

SIMONE SANTANA DA SILVA

INSTITUCIONALIZAÇÃO DO NASCIMENTO POR CESARIANA NO BRASIL E NA

FRANÇA: componentes educativos e sanitários

(As normas de formatação da tese foram adaptadas visando atender as exigências dos dois
Programas de Pós-Graduação e o convênio de cotutela)

*(Les normes de formatage ont été adaptées visant répondre les exigences des deux
Programme de Post Graduation et la convention de cotutelle)*

Tese em cotutela apresentada ao Programa de Pós-Graduação
Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão
Preto da Universidade de São Paulo e à Escola Doutoral
Direito e Ciências Humanas (ED 284) da Universidade de Cergy-
Pontoise para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Áreas de Concentração: Enfermagem em Saúde Pública no Brasil e
Ciências da Educação na França

Orientador do Brasil: Prof. Dr. Cinira Magali Fortuna

Orientador da França: Prof. Dr. Gilles Monceau

Ribeirão Preto
2019

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo da Publicação

Serviço de Documentação

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Silva, Simone Santana da

Institucionalização do nascimento por cesariana no Brasil e na França: componentes educativos e sanitários. Ribeirão Preto, 2019.

340 p. : il. ; 30 cm

Tese de doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Saúde Pública.

Orientador: Fortuna, Cinira Magali.

1. Cesariana. 2. Parto. 3. Educação em Saúde. 4. Saúde. 5. Educação.

Nome: Simone Santana da Silva

Título: Institucionalização do nascimento por cesariana no Brasil e na França: componentes educativos e sanitários.

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutora em Ciências.

Aprovada em:

Banca Examinadora

Prof(a). Dr(a):

Instituição:

Julgamento:

Prof(a). Dr(a):

Instituição:

Julgamento:

Prof(a). Dr(a):

Instituição:

Julgamento:



UNIVERSITÉ DE SÃO PAULO
ÉCOLE DE SCIENCES INFIRMIÈRES DE RIBEIRÃO PRETO
PROGRAMME DE POS-GRADUATION DE SCIENCES INFIRMIÈRES EN SANTÉ
PUBLIQUE
DOCTORAT EN SCIENCES

UNIVERSITÉ DE CERGY-PONTOISE
ÉCOLE DOCTORALE DROIT ET SCIENCES HUMAINES ED 284
LABORATOIRE EMA ÉCOLE, MUTATIONS, APPRENTISSAGES EA 4507
DOCTORAT EN SCIENCES DE L'ÉDUCATION

RECHERCHE DOCTORALE RÉALISÉE EN COTUTELLE

Simone Santana da Silva

L'INSTITUTIONALISATION DE LA NAISSANCE PAR CÉSARIENNE AU BRÉSIL ET
EN FRANCE: composantes éducatives et sanitaires

(Mémoire en portugais comportant un résumé long en français conformément à la convention de cotutelle)

Thèse soutenue 12 novembre 2019
Sous la direction de Gilles Monceau et Cinira Magali Fortuna

Jury:

Cinira Magali Fortuna- Professeure en Sciences infirmières, École de Sciences Infirmières de Ribeirão Preto, Université de São Paulo, Brésil (directrice de thèse pour le Brésil)

Gilles Monceau - Professeur en Sciences de l'éducation, Université de Cergy-Pontoise, France (directeur de thèse pour la France)

Ana Lucia Abrahão -Professeure en Sciences infirmières, Ecole de Sciences Infirmières, Université Fédérale Fluminense, Brésil (rapporteuse)

Joris Thievenaz -Professeur en Sciences de l'éducation, Université Paris Est Créteil, France (rapporteur)

Adriana Barbieri Feliciano - Professeure en Sciences infirmières, - Faculté de Sciences Infirmières, Université Fédérale de São Carlos, Brésil



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENFERMAGEM EM SAÚDE PÚBLICA
DOUTORADO EM CIÊNCIAS



UNIVERSIDADE DE CERGY-PONTOISE
ESCOLA DOUTORAL DIREITO E CIÊNCIAS HUMANAS ED 284
LABORATÓRIO EMA ESCOLA, MUTACÕES, APRENDIZAGENS EA 4507
DOUTORADO EM CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

PESQUISA DE DOUTORADO REALIZADA EM COTUTELA

Simone Santana da Silva

INSTITUCIONALIZAÇÃO DO NASCIMENTO POR CESARIANA NO BRASIL E NA

FRANÇA: componentes educativos e sanitários

(Tese em português comporta um resumo expandido em francês em conformidade com o convênio de cotutela)

Tese de doutorado defendida no dia 12 de novembro de 2019

Orientadores: Cinira Magali Fortuna e Gilles Monceau

Banca Examinadora:

Cinira Magali Fortuna- Professora de Enfermagem, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Brasil (Orientadora no Brasil)

Gilles Monceau – Professor em Ciências da Educação, Universidade de Cergy-Pontoise, França (Orientador na França)

Ana Lucia Abrahão – Professora de Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal Fluminense, Brasil (avaliadora)

Joris Thievenaz - Professor em Ciências da Educação, Universidade Paris Est Créteil, França (avaliador)

Adriana Barbieri Feliciano - Professora de Enfermagem - Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de São Carlos, Brasil

AGRADECIMENTOS

À professora Maria José Bistafa Pereira, a qual estive sob orientação no período de janeiro a julho de 2016, pelos ensinamentos ofertados muito antes da minha entrada na Universidade de São Paulo. Obrigada também pelo acolhimento, receptividade, confiança e incentivo.

À Cinira Magali Fortuna, por sua orientação na minha formação, por todas as oportunidades oferecidas, pela abertura e cuidado. Conviver com você permitiu-me aprender não somente sobre a Saúde Coletiva, Análise Institucional ou Educação em Saúde. Aprendi a perceber-me mais e melhor como pessoa no mundo.

Ao Gilles Monceau pela orientação, ensinamentos, provocações, pelo incentivo, pela gentileza, receptividade e paciência no processo da dupla titulação.

À banca do “comité de suivi” francês: professora Carla Spagnol e professor Pascal Fugier.

À banca examinadora da defesa da tese de doutorado prof^ª. Ana Lucia Abrahão, prof^ª. Adriana Barbieri Feliciano e prof. Joris Thievenaz pelos ensinamentos nesse processo avaliativo.

À prof^ª Thérèse Perez Roux e ao prof. Ricardo Rodrigues Teixeira. Obrigada por aceitarem participar da banca de defesa e compreenderem as nuances do processo burocrático da academia.

Às mães e pais participantes da pesquisa. Aos gestores dos serviços que autorizaram seu desenvolvimento e aos profissionais envolvidos que se abriram para o diálogo.

Ao Comitê de Mortalidade Materno-Infantil.

À Universidade do Estado da Bahia, *campus* VII - Senhor do Bonfim, local que atuo como docente. Agradeço pelo incentivo, valorização e licença concedida nos anos para qualificação profissional. Além disso, aos amigos da UNEB, pessoas que compartilho e aprendo cada dia um pouco mais.

Ao Programa de Apoio à Capacitação Docente e de Técnicos Administrativos da UNEB (PAC-DT) pela bolsa concedida durante o doutorado.

Ao Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública e aos funcionários da EERP-USP e da Pós-Graduação.

Aos colegas da Réseau Recherche Avec, em especial Solange L’Abbate, Claire de Saint-Martin, Roberta Romagnoli e Sébastien Pesce pelas reflexões. Agradeço especialmente

à professora Marguerite Soulière pela atenção e ensinamentos e Anne Pilotti pelo acolhimento.

Ao Núcleo de Pesquisa e Estudos em Saúde Coletiva Profª. Dra. Maria Cecília Puntel de Almeida e aos colegas pela troca de experiências e conhecimentos.

Ao Laboratoire École Mutations Apprentissages e aos colegas pelos compartilhamentos no campo da pesquisa qualitativa, particularmente sobre a socioanálise e socioclínica.

Ao Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva (NUPISC) da Universidade Estadual de Feira de Santana, Bahia, local onde iniciei minha iniciação científica. Um agradecimento especial à professora Marluce Assis. Obrigada por acreditar no meu potencial e pelo incentivo aos estudos.

À minha mãe, figura ímpar, sempre disposta a me apoiar, incentivar e ajudar. Ao meu pai pelo incentivo aos estudos. À Suzi, minha irmã, por vibrar por mim. Aos familiares, obrigada por compreender minhas ausências.

À Tassi, pela parceria, paciência, amor e força.

Ao amigo Márlon Almeida, sempre presente mesmo na distância geográfica, pela escuta atenta, pelo cuidado e pelos compartilhamentos.

À amiga Anna Ariane pela atenção e cuidado

Aos amigos da EERP/USP pelos desabafos, sorrisos e incentivos. Tudo isso contribuiu para nosso crescimento. Semeamos uma boa e singela amizade.

Às amigas e amigos do GEPAI pelas vivências, apoio e esforço coletivo no aprendizado, particularmente sobre a sócio-análise e sócio-clínica.

Aos amigos semeados ao longo dos últimos 4 anos em Ribeirão Preto e na França.

RÉSUMÉ

SILVA, Simone Santana. **L'institutionnalisation de la naissance par césarienne au Brésil et en France: composantes éducatives et sanitaires**. 2019. 340 f. Tese (Doutorado em cotutela) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo - École Doctorale Droit et Sciences Humaines, Université de Cergy-Pontoise, 2019.

Cette thèse en cotutelle vise à analyser le processus d'institutionnalisation des accouchements par césarienne au Brésil et en France selon une démarche socio-clinique institutionnelle. Le cadre théorique et méthodologique, dans son caractère dialectique entre institué et instituant, permet d'approcher le processus d'institutionnalisation. Par conséquent, la naissance est comprise comme un analyseur des institutions de « santé maternelle et infantile » et d'« éducation en santé ». La présente recherche est issue d'une étude plus vaste sur la naissance au Canada, en France et au Brésil. Les données sur lesquelles s'appuie cette thèse ont été produites entre 2016 et 2019, au Brésil et en France. Ceci lors de groupes de discussion de parents et de professionnels, d'entretiens individuels avec des professionnels de la santé maternelle et infantile et des participants du un Comité de surveillance des décès maternels et infantiles), ainsi qu'avec des mères et des pères ayant vécu l'accouchement. Un journal de recherche a également été tenu tout au long de la recherche. Les groupes de discussion étaient composés de professionnels des services traditionnels et alternatifs, de parents issus de milieux sociaux différents. Chaque groupe s'est réuni trois fois, ceci pour un total de 12 réunions qui ont été transcrites. Les aspects éthiques de la recherche avec des êtres humains ont été respectés. Une analyse croisée a été effectuée entre les différents types de données, entre les services, entre les groupes et entre les pays, ceci de façon continue, à partir des matériaux produits. Trois axes d'analyse ont été retenus : 1) Naissance par césarienne: un analyseur - de la condition féminine face à la médicalisation, 2) des pratiques professionnelles et des discours, et 3) de l'institutionnalisation de la naissance. Les transcriptions ont fait l'objet d'une analyse thématique. Des synthèses transversales des entrevues ont été réalisées pour chacun des groupes interviewés. L'analyse a également été produite lors de restitutions aux participants. De façon générale, la démarche d'analyse des matériaux était basée sur l'approche d'analyse thématique des auteurs Mucchielli et Paillé. Le Brésil et la France suivent des processus distincts concernant l'institutionnalisation de la césarienne. Le Brésil est le champion des accouchements chirurgicaux sans indication. La France, en revanche, présente une autre réalité, où les naissances sont essentiellement vaginales. Chacun des pays étudiés a sa propre structure sanitaire et éducative mais les deux sont imprégnés par une construction socio-historique et économique marquée par le patriarcat et la soumission féminine. La Nouvelle Gestion Publique influe sur les deux contextes nationaux, précarisant l'offre sanitaire dans un discours où prédomine les impératifs économiques. En termes d'éducation et de santé, dans tous les pays, la grossesse est essentiellement comprise comme un processus physiologique et donne lieu à de nombreuses interventions sur le corps féminin. Les dimensions techniques et organisationnelles prédominent en soulignant la division intellectuelle et sociale du travail et des connaissances en santé. Les pratiques et les discours des professionnels (dans le processus de travail) influencent le choix (ou non) de pratiquer la césarienne. La progression ou la régression de ce phénomène est liée au degré de mise en

œuvre des actions médicales dans les actions de santé. Au moment de la réalisation de cette recherche doctorale, au Brésil, il y a une lutte entre l'institutionnalisation de l'accouchement par césarienne et sa désinstitutionnalisation. En France, en ce qui concerne les césariennes, une discussion sur la «césarienne active» apparaît. Celle-ci exprime-t-elle le mouvement d'institutionnalisation de l'accouchement par césarienne dans ce pays ?

Mots-clés: césarienne ; accouchement ; éducation à la santé; santé ; éducation, analyse institutionnelle

ABSTRACT

SILVA, Simone Santana. **Institutionalization of cesarean birth in Brazil and France: educational and health components 2019**. 340 f. Thesis (double/joint doctorate) - Ribeirão Preto College of Nursing, University of São Paulo - École Doctorale Droit et Sciences Humaines, Université de Cergy-Pontoise, 2019.

This is these double/joint PhD degree thesis that aims to analyze the institutionalization process of cesarean deliveries in Brazil and France from the perspective of institutional socio-clinic. The theoretical-methodological framework, in its dialectic character between instituted and instituting, unfolds in the process of institutionalization. Birth is therefore understood as an analyzer of the institutions of “maternal and child health” and of “health education”. The present research comes from a larger study on births in Canada, France and Brazil. In this thesis, data were produced between 2016 and 2019 in Brazil and France, through focus groups, individual interviews with maternal and child health professionals (and the Brazilian Maternal and Child Death Surveillance Committee), with mothers and fathers who lived the birth experience and the research journal. The focus groups were composed of traditional and alternative health professionals, parents of different social backgrounds. There were 3 meetings of a total 12 meetings. Ethical aspects regarding research with human beings were respected. A cross-analysis was performed between different types of data, between services, between groups and across countries, continuously, based on the materials produced. The thematic axes were: Birth by cesarean section: 1) an analyzer of the feminine condition in the face of medicalization, 2) of the professional practices and discourses and of 3) the institutionalization of the birth. These were arranged in analytical frameworks and organized by group of respondents and studied scenarios. Then, horizontal syntheses of the interviews were performed for each interviewed groups. The analysis was also produced during the restitution time to participants and was based on the thematic analysis approach of the authors Mucchielli and Paillé. Brazil and France demarcate distinct processes. Brazil is champion in surgical deliveries without indication. France, for its part, presents another reality, in which births are mostly vaginal. It was possible to apprehend that although each of the researched countries has its own sanitary and educational structure, they are marked by a socio-historical-economic construction outlined by patriarchy and female subjugation. The marks of the New Public Management is present in both contexts and reveals a precariousness of offers and actions supported by a discourse of economic fragility. In educational and health terms, in either country, pregnancy is understood as a physiological process and developed with numerous interventions on the female body. There is an appreciation of the technical and organizational dimensions pointed by an intellectual and social division of work and knowledge in health. The practices and discourses of professionals (in their work process) influence the occurrence (or not) of caesarean section. The progression or regression of this is related to the degree of implementation of medical actions in health practices. In this way, in Brazil there is a struggle between the institutionalization of cesarean delivery in comparison with its deinstitutionalization. In France, regarding caesarean section there is a discussion

concerning "active caesarean section". Would this be the institutionalization movement for cesarean delivery in this country?

