

# A ASSISTÊNCIA AO PARTO NA PERSPECTIVA DE ENFERMEIRAS OBSTÉTRICAS EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA: DESMEDICALIZAÇÃO E MICROPOLÍTICAS NA LINGUAGEM DE GÊNERO

*THE DELIVERY CARE IN VIEW OF  
OBSTETRIC NURSES IN A PUBLIC  
HOSPITAL: DEMEDICALIZATION AND  
MICROPOLITICS FROM THE GENDER  
LANGUAGE*

**Roniele Costa Sarges**

*roniele\_sarges@yahoo.com.br*

*Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS).*

**Laura Cecilia López**

*lauracl@unisinis.br*

*Doutora em Antropologia Social pela UFRGS – Professora dos PPGs em Saúde Coletiva e em Ciências Sociais da UNISINOS.*

artigos | papers

## RESUMO

O artigo analisa as transformações institucionais e relacionais referentes às práticas de cuidado em torno do parto orientadas pela humanização, em uma maternidade pública no sul do Brasil, a partir da experiência das enfermeiras obstétricas. Focamos a conformação de cenários conflitivos em torno da enfermagem obstétrica como emergente profissão central no processo de desmedicalização do parto proposto pela política de humanização. Adotamos a categoria gênero como central para nossa análise, ao indagar como as enfermeiras obstétricas se situam e disputam as hierarquias profissionais e os procedimentos hospitalares, assim como quais os descentramentos das práticas tecnocráticas/medicalizadas provocados nas práticas das enfermeiras, questionando quais os efeitos e as noções disseminadas sobre os “corpos grávidos”.

**Palavras-chave:** Enfermagem obstétrica. Micropolíticas. Gênero.

## ABSTRACT

This paper analyzes the institutional and relational changes concerning care practices around childbirth guided by the humanization, in a public hospital in southern Brazil, from the experience of midwives. We focus the configuration of conflicting scenarios around the nurse-midwives as a profession in central process of demedicalization of

133

vivência48  
REVISTA DE ANTROPOLOGIA

childbirth proposed by the humanization policy. We use gender as a central category for analysis, to investigate how the midwives are located and how they compete for the professional hierarchies and hospital procedures. As well as which decenterings technocratic practices / medicalized caused in practical nurses, questioning what effects and notions about “Pregnant bodies” disseminated.

**Keywords:** Midwifery. Micropolitics. Gender.

O artigo apresenta os resultados de um estudo que teve como objetivo analisar as transformações institucionais e relacionais referentes às práticas de cuidado em torno do parto e do nascimento orientadas pela humanização. Situamo-nos no contexto da implementação da Estratégia Rede Cegonha (BRASIL, 2011), que engloba na atualidade a política de humanização do parto e do nascimento, em uma maternidade pública de uma capital no sul do Brasil, focalizando a experiência das enfermeiras obstétricas.

Analisamos a conformação de cenários locais conflitivos em torno da emergência da enfermagem obstétrica como profissão central no processo de desmedicalização do parto proposto pela política de humanização. Adotamos a categoria gênero como central para nossa análise (segundo a Scott, 1995), ao indagar como as enfermeiras obstétricas se situam e disputam as hierarquias profissionais e os procedimentos hospitalares. Dividimos o artigo em dois tópicos analíticos. No primeiro, analisamos os descentramentos das práticas tecnocráticas/medicalizadas provocados pela atuação das enfermeiras obstétricas, indagando em quais os efeitos e as noções sobre os “corpos grávidos”. No segundo tópico focamos as micropolíticas cotidianas da instituição que se expressam recorrentemente na linguagem de gênero. Antes, discutiremos nossas aproximações teórico-metodológicas.

## APROXIMAÇÕES TEÓRICO-METODOLÓGICAS

Seguimos Joan Scott (1995) ao definir gênero como a organização social da diferença sexual e a “forma primeira de significar as relações de poder” (p. 21). Assim, o gênero é um saber que estabelece significados para as diferenças corporais, que categorizaram historicamente de maneira hierárquica o feminino e o masculino. Propõe-se a desconstrução de como a oposição binária e o processo de organização social das relações de gênero tornaram-se partes do sentido naturalizado do próprio poder.

Para os fins desse artigo, podemos pensar como *gênero* está presente na própria constituição da Obstetrícia como a “ciência dos partos” a partir da produção de um saber especializado sobre o corpo feminino grávido entre os séculos XIX e XX. Segundo Ana Paula Martins (2005), a consolidação da ciência obstétrica pode ser entendida não só pela legitimação do profissional obstétrico para atender a gestação, o parto e o recém-nascido e da maternidade como o lugar indicado para dar à luz, mas fundamentalmente como a ciência que levou adiante o modelo biológico das diferenças sexuais estabelecido no século XVIII por anatomistas e fisiologistas, dando uma explicação científica à natureza feminina e promovendo a “mulher-mãe”. O exercício da maternidade torna-se não só uma função considerada natural, mas se soma a uma ordem moral e política. Esse processo resultou numa crescente intervenção com o uso de tecnologias médicas e farmacêuticas, e o gerenciamento dos corpos femininos transformados em corpos-pacientes à medida que os saberes se especializaram e que a gravidez, o parto e o puerpério passaram a ser controlados pelo médico e, posteriormente, pela equipe hospitalar (MARTINS, 2005).

Este processo acontece no bojo de uma medicalização da sociedade no sentido da “intervenção política da medicina no corpo social, por meio do estabelecimento de normas morais de conduta e prescrição e proscricção de comportamentos” (GAUDENZI; ORTEGA, 2012, p. 22). A gestação, como fenômeno da vida, passa a ser regulada em termos biopolíticos (FOUCAULT, 1999, 2010). A necessidade de controlar as populações, aliada ao fato da reprodução ser focalizada na mulher, transformou a questão demográfica em problema de natureza ginecológica e obstétrica, permitindo a apropriação médica do corpo feminino como objeto de saber, levando assim a sua medicalização. O conhecimento cirúrgico e tecnológico aproximou a medicina do parto, possibilitando a criação da obstetrícia e a quebra da hegemonia das parteiras (mulheres). Neste contexto, o gênero feminino é produzido como verdade pela incontestabilidade da ciência, é inexoravelmente natural, sendo essa natureza incontrolável, que precisa dos procedimentos médicos para ser domesticada no espaço estreito de uma normalidade reprodutora (ROHDEN, 2009; VIEIRA, 2002).

Robbie Davis-Floyd (1994) analisa os processos contemporâneos de parto e nascimento, a partir de modelos e rituais nessa assistência (particularmente observados nos Estados Unidos), apontando especialmente o lugar hierarquizado da ciência e tecnologia, e das instituições que as disseminam e controlam. Segundo a autora, o modelo tecnocrático de nascimento se tornou hegemônico no ocidente com a institucionalização do parto nos hospitais ao longo do século XIX e a primeira metade do século XX, correspondente a uma sociedade industrial cada vez mais caracterizada como tecnocrática, na medida em que supervaloriza e se organiza de maneira hierarquizada em torno das suas tecnologias. A tecnocracia refere ao ordenamento ideológico da sociedade industrial moderna, que depende de rituais que transformam a natureza em cultura, através de operar uma separação entre humanidade/natureza; mente/corpo; mãe/filho.

