ou-fracasso-quando-acontece-uma.html>. Acessado em 18 de novembro de 2014.

silenciamento desses temas pode se constituir como aparelho de captura ao propor uma única forma aceitável de expressão de gênero, negando a maternidade como forma legítima de ação feminista.

Cabe ressaltar, contudo, que tais armadilhas, embora sempre presentes, não parecem atualmente oferecer risco de se sobreporem às formas inventivas de ativismo, porque integram fluxos em constante movimento, cujo dinamismo e produção desejante não cessam de criar continuamente novos itinerários de fuga, resistência e invenção de vida. Indício disso é que algumas das possibilidades de captura são percebidas e problematizadas pelas próprias ativistas, que buscam, a partir dessa visão crítica, produzir novos modos de ativar suas lutas.

À guisa de conclusão, reafirmo que esta etapa de pesquisa se encerra com muitas linhas em aberto, infindáveis possibilidades de caminhos para aprofundamento de algumas das questões que aqui emergiram. Uma dessas linhas me parece ser o acompanhamento mais minucioso do diálogo entre os fluxos de luta que invadiram o ciberespaço e as ruas e as instâncias participativas do SUS. Se as propostas apresentadas no documentário *Renascimento do Parto* encontram o SUS em vários pontos, pensando a assistência à saúde a partir dos princípios de equidade, de controle social, de integralidade e de humanização, e incentivam a multiplicação do “SUS que dá certo” (DINIZ, 2014), parece potente que as usuárias do sistema possam passar a ocupar mais intensamente os espaços de controle social do SUS na defesa dessas ideias. Os fóruns perinatais, em implementação pela Rede Cegonha, constituem um exemplo de espaço estratégico para a reconfiguração do modelo de atenção obstétrica, transição que enfrenta duras resistências e que, por isso mesmo, necessita da força dos movimentos sociais para se efetivar. Essa me parece uma aproximação necessária, que já começa a ocorrer e merece ser acompanhada.

Existem, entretanto, muitas outras linhas que seguem em aberto, nas potências múltiplas dos fluxos pela humanização do parto e nascimento. Tais fluxos ainda não podem, a meu ver, serem compreendidos em sua totalidade, mas já marcam de forma notável o plano da parturição no país. Frente à captura e medicalização dos corpos que caracteriza o modelo de atenção ao parto, nos itinerários divergentes que vem se produzindo coletivamente, em grande medida no ciberespaço, reafirma-se a possibilidade do parir, a partir da construção da autonomia feminina. Neste processo, assim como o movimento se articula com primazia em resposta à ANS e a casos como o de Adelir e tantos outros em que são feridos os direitos das mulheres à escolha sobre seus corpos, suas forças não se mobilizam apenas de forma reativa a um inimigo comum,

mas a exemplo de outras lutas contemporâneas, atuam também de modo ativo e criativo, fabricando práticas, linguagens, formas de vida e desejos comuns de um futuro melhor (HARDT; NEGRI, 2001), em suma, reinventando o modo de nascer no Brasil.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARCELLOS, Regina Maria Gonçalves. A infra-estrutura física na humanização do parto. In: **Humanizando nascimentos e partos**. São Paulo: Editora SENAC, 2005.

BAREMBLITT, Gregório. **Introdução à esquizoanálise**. FGB/IFG: Belo Horizonte, 2010. 3. ed.

_____. Compêndio de análise institucional.

BAUMAN, Zygmunt. **A arte da vida**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009.

_____. **Medo Líquido**. São Paulo: Jorge Zahar, 2008.

_____. **Modernidade e ambivalência**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.

_____. **Vida líquida**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual Prático para implementação da Rede Cegonha**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. (Cadernos de Atenção Básica, n. 26). Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf. Acessado em 7 de maio de 2013.

_____. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Disponível em

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Institui a Rede Cegonha no âmbito do SUS. Acessado em 14 de maio de 2014.

_____. **Portaria nº 371, de 7 de maio de 2014.** Dispõe sobre a integralidade e a humanização da assistência ao RN no SUS.

_____. **Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000.** Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000.html. Acesso em 10 de maio de 2014.

CARNEIRO, Rosamaria Giatti. Dilemas antropológicos de uma política de saúde pública: o programa Rede Cegonha, pessoalidade e pluralidade. In: **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 17, n. 44, Mar. 2013, p. 49-59. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832013000100005&script=sci_arttext. Acessado em 14 de maio de 2014.