Keuwords: Cesarean section; Childbirth; Health education; Health ; Education, institutional analysis;

RESUMEN

SILVA, Simone Santana. **Institucionalización del parto por cesárea en Brasil y Francia: componentes educativos y de salud 2019**. 340 f. Tesis (Doctorado en Cotutela) - Ribeirão Preto Escuela de Enfermería, Universidad de São Paulo - École Doctorale Droit et Sciences Humaines, Université de Cergy-Pontoise, 2019.

Esta es una tesis de doble título que tiene como objetivo analizar el proceso de institucionalización de partos por cesárea en Brasil y Francia desde la perspectiva socio-clínica institucional. El marco teórico-metodológico, en su carácter dialéctico entre instituido e instituyente, se desarrolla en el proceso de institucionalización. Por lo tanto, el nacimiento se entiende como un analizador de las instituciones de "salud materno-infantil" y de "educación sanitaria". La presente investigación proviene de un estudio más amplio sobre nacimientos en Canadá, Francia y Brasil. En esta tesis, los datos se produjeron entre 2016 y 2019 en Brasil y Francia, a través de grupos focales, entrevistas individuales con profesionales de salud materno-infantil (y el Comité Brasileño de Vigilancia de Muerte Materno-infantil), con madres y padres que vivieron la experiencia del parto y el diario de investigación. Los grupos focales estaban compuestos por profesionales de servicios tradicionales y alternativos de padres de diferentes orígenes sociales. Hubo 3 encuentros con un total de 12 encuentros. Se respetaron los aspectos éticos relacionados con la investigación con seres humanos. Se realizó un análisis cruzado entre diferentes tipos de datos, entre servicios, entre grupos y entre países, de forma continua, en función de los materiales producidos. Los ejes temáticos fueron: 1) Nacimiento por cesárea: un analizador de la condición femenina frente a la medicalización, 2) de las prácticas y discursos profesionales y de 3) la institucionalización del nacimiento. Estos se organizaron en marcos analíticos y se organizaron por grupo de encuestados y escenarios estudiados. Luego, las síntesis horizontales de las entrevistas fueron realizadas por grupos entrevistados. El análisis también se produjo durante el tiempo de restitución a los participantes y se basó en el enfoque de análisis temático de los autores Mucchielli y Paillé. Brasil y Francia delimitan procesos distintos. Brasil es campeón en partos quirúrgicos sin indicación. Francia, por su parte, presenta otra realidad, en la que los nacimientos son en su mayoría vaginales. Era posible comprender que, aunque cada uno de los países investigados tiene su propia estructura sanitaria y educativa, están marcados por una construcción socio-histórica-económica esbozada por el patriarcado y la subyugación femenina. Las marcas de la Nueva Gestión Pública están presentes en ambos contextos y revelan una precariedad de ofertas y acciones respaldadas por un discurso de fragilidad económica. En términos educativos y de salud, en cualquier país, el embarazo se entiende como un proceso fisiológico y se desarrolla con numerosas intervenciones en el cuerpo femenino. Se aprecian las dimensiones técnicas y organizativas señaladas por una división intelectual y social del trabajo y el conocimiento en salud. Las prácticas y discursos de los profesionales (en su proceso de trabajo) influyen en la aparición (o no) de la cesárea. La progresión o regresión de esto está relacionada con el grado de implementación de acciones médicas en prácticas de salud. De esta manera, en Brasil existe una lucha entre la institucionalización del parto por cesárea en comparación con su

desinstitucionalización. En Francia, con respecto a la cesárea, hay una discusión sobre la "cesárea activa". ¿Sería este el movimiento de institucionalización para la cesárea en este país?

Palabra clave : Cesárea; Parto ; Educación en salud; Salud ; Educación; análisis institucional

RESUMO

SILVA, Simone Santana. **Institucionalização do nascimento por cesariana no Brasil e na França: componentes educativos e sanitários** 2019. 340 f. Tese (Doutorado em cotutela) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo - École Doctorale Droit et Sciences Humaines, Université de Cergy-Pontoise, 2019.

Esta tese de dupla titulação que tem por objetivo analisar o processo de institucionalização de partos cesáreos no Brasil e na França segundo uma perspectiva da sócio-clínica institucional. O referencial teórico-metodológico, em seu caráter dialético entre instituído e instituinte, permite aproximar o processo de institucionalização. O nascimento é, portanto, compreendido como um analisador das instituições “saúde materno-infantil” e da “educação em saúde”. Esta pesquisa é parte de um estudo mais amplo sobre o nascimento no Canadá, na França e no Brasil. Os dados em que esta tese se baseia foram produzidos entre 2016 e 2019, no Brasil e na França. Isso foi feito por meio de grupos focais com pais e profissionais, entrevistas individuais com profissionais da saúde materno-infantil (e Comitê de Vigilância dos Óbitos Materno-infantil brasileiro), com mães e pais que viveram a experiência do parto. Um diário de pesquisa também foi mantido ao longo da investigação. Os grupos focais foram compostos de profissionais de serviços tradicionais e alternativos, de pais de diferentes extratos sociais. Cada grupo reuniu-se três vezes, num total de 12 reuniões que foram transcritas. Os aspectos éticos das pesquisas com seres humanos foram respeitadas. Foi realizada uma análise cruzada entre os diferentes tipos de dados, entre serviços, entre grupos e entre países, de modo contínuo, com base nos materiais produzidos. Três eixos de análises foram selecionados: 1) Nascimento por cesariana: um analisador da condição feminina face à medicalização, 2) das práticas e discursos profissionais e 3) da institucionalização do nascimento. Esses foram dispostos em quadros analíticos e organizados por grupo de entrevistados e cenários estudados. Em seguida realizaram-se sínteses horizontais das entrevistas, por grupos entrevistados. A análise também foi produzida durante o tempo de restituição aos participantes e foi baseada na abordagem de análise temática dos autores Mucchielli e Paillé. O Brasil e a França demarcam processos distintos. O Brasil é campeão em partos cirúrgicos sem indicação. A França, por sua vez, apresenta outra realidade, em que os partos são em sua maioria vaginais. Foi possível apreender que embora cada um dos países pesquisados tenha sua estrutura sanitária e educativa peculiar, são marcados por uma construção sócio-histórica-econômica delineada pelo patriarcado e subjugação feminina. As marcas da Nova Gestão Pública influencia ambos os contextos nacionais e tornando a prestação de cuidados de saúde precarizados num discurso quem predominam os imperativos econômicos. Em termos educacionais e de saúde, em qualquer um dos países, a gravidez é compreendida como um processo fisiológico e desenvolvido com inúmeras intervenções sobre o corpo feminino. As dimensões técnicas e organizacionais predominam reforçando uma divisão intelectual e social do trabalho e do saber em saúde. As práticas e discursos dos profissionais (em seu processo de trabalho) influenciam na ocorrência (ou não) do parto cesariano. A progressão ou regressão disso relaciona-se com o grau de implementação de ações médicas nas ações de saúde. No momento da realização dessa pesquisa doutoral, no Brasil há uma luta entre a institucionalização do parto cesariano em confronto com a sua desinstitucionalização. Na França, em relação às cesarianas há uma discussão sobre “cesariana ativa”. Isso seria o movimento de institucionalização do parto cesariano nesse país?

Descritores: Cesariana; Parto; Educação em saúde; Saúde; Educação; Análise Institucional

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Mapa comparativo entre as taxas de mortalidade materna nos países do mundo com destaque para o Brasil e França, 2018.

Figura 2 - Taxa de mortalidade infantil, por departamento, destaque para o departamento de Val d'Oise, França, entre 2014 e 2016.

Figura 3 - Taxa de mortalidade infantil no departamento de Hauts-de-Seine, França, entre 2014 e 2016.

Figura 4 - Mapa do Brasil com destaque para a localização do estado de São Paulo e do município de Ribeirão Preto, 2019.

Figura 5 - Mapa da França com destaque para os departamentos de Val d'Oise e Hauts-de-Seine, 2019

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Número de nascimentos (vivos) por residência da mãe por tipo de parto segundo região brasileira, no período de 1994 a 2017.

Tabela 2: Taxa de cesarianas por 100 partos realizados na França, entre 1980 e 2014.

Tabela 3: Número de óbitos infantis (menores de 01 ano) por 1.000 nascidos vivos no Brasil e regiões brasileiras, 2000 a 2011

Tabela 4: Número de óbitos infantis (menores de 01 ano) por 1.000 nascidos vivos na França, entre 1990 e 2014

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Percurso de seleção das produções relacionadas à temática de estudo da pesquisa sobre partos cesarianos e educação no Brasil e na França

Quadro 2: Taxa de mortalidade infantil no departamento de Val d'Oise e Hauts-de-Seine e a região Île de France, 2014-2016.

Quadro 3: Taxa de morte materna na França por 100.000 nascidos vivos segundo local de registro, no departamento de Val d'Oise e Hauts-de-Seine e a região de Île-de-France, 2007-2009.

Quadro 4: Formação dos grupos focal desenvolvidos na pesquisa entre março de 2017 a novembro de 2017, no Brasil e na França.

Quadro 5: Distribuição (por categoria do participante) das entrevistas realizadas no Brasil e na França, 2018-19.

Quadro 6: Quadro analítico dos dados empíricos resultantes dos grupos focal, entrevistas e diário de pesquisa, Brasil e França, 2016-2019.

Quadro 7: Distribuição dos encontros realizados com as mães e pais, Brasil e França, 2017-2018.

Quadro 8: Caracterização das mães e pais entrevistadas individualmente na França, 2018.

Quadro 9: Caracterização das mães e pais entrevistados individualmente no Brasil, 2018.

Quadro 10: Distribuição dos encontros realizados com os profissionais, Brasil e França, 2017-2018.

Quadro 11: Caracterização de profissionais entrevistados individualmente na França, 2018.

Quadro 12: Caracterização de profissionais entrevistados individualmente no Brasil, 2018-2019.

LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1: Número de cesarianas realizadas no Brasil, no período de 1994 a 2017.
- Gráfico 2: Percentual de cesarianas em relação aos nascimentos na França, no período de 1983 a 2014.
- Gráfico 3: Taxa de mortalidade infantil por mil nascidos vivos, Brasil, 2000 a 2015.
- Gráfico 4: Taxa de mortalidade infantil por mil nascidos vivos, França, 1901 a 2016.
- Gráfico 5: Série histórica da taxa de mortalidade infantil no Brasil no período de 2000 a 2015.
- Gráfico 6: Série histórica da taxa de mortalidade infantil no estado de São Paulo, no período de 2006 a 2017.
- Gráfico 7: Série histórica da taxa de mortalidade infantil, em Ribeirão Preto, SP, entre 2006 e 2017.
- Gráfico 8: Taxa de mortalidade materna, por 100.000 nascidos vivos, no Brasil, entre 2000 e 2016.
- Gráfico 9: Taxa de mortalidade materna, por 100.000 nascidos vivos, no estado de São Paulo, entre 1996 e 2017.
- Gráfico 10: Taxa de mortalidade materna, por 100.000 nascidos vivos, no município de Ribeirão Preto, entre 1996 e 2017.
- Gráfico 11: Taxa de mortalidade materna, por 100.000 nascidos vivos, na França.
- Gráfico 12: Série histórica do coeficiente de mortalidade infantil no município de Ribeirão Preto, SP

LISTA DE SIGLAS

Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva (NUPISC)

Estratégia Saúde da Família (ESF)

Mestrado Profissional em Enfermagem (MPE)

Universidade do Estado da Bahia (UNEB)

Núcleo de Pesquisas e Estudos em Saúde Coletiva (NUPESCO)

Análise Institucional (AI)

Educação Terapêutica do Paciente (ETP)

“Tarification à l’activité” (T2A)

Iniciativa Hospital Amigo da Mulher e do Bebê (HIAC)

Organização Mundial de Saúde (OMS)

Agências Regionais de Saúde (ARH)

Ministério da Saúde (MS)

Atenção básica (AB)

Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Prestação de Serviços (ICMS)

Imposto de Produtos industrializados (IPI)

Imposto sobre lucros (Cofins)

Imposto sobre os automóveis (IPVA)

Imposto sobre a moradia (IPTU)

Controladoria Geral da União (CGU)

Tribunais de contas da União (TCU)

Estados (TCE)

Município (TCM)

Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)

Programa de Saúde Materno Infantil (PSMI)

Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM)

Política de Humanização do Pré-Natal e Parto (PHPN)

Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM)

Centro Parto Normal (CPN)

CPN Intra-Hospitalar (CPNi) Tipo I

CPN Intra-Hospitalar (CPNi) Tipo II

CPN Peri-Hospitalar (CPNp)
Organização das Nações Unidas (ONU)
Razão de mortalidade materna (RMM)
Conselho Nacional de Resistência (CNR)
Haute Autorité de Santé (HAS)
Agências regionais de saúde (ARS)
Les impôts et taxes affectées (ITAF)
Cotization sociale généralisée (CSG)
Proteção Materno-Infantil (PMI)
Índice de desenvolvimento humano (IDH)
Produto Interno Bruto (PIB)
Secretaria Estadual de Saúde (SES)
Departamentos Regionais de Saúde (DRS)
Serviço de Vigilância do óbito (SVO)
BRA (Brasil)
FRA (França)
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)
Lei Orgânica de Leis das Finanças (LOLF)
Sistema Único de Saúde (SUS)
Associação de Obstetrícia e Ginecologia do Estado de São Paulo (SOGESP)
Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP)
Institut National de Prevention et d'éducation pour la Sante (INPES)

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A - ROTEIRO TEMATICO GRUPO FOCAL NO BRASIL (TRABALHADORES E PAIS).....	320
ANEXO B - ROTEIRO TEMATICO GRUPO FOCAL NA FRANÇA (TRABALHADORES E PAIS).....	322
ANEXO C - <i>FORMULAIRE DE CONSENTEMENT LIBRE ET ÉCLAIRÉ – Parents (groupe focal)</i>	332
ANEXO D - <i>FORMULAIRE DE CONSENTEMENT LIBRE ET ÉCLAIRÉ - Professionnels de la santé (groupe focal)</i>	334
ANEXO E – FORMULAIRE DE CONSENTEMENT LIBRE ET ÉCLAIRÉ – PARENTS ET PROFESIONNELS	336

LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE A – ROTEIRO PARA ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS REALIZADAS NO BRASIL (PAIS)	324
APÊNDICE B - ROTEIRO PARA ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS REALIZADAS NO BRASIL (TRABALHADORES)	326
APÊNDICE C - GUIDE D'ORIENTATION POUR L'ENTREVIEW EN FRANCE - PARENTS	328
APÊNDICE D - GUIDE D'ORIENTATION POUR L'ENTREVIEW EN FRANCE - PROFESSIONNELLES	330