O corpo feminino é produzido pela biomedicina como uma máquina defeituosa (retomando o pensamento cartesiano que conceitua o corpo como máquina, e sendo o corpo masculino o parâmetro de normalidade). Nessa produção, legitima-se o hospital como uma indústria de alta tecnologia, destinada à produção de “bebês perfeitos”, e corporifica-se uma legitimidade inquestionável dos procedimentos médicos (DAVIS-FLOYD, 1994; HELMAN, 2009).

Davis-Floyd contrapõe ao modelo tecnocrático, o modelo humanizado de nascimento, que surge como um movimento de reação aos excessos da tecnocracia e cujas crenças se baseiam na conexão corpo e mente, levando em conta que a dor e as emoções são manifestações naturais e que influenciam no trabalho de parto<sup>1</sup>. Desta forma, os defensores deste modelo acreditam que o suporte emocional, através do afeto e vínculo são práticas tão ou mais importantes que as intervenções tecnológicas, produzindo uma nova intersubjetividade não abarcada pelo modelo tecnocrático (DAVIS-FLOYD, 2001).

Esta nova intersubjetividade traz a ideia de “conexão”, da mulher gestante com múltiplos aspectos de si mesma, do seu corpo, família, sociedade, saúde e com o profissional de saúde. Essa concepção ressalta a importância da interação parturiente/profissionais da saúde, da responsabilidade partilhada entre ambos e da empatia, como habilidade de compreender a experiência do outro, mesmo quando não se teve a mesma experiência, reforçando desta forma a busca pela autonomia feminina no momento do parto (DAVIS-FLOYD, 2001).

No Brasil, o Movimento de Humanização do Parto e Nascimento surge na década de 1980. Esse movimento, que integra diferentes atores (sociedade civil, profissionais e instituições de saúde) tem um lugar de visibilidade na esfera pública ao questionar o modelo hegemônico de atenção ao parto, caracterizado como hospitalar/medicalizado. Este movimento propõe um descentramento das

práticas médicas, que podemos relacionar com processos de desmedicalização, no sentido de questionar hierarquias e dispositivos biomédicos.

Há na atualidade um incentivo governamental e de entidades de classe à participação de profissionais da enfermagem obstétrica no acompanhamento do pré-natal e parto de gestantes consideradas de “risco habitual”, com o intuito de reduzir a medicalização e as taxas de cesariana. É o caso da Estratégia Rede Cegonha, lançada em 2011, atualmente em processo de implementação (BRASIL, 2011). É interessante notar que diferentes atores que defendem o modelo humanizado buscam na chamada “medicina baseada em evidências” a legitimidade científica para se posicionar no cenário biomédico. Um exemplo expressivo dessa busca de legitimidade científica é a publicação da série do *The Lancet* (2014), afirmando que “Midwifery is a vital solution to the challenges of providing high-quality maternal and newborn care for all women and newborn infants, in all countries”. A série destaca o impacto positivo que pode ser alcançado com a atuação da parteira, que representa contribuição vital e de baixo custo com alta qualidade no atendimento materno e de recém-nascidos em vários países. Ressalta-se ainda a profissionalização da parteira a partir de sua formação oficializada e o reconhecimento como profissional não-médico dentro da equipe de saúde (THE LANCET, 2014).

Em linhas gerais, o conjunto de medidas tidas como “humanizadoras” buscaria desestimular o parto medicalizado, “visto como tecnologicizado, artificial e violento, e incentivar as práticas e intervenções biomecânicas no trabalho de parto, consideradas como mais adequadas à fisiologia do parto, e, portanto, menos agressivas e mais naturais” (TORNQUIST, 2002, p. 484).

Podemos apontar alguns contrapontos críticos em relação à conceitualização e às práticas de humanização. Um deles é apontado por Carmen Susana Tornquist (2002): embora o movimento de humanização do parto tenha um papel importante ao questionar o cenário obstétrico altamente medicalizado, e ainda ao buscar a defesa dos direitos sexuais e reprodutivos, apresenta-se como uma ‘armadilha’ ao perpetuar no seu ideário de ‘empoderamento das mulheres’, uma associação clássica das mulheres à natureza, criticada pelas feministas e pelos estudos de gênero.

Outra questão levantada é que o modelo humanizado é baseado na concepção da gravidez e do parto como processo fisiológico e não patológico. Porém, uma visão crítica (particularmente nas conjecturas de humanização disseminadas pelas instituições sanitárias) nos leva a considerar que, embora a reprodução seja (re)significada como um processo fisiológico, é acompanhada por uma ideia de risco biomédica, que responde a uma ideia de patologia, o que continua justificando a intervenção sanitária (BLAZQUEZ-RODRIGUEZ, 2005).

Metodologicamente, a nossa aproximação de campo se deu através da observação de cenários amplos de discussão pública sobre a implementação da Estratégia Rede Cegonha nas maternidades públicas da região. A escolha da instituição foi decorrente do interesse pelas tensões geradas por uma polêmica que se tornou pública, através do anúncio do hospital, da decisão de implantar um Centro de Parto Normal (CPN) – que seria o primeiro na cidade capital de estado-, e a oposição que o Conselho Regional de Medicina teve através de pronunciamento público contrário àquela medida.

Nossa porta de entrada à maternidade foram as enfermeiras obstétricas, contatadas em eventos públicos em que representantes do hospital participaram. Tanto pelas conversas exploratórias com as enfermeiras, como pelos embates públicos veiculados pela mídia local, as relações entre os profissionais apareciam como tensas. Decidimos orientar a investigação para indagar na perspec-

tiva que as enfermeiras obstétricas tinham sobre a prática da humanização do parto e das transformações e tensões que essas práticas ocasionavam no hospital.

A técnica de pesquisa utilizada foi a da entrevista, considerada como entrevista etnográfica, seguindo a Beaud e Weber (2007), na medida em que não são isoladas dos contextos e situações de investigação. Nesse sentido, foram entrevistadas oito enfermeiras através da técnica de “bola de neve”: uma indicava a outra por serem “favoráveis à humanização” e à implementação do CPN, tentando reconstruir práticas, relações e contextos das profissionais engajadas na humanização do parto.

No momento da entrevista, as enfermeiras eram todas pós-graduadas em enfermagem obstétrica, sendo que uma possuía e uma estava cursando o doutorado, uma possuía mestrado e, outras três tinham mais de uma especialização nas áreas de educação, saúde pública e política de humanização. A idade das participantes variou entre 30 e 52 anos. Quanto ao tempo de trabalho no Centro Obstétrico do hospital variou de dois a 25 anos. As entrevistas foram realizadas individualmente no mês de maio de 2014. Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e para o resguardo de suas identidades neste artigo foram usados nomes fictícios.