_____. **Cenas de parto e políticas do corpo:** uma etnografia de práticas femininas de parto humanizado. Tese (doutorado). Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade estadual de Campinas. 2011.

CASTELLS, Manuel. **A sociedade em rede.** Trad. Roneide Venâncio Majer. V. 1, 6. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1999.

_____. **Redes de indignação e esperança:** movimentos sociais na era da internet. Trad. Carlos Alberto Medeiros. Rio de Janeiro: Zahar, 2013.

CASTIEL, Luis David; VASCONCELLOS-SILVA, Paulo Roberto. Proliferação das rupturas paradigmáticas: o caso da medicina baseada em evidências. In: **Revista de Saúde Pública**, p. 498-503. São Paulo: USP, 2005.

CHACHAM, Alessandra; DINIZ, Carmen Simone Grilo. O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. **Questões Saúde Reprod.**, v. 1, n. 1, p. 80-91, 2006.

CHAUVET, Eduardo; PAULA, ÉRICA DE. **O Renascimento do Parto.** Brasil: Eduardo Chauvet, 2013. DVD (90min). Documentário. Legendado.

CORRÊA, Sonia. **PAISM: uma história sem fim.** Recife: SOS Corpo, 1993.

DAVIS-FLOYD, R. **The technocratic, humanistic, and holistic models of birth.** *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, v. 75, Supplement 1, p. 5-23, 2001. Disponível em <http://www.davis-floyd-presents.com/uncategorized/the-technocratic-humanistic-and-holistic-paradigms-of-childbirth/>. Acessado em 5 de maio de 2014.

DELEUZE, Gilles. **O mistério de Ariana**. Trad. Edmundo Cordeiro. Passagens: Lisboa, 1996.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. **Mil Platôs – capitalismo e esquizofrenia**, v. 1. Trad. Ana Lúcia de Oliveira, Aurélio Guerra Neto e Célia Pinto Costa. São Paulo: Editora 34, 1995.

_____. **Mil Platôs – capitalismo e esquizofrenia**, v. 5. Trad. Peter Pál Pelbart e Janice Caiafa. São Paulo: Editora 34, 2008.

DELEUZE, Gilles; PARNET, Claire. Trad. Eloisa Araújo Pacheco. **Diálogos**. São Paulo: Editora Escuta, 1998.

DIAS, Marcos Augusto Bastos. **Humanização da Assistência ao Parto**: conceitos, lógicas e práticas no cotidiano de uma maternidade pública. Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira / Fundação Oswaldo Cruz, 2006. 283 p. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde da Mulher e da Criança.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. **O que nós como profissionais de saúde podemos fazer para promover os direitos humanos das mulheres na gravidez e no parto**. Cartilha. São Paulo, 2013. Disponível em http://www.mulheres.org.br/violencia/documentos/cartilha_parto.pdf. Acesso em dezembro de 2012.

_____. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. In: **Ciência e saúde coletiva**, v. 10, n. 3, p. 627-37, 2005.

_____. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. *Revista brasileira de crescimento e desenvolvimento humano*. P. 313-26. 2009.

_____. O renascimento do parto, e o que o SUS tem a ver com isso. In: **Interface (Botucatu)**, v. 18, n. 48, 2014. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000100217&lng=en&nrm=iso. Acessado em 9 de agosto de 2014.

ESCÓSSIA, Liliana; KASTRUP, Virgínia; PASSOS, Eduardo (orgs.). **Pistas do método da cartografia**. Porto Alegre: Sulina, 2012.

ESCÓSSIA, Liliana; TEDESCO, Silvia. O coletivo de forças como plano de experiência cartográfica. In: **Pistas do método da cartografia**, p. 92-108. Porto Alegre: Sulina, 2012.

FRAGOSO, S.; RECUERO, R.; AMARAL, A. **Métodos de pesquisa para a internet**. Porto Alegre: Sulina, 2013

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado 2010**. [S. l.]: SESC, 2010. Disponível em: http://www.apublica.org/wp-content/uploads/2013/03/www.fpa_org_br_sites_default_files_pesquisaintegra.pdf. Acessado em 10 de março de 2013.