SOMMAIRE

RÉSUMÉ DÉVELOPPÉ EN FRANÇAIS CONFORMÉMENT À L'ACCORD DE COTUTELA	26
PARTIE I - CONTEXTUALISATION ET RAPPROCHEMENT DES QUESTIONS SOCIALES	
AUTOUR DE LA NAISSANCE	92
INTRODUCTION ET JUSTIFICATION.....	94
Problème et état de l'art.....	99
OBJECTIFS	111
Objectif général.....	111
Objectifs spécifiques.....	111
ANALYSE INSTITUTIONNELLE : de quelles institutions s'agit-il?	112
La femme, l'accouchement et la maternité.....	114
Les réflexions sur les transformations des pratiques de santé maternelle et infantile et leur articulation avec l'éducation sanitaire dans le contexte actuel	123
L'ACCOUCHEMENT PAR CÉSARIENNE	127
LE SYSTÈME DE SANTÉ AU BRÉSIL	137
Santé maternelle et infantile au Brésil.....	140
L'insertion de la logique éducative dans la santé au Brésil	146
Comités de surveillance de la mortalité maternelle, infantile et fœtale	149
LE SYSTÈME DE SANTÉ EN FRANCE	152
Santé maternelle et infantile en France	154
L'insertion de l'éducation à la santé en France	159
GRAPHIQUES, TABLEAUX ET CHIFFRES RELATIFS AUX TAUX DE MORTALITÉ INFANTILE (MOINS D'UN AN) ET MATERNELLE: CONTEXTE BRÉSILIEU ET FRANÇAIS.....	163
CONSIDÉRATIONS SUR LA PREMIÈRE PARTIE	169
PARTIE II - LA TRAJECTOIRE DE LA RECHERCHE.....	170
CADRE THÉORIQUE ET MÉTHODOLOGIQUE.....	172
L'Analyse institutionnelle.....	172
Socio-clinique institutionnelle au Brésil et en France.....	174
Territoires de développement de la recherche.....	178
Brésil	178
Ribeirão Preto.....	179
Le Comité des décès maternels de Ribeirão Preto	181
France.....	183
Hauts-de-Seine et Val d'Oise.....	184

La construction du dispositif socioclinique institutionnel de la recherche.....	185
Analyse des commandes et des demandes	187
Stratégie de production de données.....	189
L'utilisation de le journal de recherche	190
Services et professionnels de la santé	191
Mères et pères	194
Entrevues.....	195
Planification de l'analyse des données produites.....	196
Considérations éthiques.....	201
CONSIDÉRATIONS SUR LA DEUXIÈME PARTIE	203
PARTIE III - LA TRANSFORMATION DES FORCES SOCIALES EN FORMES SOCIALES	204
RÉSULTATS ET DISCUSSION.....	206
ANALYSE ET DISCUSSION DES DONNÉES PRODUITES.....	214
AXE 1 : NAISSANCE PAR CESARIENNE : un analyseur de la condition féminine face à la médicalisation	214
L'ACCOUCHEMENT PAR CÉSARIENNE DANS LA CONCEPTION DES FEMMES	220
EXPÉRIENCES AVEC LES PRATIQUES DU PERSONNEL DE SANTÉ.....	231
DES ORGANISMES (IN)DISCIPLINÉS?	235
AXE 2 : BIRTH BY CESARIANA : un analyseur de pratiques professionnelles et de discours.....	242
LA LOGIQUE DE LA GESTION ET DE CROISEMENT DES PRATIQUES SOCIALES : ORGANISATION DU SERVICE ET FINANCEMENT DES ACTIONS.....	242
FORMATION DES PROFESSIONNELS, PRATIQUES PROFESSIONNELLES ET ÉDUCATION DES FEMMES.....	257
SANTÉ ET ÉDUCATION DANS LE CONTEXTE DE LA SANTÉ MATERNELLE	263
AXE 3 : NAISSANCE PAR CESARIENNE : un analyseur de l'institutionnalisation de la naissance.....	274
AUTORÉFERENCIALITÉ	276
OÙ LA RÉALITÉ BRÉSILIENNE QUESTIONNE LA RÉALITÉ FRANÇAISE? ET L'INVERSE?	279
LE POUVOIR ET LES RELATIONS : DES VIES CONTRÔLÉES ET LA TRANSFORMATION DES INSTITUTIONS.....	287
CONSIDÉRATIONS SUR LA TROISIÈME PARTIE	292
CONSIDÉRATIONS FINALES.....	294
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	300
ANNEXE A –GUIDE TEMATIQUE DE GROUPE DE DISCUSSION AU BRÉSIL (TRAVAILLEURS ET PARENTS)	320
ANNEXE B - GUIDE D'ORIENTATION POUR GROUPE FOCAL EN FRANCE (PROFESSIONNELS ET PARENTS)	322

APÊNDICE A – GUIDE D'ORIENTATION POUR LES ENTRETIENS SEMI-STRUTUCRÉS AU BRÉSIL (PARENTS)	324
APÊNDICE B - GUIDE D'ORIENTATION POUR L'ENTREVIEW ENTREVISTAS SEMI- STRUTUCRÉ AU BRÉSIL (TRABALHADORES)	326
APÊNDICE C - GUIDE D'ORIENTATION POUR LES ENTRETIENS SEMI-STRUTUCRÉS EN FRANCE - PARENTS	328
APÊNDICE D - GUIDE D'ORIENTATION LES ENTRETIENS SEMI-STRUTUCRÉS EN FRANCE - PROFESSIONNELS	330
ANNEXE C - <i>FORMULAIRE DE CONSENTEMENT LIBRE ET ÉCLAIRÉ</i> – Parents (groupe focal)	332
ANNEXE D - <i>FORMULAIRE DE CONSENTEMENT LIBRE ET ÉCLAIRÉ</i> - Profesionnels de la santé (groupe focal).....	334
ANNEXE E – FORMULAIRE DE CONSENTEMENT LIBRE ET ÉCLAIRÉ – PARENTS ET PROFESIONNELS.....	336

SUMÁRIO

RESUMO EXPANDIDO EM FRANCÊS CONFORME O CONVÊNIO DE COTUTELA.....	26
PARTE I – CONTEXTUALIZAÇÃO E APROXIMAÇÃO DAS QUESTÕES SOCIAIS EM TORNO DO NASCIMENTO.....	92
INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA.....	94
Problemática e estado da arte.....	99
OBJETIVOS.....	111
Objetivo Geral.....	111
Objetivos específicos.....	111
ANÁLISE INSTITUCIONAL: de quais instituições falamos?.....	112
A mulher, o parto e a maternidade.....	114
Os reflexos das transformações nas práticas da saúde materno-infantil e sua articulação com a educação em saúde no contexto atual.....	123
O PARTO CESARIANO.....	127
O SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL.....	137
A saúde materno infantil no Brasil.....	140
A inserção da lógica educacional na saúde no Brasil.....	146
Os Comitês de Vigilância à Morte Materna, Infantil e Fetal.....	149
O SISTEMA DE SAÚDE NA FRANÇA.....	152
A saúde materno infantil na França.....	154
A inserção da educação em saúde da França.....	159
GRÁFICOS, QUADROS E FIGURAS RECAPITULATIVOS EM RELAÇÃO ÀS TAXAS DE MORTALIDADE INFANTIL (MENORES DE 1 ANO) E MATERNA: CONTEXTO BRASILEIRO E FRANCÊS.....	163
CONSIDERAÇÕES SOBRE A PRIMEIRA PARTE.....	169
PARTE II – A TRAJETÓRIA DA PESQUISA.....	170
REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO.....	172
A Análise Institucional.....	172
Sócio-clínica institucional no Brasil e na França.....	174
Territórios de desenvolvimento da pesquisa.....	178
Brasil.....	178
Ribeirão Preto.....	179
O Comitê de Morte Materna de Ribeirão Preto.....	181
França.....	183
Hauts-de-Seine et Val d’Oise.....	184

A construção do dispositivo socioclínico institucional da pesquisa.....	185
Análise das encomendas e demandas.....	187
Estratégia de produção dos dados	189
O uso do diário de pesquisa.....	190
Os serviços e os profissionais de saúde.....	191
Mães e pais.....	194
As entrevistas	195
Planejamento para análise dos dados produzidos.....	196
Considerações éticas	201
CONSIDERAÇÕES SOBRE A SEGUNDA PARTE	203
PARTE III – A TRANSFORMAÇÃO DAS FORÇAS SOCIAIS EM FORMAS SOCIAIS.....	204
RESULTADOS E DISCUSSÃO	206
ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS PRODUZIDOS	214
EIXO 1: NASCIMENTO POR CESARIANA: um analisador da condição feminina face à medicalização.....	214
PARTO CESARIANO NA CONCEPÇÃO DAS MULHERES.....	220
EXPERIÊNCIAS COM AS PRÁTICAS DO PESSOAL DA SAÚDE	231
CORPOS (IN)DISCIPLINADOS?.....	235
EIXO 2: NASCIMENTO POR CESARIANA: um analisador das práticas e discursos profissionais	242
A LÓGICA DA GESTÃO E O ATRAVESSAMENTO NAS PRÁTICAS SOCIAIS: ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO E FINANCIAMENTO DAS AÇÕES.....	242
FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS, PRÁTICAS PROFISSIONAIS E A EDUCAÇÃO DAS MULHERES	257
SAÚDE E EDUCAÇÃO NO CONTEXTO DA SAÚDE MATERNA.....	263
EIXO 3: NASCIMENTO POR CESARIANA: um analisador da institucionalização do nascimento	274
AUTOREFERENCIALIDADE	276
EM QUE A REALIDADE BRASILEIRA INTERROGA DA REALIDADE FRANCESA? E O CONTRÁRIO?.....	279
O PODER E AS RELAÇÕES: AS VIDAS CONTROLADAS E A TRANSFORMAÇÃO DAS INSTITUIÇÕES.....	287
CONSIDERAÇÕES SOBRE A TERCEIRA PARTE.....	292
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	294
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	300
ANEXO A - ROTEIRO TEMATICO GRUPO FOCAL NO BRASIL (TRABALHADORES E PAIS)	320
ANEXO B - ROTEIRO TEMATICO GRUPO FOCAL NA FRANÇA (TRABALHADORES E PAIS)	322
APÊNDICE A – ROTEIRO PARA ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS REALIZADAS NO BRASIL (PAIS)	324
APÊNDICE B - ROTEIRO PARA ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS REALIZADAS NO BRASIL (TRABALHADORES)	326
APÊNDICE C - OUTIL D'ORIENTATION POUR L'ENTREVIEW EN FRANCE - PARENTS	328

APÊNDICE D - OUTIL D'ORIENTATION POUR L'ENTREVIEW EN FRANCE - PROFESSIONNELLES	330
ANEXO C - <i>TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</i> – Pais (grupo focal)	332
ANEXO D - <i>TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</i> - Trabalhadores da Saúde (grupo focal).....	334
ANEXO E – <i>TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO FRANÇA – PAIS E PROFISSIONAIS</i>	336

RESUMO EXPANDIDO EM FRANCÊS CONFORME O CONVÊNIO DE COTUTELA

Avertissement

Cette thèse en cotutelle est le résultat d'un accord entre une université française (l'Université de Cergy-Pontoise-UCP) via son école doctorale en droit et sciences humaines (ED DSH - Ecole doctorale Droit et Sciences Humaine) et une école des Sciences Infirmières (EERP - Ecole de Sciences Infirmières de Ribeirão Preto, Université de Sao Paulo-USP) via son programme de postgraduation d'infirmier en santé publique. La recherche a été réalisée, plus spécifiquement, en appui sur un partenariat entre les professeurs Cinira Magali Fortuna et Gilles Monceau, et les équipes de recherche concernées: le Noyau de Recherche et d'Études en Santé Publique (NUPESCO) de l'USP et le Laboratoire École, Mutations, Apprentissages de l'UCP. Les deux professeurs sont membres du réseau francophone Recherche Avec, qui vise à développer la recherche collaborative, interdisciplinaire et francophone.

La thèse concerne les naissances par césarienne au Brésil et en France, elle est élaborée sur la base d'éléments éducatifs et sanitaires. Elle utilise une approche basée sur les concepts de la santé collective brésilienne et de la socio-clinique institutionnelle française. La professeure Cinira Fortuna est une référence en matière de santé publique au Brésil et possède une vaste expérience de la recherche sur les deux approches. Le professeur Gilles Monceau, de la même manière, est une référence pour l'analyse institutionnelle française et possède une connaissance approfondie de la santé brésilienne.

La thèse s'appuie par ailleurs sur une recherche internationale menée par plusieurs membres du réseau Recherche Avec, coordonnée par Marguerite Soulière de l'Université d'Ottawa¹, qui est menée au Brésil, au Canada et en France sous le titre : «La naissance comme processus biopsychosocial: une étude interdisciplinaire collaborative des effets des pratiques et des discours sur la périnatalité de la maternité au Canada, en France et au Brésil». Participer à cette recherche internationale m'a apporté une approche particulière non seulement du thème, mais aussi concernant la manière de mener des recherches. L'objectif de cette étude était d'expérimenter une modalité de recherche internationale et collaborative entre les trois pays, visant à définir les axes d'un programme de recherche plus large ayant la

¹ Recherche financée par l'Institut de recherche de l'Hôpital Montfort d'Ottawa, par la Fondation de l'Université de Cergy-Pontoise et par l'Université de São Paulo (sous la forme de ressources humaines et matérielles).

médicalisation de la naissance comme point de départ et contenant potentiellement de multiples autres objets à approfondir. Le partenariat international est profondément riche précisément en raison des particularités culturelles, sociales, éducatives, économiques, organisationnelles, politiques et économiques de chaque pays, ce qui nous invite à considérer l'éventail des possibilités de vie et de recherche, par exemple.

En ce qui concerne l'élaboration de cette thèse, il convient de préciser qu'il existe des particularités dans le processus de recherche dans chacun des deux pays, qui ont nécessité l'adoption de stratégies pour mener l'enquête. Dans le cas du Brésil, il existe une procédure d'autorisation éthique pour toute recherche impliquant des êtres humains. Pour cette raison, nous utilisons également la procédure de recherche brésilienne dans le contexte français par l'adoption, par exemple, de formulaires de consentement que doivent signer les personnes qui participent aux enquêtes.

Une autre différence entre les deux pays réside dans le format de la présentation finale du mémoire de thèse au jury d'examen. S'il est courant dans le cadre des sciences de l'éducation françaises de présenter des mémoires longs rendant compte avec précision du développement de la recherche, il est recommandé dans le cadre des disciplines sanitaires brésiliennes, en particulier à l'EERP à Riberão Preto (établissement d'enseignement et de recherche référencée par l'OMS), de produire des documents de synthèse attestant de la capacité du doctorant à synthétiser et à communiquer et de rejeter en appendices et annexes les éléments complémentaires concernant le contexte et les opérations de la recherche. Nous avons tenté de concilier les deux recommandations, mais nous pensons que le moment de la soutenance de la thèse permettra d'expliquer plus clairement les interférences scientifiques et nationales dans ce processus.

Dans ce résumé en français, j'ai choisi de valoriser les résultats de ma recherche que je présente selon trois axes. Les aspects théoriques et méthodologiques y seront un peu moins détaillés bien qu'explicités. Comme pour la rédaction de l'ensemble du mémoire, il a fallu trouver des compromis entre les modalités d'écriture françaises en sciences de l'éducation et les usages de la recherche en santé collective au Brésil.

Problématique

Cette thèse de doctorat vise à analyser le processus d'institutionnalisation de l'accouchement par césarienne au Brésil et en France à partir des composantes éducatifs et

sanitaires. Ce que j'appelle institutionnalisation résulte de la lecture dialectique de l'institution qui considère la transformation des forces sociales en formes sociales (LOURAU, 1970).