O caminho metodológico foi dificultado pelas próprias tensões do campo, particularmente pela humanização do parto ser algo central e problemático nas micropolíticas institucionais. Por esse motivo deixamos anônimas a instituição e cidade de localização da mesma. Interessa-nos, mais do que uma crítica dirigida a uma determinada instituição, pensar nas micropolíticas que podem ser comuns a outras maternidades no Brasil e que estão questionando hierarquias de gênero, tanto nas relações profissionais quanto no cuidado prestado às gestantes.

## DESCENTRAMENTOS DAS PRÁTICAS MEDICALIZADAS/TECNOCRÁTICAS

Nesse tópico, analisamos os descentramentos das práticas medicalizadas/tecnocráticas provocados pela atuação das enfermeiras obstétricas, indagando em quais os efeitos e as noções disseminadas sobre os “corpos grávidos”. Relacionamos esses descentramentos a processos de desmedicalização, na medida em que questionam certos dispositivos biomédicos de regulação dos corpos (GAUDENZI; ORTEGA, 2012).

Apresentamos a seguir narrativas que dão uma dimensão processual da mudança identificada pelas entrevistadas a partir da inserção das discussões sobre a humanização do parto:

“Há dez anos as pacientes não podiam deambular, elas ficavam presas na cama. Dez anos atrás até podia entrar familiares, mas se ele fosse querido, se ele fosse arrumadinho, se ele fosse cheiroso, se ele fosse... Tinha um monte de “ses” na frente assim”. (Leila, 30 anos, 2 anos de trabalho no CO).

“Desde que eu entrei aqui já existia alguns métodos que a gente chama de não farmacológico para o alívio da dor. Então, se a paciente vai para o banho, usa-se a bola, tenta mudar posição, deambulação, então isso já existia. Agora com esses requisitos da Rede Cegonha que é amamentação na primeira hora, deixar o nenê com a mãe pele a pele, clampamento tardio. Tudo isso é um pacote de humanização, não é só o trabalho de parto em si, mas todo o parto e puerpério”. (Carla, 36 anos, 3 anos de trabalho no CO).

Podemos ressaltar uma referência à transformação na espacialidade do hospital e na regulação dos corpos. Segundo Foucault (2010), a partir do momento em que o hospital é concebido como um instrumento de cura e a distribuição do espaço torna-se um instrumento terapêutico (os corpos são inseridos em um espaço individualizado, controlado), o médico passa a ser o principal responsável pela organização hospitalar. Nessa lógica, podemos interpretar o disciplinamento dos corpos apontado pelas entrevistadas (“elas ficavam presas na cama” e só podia entrar um familiar que se adaptasse à moralidade do hospital) e as transformações contemporâneas (por exemplo, possibilidades de deambular, de ser acompanhada pelo familiar que a mulher escolha). Ressalta-se na última fala, o significado de “pacote de humanização” preconizado pelas políticas públicas, que pode ser lido como: elementos que são introduzidos de maneira isolada, mas com efeitos disruptivos na lógica tecnocrática.

As mudanças trazidas pela humanização foram muitas vezes vinculadas pelas entrevistadas ao alívio da dor.

“Tem sido, assim, uma briga velada... A equipe médica está mais receptiva, moderadamente receptiva a algumas coisas e a gente aos poucos vai mostrando que a gente pode trabalhar junto, em equipe. O banho está sendo melhor aceito, a bola, o caminhar da paciente. Isso tudo, no início, isso era tudo besteira. E hoje mesmo essa paciente disse para mim **“Ai, que diferente né, da outra vez eu fiquei deitada ali na cama com a minha dor e era só isso”**. Então a gente nota muita mudança, pelo menos nos métodos não farmacológicos de alívio da dor no trabalho de parto”. (Lia, 33 anos, 2 anos de trabalho no CO – grifos nossos).

Destaca-se a fala da parturiente referida pela enfermeira, que ressalta certa “coletivização da dor”. Se a lógica tecnocrática individualiza o corpo, o isola e enquadra no espaço restrito do leito, a experiência humanizada parece mediada não por tecnologias que oportunizam essa individualização, mas por relações entre corpos e objetos que provocam um bem-estar para as parturientes.

Pode-se ver a produção de corpos e cenários diferentes que uma e outra lógica gera. Carla edifica na sua narrativa o cenário do CO, focando como contextos e práticas tecnocráticas produzem um corpo gestante que sofre a dor:

“E a equipe médica, como tem mais número de médicos, acaba que cada um é um que vai e a paciente fica um pouco atrapalhada. E essas muitas intervenções, assim, durante o trabalho de parto é muito ruim. Cada hora vem alguém lá e escuta o nenê, abre a porta e coleta sangue, abre a porta e põe o MAP. Aquele ciclo da ocitocina é quebrado por muita descarga de adrenalina que a paciente tem né, então ela não se centra no próprio corpo, não centra no parto e aí começa a gritar, se desesperar, por medo, por ansiedade. Que é aquele ciclo, né, medo, ansiedade e dor. E aí a dor vai em cima e aí daqui um pouco tu não vai fazer mais manejo nenhum, porque tu não consegues mais” (Carla).

Algumas enfermeiras, descontentes com a rigidez do hospital, começaram a “burlar” as regras institucionais provocando uma aproximação maior às experiências corporais/afetivas das gestantes e seus acompanhantes:

“Eu levava as crianças junto para buscar os irmãos, isso quebrava regras, algumas pessoas da neonatologia, que é uma UTI, muito cheia de regras, muito dura, o cuidado é muito duro, muito tecnológico. Algumas colegas diziam: não pode entrar, eu dizia: até aqui pode, nós vamos buscar o neném e eles que vão levar, (elas) como assim? Eu: nós vamos levar ele. Então fazíamos essas histórias. [...] Eu buscava os recém-nascidos para instalar no alojamento conjunto, quando a família tinha algum familiar que eu liberava visita fora do horário, tinha outras colegas

que se incomodavam com isso, e eu já via a importância nisso. Eu dizia: gente, o acompanhante, as avós, são uma ferramenta importantíssima na relação de cuidar” (Valéria, 51 anos, 27 anos na instituição).

Interessante notar que a coletivização da experiência do parto aparece em várias dimensões. Se antes apontamos como o corpo, na lógica tecnocrática, é individualizado no espaço restrito do leito, também podemos pensar como as relações familiares das mulheres são retiradas quando a experiência do parto é individualizada.