GOHN, Maria da Glória. **Movimentos Sociais e Redes de Mobilizações Civas no Brasil Contemporâneo**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

GONÇALVES, Aline de Oliveira. **Da internet às ruas: marcha do parto em casa**. Dissertação de mestrado em comunicação. Universidade Federal do Paraná, 2014.

GONÇALVES, Laura et al. Parto domiciliar como dispositivo de humanização das práticas em saúde no Brasil. In: BRASIL, Ministério da Saúde. Humanização do parto e do nascimento. **Cadernos HumanizaSUS**. Brasília: Ministério da Saúde e Universidade Estadual do Ceará, 2014, p. 234-254.

GRIBOSKI, Rejane Antonello; GUILHEM, Dirce. Mulheres e profissionais de saúde: o imaginário cultural na humanização ao parto e nascimento. **Texto & contexto enferm**, v. 15, n. 1, p. 107-14, 2006.

GUATTARI, F. **Revolução Molecular**: pulsações políticas do desejo. São Paulo: Brasiliense, 1987.

GUATTARI, Félix; ROLNIK, Suely. **Micropolítica – Cartografias do Desejo**. Petrópolis: Editora Vozes, 1986.

HARDT, Michael; NEGRI, Antonio. **Multidão**. Trad. Clóvis Marques. Rio de Janeiro: Record, 2001.

HOOKS, Bell. **Feminism is for everybody – Passionate Politics**. South End Press: Cambridge, 2000.

HOTIMSKY, Sonia. et al. Humanizando o nascimento e o parto: workshop. In: **Humanizando nascimentos e partos**. São Paulo: Editora SENAC, 2005.

HOTIMSKY, Sonia; AGUIAR, Janaína. M.; VENTURI, Gustavo. A violência institucional no parto em maternidades brasileiras. In: **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado: Uma década de mudanças na opinião pública**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo: Edições Sesc SP, p. 217-229, 2013.

KASTRUP, Virgínia. O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. In: **Pistas do método da cartografia**. Porto Alegre: Sulina, 2012, p. 32-51.

LAZZARATO, Maurício. Política da multiplicidade. In: LINS, Daniel; PELBART, Perter Pál (org). **Nietzsche e Deleuze: Bárbaros, Civilizados**. São Paulo: Anablume, 2004, p. 147-157.

LEAL, Maria do Carmo et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300005&lng=pt&nrm=iso>. Acessado em 13 de novembro de 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00151513>.

LEÃO, Míriam Rego de Castro et al. **Reflexões sobre o excesso de cesarianas no Brasil e a autonomia das mulheres**. Revista Ciência & Saúde Coletiva, v. 18, n. 8, 2013.

LUZ, Lia Hecker. **O Renascimento do parto e da (reinvenção da) emancipação social na blogosfera brasileira: contra o desperdício de experiências**. Tese (doutorado). Programa de Pós Graduação em Ciências Sociais da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2014.

MAIA, Mônica Bara. **Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

MALINI, Fábio; ANTOUN, Henrique. **A internet e a rua: ciberativismo e mobilização nas redes sociais**. Porto Alegre: Sulina, 2013.

MENDONÇA, Sara. **Mudando a forma de nascer: Agência e construção de verdades entre as ativistas pela humanização do parto**. Dissertação de mestrado. Niterói, 2013. Programa de Pós Graduação em Antropologia – UFF.

MERHY, Emerson Elias. O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio em reconhecê-lo como saber válido. In: Túlio Batista Franco; Marco Aurélio de Anselmo Peres. (Org.). **Acolher Chapecó**. Uma experiência de mudança do modelo assistencial com base no processo de trabalho. 1 ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2004, v. 1, p. 21-45.

MOREIRA, Maria Elisabeth Lopes et al. Práticas de atenção hospitalar ao recém-nascido saudável no Brasil. In: **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2014, p. 128-139.

MULLER, Elaine. PIMENTEL, Camila. **Relatos da Partolândia: as narrativas em primeira pessoa e os novos sentidos possíveis para o parto**. Anais eletrônicos do Seminário Internacional Fazendo Gênero 10. Florianópolis, 2013. Disponível em

http://www.fazendogenero.ufsc.br/10/resources/anais/20/1384457354_ARQUIVO_ElaineMuller.pdf. Acessado em 13 de outubro de 2014.