Je souligne qu'il n'y a pas d'intention de produire une comparaison entre les pays; chaque réalité étant constituée de spécificités particulières dans les domaines culturel, social, organisationnel et politique. Le dispositif de recherche a été construit avec l'appui de la socio-clinique institutionnelle (MONCEAU, 2012) qui constitue un prolongement de l'analyse institutionnelle telle que théorisée par René Lourau (LOURAU, 1970). C'est selon cette orientation que le dialogue a été menée par un questionnement réciproque entre les deux réalités nationales.

Bien qu'il ait été constaté dans la recherche que la préférence des femmes va généralement à l'accouchement vaginal, pendant une longue période au Brésil, il y a eu une augmentation significative du nombre de césariennes. Cette évolution reflète l'hégémonie de la médecine en matière d'accouchement et le fait que celui-ci soit désormais pratiqué quasi-exclusivement en contexte hospitalier. Cette évolution témoigne aussi de la force avec laquelle ces éléments ont influencé (et influencent) la culture de l'accouchement.

En France, par contre, les questions liées à l'accouchement par césarienne, ainsi que la quantité pratiquée, ne revêtent pas le même caractère que dans la réalité brésilienne. Néanmoins, des débats se tiennent constamment sur la parentalité, sur les questions féministes associées sur la maternité ou sur l'éducation sexuelle dans les écoles pour exemples, ceci surtout depuis la seconde guerre mondiale. Ces débats concernent également la médicalisation.

De plus, les discussions dans les deux pays se rapprochent pour ce qui concerne la critique du monopole du discours sur le corps et la santé des femmes (CAHEN, 2014; DUBESSET, THÉBAUD, 2005; MAIA, 2010; HEIMANN, 2010; COVA, 2005; SANDALL et al, 2018; BOERMA et al, 2018; BÉTRAN et al, 2018; ENTRINGER, PINTO et GOMES, 2019; GOMES et al, 2018 ; DENEUX-THARAUX et al, 2006; LÖWY, 2018). J'ai fait le pari que les particularités de chaque pays enrichiront le débat sur l'institutionnalisation des "naissances par césarienne" du point de vue de chaque contexte pour s'interroger mutuellement sur la base de leurs spécificités. Cela dit, je propose une réflexion sur le travail de normalisation de l'activité reproductive dans un contexte d'Etat-providence en construction et de médicalisation de la société. Ce processus évoque le concept d'Etat inconscient proposé par René Lourau (1978). Dans les deux pays, il existe une ambivalence du système de santé qui exprime l'intention, d'une part, de protéger la mère et l'enfant (ou le futur enfant) et, d'autre part, de réguler leur comportement en établissant une surveillance administrative sur

eux. Ces deux intentions peuvent sembler complémentaires ou contradictoires selon la manière dont on les considère. Surmonter les visions caricaturales est essentiel et a été ma vigilance de chaque instant.

En ce sens, le cadre théorique de l'analyse institutionnelle fait apparaître le caractère dialectique entre institué et instituant du processus d'institutionnalisation de l'accouchement. Celui-ci étant sous la pression de différentes institutions (sanitaire, éducative, familiale...), ainsi que de l'État et d'une classe sociale dominante dans l'utilisation de ses forces (HESS, 2006). Quelles seraient les limites de ce contrôle institutionnel sur les personnes via l'institutionnalisation médicale et hospitalière de l'accouchement ? La prophétie initiale de l'institutionnalisation de la césarienne est marquée par la promesse d'une sécurité encore accrue car mise entre les mains de professionnels spécialisés (médecins obstétriciens) maîtrisant des techniques et des outils pointus (chirurgicaux), d'une absence de douleur et d'un corps (un vagin) intact. On sait que cette promesse n'est pas tenue mais cela ne provoque pas le dépérissement de ce mode d'accouchement au Brésil. Il s'agit d'un processus institutionnel (donc en partie non rationnel) dans lequel le maintien du pouvoir médical sur la naissance est fortement impliqué.

Compte tenu de ce qui précède, je considère que l'articulation entre ces questions spécifiques autour de la naissance par césarienne et la relation avec les composantes éducation et santé, du point de vue du cadre théorique de l'analyse institutionnelle, contribuera à la discussion sur l'institutionnalisation de la naissance, c'est-à-dire sur le fait que la naissance est prise en charge en contexte institutionnel médical et hospitalier. C'est à dire, le fait que la naissance est prise en charge en contexte institutionnel médical et hospitalier. Cette approche porte donc attention à la genèse théorique et sociale de la naissance. En ce sens, elle contribuera au débat parce qu'elle implique, entre autres éléments, les institutions, les dynamiques sociales, les relations, l'analyse des pratiques professionnelles, les processus dialectiques impliqués.

Ainsi, le questionnement central de cette recherche est-il : comment le processus d'institutionnalisation des naissances par césarienne est-il établi au Brésil et en France? Comment les modes d'action des professionnels des différents dispositifs (préparation à l'accouchement, allaitement, interventions précoces, entre autres) y contribuent-ils dans les deux pays? Comment les contextes respectifs des deux pays se questionnent-ils réciproquement?

Les institutions santé maternelle-infantile et éducation

L'obstétrique n'apparaît que lorsque la femme devient un objet d'intérêt pour le médecin. Les hôpitaux pour femmes et les maternités sont apparus dans certains pays européens, dont la France, au XIXe siècle, parce que ces espaces garantissaient la sécurité souhaitée par la société de l'époque : aseptie, recours à l'anesthésie et aux chirurgies obstétriques. L'obstétricien est entré dans l'imaginaire social comme expert et protecteur du corps de la femme (MAIA, 2010). Les modalités d'accouchement ont subi des changements liés à la modernisation des modes de vie, de consommation et, par conséquent, de pensée. Avec le changement du lieu de naissance normalisé, c'est-à-dire l'hôpital, les femmes sont devenues (pas nécessairement en étant considérées comme actrices) le centre des relations professionnelles entre différents corps de métiers soignants. Il est à noter que très souvent, croisés par les dimensions techniques et organisationnelles du service, les professionnels ont ignoré les enjeux subjectifs de ces femmes que les formations en santé ne prenaient d'ailleurs pas en compte.

Au Brésil, la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité sont généralement suivis par des professionnels de la santé, quel que soit le mode d'accouchement : vaginal ou par césarienne. Les infirmières obstétrique et les obstétriciennes² sont des professionnelles qui sont également en mesure d'effectuer cette surveillance tant qu'il s'agit d'une grossesse et d'un accouchement vaginal à faible risque sans dystocie³, dans toutes les phases. Il y a cependant un conflit professionnel majeur avec le corps médical concernant leurs compétences.

Les actions d'éducation à la santé sont produites dans un espace où se disputent des projets sociaux locaux ou nationaux et des perspectives mondiales via les prescriptions d'organisations internationales. Les orientations affichées pour ces actions dans les services de santé visent à élaborer des interventions pour transformer les pratiques existantes. Elles reposent actuellement sur la notion « d'éducation à la santé » (FALKENBERG et al., 2014), définie comme « une pratique transversale qui assure l'articulation entre tous les niveaux de gestion du système, représentant un dispositif essentiel tant pour la formulation des politiques

² La Résolution du Conseil fédéral des soins infirmiers (COFEN) no 524/2016 - Normatise la performance et la responsabilité de l'infirmière, de l'obstétricienne et de l'infirmière obstétrique dans l'assistance aux femmes enceintes, aux femmes puerpérales et aux nouveau-nés dans les services obstétriques, les centres de naissance normale (par voie basse, vaginale) et/ou dans les maternités et autres lieux où cette assistance est fournie ; établit les critères d'enregistrement des titres de médecin et obstétricien de garde (régime de travail) du système Cofen / Conseils régionaux des soins infirmiers et prévoit aussi d'autres mesures. Les infirmières obstétriques sont formées à l'université (niveau master et « résidence » de deux ans), les obstétriciennes suivent une formation de cinq ans dans des établissements de formation spécialisés. Toutes peuvent travailler en hôpital et pratiquer des accouchements non médicalisés, cependant elles sont très peu nombreuses.

³ Difficulté, essentiellement mécanique, qui peut survenir au cours de l'accouchement.

de santé de manière partagée que pour les actions qui interviennent dans la relation directe des services aux usagers. [...]. Il est également nécessaire de repenser l'éducation à la santé sous l'angle de la participation sociale, en comprenant que les véritables pratiques éducatives n'ont lieu qu'entre les sujets sociaux et qu'elles doivent donc être présentes dans les processus de formation continue par le contrôle social,⁴ la mobilisation pour la défense du SUS (Système Unique de Santé) et comme un thème pertinent pour les mouvements sociaux qui luttent pour une vie digne ». (MINISTÈRE DE LA SANTÉ, 2007, p. 4).

En France, en revanche, l'accompagnement des femmes dans la phase de préparation, pendant la grossesse elle-même, pendant l'accouchement et après l'accouchement, est généralement assuré par les sages-femmes⁵. C'est ainsi tant qu'il s'agit de grossesses et d'accouchements vaginaux à faible risque, bien que ces mêmes femmes puissent également être suivies par des médecins tout au long du processus. Il y a cependant débat, voire conflit, entre les professionnels et discussion sur la fragilité de l'autonomie des femmes dans le choix des professionnels mais aussi à propos de l'autonomie de ces professionnels dans l'exercice de leurs fonctions⁶.

Toujours en France, "L'éducation pour la santé" s'appuie, dans un premier temps, sur la perspective de la promotion de la santé qui s'entend comme un levier permettant de développer les potentialités de l'espace intersectoriel d'action. C'est à dire que différents professionnels des services qui occupent divers espaces doivent s'engager dans le développement de stratégies pour la santé (POMMIER et FERRON, 2013). La Santé Publique française dispose d'un programme "périnatalité et petite enfance" qui vise le développement de la prévention, de la réduction des risques et de la promotion de la santé à cette étape de la vie. Elle commence par la préparation des parents, le suivi de la grossesse, en particulier par des conseils aux femmes enceintes sur la nutrition et les premiers besoins de l'enfant. Ainsi, la prévention et la promotion de la santé périnatale et de la petite enfance s'articulent autour de trois objectifs : soutenir et évaluer des actions innovantes et prometteuses de prévention et de

⁴ Le terme "fait social" anticipe la terminologie "contrôle social". Durkheim (2007) affirme qu'il s'agit d'un moyen de discipliner la société afin de réaliser l'ordre et l'intégration sociale. Le concept de contrôle social a été intégré au domaine de la santé brésilien et provient des sciences sociales. . C'est le contrôle des dispositifs de santé par la participation des usagers.

⁵ Ce qui signifie : "qui a la connaissance de l'expérience de la femme". Une profession médicale spécialisée dans la santé des femmes tout au long de leur cycle de vie. La profession est en grande partie exercée par des femmes. Le pourcentage d'hommes sages-femmes est inférieur à 2% de tous les professionnels (LE CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES SAGE-FEMMES, 2019).

⁶ L'article R. 4127-306 du Code de déontologie des sages-femmes précise que : "doit respecter le droit de toute personne de choisir librement le professionnel, la sage-femme ou le médecin, ainsi que l'établissement où elle souhaite recevoir des soins et accoucher ; elle doit faciliter l'exercice de ce droit. La volonté du patient doit être respectée dans toute la mesure du possible".

promotion de la santé ; construire un réseau de professionnels institutionnels et associatifs dans le domaine des soins périnataux et de la petite enfance ; développer un système d'information et de conseil sur la santé et le bien-être des femmes enceintes, de leurs familles et des enfants (à destination des professionnels et du grand public) (SANTÉ PUBLIQUE, 2019).

Que ce soit au Brésil ou en France (dans le cadre de leurs spécificités), les disparités sociales et les inégalités en matière de santé et d'accès sont des questions liées aux soins. Les femmes en situation précaire sont vulnérables et n'ont qu'un suivi prénatal fragile ou inexistant et, par conséquent, elles adhèrent moins aux stratégies de prévention (MAIA, 2010 ; COULM, 2013). Dans les deux pays, les naissances sont pour la plupart hospitalisées. Les interventions des professionnels pendant la période prénatale, pendant l'accouchement ou la période postnatale, lors des consultations, des examens complémentaires et des conseils généraux, se présentent souvent comme des « services fordistes »⁷, c'est-à-dire qu'ils sont fragmentés et successifs. Ils ressemblent ainsi à des chaînes de montage industriels, les femmes pouvant avoir alors d'être traitées comme des objets. Face à ce contexte, comme l'affirme Thomas (2016), les actions hospitalières en matière d'accueil, de confort, d'adaptation aux situations uniques de chaque femme et de chaque bébé dans les services de soins, la diffusion de labels de qualité tels que l'initiative « Hôpital ami des bébés »⁸, sont souvent des facteurs décisifs de changement. Cependant, on observe que ces actions étant associées à la logique de la gestion des services, elles conduisent souvent à une forme d'assistance des personnes plutôt que de développement de leur autonomie. La logique de la Nouvelle Gestion Publique⁹, en donnant priorité à l'efficacité, impacte le travail et les relations quotidiennes dans un sens qui peut être contraire aux objectifs d'humanisation (DASSO-JÚNIOR, 2007 ; BRESSER-PEREIRA, 2007). Dans cette logique, le modèle de l'initiative privée est très apprécié des décideurs politiques car ils croient que l'efficacité y est garantie.

⁷ Je me réfère à la forme d'organisation de la production industrielle qui a provoqué des changements dans les usines au début du XXe siècle selon une logique de division et d'ultraspécialisation des pratiques sociales.

⁸ Il s'agit d'un label de qualité décerné par le Ministère de la Santé aux hôpitaux qui remplissent les 10 étapes du succès de l'allaitement maternel, établies par l'UNICEF (Fonds des Nations Unies pour l'Enfance) et l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Pour être adapté aux enfants, l'hôpital doit également respecter d'autres critères, tels que le respect et l'humanisation des soins prodigués aux femmes avant, pendant et après l'accouchement. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

⁹ La Nouvelle Gestion Publique est un courant qui défend la logique de l'initiative privée basée sur l'utilisation des méthodes de gestion du secteur privé dans les espaces publics. Elle soutient l'idée d'efficacité, d'efficacité et d'efficacité des services (DASSO-JÚNIOR, 2003).

La discussion sur la promotion de la santé, surtout après la diffusion de la Charte d'Ottawa en 1986¹⁰, met en valeur diverses dimensions qui incitent à dépasser les actions curatives et à développer la santé collective et les actions préventives. Il est important de préciser qu'il y a des difficultés dans la compréhension et la diffusion du concept de promotion de la santé mais aussi de la prévention des maladies et de l'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) (GAGNAYRE et D'IVERNOIS, 2003). En France, par exemple, il y a une prise en compte importante de l'ETP dans l'élaboration des politiques de prévention. L'ETP est alors parfois confondue avec les actions éducatives au sens large alors qu'elle concerne la personne atteinte d'une maladie ou exposée à un risque. Dans les actions éducatives, les personnes en bonne santé, n'étant pas en phase de traitement, ont la possibilité et le temps d'acquérir des compétences d'«auto-soin», c'est à dire leur permettant de prendre soin d'elles-mêmes (SANTANA, FORTUNA et MONCEAU, 2017). Les chercheurs identifient des situations professionnelles et sociales qui constituent des espaces d'apprentissage et d'élaboration de l'expérience. Certaines publications proposent ainsi des «dynamiques d'apprentissage réciproque» et des «situations d'apprentissage réciproque» en considérant les consultations médicales comme des espaces privilégiés pour construire des échanges entre les acteurs et même pour transformer les pratiques (THIEVENAZ, 2018 ; THIEVENAZ, 2018a).