As enfermeiras em muitos momentos destacaram que, mesmo com mudanças nas práticas dos profissionais da instituição, ainda havia um “uso excessivo de intervenções”, por exemplo, a indução de parto com ocitocina sintética é muito comum, assim como outras formas “informais”: ordens/gritos dos profissionais, que buscam “direcionar o puxo” e assim acelerar o processo natural da parturição<sup>2</sup>. Práticas que se organizam numa lógica tecnocrática, e revelam uma cena de “linha de montagem” Taylorista, onde a produção não pode parar (MAIA, 2010), referido dessa maneira por uma entrevistada:

“É o uso indiscriminado de indução de parto, às vezes tu vê que não tem necessidade, tipo assim, a esteira não pode parar, então tem que nascer logo, porque lá atrás vem gente, então, às vezes, não querem dar o tempo da mulher. Eles [os médicos] avaliam, se não está assim do jeito como eles acham que deveria estar eles já colocam ocitocina, não interessa se ela tem bastante contração ou não. Tem muitas equipes que às vezes tu tens que chegar e dizer: “olha, mas ela está assim, assado na contração”, daí eles vão lá e reavaliam [...] Mas eles não gostam que tu interfiras dessa forma. A gente pergunta: “tu queres mesmo que eu coloque a ocitocina? Ela está com quatro em dez, o coração lá de quarenta e cinco segundos”, mas eles são fortes: “É para colocar, é para colocar”. Até que a paciente explode, coitada, de dor” (Amélia, 49 anos, 17 anos no CO).

As disputas e hierarquias profissionais expressam-se nessas falas através da relação de poder em torno do diagnóstico e à tomada de decisões sobre quando e quem são os sujeitos autorizados a intervir. Nota-se que o cuidado desvalorizado das enfermeiras pode ser relacionado com uma hierarquia profissional de quem é “destinado” a estar mais próximo dos processos fisiológicos e emocionais das gestantes (geralmente atribuído à equipe de enfermagem por ser considerada “menor”), e quem detém a verdade sobre o corpo grávido (espaço destinado à equipe médica) (HELMAN, 2009). Ainda, a intervenção aparece como padronizada, regida por protocolos, e não atenta às particularidades das gestantes.

As entrevistadas destacaram que a instituição em parte colabora para o processo de humanização fornecendo aos funcionários, neste caso mais especificamente às enfermeiras obstétricas, o acesso a cursos de atualização que as deixa a par das orientações de órgãos nacionais e internacionais, que incentivam a “prática baseada em evidências”, buscando uma legitimidade científica para as novas práticas. Apesar do acesso a cursos, congressos e atualizações promovidos com o incentivo institucional, as novidades trazidas pelas enfermeiras quando voltam destes eventos, nem sempre são bem aceitas e os entraves acontecem dentro da própria equipe de enfermagem, colegas que fazem reclamações e deboches através de piadas e apelidos às enfermeiras que propõem mudanças:

“Até enfermeiras que diziam: ah, isso é bobagem, vou deixar lá no banho meia hora, vai gastar muita água [...] quando eu comecei aqui, enfim, eu sempre procurei as enfermeiras mais voltadas para essa questão da humanização, daí começavam: aí vai começar o parquinho de

diversões e não era só a equipe médica que dizia isso” (Leila, 30 anos, 2 anos de trabalho no CO).

“Dentro da própria enfermagem tem ainda, [...] técnicos que acham que o marido não tem que entrar, que o marido atrapalha, que o marido questiona. Porque a gente tem que dar orientação para a mulher e para o marido” (Carla).

Essa dificuldade de legitimar as novas práticas (vistas pelos outros profissionais como “não científicas”) acontece dentro da equipe de enfermagem, mas foi referida mais fortemente em relação à equipe médica. Uma das enfermeiras, apontada pelas entrevistadas como a “pioneira da humanização” na maternidade, por ter sido a primeira a propor novas práticas, como por exemplo, o uso da “bola obstétrica” para auxiliar no alívio da dor, relata certos empecilhos:

“Quando veio a primeira bola obstétrica [...] daí era aquela gozação né: ‘ah! Que vão jogar basquete, que não sei o que’ [...]. Mais da equipe médica, mas a enfermagem também tinha. Então, até inclusive, eles dizem assim ‘ah a bola da Amélia’, porque achavam que eu trouxe a bola. Não, nós fomos a um congresso e aí a gente conversou e achou legal ter. No fim acabamos colocando uma bola em cada pré [parto], com o tempo conseguimos, mas eles ficavam meio desconfiados e nós começamos também com a hidroterapia” (Amélia, 49 anos, 17 anos no CO).

As novas práticas de cuidado são realizadas através de arranjos, de negociações com outros profissionais sendo aproveitados interstícios para mostrar que essas práticas “realmente funcionam”:

“Daí, assim que indicava a analgesia, a primeira coisa que eu fazia, eu pedia para o anestesista: ‘tu me deixa experimentar levar ela para um banho, fazer uma hidroterapia, fazer um relaxamento? Porque ela está completamente desesperada, talvez ela não consiga nem ficar sentada, se posicionar para fazer a analgesia’. ‘Não, tudo bem’. Nesse momento que a gente mostrava o quanto que era válido isso, então eu colocava a bola embaixo do chuveiro, nós temos um pré-parto que é com box, e sentava a paciente ali e colocava a hidroterapia, a água, o chuveirinho e eu então mostrava a paciente antes e depois e eles viam que realmente a paciente se tranquilizava, até mesmo, às vezes, a dilatação assim dava um *bum*” (Amélia, 49 anos, 17 anos no CO).

Vemos nas experiências trazidas pelas enfermeiras certas resistências a abandonar procedimentos já consolidados e institucionalizados que “ganham vida” para além da sua eficácia (DAVIS-FLOYD, 1992). Práticas que confirmam posições de poder entre os profissionais e reproduzem saberes autorizados que legitimam (e são legitimados por) uma lógica tecnocrática.

As práticas de humanização, tal como as definem diferentes atores envolvidos, teriam como dimensão fundamental o “empoderamento das mulheres” no parto. As novas relações estabelecidas entre sujeitos (das mulheres gestantes com os profissionais da saúde, com seus familiares), e com as tecnologias (dadas no uso, por exemplo, de técnicas e objetos que foram referidos para o alívio da dor não-biomédicos) pretendem situar o sujeito feminino gestante como “protagonista do seu parto” e autônomo em relação ao seu corpo. Podemos referir os limites desse empoderamento apontados por Tornquist (2002), já que seria este vinculado ao “resgate” de uma natureza feminina, naturalizando a gestação e o parto. Na narrativa a seguir, parece ser apontado ainda o limite da sanitarização<sup>3</sup> (referida como os “moldes do Ministério da Saúde”), que, mesmo tentando descentrar a perspectiva medicalizada, apela a uma produção

de verdade (embora sob outro signo) das ciências da saúde, referido pela entrevistada como o “protagonismo da equipe”:

“Dentro dos moldes do Ministério da Saúde, que é aquela questão da humanização mesmo do parto, do nascimento [...] que é o respeito à mulher, desde a hora que ela bota o pé dentro do hospital né, que o parto é dela, claro que a gente vai intervir quando for, quando tiver que se intervir, mas deixar a mulher ter mais autonomia sobre ela, sobre o nascimento do filho [...] **ainda tem muita intervenção, a mulher ainda não é a protagonista. Ainda é a equipe.** Eu não vou dizer só o médico, sabe, a gente também tem uma parcela de culpa. Eu sempre acho que se as coisas acontecem é porque a gente permite né, então eu acho que ainda a enfermagem também tem que mudar, a gente sabe que é difícil, porque a gente vem de uma cultura ainda onde o médico é soberano, [...] e a gente vê que a mulher ainda não é a protagonista” (Luana – grifos nossos).