ODENT, Michel. **A cientificação do amor**. Trad. Marcos de Noronha e Tália Gevaerd de Sousa. Florianópolis: Saint Germain, 2002.

Organização Pan-Americana da Saúde. **Além da Sobrevivência: Práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças**. Washington, D.C.: OPS, 2007.

PARTO DO PRINCÍPIO. **Violência Obstétrica: parirás com dor**. 2012. Disponível em <http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>.

PATAH, Luciano; MALIK, Ana Maria. Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes espaços. **Rev. Saúde Pública**, v. 45, n. 1. São Paulo, 2011.

PÉLBART, Peter Pál. **Vida Capital: ensaios de biopolítica**. São Paulo: Iluminuras, 2011.

PRECIOSA, Rosane. **Rumores discretos da subjetividade - Sujeito e escritura em processo**. Porto Alegre: Sulina: Editora da UFRGS, 2010.

PRIMO, Alex. Interações mediadas e remediadas: controvérsias entre as utopias da cibercultura e a grande indústria midiática. In: PRIMO, Alex. **Interações em Rede**. Porto Alegre: Sulina, 2013, p. 13-32.

PULHEZ, Mariana Marques. **“Parem a violência obstétrica”**: a construção das noções de ‘violência’ e ‘vítima’ nas experiências de parto. **RBSE – Revista Brasileira de Sociologia da Emoção**, v. 12, n. 35, p. 544-564, 2013. Disponível em <http://www.cchla.ufpb.br/rbse/PulhezArt%20Copy.pdf>. Acessado em março de 2014.

RATTNER, Daphne. Humanização na atenção a nascimentos e partos: podenrações sobre políticas públicas. **Interface: comunicação, saúde, educação**. Botucatu, p. 595-602, 2009.

RATTNER, Daphne et al. Os movimentos sociais na humanização do parto e do nascimento no Brasil. In: BRASIL, Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento**. Cadernos HumanizaSUS. Brasília: Ministério da Saúde e Universidade Estadual do Ceará, 2014, p. 109-132.

RATTNER, Daphne et al. As cesarianas no Brasil: situação no ano de 2010, tendências e perspectivas. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2011: uma análise da**

situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2012, v. 1, p. 371-397, 2012. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2013/Fev/21/saudebrasil2011_parte2_cap16.pdf>. Acessado em: 17 de abril de 2013.

RATTNER, Daphne; THENCH, Belkis (orgs): **Humanizando nascimentos e partos.** São Paulo: Editora SENAC, 2005.

RECUERO, Raquel. **Redes Sociais na Internet.** Porto Alegre: Sulina, 2009.

_____. Atos de ameaça à face e à conversação em redes sociais na internet. In: PRIMO, Alex. **Interações em Rede.** Porto Alegre: Sulina, 2013, p. 51-70.

ROLNICK, Suely. **Cartografia Sentimental.** Transformações Contemporâneas do Desejo. São Paulo: Estação Liberdade, 1989.

SALGADO, H. O. **A experiência da cesárea indesejada:** perspectivas das mulheres sobre decisões e suas implicações no parto e nascimento. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2012, 155 p.

SAMPAIO, Camila Pedral. O cinema e a potência do imaginário. In: BARTUCCI, Giovana. (org). **Cinema, Psicanálise e estéticas de subjetivação.** Rio de Janeiro: Imago, 2000.

SANTAELLA, Lucia. Intersubjetividade nas redes sociais: repercussões na educação. In: PRIMO, Alex. **Interações em rede.** Porto Alegre: Sulina: 2013, p. 33-50.

SILVA, Juremir Machado da. **O que pesquisar quer dizer:** como fazer textos acadêmicos sem medo da ABNT e da CAPES. 2. ed. Porto Alegre: Sulina, 2011.

TORNQUIST, C.S. **Parto e poder:** o movimento de humanização do parto no Brasil. 2004. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2004.

_____. Armadilhas da Nova Era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 10, n. 2, p. 483-492, jul/dez 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ref/v10n2/14972.pdf>>. Acessado em 15 de dezembro de 2013.

_____. O parto humanizado e a ReHuNa. In: **Anais do II Seminário nacional de movimentos sociais, participação e democracia.** Florianópolis: UFSC, 2007.