Compte tenu de cette brève clarification sur les conditions actuelles de l'accouchement en France et au Brésil, il est possible de comprendre que l'accouchement n'est plus une expérience intime se déroulant à la maison. Dans son processus d'institutionnalisation, la naissance¹¹ est traversée par des tensions et réarrangements professionnels, politiques et gestionnaires successifs. Elle entre également en interférence avec les institutions "santé maternelle et infantile" et "éducation pour la santé". En outre, elle est concernée par l'évolution des relations entre les professions de santé et les familles mais aussi par les inégalités sociales.

La socianalyse et la socio-clinique en France et au Brésil

¹⁰ La première Conférence internationale sur la promotion de la santé que a été réalisée à Ottawa (Canada). La promotion de la santé confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci.

¹¹ J'utiliserai souvent les deux mots « naissance » et « accouchement » comme étant des termes quasi-équivalents tout en sachant qu'ils sont différents. La naissance désignant la venue au monde de l'enfant et l'accouchement désignant le processus par lequel la femme donne naissance. L'enfant naît, la femme accouche.

L'origine de l'analyse institutionnelle (AI) en France remonte à la seconde guerre mondiale dans le secteur psychiatrique. Mais c'est dans les années 1960 qu'elle se développe théoriquement et méthodologiquement, dans une période où des mouvements sociaux mais aussi professionnels remettent en cause les cadres politiques et les pratiques des hôpitaux psychiatriques, des écoles, des universités et autres.

Au Brésil, elle apparaît dans les années 1970, une période de dictature militaire, c'est-à-dire une période de restriction des libertés politiques et civiles. L'AI y est approfondie par des groupes de recherche de départements de psychologie des universités de différents états brésiliens. Au cours de cette période, un mouvement de réforme sanitaire a eu lieu au Brésil et a structuré l'actuel Système Unique de Santé (SUS) et développé les idées de santé publique (L'ABBATE, 2013).

La socio-clinique institutionnelle se présente comme un prolongement de la socialanalyse, c'est-à-dire de « L'AI en situation d'intervention » à partir des expériences d'intervention de René Lourau et Georges Lapassade. Dans un premier temps, les pratiques d'intervention socianalytiques menées par George Lapassade et René Lourau en 1971 étaient de courte durée et visaient un dévoilement rapide du « réseau caché des institutions » (MONCEAU, 2013 ; MONCEAU, 2018). Dans les années 1980 et 1990, les modalités d'intervention ont évolué et se sont diversifiées. Dans les années 2000, avec la diversification continue des pratiques d'AI (MONCEAU, 2001), la socio-clinique institutionnelle s'est développée en s'appuyant sur les cinq principes d'intervention de la sociologie clinique d'Edgar Morin (1969) et sur les six opérations socianalytiques de Lapassade et Lourau (1971).

Il est nécessaire d'introduire tout d'abord trois concepts de base de l'AI : l'institution, l'institutionnalisation et l'implication. L'institution est pensée comme une dialectique entre trois moments : l'institué, l'instituant et l'institutionnalisation. Les formes sociales instituées sont visibles, organisées juridiquement et matériellement. Ces formes sont cependant travaillées en permanence par des dynamiques instituanes qui viennent nier leur apparente stabilité et pérennité. Le dernier moment de cette dialectique, l'institutionnalisation, est donc un concept central de l'Analyse Institutionnelle et se distingue par son caractère opératoire pour rendre compte de la manière dont les institutions se développent en transformant des forces sociales en formes sociales (LOURAU, 1970 ; MOURA, 2003). Par exemple les luttes des mouvements sociaux pour de meilleures conditions de vie et de santé de la population se sont institutionnalisées dans le SUS.

L'implication, à son tour, est l'ensemble des relations que les sujets entretiennent avec les institutions. Cela dit, j'insiste sur la nécessité de prêter attention au fait que nous nous

institutions nous-mêmes par nos actes, ceux-ci nous impliquant dans les processus d'institutionnalisation. L'institutionnalisation dépasse donc l'ancienne question de l'opposition individu/société et propose de penser la relation entre le social et l'Etat comme instance instable, de luttes sans fin (SADA, 2001 ; LOURAU, 2001 ; DELORY-MOMBERGER, 2001 ; MONCEAU ; 2003). L'institutionnalisation de la naissance et plus précisément celle de la naissance par césarienne ne peuvent donc pas être comprises en examinant seulement les « progrès de la médecine » ou la « demande sociale », il est nécessaire de prendre en compte le contexte social, politique et économique dans lequel elles se réalisent.

Selon Lourau (2001), une composante inévitable de l'institutionnalisation est l'effacement progressif de la mémoire de la prophétie initiale de l'institution. Dans ce processus, une auto-référence à l'institution s'installe, c'est-à-dire que le principe de légitimation n'est plus la prophétie initiale (l'objectif à atteindre, la visée politique ou éthique...) mais les besoins de l'institution elle-même. Cette auto-référencialité est comme le vecteur égocentrique du processus. La force de cette autoréférence rend pertinent l'analyse des implications des sujets pour en comprendre le processus. Les contradictions entre le projet initial et son développement dans le temps et dans l'espace ne sont pas, en général, pas perçues comme telles, mais plutôt comme des obstacles à la rationalité et à la fonctionnalité.

Face au processus d'institutionnalisation, la discussion sur la désinstitutionnalisation prend également forme. Elle est souvent perçue comme une stratégie de résistance à un moment donné. Citons l'exemple des femmes qui choisissent d'accoucher à leur domicile, en limitant au maximum leur implication dans l'institutionnalisation de la naissance. Selon Lourau, «il s'agit d'un processus dynamique, agonistique et non d'une abstention morale ou d'un absentéisme pratique face aux poids puissants de l'institution» (LOURAU, 2000, p. 13). De ce moment agonistique résulte l'auto-dissolution de l'institution, l'effacement progressif de la prophétie initiale conduisant les sujets à la désinvestir.

Les caractéristiques de l'approche institutionnelle socio-clinique, selon Monceau (MONCEAU, 2013 ; FORTUNA et al, 2016 ; L'ABBATE, 2012 ; MONCEAU, 2018 ; MONCEAU, 2001), englobent le travail de la commande et des demandes, la participation des sujets à la démarche selon des modalités variables, le travail des analyseurs qui donnent accès à des questions qui ne sont pas couramment exprimées, l'analyse des transformations qui se produisent à mesure que le travail avance, la mise en œuvre de modalités de restitution qui rendent les résultats provisoires du travail aux partenaires en recherche, le travail des implications primaires et secondaires du chercheur et des autres participants, la production de connaissances ainsi que la prise en compte des contextes et interférences institutionnelles

auxquels sont confrontés les chercheurs et autres participants. Différentes modalités d'intervention socio-clinique institutionnelle sont pratiquées et souvent combinées : l'intervention socianalytique de courte durée, l'AI des pratiques professionnelles, la recherche-action et l'enquête participative.

Les commandes (que ce soit une commande de recherche émise par une instance politique ou une commande universitaire de recherche finalisée par un doctorat) et les demandes sont une condition du travail socio-clinique (de nouvelles commandes peuvent apparaître en cours de travail, qui expriment des forces institutionnelles). Les demandes peuvent être individuelles ou collectives, exprimées par des désirs, par le besoin de penser un contexte dans lequel les sujets sont insérés et qu'ils vivent mal ou qu'ils veulent changer. Un point de tension dans ce processus est que ceux qui passent la commande peuvent s'attendre à des changements dans les pratiques professionnelles ou à une réorganisation (MONCEAU, 2009). Un autre point de tension est que les résistances (de la part de toutes les personnes impliquées dans la recherche) apparaissent au cours du processus (y compris chez les commanditaires), leur traitement n'est pas facile, mais il est nécessaire de reconnaître leur effet sur le développement du travail.

Des transformations se produisent au cours de la recherche, ce qui nécessite d'être attentif au fil du processus à la manière dont le travail socio-clinique accompagne les sujets dans leur propre dynamique. Les restitutions alimentent la continuité du processus, car il s'agit d'un retour aux sujets de ce que les chercheurs ont compris lors des étapes précédentes. C'est l'occasion de questionner et d'approfondir les analyses, mais aussi de (re)réfléchir sur la manière de guider le mécanisme de travail. Dans la présente recherche, des restitutions ont été régulièrement effectuées auprès des groupes participants, de par le déroulement prévu du dispositif de recherche lui-même.

En ce qui concerne le travail sur les implications, on peut préciser que tous ceux qui participent à la recherche sont, d'une manière ou d'une autre, impliqués sur le plan affectif, organisationnel et/ou idéologique. De plus, chaque sujet étant directement impliqué dans les transformations des institutions, l'analyse de l'implication constitue un outil d'analyse des pratiques, ici aussi bien celles des femmes que celles des personnels de santé. Cette analyse des implications ne peut pas se limiter à l'évaluation de la bonne utilisation des outils techniques de recherche mais concerne plus largement la compréhension des processus institutionnels dans lesquels les sujets sont pris (MONCEAU, 2018). Il est ici important d'expliquer la puissance que l'utilisation du journal de recherche peut offrir dans le processus d'analyse des implications. Pour Lourau, le journal du chercheur est constitutif du dispositif

de recherche, les hypothèses, les sentiments, les contradictions vécues par les sujets et les résultats y étant notés au cours du processus. En ce sens, Lourau, avec l'intention d'explorer comment l'institution travaille l'écriture, propose un concept : l'effet Goody (Lourau, 1989). Cet effet, qui consiste en la rétroaction de la forme du produit final attendu (le rapport de recherche, l'article ou le mémoire de thèse...) sur la collecte des données et l'écriture, «met en scène un travail d'institutionnalisation de l'écriture et un travail d'institutionnalisation par l'écriture » (SAMSON, 2013p. 137).

Dans l'exercice de l'auto-analyse, l'écriture alimente l'analyse de l'implication. Ceci, parce qu'en général, l'écriture, par elle-même, saisie et révèle ce qui est implicite dans les relations. Après tout, quand nous écrivons, nous y inscrivons notre subjectivité. Il est important de noter que l'analyse de l'implication ne se confond pas avec la notion de réflexivité¹², cette dernière étant souvent rabattue sur les seules dimensions techniques ou expérientielles de la pratique, peut même constituer un obstacle à l'analyse de l'implication. La construction de dispositifs collectifs permettant l'exercice d'une réflexivité élargie aux implications institutionnelles (affectives, organisationnelles et idéologiques) est donc d'une importance capitale (au-delà de la bonne utilisation des outils techniques) (MONCEAU, 2013).

Les analyseurs, sont les éléments qui cristallisent les contradictions d'une institution. Il peut s'agir d'un objet, d'un événement, d'un individu, d'une information, entre autres. L'analyseur donne de la visibilité aux aspects camouflés de la vie sociale qui sont généralement plus complexes et moins explicites. Dans les groupes de notre recherche, des analyseurs se manifestent souvent par des désaccords entre participants sur le bienfait ou méfait de la césarienne par exemple.

L'autogestion, c'est-à-dire la négociation entre le groupe et le chercheur des conditions de leur collaboration, la libre expression, l'analyse de la transversalité, marquée par l'analyse des différents types de liens institutionnels des participants, sont également des caractéristiques valorisées en socio-clinique institutionnelle (MONCEAU, 2018).

La socioclinique institutionnelle a une spécificité en ce qu'elle porte une grande attention aux dynamiques institutionnelles (que les sujets soutiennent, auxquelles ils résistent ou s'adaptent) et cherche à comprendre la logique des pratiques professionnelles. C'est une façon d'aborder les questions sociales.

¹² Pour cette thèse, je m'appuierai sur le concept de réflexivité tel que travaillé par Monceau (2013). Dans la pratique de la recherche, l'exercice de la réflexivité consiste à appliquer ses propres outils de recherche à sa discipline et à ses pratiques.

Il est important de clarifier comment les recherches suivent, provoquent ou soutiennent les changements institutionnels et comment leurs propres cheminements sont affectés par ceux-ci.

Le contexte de la recherche

Le développement de la thèse s'est basé sur le contexte sanitaire de la municipalité de Ribeirão Preto (page 179), dans l'état de São Paulo au Brésil, et pour la réalité française dans les départements des Hauts de Seine et du Val d'Oise (page 183).

Comme la production des données de la recherche plus large " La naissance comme processus biopsychosocial : une étude interdisciplinaire collaborative des effets des pratiques et des discours sur la périnatalité de la maternité au Canada, en France et au Brésil " avait commencé avec la formation des groupes de discussion, la production des données de la thèse a également commencé à partir de ce point. En ce sens, lors des premières rencontres des groupes, étaient expliqués : la présentation de l'étude, ses objectifs, l'approche (collaborative, interdisciplinaire et internationale). Dans les rencontres intermédiaires, il y a eu : la restitution des réunions initiales avec leurs analyses respectives ; la finalisation de l'élaboration d'un questionnaire sur l'expérience des parents lors de la naissance. Dans les réunions finales il y a eu la restitution des analyses des réunions intermédiaires et l'interprétation des résultats préliminaires. J'insiste sur le fait que si la recherche principale concerne trois pays, je ne présenterai pour ma part que les contextes brésilien et français parce qu'ils sont ceux de la présente recherche doctorale.

Dans chaque pays, deux groupes ont été organisés avec des professionnels de la santé d'établissements différents et deux groupes constitués de parents de milieux sociaux (tableaux 1, 2, 3 et 4, pages 41-43). Pour chaque groupe de discussion, trois réunions d'une durée moyenne de 2 heures chacune ont été réalisées et animées par moi-même et un autre chercheur sur la base de guides (annexe B).

Un autre mode de production de données a été l'entretien individuel avec des parents et des professionnels de soins maternels et infantiles, dans les deux pays, et avec des membres d'un Comité de la mortalité maternelle et infantile¹³ (uniquement au Brésil).

¹³ Les enquêtes sur les décès dans le monde découlent de l'expérience des États-Unis au début du XXème siècle, avec l'organisation du Comité sur la mortalité maternelle. Compte tenu du nombre élevé de décès infantiles et maternels au Brésil, certaines stratégies ont été lancées afin de les réduire. Les premières tentatives de création de tels comités au Brésil ont eu lieu dans les années 1990. Dans le cadre de l'enquête, l'équipe de surveillance des décès et le Comité devaient discuter avec les professionnels impliqués dans l'assistance, tels que les soins de base et spécialisés, les soins d'urgence, les soins hospitaliers et autres, afin d'élargir l'analyse des cas et de définir la possibilité d'éviter les décès dans le but de prévenir les décès de causes similaires dans le futur. Un autre aspect à

Enfin, j'ai noté mes observations et réflexions dans un journal de recherche tout au long du processus.

Pour les groupes de discussion : Les services jugés admissibles au développement de la recherche dans les deux pays ont été classés selon deux types d'établissements : a) les hôpitaux généralistes « traditionnels » et b) les « autres » établissements. Les réunions ont eu lieu pendant les heures de travail des services.