Mesmo com as mudanças referidas, ainda a equipe sanitária é o sujeito que controla o processo de nascimento, o que entra em contradição com o modelo humanizado que preconizam as próprias enfermeiras obstétricas. Pode-se interpretar que a própria instituição hospitalar potencializa a dependência das gestantes em relação à equipe sanitária, já que tem a ver com a natureza biomédica do hospital. Numa perspectiva de gênero, as enfermeiras mesmo se assumindo como sujeito feminino mais próximo das experiências das gestantes, se sobrepõem a estas últimas ao assumir seu lugar na instituição hospitalar e, portanto, uma relação de poder consolidada como reguladora dos corpos.

Abordaremos no próximo tópico essas zonas de tensão e disputas de poder nas micropolíticas cotidianas da instituição que se expressam recorrentemente na linguagem de gênero.

## MICROPOLÍTICAS NO COTIDIANO DA MATERNIDADE NA LINGUAGEM DE GÊNERO

Neste tópico discutiremos as micropolíticas, definidas por Foucault (2004) como os engajamentos e experiências localizadas de lutas dos sujeitos que procuram elaborar suas vidas ao abrir críticas às sujeições<sup>4</sup>. Discutiremos arranjos, tensões e disputas que emergem na tentativa de introduzir práticas de humanização do parto num âmbito em que as relações intersubjetivas são constituídas por hierarquizações entre profissionais e entre profissionais e usuárias (ANGULO-TUESTA *et al*, 2003).

Uma das questões trazidas pelas práticas de humanização é o olhar crítico às hierarquias e ao ordenamento dos papéis dos profissionais que assistem ao parto, questionando-se a lógica tecnocrática que consolidou a corporação médica e a estrutura hierárquica desses profissionais. Essa hierarquia foi produzida numa linguagem de gênero: como aponta Helman (2009), às enfermeiras (no feminino) coube o contato íntimo com o corpo (exterior) do paciente e suas excreções; aos médicos (no masculino), o lugar do conhecimento especializado sobre os “segredos” e os funcionamentos biológicos (interiores) do corpo do paciente, saber/poder que os legitima para intervir. Salienta-se que as próprias entrevistadas identificaram a enfermagem obstétrica com sujeitos femininos e a medicina/obstetrícia com sujeitos masculinos (independente do gênero das pessoas referidas).

As entrevistadas relataram que dependendo da equipe de médicos com quem trabalham é possível discutir as práticas de assistência, pois elas são ouvidas, mas nem sempre entram em acordo. Apesar delas afirmarem que têm uma boa relação de trabalho com a equipe médica, percebe-se que há uma concorrência velada, como um “cabo de guerra” onde as enfermeiras tentam ganhar espaço e estabelecer seu poder e os médicos ao mesmo tempo lutam para não perder o domínio do espaço.

“Cada um quer puxar para um lado e na verdade os dois, médicos e enfermeiras, querem chegar ao mesmo ponto que é o nascimento sadio, [...] E uma coisa bem é clara [...], por exemplo, o toque vaginal. A gente é formada para isso. A gente poderia tranquilamente, se achar que a paciente está precisando de um toque, realizar um toque. Só que se realizar um toque e for lá e dizer: olha, a fulana está completa, por exemplo, [...] nós entramos numa guerra. Tem colegas meus que já fizeram isso e... Então é uma coisa que... Não tem o que eu vou fazer, entendeu? Se a instituição que eu trabalho não me apoia” (Lia, 33 anos, 2 anos de trabalho no CO).

“Então eu acho que algumas coisas assim que não favorecem, dentro de, mesmo dentro dessas intervenções, as tecnologias estão sendo usadas. A paciente, às vezes, está com ocitocina, está com o volume alto em função de ocitocina, mas ela está no banho, mas ela está em cima da bola, a gente está manejando, respiração, está orientando massagem, está junto com ela né, dando líquido, dando força, tudo! Mas aí tu tens aquela competitividade, tu tenta amenizar de um lado, mas do outro lado mais ocitocina [sintética], mais ocitocina, então é uma contradição” (Adriana, 35 anos, 2 anos no CO).

A questão do diagnóstico é algo tenso, já que o profissional que parece o único autorizado para fazê-lo é o médico, como mostra o exemplo do toque. A outra enfermeira refere à prática interventiva de injetar ocitocina sintética indicada pelos médicos (os únicos autorizados a tais indicações), que se transformou em rotina e muitas vezes é desnecessária, mesmo havendo outros modos e caminhos mais próximos e sensíveis ao corpo da mulher para fomentar a dilatação e o relaxamento, que as enfermeiras podem indicar e acompanhar.

Podemos relacionar com a etnografia do processo de aprendizagem da biomedicina num hospital de Bonet (2004), que destaca o diagnóstico como drama: é o aspecto mais valorizado da prática biomédica e situa o sujeito frente à tensão estruturante da biomedicina (tensão entre o saber e o sentir, entre o científico e o sensorial). É a equipe médica quem deve resolver para legitimar sua cientificidade. Pensando nas categorias de gênero, a cientificidade aparece vinculada a uma disciplina masculinizada, a medicina; e o sensorial vinculado a um saber feminilizado como a enfermagem.

Nesta disputa, as entrevistadas relatam situações de desvalorização do saber técnico-científico de sua profissão:

“Ah isso é coisa de enfermeira, inventar essas coisas. Tanto que quando começou a lei do acompanhante que é de 2005, quando eles começavam a entrar em sala de parto, teve alguns médicos que chegaram a relatar isso daí, ‘isso aí é coisa de enfermeira, invenção de enfermeira para entrar’. Eles vão desmaiar, porque não sei o quê [...] são raras as vezes que eles escutam alguma opinião nossa em sala de parto, por exemplo: está demorando (o trabalho de parto) [...] e a gente dá alguma dica: ‘ah quem sabe muda a posição da mãe, faz isso, faz aquilo’, são raros os profissionais médicos que escutam o que a gente tem para dizer, para ajudar a mulher naquele momento e auxiliar ele também. São

alguns que ainda escutam e valorizam o nosso conhecimento” (Amélia, 49 anos, 17 anos no CO).

Nos últimos anos as enfermeiras obstétricas da maternidade em estudo ganharam mais espaço na assistência ao parto, através do manejo não farmacológico de alívio da dor, da administração da dieta parto, no incentivo ao contato pele a pele, das orientações na amamentação, nos primeiros cuidados do bebê, no entanto, ainda não é permitido a elas a assistência ao parto em todo o seu processo:

“Nós todas somos enfermeiras obstétricas, mas a gente não avalia o trabalho de parto, no caso assim, exame de toque, não faz, não auxilia no parto, a não ser um de urgência, que daí não tem ninguém para ir ver, porque o nosso conhecimento é muito importante para se dar a humanização e diminuir o índice de cesariana. Aqui a gente atende o bebê, a gente até cuida, auxilia num trabalho de parto, auscultando BCF, vendo dinâmica, controlando, auxiliando nos métodos não farmacológicos, mas exatamente parto em si, a gente não, a enfermagem fica só para atender o nenê na hora que nasce” (Amélia, 49 anos, 17 anos no CO).