Dans le contexte brésilien, le choix s'est basé sur les services de santé offrant des services obstétricaux ayant des accords avec le SUS. Le premier était un hôpital que l'on peut considérer comme « traditionnel » offrant des soins à l'accouchement et à la puerpéralité et le second un établissement pratiquant l'accouchement et proposant des actions maternelles et infantiles, centre de référence pour la santé des femmes. Les deux services sont des hôpitaux universitaires, c'est-à-dire qu'ils participent à la formation des personnels soignants. J'insiste sur le fait que le lieu et le moment de la tenue des réunions ont été négociés avec les travailleurs pour assurer la protection de la vie privée et la confidentialité. Chaque groupe était composé en moyenne de 8 personnes, dont des médecins, des infirmières obstétriques, des infirmières pédiatriques, des infirmières auxiliaires, des nutritionnistes, des psychologues, des travailleurs sociaux, des ergothérapeutes et des orthophonistes.

Dans le contexte français, les services publics (maternité publique et service de protection maternelle et infantile) ont été considérés comme possibles pour la recherche. La négociation des réunions a été réalisée avec les supérieurs hiérarchiques de chaque groupe puis avec les participants et a été composée de diverses façons par des médecins, des psychologues, des sages-femmes, des conseillères en allaitement, des secrétaires et des infirmières.

Le nombre total de participants dans chaque pays était de huit personnes par groupe, soit une moyenne de 32 personnes par pays. Comme indiqué précédemment, chaque groupe a tenu trois réunions.

En ce qui concerne le groupe des mères et des pères, dans les deux pays, ils ont été formés à partir du besoin de connaître les différents contextes socioéconomiques et culturels (et leurs effets) des parents, la diversité de leurs vécus de la naissance, leurs expériences ou leurs idées concernant la césarienne et leurs conceptions du rôle parental. Au Brésil, les lieux ont été : une école de langue privée et une garderie publique de charité. En France, la

considérer par rapport au fonctionnement des comités est le besoin de mobilisation et d'articulation de la société et du gouvernement pour la défense de la vie. Sans la sensibilisation des groupes professionnels, il est très difficile de penser la dimension sociale des pratiques professionnelles, la garantie des droits des patients et la poursuite d'un processus démocratique visant la réduction des taux de mortalité mesurés par les indicateurs.

démarche s'est déroulée, pour un groupe, par le biais d'un dispositif municipal appelé «Maison des familles»¹⁴, qui développe des activités avec les mères, qui, dans ce groupe spécifique, étaient majoritairement d'origine maghrébine. Ce groupe était le seul des quatre à ne compter aucun homme. L'autre groupe de parents français était composé de membres d'une association liée à une «Maison de naissance»¹⁵ qui propose des alternatives à la médicalisation de la naissance. Les participants étaient des parents de catégories sociales moyennes et supérieures. Le lieu et l'heure des réunions ont été négociés avec les participants de chaque groupe et la vie privée et la confidentialité ont été assurées.

Des entrevues individuelles semi-structurées ont été menées, avec des lignes directrices pour les entrevues (annexes C et D). Pour les mères et les pères, j'ai d'abord invité les mères ou les couples qui ont participé aux groupes mentionnés ci-dessus. L'acceptation de participer à ce moment de la recherche n'a pas été unanime, j'ai ensuite demandé à ces femmes ou couples d'indiquer une autre mère ou un autre couple de leur groupe social qui avait vécu l'expérience d'accoucher (peu importait le mode d'accouchement). Pour les professionnels : de la même manière, j'ai invité ceux qui participaient déjà aux groupes déjà constitués. Pour les membres du Comité de Décès Maternel et Infantile de Ribeirão Preto, je les ai invités personnellement et individuellement. Je souligne que les professionnels qui sont membres de ce comité travaillent dans le réseau de soins maternels et infantiles de la municipalité et, par conséquent, ont été inclus dans les catégories professionnelles concernées par la recherche.

Le nombre de répondants, par catégorie, au Brésil était : 09 mères interviewées individuellement et 10 professionnelles. En France, 07 entretiens individuels avec les mères, 02 entretiens avec des couples hétérosexuels et 09 entretiens individuels avec des professionnels. Ainsi, le nombre total de participants aux entrevues individuelles était de 39 pour le total des pays. Les discours ont été enregistrés, après autorisation des participants, dans des lieux choisis par chacun d'eux.

Un autre outil de production de données était le journal de recherche. L'écriture du journal n'a pas seulement directement concernée les moments de la recherche mais a aussi été réalisée à propos et dans diverses situations allant de la participation à des séminaires à des situations ludiques telles que le théâtre, le cinéma ou des présentations artistiques en rapport

¹⁴ C'est un lieu d'accueil et d'échange pour les familles où chacun peut partager son expérience et s'enrichir de celle des autres. Il propose un espace de convivialité sous les préceptes de solidarité, de soutien et d'appréciation des expériences parentales. Une attention particulière est accordée aux familles en situation de vulnérabilité, d'isolement, de rupture familiale ou de précarité.

¹⁵ C'est un lieu d'accueil, de suivi de grossesse et d'accouchement. En général, ils sont sous la direction de la sage-femme. Il s'agit donc d'un service de soins primaires intégré au réseau de santé périnatale.

avec la thématique de la recherche. En outre, au début du processus de recherche, j'ai écrit à propos des formations doctorales suivies au Brésil et en France, sur la constitution des groupes, sur le processus préparatoire pour leur réalisation et après les groupes. J'ai également fait part de mes appréhensions à propos des réunions du Comité sur la mortalité maternelle et infantile, concernant mes rencontres avec mes directeurs de recherche, à propos des réunions des groupes d'étude sur l'analyse institutionnelle du NUPESCO, d'événements, de conversations avec des membres du Réseau Recherche Avec et même à propos de quelques situations quotidiennes. Cette écriture régulière m'a permis de garder la mémoire des différentes étapes de la recherche et du cheminement de mes idées.

Pour assurer l'anonymat, le cas échéant, les classifications MÈRE, PÈRE et PRO ont été utilisées pour les mères, les pères, les professionnels respectivement, suivies d'un chiffre arabe et BRA (Brésil) ou FRA (France), représentés par les deux pays étudiés. De plus, nous avons opté pour la fidélité vocale. En ce qui concerne les groupes de parents et de professionnels/travailleurs, j'ai utilisé la classification : SOCIAL 1 ou SOCIAL 2 et HÔPITAL ou AUTRE. Ces classifications sont suivies d'un chiffre arabe pour identifier la réunion traitée (chaque groupe a eu 3 réunions) et BRA OU FRA pour identifier le pays du discours utilisé (Ex : SOCIAL 1 - 0/BRA). Je souligne également que pour les entretiens en français qui n'ont pas été entièrement transcrits, j'ai utilisé le codage : « Rapport d'entretien individuel », suivi de FRA et MÈRE ou PRO et d'un chiffre arabe (Ex : Rapport d'entretien individuel/FRA/MÈRE/00). En ce qui concerne les extraits du journal, j'ai adopté comme code : journal de recherche, lieu, pays, date).

Tableau 1: Formation des groupes de discussion développés dans la recherche, mars à novembre 2017, au Brésil et en France.

	Professionnels de la santé ¹⁶		Parents		Temp total en minutes
Pays (region)	Hôpital "traditionnel"	Autre institution	Social 1	Social 2	
France (Hauts-de-Seine et	8 (groupe 1) ¹⁷	8 (groupe 2) ¹⁸	8 (groupe 3) ¹⁹	8 (groupe 4) ²⁰	1440'

¹⁶ Ce groupe comprend: les professionnels de la santé qui travaillent dans les soins prénataux, obstétricaux et postnataux (médecins, infirmières, sages-femmes, techniciennes infirmières), les professionnels qui élaborent des stratégies éducatives (infirmières, doulas, volontaires) et les professionnels de l'action assistant social (assistant social, etc.).

¹⁷ Hôpital maternité

¹⁸ Service de Protection Maternelle-Infantile

¹⁹ Association Maison de Naissance

²⁰ Service Maison des Familles

Val d'Oise)					
Brésil (Ribeirão-Preto)	8 (groupe 5) ²¹	8 (groupe 6) ²²	8 (groupe 7) ²³	8 (groupe 8) ²⁴	1347'
Total	16	16	16	16	

Tableau 2: Répartition (par catégorie de participants) des entretiens réalisés au Brésil et en France, 2018-2019

	Entretien individuel mère	Entretien – individuel couple	Entretien – professionnel	Durée totale des entrevues en minutes
BRÉSIL	09	0	10 (1 homme)	859'
FRANCE	07	02	09 (2 hommes)	965'

Tableau 3 : Répartition par rapport au degré de scolarisation, à l'emploi, la formation et le lieux de travail (selon les catégories des participants) des entretiens individuels réalisés au Brésil et en France, 2018-2019

	MÈRES	PÈRES	PROFESSIONNELS
	Degrée scolarité /occupation		Formation/Lieu de travail
BRÉSIL	1 mère avec Lycée (incomplet)/sans emploi	-	1 psychologue (hôpital)
	5 mères avec niveaux universitaires complet (entre preneuse, à la retraite, professeure, chef administratif, coordination pédagogique)		4 Médecins (hôpital/cabinet/gestion du SUS)
	3 mères avec lycée complet: femme au foyer, artisan et esthéticienne)		3 Infirmières (hôpital)
			1 Infirmière Auxilière (hôpital)
			1 nutritionniste (hôpital)
FRANCE	2 mères BAC + (sans emploi et femme au foyer)	02 pères BAC +5 (ingénieurs)	3 Sage-femme (2 hôpital, 1 centre de santé)
	1 mères BAC +4 (doula)		2 médecins (hôpital et cabinet)

²¹ Hôpital maternité traditionnel

²² Hôpital Maternelle-Infantile de référence à la santé de la femme

²³ Crèche

²⁴ École de langue

4 mères BAC +5 (chef administratif, rédactrice, psychologue et infirmière)	1 Puericultrice (PMI)
2 mères BAC+8 (professeure universitaire et doctorante)	2 Infirmière (hôpital et PMI)
	1 animatrice association

Tableau 4 : Répartition par rapport au degré de scolarisation, à l'emploi, la formation et le lieux de travail (selon les catégories des participants) des participants des groupes réalisés au Brésil et en France, 2018-2019

	MÈRES	PÈRES	PROFESSIONNELS
	Degrée scolarité /occupation		Formation/Lieu de travail
BRÉSIL	2 mère avec Lycée (étudiante, sans emploi)	1 Père (sans emploi)	3 psychologue (hôpital)
	1 mères avec niveaux universitaires complet (entrepreneuse, à la retraite, professeure, administratif, coordination pédagogique)	2 pères (vendeur)	3 Médecins (hôpital/cabinet)
	3 mères avec lycée complet: femme au foyer, artisan et esthéticienne)	1 père administrateur	5 Infirmières (hôpital)
			Infirmière Auxilière (hôpital)
			1 nutritionniste (hôpital)
FRANCE	6 Mères BAC + 4 (directrice des ressources humaines, Archiviste itinérante dans la fonction publique, responsable informatique dans une ETI)	1 Formation ingénieur informatique	1 Médecin gynécologue obstétricien/hôpital
	3 mères BAC +4 Professeure des écoles (en congé parental)	1 Vendeur	3 Infirmières/hôpital
	1 mères BAC +4 (doula)		1 Auxiliaire puéricultrice diplômée/
	Animatrice socioculturelle		2 Sage femme/hôpital
	3 mères BAC +5 (Infirmière en maternité, puericultrice, psychologue)		1 Psychologue/hôpital
	6 mères BAC + (sans emploi et femme au foyer)		2 Médecin/PMI
			1 Infirmière/PMI
			Puéricultrice/PMI
			1 Psychologue clinicienne/PMI
			1 Auxiliaire de puériculture/PMI
			1 Sage femme diplômée d'état
			1 Puericultrice, consultante en lactation
			3 Secrétaires/ PMI

Les groupes et les entretiens individuels n'ont été initiés qu'avec l'autorisation du Comité d'éthique de la recherche de l'École des sciences infirmières Ribeirão Preto de l'Université de São Paulo, avec des avis d'approbation n° 1.797.862 et 2.623.731, conformément aux normes réglementaires pour la recherche avec des êtres humains énoncées dans la résolution 466/2012 (BRASIL, 2012). En France, la réalisation des entretiens collectifs a été autorisée par les institutions dans lesquelles ils ont eu lieu (un hôpital, une mairie, un service départemental, une association). Dans les deux pays, la production des données avec les groupes s'est déroulée entre mars 2017 et avril 2018. Des entretiens individuels ont été initiés en France et réalisés entre mars et juillet 2018 et au Brésil entre octobre 2018 et mai 2019.

Une analyse croisée des données produites, entre institutions, entre groupes, entre régions et entre pays a été effectuée en continu, sur la base des données recueillies. L'analyse était basée sur l'approche de l'analyse thématique de Paillé et Mucchielli. Dans cette perspective, la phase de discussion de l'analyse thématique constitue un exercice qualitatif, interprétatif et hypothétique (PAILLÉ et MUCCHIELLI, 2016). L'approche analytique se situe donc à trois niveaux : 1- la transcription²⁵ (écoute et transcription des groupes) ; 2- la transposition (constituant les unités de sens et les approximations entre elles et les références théoriques) ; 3 - la reconstitution (reconstruire un texte avec les analyses finales).

Enfin, les axes thématiques suivants sont ressortis des données produites : naissance par césarienne :

Axe 1. un analyseur de la condition féminine en relation avec la médicalisation ;

Axe 2. naissance par césarienne : un analyseur des pratiques professionnelles et des discours;

Axe 3. naissance par césarienne : un analyseur de l'institutionnalisation de la naissance.

Naître au Brésil et en France

AXE 1 : NAISSANCE PAR CÉSARIENNE: un analyseur de la condition²⁶ féminine face à la médicalisation

²⁵ Les entretiens individuels menés en France n'ont pas été entièrement transcrits. Pour ceux qui n'ont pas été transcrits, je les ai synthétisés dans des textes, obtenant à la fin une vue d'ensemble de l'ensemble des interviews.

²⁶ J'ai pris comme référence la logique de la discussion de Simone de Beauvoir qui questionne la question des femmes, du genre et de l'existence sexuelle. De cette façon, elle valorise les aspects politiques et philosophiques pour discuter de l'existence elle-même. Ainsi, elle souligne que le fait d'être une femme, dans un monde

Des études liées à la médicalisation de l'accouchement et de la naissance ont lieu dans le monde entier (ILLICH, 1975; FOUCAULT, 2018; GAUDENZI e ORTEGA, 2012; HEIMANN, 2010; CÉSARINE, 2018; DENEUX-THARAUX t al., 2006; SPONG, 2015; PIMENTA, SILVA, BARRETO et al., 2013; LANSKY, FRICHE, SILVA et al., 2014; VELHO, SANTOS e COLLAÇO, 2014; RATTNER e MOURA, 2016; MARTINO, FUSCO, COLAIS et al., 2014; FRÉOUR, 2015; DOMINGUES et al., 2014; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA, 2018; GOMES et al., 2018; BETRÁN et al., 2018; BOERMA et al., 2018; SANDALL ET AL., 2018). Depuis 2005, l'Organisation Mondiale de la Santé publie des statistiques annuelles sur la santé mondiale qui mettent en évidence l'évolution des taux de césariennes dans le monde et établit une association entre la naissance par césarienne et trois critères : le lieu de vie, le niveau de scolarité et le revenu. Dans certains pays du monde, les accouchements par césarienne acquièrent une énorme visibilité positive, même lorsqu'ils rendent l'accouchement vaginal invisible, et sont maintenant naturalisés comme pratiques protocolaires de premier choix. Le Brésil, par exemple, marqué par la forte influence des modèles technocratiques, est un scénario adéquat pour la prolifération des épidémies dites «césariennes»²⁷. Néanmoins, il ne faut pas oublier que la césarienne est aussi une intervention salvatrice puisqu'elle est adoptée dans des situations spécifiques comme l'hémorragie, la souffrance fœtale, l'hypertension et la présentation anormale de l'enfant (GOMES, et al., 2018; MAIA, 2010; BOERMA et al., 2018; SANDALL et al., 2018; COULM, 2013; SEWELL, 1993).

Malgré la persistance de fortes disparités, la France progresse en matière d'égalité des droits des hommes et des femmes, en termes de représentation et d'opportunités économiques (salaires, participation et fonctions de direction), d'éducation (accès à l'enseignement de base et supérieur), d'émancipation politique (représentativité et structures décisionnelles) ou de santé et survie (espérance de vie et relations entre filles et garçons).

Le Brésil, par rapport à la condition féminine et dans la perspective du genre, semble marqué par un certain obscurantisme²⁸ (TIBURI, 2019; CASTRO, 2019). Il convient de noter que le pays a toujours été fragile dans ce domaine, mais le contexte politique actuel, en

gouverné principalement par des hommes et pour des hommes selon leurs propres intérêts, c'est être le deuxième sexe.

²⁷ Par l'expression « épidémie de césariennes », on désigne une tendance mondiale à l'augmentation du nombre de ces interventions chirurgicales. C'était d'ailleurs le titre d'un séminaire que j'ai suivi à l'EHESS (Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales) à Paris.

²⁸ J'utilise ce terme en raison du nombre de mesures adoptées par le gouvernement brésilien actuel allant dans le sens d'une régression concernant les actions sociales et le développement intellectuel comme : les droits des femmes, la diminution des financements pour la recherche ou la suppression de droits déjà acquis.

particulier après les événements politiques controversés de 2016, a retardé les avancées antérieurement réalisés en ce qui concerne les droits des femmes et peut même constituer une menace pour les droits humains (CASTRO et al., 2019).

Dans les groupes brésiliens, j'ai fréquemment entendu des propos qui peuvent être interprétés comme faisant écho à la domination masculine (BOURDIEU, 1998) et au patriarcat :

[MÈRE 04] parce que je n'ai jamais voulu avoir d'enfant. En fait, je l'avais parce que il a voulu, tu comprends ? (Désigne le désir du mari) (SOCIAL 2 - 01/BRA).

Dans le contexte brésilien, il convient de souligner la manière dont la culture influence les décisions concernant l'accouchement. Le patriarcat est un système dogmatique fait de croyances. Il définit, entre autres, les perspectives, les comportements et les coutumes. En mettant en relation le patriarcat (et la manière dont il marque la vie des femmes) avec le contexte des naissances concernées par la recherche, je pense qu'il est pertinent de présenter un extrait d'entretien avec une des femmes participantes. C'est une brésilienne qui vit en France et qui y a vécu tout le processus de grossesse, accouchement et puerpéralité dans ce pays. Son discours témoigne de la manière dont les dimensions culturelles orientent les conceptions individuelles. De plus, elle donne une visibilité à une tension résultant des différents contextes vécus par cette femme, dans une sorte de «choc» des cultures :

Ainsi, je savais qu'au (dit le nom de l'hôpital à Paris) je n'aurais pas la possibilité de choisir le mode d'accouchement (qui serait d'abord tenté par voie vaginale). Je ne pourrais pas dire : "Je veux une césarienne". Même s'ils décidaient de faire une césarienne, je pense que je subirais beaucoup de préjugés pendant toute la période prénatale, vous comprenez ? (...) ils ne comprennent pas pourquoi vous préférez une césarienne. Je pense donc que le personnel médical ne comprend pas si vous arrivez (en demandant une césarienne). Ils savent même que culturellement, au Brésil, nous pratiquons beaucoup de césariennes, mais ils ne comprennent pas pourquoi et ils pensent que, je ne sais pas... (MÈRE/FRA/03).

D'autre part, j'ai pu constater à partir des données produites en France que la discussion sur les rapports entre les sexes se déroule différemment, avec plus de force. Ces aspects sont perçus et discutés dans ce qui concerne les relations homme-femme dans le couple, le rôle du père dans le processus de la grossesse et lors de l'accouchement et la puerpéralité. C'est aussi en France que j'ai entendu, à plusieurs reprises, des critiques concernant le sexe du professionnel qui accompagne la femme.

Tu as ton gynécologue qui te parle. Du coup, c'est un homme. Donc lui, il te parle en tant que médecin, il te parle pas en tant que femme ou en tant que ressenti parce qu'ils peuvent pas tout savoir. (SOCIAL 2 - 01/FRA)

J'ai eu l'impression que les femmes, en France, ont tendance à vivre différemment des femmes brésiliennes, l'autonomie de leur propre corps. J'insiste sur le fait que mon intention, en abordant ces aspects, est précisément de stimuler la réflexion sur le fait que cette observation, qui est surtout une interrogation, est à penser en lien avec les différents domaines de la vie quotidienne, notamment la santé et l'éducation. Les effets des rapports de domination se produisent, évidemment, de différentes façons selon les contextes (et les individus impliqués) dans lesquels j'ai abordé la question. Lors des entretiens individuels et collectifs, de nombreuses femmes de tous milieux et dans les deux pays expriment des expériences individuelles de pression voire d'exclusion sociales. C'est précisément l'articulation dialectique entre le général et le particulier qui permet de donner sens à ces expériences vécues.

Naissance par césarienne

Dans ce qui implique le comportement social projeté dans les figures subjectives de la crise de la société moderne, Hardt et Negri (2014) classent dans l'endettement, la médiatisation, la sécurisation et la représentation. On peut alors penser que, dans la société, l'individu accepte, dans un mécanisme apparemment automatisé, son sujet et son objet d'emprisonnement comme le reflet de la peur installée. Dans le contexte des naissances, plus particulièrement, la peur est très présente et peut même empêcher la femme de penser :

Alors vous m'avez demandé : "Est-ce un accouchement normal ou une césarienne ? (c'est) le médecin qui sait ! Je n'ai rien décidé. J'avais si peur... (SOCIAL 2 - 01/BRA).

Dans le contexte français, ce rapport à la sécurité/insécurité se situe à un autre niveau, même si, selon moi, elle part du même principe : la logique instituée dans le processus lui-même et dans les relations établies. En ce qui concerne la relation établie entre elles et les professionnels, je comprends qu'elle n'est pas configurée selon le même degré de sentiment de sécurité qu'elle l'est, en général, pour les femmes brésiliennes. Si vous vous sentez en sécurité en accouchant par voie vaginale, lorsqu'une intervention par césarienne est proposée, elle cause beaucoup d'inconfort et d'insécurité.

Moi, j'avais jamais été opérée de ma vie. Ça me faisait très peur d'être opérée, très peur la césarienne. (MÈRE/FRA/01)

(Parler de césarienne est inconfortable). Elle considère que c'est une agression. Imaginer être inconsciente et sans relation avec votre bébé, ce serait profondément traumatisant (Rapport de l'entretien individuel/MÈRE/FRA/05).

Au Brésil, l'accouchement par césarienne est/était (je considère le caractère dialectique du processus de l'accouchement), selon le niveau social/économique/éducatif naturalisé, tandis qu'en France (dans les mêmes catégories différentes) il est fortement associé à l'échec de la femme. Dans les discours des participants au processus de recherche au Brésil, de telles informations sont cependant aussi apparues :

Mais j'avais un fort désir de faire ma naissance normale, dans le cinquième mois j'ai découvert que je n'allais pas accoucher normalement, mais je l'avais idéalisé d'une manière que je : imaginez, ok. (...) Et le jour où j'ai appris qu'elle n'allait pas m'accoucher normalement... ok, donc ok, je vais faire une césarienne. Comme si je n'étais même pas... Je ne sais pas, pour elle c'était un mythe, elle allait sauver ma fille, tu sais ? (MÈRE/BRA/06).

Le discours ci-dessus (répété par beaucoup d'autres femmes) reflète le processus d'assujettissement des femmes dans cette phase de leur vie, ainsi que le processus de domination du corps féminin par des professionnels. Dans ce même processus, il est aussi possible de saisir dans les discours, le pouvoir que cette logique possède et la manière dont elle envahit les projets personnels des gens.

Il a également été possible de noter certaines attentes d'une transformation dans la pratique des professionnels. Certains des propos rapportés par cette thèse, nuancent ainsi le processus d'institutionnalisation. Même soumises aux pratiques des médecins, les femmes montrent qu'elles peuvent formuler une pensée critique.

[MÈRE 01] Et je pense que c'est très inhumain, parce que le gynécologue et obstétricien (celui qui suit la grossesse) sait tout ce qui vous est arrivé et le médecin de garde (celui qui fait effectivement l'accouchement) ne sait rien, vous comprenez ? Donc, je suppose que c'est ce que pourrait changer la loi... Je ne sais pas. (...) Il y a trois ans, je n'ai eu aucun problème, Dieu merci, vous comprenez ? "Docteur, qu'allez-vous faire à la naissance ?" "Ne vous inquiétez pas", ce sera une césarienne. J'étais silencieuse. Je pense que c'est un peu psychologique pour une maman, tu sais ? (SOCIAL 2 - 01/BRA).

En France, les femmes le montrent différemment, comme si étant un peu moins soumises aux professionnels, elles se sentaient personnellement plus directement responsables de ce qui leur arrive :

Donc la première césarienne, moi, je l'ai vécue comme un échec. C'est que j'avais pas réussi à mettre ma fille au monde par voie basse. (MÈRE/FRA/02)

Parmi les participants à la recherche dans le contexte français, comme nous l'avons mentionné précédemment, il y avait une femme brésilienne vivant en terre française. Bien qu'elle ait connu l'accouchement vaginal en France, elle reste attachée clairement la logique de sa culture d'origine.

(A propos de se sentir en insécurité avec l'accouchement) Un peu, un peu... parce que pour commencer, je mourais de peur de l'accouchement. Pour être parfaitement honnête. Si j'avais eu un enfant au Brésil, j'aurais choisi d'avoir une césarienne. (MÈRE/FRA/03)

Selon moi, toutes ces paroles marquent le pouvoir du patriarcat de légiférer sur les femmes. Quel que soit le mode d'accouchement dominant dans chaque pays, ces propos montre combien les femmes se vivent comme dépossédées de leurs corps. Associée à cela, comme l'a confirmé Beauvoir (2016), la grossesse a un sens ambigu, qui reflète donc beaucoup d'ambivalence.

Les éléments qui, dans les deux pays, convergent (bien qu'à l'intérieur de leurs spécificités locales) par rapport à la naissance se situent dans la douleur, l'intervention du soignant, le retrait de l'enfant après la naissance et le processus de rétablissement post-césarienne.

En ce qui concerne la douleur et la souffrance, peut-être en raison de l'utilisation excessive de l'épidurale en France, les femmes montrent dans leurs discours une peur beaucoup plus grande de l'intervention chirurgicale que de la possibilité de souffrir dans un accouchement vaginal. Dans le contexte brésilien, les professionnels tendent à lier directement la sécurité à la présence du médecin.

Dans le contexte brésilien encore, beaucoup de femmes accompagnées durant la préparation à l'accouchement, arrivent convaincues que l'intervention chirurgicale est la meilleure pour elles, ce qui provoque de l'anxiété au moment de l'accouchement. Lorsque le service qui reçoit la femme au moment de l'accouchement a une compréhension différente de l'information donnée au moment des soins prénataux, les femmes évoquent immédiatement le sentiment de souffrance et d'angoisse.

[Mère 4] Je suis déjà venue avec l'idée (transmise par le professionnel qui a fait la préparation) que je n'avais pas de passage (pour que l'enfant naisse par voie vaginal), je n'avais pas de taille, rien, dilatation... J'avais 42 semaines et (dit le nom du service) il (le service) voulait me faire hospitaliser pour avoir un accouchement par voie basse. Je veux dire, je souffrirais pour ça, mais je ne le ferai pas. Pourquoi me faire souffrir si je ne suis pas normale ? Donc, pour moi, c'était très... c'est (en raison de) ce traumatisme que je ne veux plus avoir d'enfants.... (SOCIAL 2 - 1/BRA).

Dans ces propos, souvent exprimés difficilement par les femmes que j'ai approchées, il m'a été possible de percevoir des expériences convergentes. Les réflexions produites par les participantes lors des échanges provoqués par la recherche, l'ont exprimé comme dans le discours ci-dessous :

C'est... c'est donc ce que je pense... Je pense que le manque d'information finit par être une violence psychologique [silence pendant quelques secondes] Je pense que nous sommes très vulnérables en ce moment. Donc, peut-être que le manque de sensibilité (des soignants) était une violence et physiquement parlant, je ne sais pas, et je n'imagine pas non plus.... (MÈRE/BRA/06).

Expériences avec les pratiques du personnel de santé

En ce qui concerne les expériences que les femmes ont des pratiques du personnel de santé, les deux pays se révèlent affectés par le processus de médicalisation des actions qui peuvent provoquer une iatrogénèse²⁹ de l'organisme. L'existence d'une asymétrie dans l'interaction entre les femmes et les professionnels est fréquemment signalée. Les auteurs (OSTERMANN et RUY, 2012) affirment que le médecin (mais on peut étendre le constat à d'autres catégories professionnelles), dans l'exercice de son pouvoir, peut interrompre le discours des personnes présentes, dicter les règles de ce qui doit être fait, déterminer le moment du discours de ces personnes, dévaluer les actions des utilisateurs du service, entre autres choses. Dans le même sens, en prenant comme référence les structures de pouvoir (autorité professionnelle³⁰, structures sociopolitiques³¹ et structures communicationnelles³²), je retrouve cela dans les discours des femmes qui évoquent les effets inquiétants des discours techniques des professionnels :

J'ai eu l'impression d'être chosifiée parce qu'en fait, on m'a toujours prévenue au dernier moment, toujours, alors que... Mais, oui, c'est bizarre. Tu vois, c'est bizarre. C'est quand même toi, ils peuvent au moins t'exposer le truc... et puis avec des mots un peu durs, des mots stressants... « in utero », machin... « cassé sa courbe », machin et tout... (MÈRE/FRA/01)

En distinguant l'artisan médecin et le technicien médecin, Illich (1975) approfondit une analyse en relation avec les interventions dans la vie des personnes, plus spécifiquement les dommages. L'artisan serait le professionnel le plus proche des individus tandis que le technicien s'appuie sur les règles scientifiques appliquées à la catégorie de patients (TABET et al., 2017). La structuration de cette critique est le résultat d'un processus construit progressivement.

Dans le contexte brésilien, d'autre part, bien que certaines femmes aient eu des expériences positives en ce qui concerne l'accouchement vaginal, l'indication des

²⁹ Conséquences néfastes sur l'état de santé individuel ou collectif de tout acte ou mesure pratiqués ou prescrit par un professionnel de santé habilité.