Cabe então as enfermeiras um lugar de cuidado “nas margens”, inclusive com o bebê, que no momento da intervenção médica no nascimento, é considerado um corpo a parte do da mulher e marginal (ele será transferido para outro médico, o pediatra). As enfermeiras percebem que os médicos reagem à tentativa delas de atuarem como parteiras, abrindo espaço de disputa de poder sobre as gestantes. Existem práticas dos médicos, segundo as entrevistadas, de amedrontar as mulheres para que elas não queiram ser acompanhadas por uma enfermeira. Nesse sentido, as usuárias ficariam num “fogo cruzado” das disputas entre os profissionais.

“Na realidade, o que se pensa... Humanização é uma coisa, mas existe ainda uma coisa de poder médico, de hegemonia, ‘a paciente é minha’. ‘Ah, e se ela está com a enfermeira e a enfermeira faz alguma coisa aí eu que vou ter que fazer cesárea’. Então, existe ainda uma disputa de poder na realidade, né. Não são todos pelo bem da paciente, como deveria ser” (Carla).

“Eu acho que talvez seja um medo que não devia existir, de perda de lugar. Na verdade, é perda de poder. Porque de lugar não pode ser, porque ninguém vai tomar o lugar de um profissional, entendeu? São profissões diferentes que devem trabalhar juntas, mas que são diferentes, precisa dos dois profissionais. Ninguém trabalha sozinho. Então eu acho que é um superego, uma coisa, assim, de poder mesmo. De ter o poder sobre a paciente. Que a gente trabalha com uma lógica de que ela tem poder sobre ela e eles (médicos) não trabalham assim na maioria das vezes” (Lia, 33 anos, 2 anos de trabalho no CO).

Interessante realçar na fala de Lia que as tensões aparecem na linguagem de gênero incluindo no cenário a relação com as gestantes: de um lado, os médicos exercendo um poder sobre as mulheres que atendem, de outro, as enfermeiras adotando práticas que favoreceriam a autonomia da mulher gestante sobre seu corpo.

A lógica tecnocrática aparece na própria formação de novos profissionais, particularmente médicos. Isto foi destacado pelas entrevistadas em relação aos residentes. Quando um residente tenta adotar práticas humanizadas, logo é tolhido e orientado por seus professores a seguir o “padrão”:

“Porque tem pessoas aqui muito mais antigas, não de idade, mas tempo de formado e tudo que não aceitam. Inclusive não aceitam opinião da

própria enfermeira. Então, os que estão aqui há mais tempo eles replicam esse modelo e os residentes aprendem assim. Têm residentes que às vezes querem ter outro tipo de parto, outra posição, acompanhar a paciente de outra maneira e não rola porque o contratado que é o ‘dono do plantão’, assim, entre aspas, não permite. Então, tem coisas que acabam enraizadas. Que é difícil de desfazer” (Carla).

Segundo as entrevistadas, o fato da instituição ser um hospital-escola propicia em muitos casos uma situação e um ambiente que não seriam os mais adequados para um atendimento humanizado, por exemplo, o ideal seria que a mulher fosse atendida por um profissional, com quem pudesse criar vínculo e que o ambiente do parto não tivesse muitas pessoas, apenas um ou dois profissionais para assistir e mais os acompanhantes de escolha da mulher. No entanto, em uma maternidade-escola normalmente há alunos e residentes que, além de ocuparem o ambiente comprometendo a privacidade da mulher, precisam aprender/treinar as técnicas, o que facilita a realização de procedimentos considerados desnecessários, feitos com objetivo pedagógico:

“E aqui existe isso deles (os médicos) não querem, porque eles acham que eles têm que aprender. Só que o tipo de parto que uma enfermeira faz é muito diferente do que um médico faz, muito menos agressivo, menos invasivo, a paciente pode escolher a posição, não ser só na posição de litotomia [...] Então, o modelo que eu acho legal não é o que é aqui. É num ambiente mais escuro, com silêncio, sem fazer comando de força, sem episiotomia de rotina, sem soro de rotina” (Carla).

Nesse contexto, prioriza-se o ensino do modelo tecnocrático (mantido principalmente pelos médicos) em detrimento da prática humanizada e centrada nas necessidades das gestantes (que parece mais difundida na equipe de enfermagem). Foi ressaltado ainda, que as enfermeiras são impedidas de partear também com a justificativa de que os alunos de medicina precisam aprender. Assim, o obstetra é o único autorizado a ensinar, ficando a enfermeiras e os alunos da enfermagem mantidos distantes da prática da parturição:

“E aqui também tem a justificativa do residente querer aprender né, daí mais um profissional enfermeiro realizando partos e eles dizem que perdem a oportunidade, tiram a oportunidade deles, na verdade não pensam na mulher em nenhum momento, isso não quer dizer que eles não possam acompanhar o parto junto com a enfermeira. Eles vão aprender uma forma sem intervenção” (Amélia, 49 anos, 17 anos no CO).

As enfermeiras defendem que todos teriam espaço para aprender e atuar se fossem usados critérios como os orientados pela OMS e MS, que incentivam a atuação da enfermeira na gravidez “de risco habitual” e desta forma os alunos da medicina poderiam aprender com as enfermeiras uma prática menos intervencionista e os alunos da enfermagem também poderiam aprender a partear:

“Porque dá para todo mundo fazer parto, dá para o R1 fazer para aprender, dá para o R2 fazer cesárea quando tiver e dá para a enfermeira fazer parto né. Quando a paciente preencher os critérios que são estabelecidos para uma enfermeira obstétrica fazer o parto. Paciente com pré-natal de baixo risco, paciente que não está com líquido amniótico meconial, paciente que não teve nenhuma intercorrência na gestação, [...] eu acho que isso também é um ganho na humanização né, porque tem pesquisas que comprovam isso, que o parto realizado por não-médicos, é um parto mais tranquilo” (Adriana).

Outra questão que gera atritos e contribui para que os rituais tecnocráticos sejam conservados na rotina do CO é a inexperiência dos residentes, pois

a residência médica também representa um rito de passagem, onde eles estão sempre tentando provar a sua capacidade para os seus mestres e para si mesmos.

Neste cenário de provação e de cobranças, os residentes estão sujeitos a tomarem atitudes precipitadas na tentativa de não cometer erros e falhar com o seu dever de “salvar vidas”. Relacionamos à proposta de Bonet (2004), de que a residência é um momento fundamental de aprender a lidar com a tensão estruturante da biomedicina, com a distinção entre saber e sentir, tornando a prática médica cada vez mais afastada do sentir e mais próxima à cientificidade:

“Eu trabalho muito com residentes né, então são profissionais que estão começando e são muito inseguros, o ano passado ela era doutoranda e aí no outro ano ela foi residente, então ela vê um nenê que está roxo, ela quer levar para o berço, mas ‘não, calma, espera’, ‘se ele não chorou’, ‘sim, mas dá um tempinho não faz nem dez segundos que ele chorou’ [...] mas, muitos não aceitam e aí a gente já teve problemas sérios assim: ‘ah, mas tu me desautorizaste na frente de todo mundo’. ‘Sim, mas eu tenho quantos anos de formada e tu tens quanto?’. Eu sou funcionária do hospital, então eu tenho experiência e tenho segurança para dizer” (Adriana).

Os residentes buscam se auto afirmarem ao adotar posturas rígidas e fechar o diálogo com as enfermeiras reproduzindo a hierarquia biomédica.

A instituição onde realizamos a pesquisa é um hospital público de referência e por isso, tem um público diversificado recebendo mulheres de diferentes classes sociais. As entrevistadas relataram que tem sido mais frequente receberem mulheres conscientes dos seus direitos como parturientes, com mais conhecimento sobre o parto e com autonomia para tomar decisões sobre como querem viver essa experiência. No entanto, este perfil de usuária parece “assustar” os profissionais, principalmente quando as mulheres desafiam saberes e decisões médicas, saindo do *script* esperado para elas:

“A gente tem desde a paciente humilde, paciente usuária de drogas, mas a gente tem paciente com nível superior e que já vem com um conhecimento prévio, já sabe o que é humanização, já sabe que não vai querer soro e que não vai querer episiotomia, então ela já vem com esse discurso, ela já vem com um plano de parto. Então essa paciente que chega aqui assim, ela assusta muito a equipe médica. Porque eles entendem que a paciente não tem que querer ou não querer, eles é que tem que dizer o que vão fazer ou não. As pacientes que vem com uma preferência, elas já são motivo de deboche. Eles [médicos] até estão agora respeitando um pouco mais, pela frente, mas por trás da paciente ‘ah, é natureba, é bicho-grilo’. Se ela quiser um parto natural é assim que ela é tratada” (Carla).

“Quando a paciente que chega, está em trabalho de parto, tem contrações, está evoluindo. Se ela não quisesse tomar ocitocina ela deveria ter o direito de escolher. Se a equipe indica ocitocina e a paciente diz ‘não, eu não quero esse soro’, existe uma agressividade... Uma resistência... A palavra é ‘um constrangimento’, eu acho. Como se não pudesse se aceitar que a paciente tem o direito de escolher. Isso nos incomoda. A gente acha como se ela estivesse na nossa casa e a gente que desse as ordens, e não é. Na verdade é um lugar que ela veio buscar segurança para ter o bebê dela. Não quer dizer que nós teríamos que botar a mão. Muitas vezes o trabalho de parto se cumpre sozinho. Então nós temos um maneio de parto, aqui dentro, ativo. Que se chama ativo, né. Que é colocar ocitocina, romper bolsa... As pessoas não veem com bons olhos quando a paciente diz ‘Ai, eu não quero corte’, Quem sabe sou eu, eu sou profissional que estou aqui, né, eu que vou saber se vai precisar ou não” (Lia, 33 anos, 2 anos de trabalho no CO).

Relatos como estes mostram o quanto a garantia dos direitos reprodutivos (no caso, de como parir) depende da reivindicação das mulheres e não da relação ética entre profissionais e parturientes. E mesmo tendo uma demanda desses direitos, em muitos casos, são cercados. As enfermeiras parecem reagir de forma positiva quando recebem mulheres “empoderadas”, pois as primeiras concordam quanto à forma de condução do parto por elas reivindicado. Além disso, as enfermeiras parecem ver nestas mulheres um fortalecimento de sua classe através da valorização de seus conhecimentos e práticas no cuidado ao parto. Porém, nem sempre se sentem autorizadas a atuar de maneira a favorecer a autonomia das gestantes.

O relato de Lia explicita o desrespeito à vontade das gestantes e as estratégias que, às vezes, são adotadas por elas para que possam parir como desejam:

“Uma situação que aconteceu, que a gente está tão pouco acostumada que a paciente dê as cartas que... Há um mês chegou uma paciente e disse: “doutora, eu tenho meu plano de parto e eu quero ganhar de cócoras, como eu ganhei os meus outros dois filhos”, a médica disse: ‘não, não dá para ganhar de cócoras’ e olhou para mim, né. Não falei nada, eu não entro em atrito, entendeu? Daí eu disse Vamos pegar uma maca para levar para a sala de parto, lá é mais quentinho para teu bebê nascer. Daí ela disse: não, eu não posso ir caminhando?. Daí eu botei uma luva e quando nós saímos do consultório, ali no corredor, ela se jogou no chão, assim, de quatro, né. E ela ganhou o bebê ali...Eu disse para a residente que estava junto: fulana, são muito poucas as que escolhem como vão ganhar, então dá uma chance para ela. E ela veio, a paciente começou a empurrar né, queria que nascesse assim. Ela sabia que se fosse lá para a sala de parto ia ter que nascer numa posição que ela não queria, ai ela fez o parto ali. Quando nasceu, daí eu virei ela, deixamos o cordão para cortar mais tarde. Dei um colinho. Foi lindo, foi lindo! Uma experiência única, entendeu? Que não precisava ser assim, não precisava ser agressiva assim. Não, assim, ó, foi muito bem. Porque apesar de ter dito aquilo ali, na hora (a residente) se deixou envolver, entende? Eu disse: Olha, pensa, tão pouca gente vive isso, né?. Mas dependendo quem fosse o residente ia dizer: não pode fazer aqui, olha só esse chão sujo” (Lia, 33 anos, 2 anos de trabalho no CO).

Esta cena é protagonizada por três mulheres em posições diferentes e em conflito. Pelo relato se depreende que conhecimentos e experiências corporais da gestante iam ser “suspensos”, apagados por uma outra prática/saber institucionalizados que criava um corpo padronizado que devia funcionar como uma “tábula rasa” para as intervenções, compreendidas pela médica. A mediação da enfermeira foi sutil, mas abriu certa brecha para a estratégia da gestante se efetivar. Ainda, a enfermeira ressaltou como excepcionalidade a mulher escolhendo como queria parir e esse se tornou o argumento para sensibilizar a médica. Perguntamo-nos sobre as ausências, neste caso, de dispositivos de humanização que levariam as mulheres a garantir seus direitos reprodutivos.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se ressaltar que as mulheres enfermeiras entrevistadas constituem-se como sujeito feminino nas normas, nos *scripts*: se espera delas o cuidado na relação hierárquica de profissões (que coloca no topo da pirâmide o sujeito masculino da medicina) que vincula a enfermagem com o contato com a fisiologia, as excreções, os fluidos, aproximando-a a uma assistência “nas margens” e afastando-a de uma posição de diagnosticar e tomar decisões, inclusive de assistir o parto.

Essa posição de desvantagem na hierarquia biomédica as coloca ao mesmo tempo numa posição favorável para se tornarem o pivô das mudanças

para a adoção de um modelo humanizado, por se situarem mais próximas da experiência corporal/afetiva das gestantes. Porém, isso as coloca também numa posição tensa em relação a desafiar os saberes/práticas médicas (identificadas com um sujeito masculino), assim como muitas vezes por se sobreporem às mulheres gestantes no jogo institucional (elas são profissionais da saúde, representam a instituição hospitalar e, portanto, um poder regulador dos corpos).

A análise apresentada aqui pretende então abrir questões (mais do que fechar conclusivamente), ao apontar tensões e engajamentos que perpassam os processos de transformação de perspectivas e práticas orientadas pelo ideário da humanização do parto no contexto hospitalar, visando contribuir com a garantia de direitos das mulheres.

## NOTAS

<sup>1</sup> A denominada *vanguarda obstétrica* foi um movimento surgido na Europa no período do pós-guerra, quando ocorreu a maior migração dos partos para os hospitais e a medicalização da saúde como um todo. Esse movimento trazia uma nova forma, não medicalizada, de vivenciar o parto e, conseqüentemente, disputava o seu lugar de legitimidade no campo biomédico, vindo inclusive a inspirar o movimento de humanização do parto brasileiro (TORNQUIST, 2004).

<sup>2</sup> Esse “uso excessivo de intervenções”, em muitos casos, colocam as mulheres em situações constrangedoras, de violência, como é possível constatar em estudos que abordam o fenômeno como “violência institucional” ou “violência obstétrica” (D’OLIVEIRA, AGUIAR, 2011; GOMES, NATIONS, LUZ, 2008; SEIBERT *et al.*, 2005).

<sup>3</sup> Robles (2015) retoma a tipologia de Hislop e Arber (2003), que relaciona a medicalização às formas de compreensão dos fenômenos a partir do registro da doença e da tecnologia, e a sanitização ao registro do bem-estar psíquico e físico para explicar situações e fenômenos fisiológicos, para questionar como se dá o cruzamento desses dois processos nos dispositivos que regulam os corpos das gestantes de camadas populares durante o pré-natal.

<sup>4</sup> Como propõem Guattari e Rolnik (2006, p. 149), a questão micropolítica refere a “uma analítica das formações do desejo no campo social”. Diz respeito ao modo como o nível das diferenças sociais mais amplas (chamado de “molar”) se cruza com aquilo que chamamos como “molecular”, sendo que entre esses dois níveis não há uma oposição distintiva. O micro e o macro são entrelaçados.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, Janaína Marques; D’OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas. Violência Institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v. 15, n. 36, p. 79-91, jan./mar. 2011.

ANGULO-TUESTA, Antonia, GIFFIN, Karen, GAMA, Andréa de Sousa, D’ORSI, Eleonora, BARBOSA, Gisele Peixoto. Saberes e práticas de enfermeiros e obstetras: cooperação e conflito na assistência ao parto. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 19, n. 5, p. 1425-1436, out., 2003.

BEAUD, Stephane; WEBER, Florence. Interpretar e redigir. In: BEAUD, S. e WEBER, F. (Ed.). *Guia para a Pesquisa de Campo*. Petrópolis: Vozes, 2007.

BLAZQUEZ-RODRIGUEZ, María I. Aproximación a la antropología de la reproducción. *AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana en red*, n. 42, p. 1-25, jul.-ago., 2005.

BONET, Octavio. *Saber e Sentir: uma etnografia da aprendizagem da biomedicina*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004.

- BRASIL. Portaria 1.459 de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Ministério da Saúde, Brasil, 2011. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html)>. Acesso em: 31 out. 2015.
- DAVIS-FLOYD, Robbie. Birth as na American Rite of Passage. Berkeley: University of California Press, 1992.
- \_\_\_\_\_. The Technocratic Body: American childbirth as cultural expression. *Social Science & Medicine*, v. 38, n. 8, p. 1125-1140, 1994.
- \_\_\_\_\_. The Technocratic, Humanistic, and Holistic Paradigms of Childbirth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. v. 75, p. 5-23, 2001.
- FOUCAULT, Michel. História da Sexualidade. A vontade de saber. São Paulo: Edições Graal, 1999.
- \_\_\_\_\_. Ética, política, sexualidade. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004 (Ditos e escritos; V).
- \_\_\_\_\_. Microfísica do poder. São Paulo: Edições Graal, 2010.
- GAUDENZI, Paula; ORTEGA, Francisco. O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v.16, n. 40, p. 21-34, jan-mar/2012.
- GOMES, Annatália Meneses de Amorim; NATIONS, Marilyn K.; LUZ, Madel Therezinha. Pisada como pano de chão: experiência de violência hospitalar no Nordeste Brasileiro. *Saúde e Sociedade*. v. 17, n. 1, p. 61-72. Mar., 2008.
- GUATTARI, Félix; ROLNIK, Suely. Micropolítica. Cartografias del deseo. Madri: Traficantes de Sueños: 2006.
- HELMAN, Cecil G. Cultura, saúde e doença. *Artmed*. Porto Alegre, 2009.
- MAIA, Mônica Bara. Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e *ethos* profissional. Editora Fiocruz. Rio de Janeiro, 2010.
- MARTINS, Ana Paula. A ciência dos partos: visões do corpo feminino na constituição da obstetrícia científica no século XIX. *Revista Estudos Feministas*, v. 13, n. 3, p. 645-665, 2005.
- ROBLES, Alfonsina Faya. Regulações do corpo e da parentalidade durante o pré-natal em mulheres de camadas populares. *Civitas*, v. 15, n. 2, p. 190-213, abr./jun. 2015.
- ROHDEN, Fabiola. Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher. 2. ed. revista. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009.
- SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil para análise histórica. *Educação & Realidade*, v. 20, n. 2, p. 71-99, jul.-dez. 1995.
- SEIBERT, Sabrina Lins; BARBOSA, Jéssica Louise da Silva; SANTOS, Joares Maria dos; VARGENS, Octavio Muniz da Costa. Medicalização x humanização: o cuidado ao parto na história. *Revista de Enfermagem da UERJ*, v. 13, n. 2, p. 245-251, mai./ago., 2005.
- THE LANCET. Midwifery: an executive summary for The Lancet's Series. jun. 2014. Disponível em: <[http://www.thelancet.com/pb/assets/raw/lancet/stories/series/midwifery/midwifery\\_exec\\_summ.pdf](http://www.thelancet.com/pb/assets/raw/lancet/stories/series/midwifery/midwifery_exec_summ.pdf)>. Acesso em: 31 out. 2015.
- TORNQUIST, Carmen Susana. Armadilhas da Nova Era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. *Revista Estudos Feministas*. Florianópolis, v. 10, n. 2, p. 483-492, jul.-dez. 2002.
- \_\_\_\_\_. Parto e Poder: O movimento pela humanização do parto no Brasil. Tese (Doutorado em Antropologia) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.
- VIEIRA, Elizabeth M. A medicalização do corpo feminino. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.