³⁰ L'autorité professionnelle mise en évidence ici est celle proposée par Mayard (1991), elle est incarnée par des médecins qui, au fil des ans, par leur formation et leur spécialisation, assument la protection des patients et placent leurs savoirs au-dessus du projet de vie des personnes.

³¹ Par rapport à la structure sociopolitique, Mayard (1991) caractérise ces professionnels comme des " agents de contrôle social " définissant la mise en place d'une dépendance à cette connaissance, par les usagers des services, qui se manifeste dans la conduite de la consultation de soins et dans la dextérité du diagnostic.

³² Mayard (1991) pense ainsi la stratégie d'interaction entre le professionnel et les usagers du service.

professionnels pour la césarienne prédomine. Cela est justifié, comme nous l'avons déjà souligné, par l'impression de sécurité et de protection offerte par l'intervention chirurgicale :

(PÈRE) Dans mon cas, l'accouchement de ma femme, fut donc aussi très traumatisant pour elle. Dès le début de la grossesse, le médecin a proposé de faire une césarienne. Ils vous convainquent (en disant) : "non.... la chose (est) très simple, (il n'y a) aucun risque pour les femmes... le risque est minimal pour les femmes, pour les enfants" (SOCIAL 2 - 1/BRA).

A travers les discours des femmes ayant des expériences anciennes, apparaissent aussi les changements de pratiques dans le temps. C'est le cas pour cette femme dont les deux premiers accouchements ont eu lieu alors que la césarienne n'étaient pas encore institutionnalisées au Brésil :

... quand j'avais 24 ans (j'avais 24 ans), j'ai eu [le nom de son premier fils], mais je... si près, à 26 (ans) je suis tombée enceinte à nouveau et j'ai eu un autre garçon, ils sont du même jour, (dit les dates) de 1970 et 1972.... (pour les deux) l'accouchement (était) normal.... après cela (à 39 ans elle a été de nouveau enceinte), mon (accouchement) a été une césarienne, il a eu à 8 mois (SOCIAL 1 - 1/BRA).

Ce discours illustre la logique du contrôle du corps, l'usage de la violence par le pouvoir biomédical dans le suivi de ces femmes. Au Brésil, elles ne peuvent pas décider (en général) de leur mode d'accouchement. Le discours de la femme ci-dessus indique qu'elle a eu d'abord des accouchements vaginaux puis une césarienne, ceci sans avoir eu à manifester son choix, les habitudes avaient changé.

La logique de la médicalisation promeut ainsi le conflit en soi (sentiment de culpabilité ou d'échec des femmes) et dans les relations établies entre professionnels et patients.

(professionnel masculin) Les gens ne savent généralement absolument rien. Ils croient que la grossesse est une situation physiologique totalement normale, comme celle de n'importe qui, (qu'il n'y a) pas de problème, sans... et ce n'est pas comme ça [PRO/BRA/01].

La conception de la "domination masculine" présentée dans le discours précité peut, aux yeux de certains, être relativisée. La difficulté de l'identifier est justifiée par le degré de normalisation qui existe dans notre société. Comme le suggère Tiburi (2019), il faut reconnaître que le système patriarcal contrôle aussi les processus de compréhension (de l'ordre de la connaissance) des choses. "Ce que nous appelons patriarcat peut aussi être compris comme le système même de la connaissance avec ses règles, son contrôle de la connaissance et l'idée de vérité. Dans le patriarcat, le savoir et le pouvoir sont unis contre les êtres hétérodénominés appelés femmes " (TIBURI, 2019, p. 71). La réalité perturbe

sans aucun doute la dynamique sociale et provoque une série d'abus à l'égard des femmes en tant que sujets sociaux.

En ce qui concerne les relations entre les femmes, les familles et les professionnels, dans les deux pays il existe des situations d'invisibilité de la figure féminine dans le processus de conduite des pratiques, comme on peut le comprendre dans le discours suivant :

Et, le samedi matin, donc, ils avaient une réunion de service pour choisir... enfin... examiner tous les dossiers en cours et, je pense, prendre des décisions. Moi, je pense qu'ils ont décidé à ce moment-là de faire une césarienne. (MÈRE/FRA/01)

De tels discours soutiennent la discussion autour de la naissance par césarienne comme analyseur de la condition féminine, étant donné que, même croisée par d'autres éléments (politiques, organisationnels, financiers et autres), comme nous le verrons plus loin, " la langue et la culture sont viscéralement impliquées dans la dimension biologique et symbolique de la vie humaine, et il est illusoire de penser à un phénomène physique seulement dans sa dimension organique " (MAIA, 2010, p. 44). Les dimensions culturelles, biologiques, individuelles et politiques doivent être reconnues dans le processus d'accompagnement de ces femmes.

Des corps (in)disciplinés?

Dans les processus de perpétuation de son pouvoir, la médecine a développé et développe des mesures successives de contrôle, non seulement sur le corps individuel, mais aussi sur le corps collectif. Cette réalité se révèle dans une sorte d'ultraspécialisation dans l'amélioration des interventions sur les vies. Michel Foucault (2012) et Ivan Illich (1975) sont deux grandes références qui, dans des perspectives différentes et complémentaires selon moi, critiquent ce processus, attirant l'attention sur l'hégémonie de la médecine.

Je rappelle que chacun des pays présente, dans le contexte actuel, des modalités spécifiques par rapport à ce processus de médicalisation, mais on ne peut nier le véritable caractère colonisé/colonisant, associé à l'importation des pratiques développées en Europe. La discussion sur la «iatrogenèse sociale» proposée par Illich (1975), qui approfondit la logique d'un contrôle social par le diagnostic, favorise la naturalisation par la société de la nécessité de suivre des soins médicaux courants.

Les paroles collectées lors des entretiens et les discussions de groupes ont permis d'apprendre que les femmes sont incitées à laisser aux professionnels le contrôle de leur corps, ceci étant comme une nécessité au cours du processus d'accouchement. Ceci ne les empêche pas, ensuite, de le comprendre d'une manière différente :

Je pense que deux choses sont importantes : premièrement, que tout mon environnement, qui est la classe moyenne, au Brésil, a une césarienne. J'ai donc l'impression que la césarienne est plus contrôlée, pour ainsi dire... ceci... le fait que tout est imprévisible, que vous ne savez pas ce qui va se passer, comment ça va se passer... c'est trop pour moi... ça m'a beaucoup dérangé. (MÈRE/FRA/03)

Je sais qu'on parle beaucoup sur l'épisiotomie qui est faite d'emblée en France. C'est vrai que, du coup, tu te poses même pas la question. J'ai eu une épisio à chaque fois, mais je l'ai pas vécue comme une violence. Après, on sait que, finalement, on pourrait s'en passer. Donc, après, tu te dis : ils abusent ! (MÈRE/FRA/02)

Bon nombre des énoncés collectés témoignent de la transformation des conceptions, des désirs et des pratiques. Tout cela se déroule dans un contexte conflictuel, même si celui-ci ne se manifeste pas explicitement. Concernant ce que je nomme le désir, il est important de souligner que je me réfère à la conception défendue par Guattari (1996, p. 216) « Le désir est toujours un mode de production de quelque chose, le désir est toujours le mode de construction de quelque chose », ainsi le désir pénètre le champ social et est structuré par les diverses formes d'exercice des volontés construites par et dans le moule d'une «subjectivité capitaliste». D'autre part, les femmes peuvent aussi décider de prendre des risques éventuels, résister et créer des stratégies pour revendiquer leurs désirs, ceux-ci étant aussi produits à partir de différents éléments : pratiques et discours des professionnels, expériences spécifiques, culture, entre autres.

Un autre élément qui apparaît dans le discours des femmes est en relation avec les blâmes dont elle se sente victimes :

Et là, l'échographiste dit : « Ouh là là, mais il est tout petit, il est inférieur aux courbes de croissance. Je suis obligé... On va être obligé de prévenir... enfin... l'hôpital, sage-femme et tout... » Et il était un peu... Il était un peu culpabilisant parce que... J'étais pas très grosse. J'avais pris que 7 kilos. J'avais un bide comme ça, mais il fallait vraiment voir de profil. (MÈRE/FRA/01).

[Mère 5] (...) qu'en même temps que vous avez cette attente, cette euphorie, vous avez une très grande peur. Ce sont des peurs qui apparaissent : la naissance normale de l'enfant, la peur de porter, ou non, la grossesse jusqu'à la fin, la peur que vous ne réalisiez pas ce que vous avez à faire (SOCIAL 1 - 1/BRA).

Ces blâmes, selon certains auteurs, au pouvoir de la rationalité médicale dans sa manière d'aborder les questions d'ordre social/économique et culturel (TEBET et al., 2017 ; GAUDENZI et ORTEGA, 2012. Au XVIII^e siècle, Rousseau et ses disciples évoquaient la maternité comme une prêtrise, ainsi que d'autres idées proches qui contribuent à susciter chez les femmes des sentiments de culpabilité (KNIBIEHLER, 2000; BADINTER, 1980). Le XX^e siècle est marqué par la transformation du concept de «responsabilité maternelle» en «culpabilité maternelle», la mère est potentiellement une mauvaise mère. Ceci est sans doute

directement lié au processus social complexe marqué par la définition des rôles (mère : amour et tendresse / père : droit et autorité). Dans ce même raisonnement, il convient de considérer que lorsque l'on considère la logique du pouvoir comme une relation (FOUCAULT, 2012), le patriarcat est un moyen de l'atteindre. Un ensemble d'idées préconçues et naturalisées, reposant sur des lois considérées comme incontestables et des violences symboliques mais aussi physiques, générant souffrance et de culpabilité, permettent de maintenir certains privilèges.

Concernant la logique de compréhension de l'autonomie/émancipation du corps des femmes par rapport à la tutelle des professionnels, je voudrais souligner des proximités et des distances dans les conceptions entre les deux de la recherche. En France, les femmes interrogées se sentent très mal à l'aise à l'idée d'accoucher par césarienne, ne l'envisageant que pour assurer la naissance de son enfant vivant. Cela se justifie à la fois par l'impression d'échec, le sentiment de passivité dans l'expérience même de l'accouchement du fait de la disposition et de la manipulation de leur corps par les professionnels. Associée à cela, les femmes mettent en évidence leur inconfort face à la non prise en compte de leurs demandes par les professionnels, particulièrement lorsqu'elles pleurent. Les femmes ayant accouché par césarienne en France expriment en effet le fait que les professionnels ne comprennent pas qu'elles puissent pleurer lorsqu'elles accouchent de cette manière.

Au Brésil, les femmes qui ont accouché par voie vaginale dans un service qui adopte des pratiques de soins considérées comme « humanisées » expriment leur admiration pour les procédures adoptées dans ce service. Ce qui attire l'attention, c'est précisément le rôle actif qu'elles disent avoir dans le processus d'accouchement lui-même, ainsi que la description de relations plus proches et horizontales entre les professionnels qui ont contribué à l'accouchement. Cela confirme que, dans les deux pays, de telles situations sont perçues de façons différentes par les femmes selon la manière dont elles se sentent considérées par les professionnels.

AXE 2: NAISSANCE PAR CÉSARIENNE: un analyseur des pratiques et des discours professionnels

Dans cet axe, je mettrai en évidence les résultats de ma recherche qui se trouvent à l'articulation des pratiques et des discours des professionnels. On verra que ceux-ci interfèrent fortement avec les logiques organisationnelles et particulièrement gestionnaires.

La logique de gestion et de croisement des pratiques sociales : Organisation du service et financement des actions

Les organisations sont constituées d'un ensemble d'individus et de processus qui tendent à établir des relations et des actions durables dans la poursuite des objectifs qui les guident et les perpétuent. C'est en cela que les pratiques sociales et les fonctionnements institutionnels contribuent en continu aux processus d'institutionnalisation. Les établissements comme les hôpitaux et autres services de santé sont des organisations. Ils sont réglementés par l'État, par des lois et des règlements, bien que je reconnaisse que chaque espace, d'une certaine manière, produit son fonctionnement singulier en fonction de sa situation propre.

Ces espaces organisationnels sont exposés, comme le souligne Moura (2003), à un grand risque d'abandon à la répétition, à l'autoreproduction et à la reproduction de la violence, ce qui se reflète donc dans la lutte entre enjeux organisationnels et cliniques (de soin). Il est également important de prendre en compte, comme le souligne Merhy (2013) un chercheur brésilien en santé collective, que la vie quotidienne du monde du travail (et la production de soins) est imprégnée de rapports de forces qui se reproduisent à travers le temps. Discuter du «travail mort» et du «travail vivant»³³, en tant qu'ils sont antagonistes, est indispensables pour construire la compréhension du processus d'institutionnalisation. Dans le travail mort «des forces s'établissent à partir de la conformation comme un produit des moments précédents du travail vivant» (MERHY, 2013, p. 587) et ceci doit, à un moment donné, répondre aux ordres que présente la société et qui se reflète dans le caractère dialectique du processus. On retrouve dans cette tension entre «travail mort» et «travail vivant» l'opposition entre institué et instituant en AI. Le «travail mort», correspondant aux pratiques de travail instituées, conservant la mémoire et le poids du passé (habitudes de faire et de penser). Dans le domaine de la naissance, ces tensions sont particulièrement vives.³⁴

Les propos suivants collectés auprès des professionnels mettent en évidence le contexte de ce processus de travail, dans les deux pays, impliquant la tension entre le travail vivant et le travail mort:

Dans le contexte français :

³³ Les concepts de travail mort et de travail vivant, pris comme référence dans la thèse, sont basés sur la conception de Merhy (2014), basée sur Karl Marx, qui affirme : « Le travail mort en santé utilise un produit, une matière première, à produire. C'est le travail déjà fait. Le travail vivant dans le domaine de la santé est le travail effectué dans l'action, qui comprend le processus de production des soins ».

³⁴ Le travail mort est la cristallisation du travail vivant. L'invention de la césarienne est le résultat d'un travail vivant mais sa systématisation est du travail mort.

Une partie de la mauvaise expérience d'une naissance est associée au comportement du professionnel pendant le processus. Dans son travail de médecin "chien de garde", comme il dit, ce professionnel considère qu'une partie de son travail quand il y a un risque, est de calmer tout le monde. Son expérience prouve selon lui que lorsqu'il fait cela, les gens sont moins stressés et le patient, quand il s'en rend compte, vit mieux la situation. Cela ne veut pas dire que c'est toujours parfait, il y a des moments où les choses se font dans l'urgence, la peur, plusieurs choses à faire en même temps, où on ne sait pas comment cela va se passer. « Votre propre stress est alors transmis au patient » dit-il. (Rapport d'entretien individuel/PRO/FRA/01).

Cela signifie que si le professionnel n'est pas attentif aux différents effets de sa pratique, même si elle vise à produire des soins, son action est vouée à produire de mauvaises expériences. Si ce professionnel ne reconnaît pas le caractère puissamment implicite de ses actions, ce qui exige de la sensibilité pour reconnaître les besoins des différentes situations, il peut offrir de façon répétée des soins que l'on peut considérer comme morts et qui n'ont aucun impact sur les femmes aidées.

Dans les cas minoritaires où les naissances n'ont pas lieu dans des services hospitaliers, comme lors de naissances à domicile ou dans des lieux de naissance hors hôpital, les professionnels expliquent qu'en France comme au Brésil il est nécessaire d'avoir le lien avec un service hospitalier dans l'éventualité de complications lors de l'accouchement. Il s'agit, d'une part, d'une mesure visant à garantir la sécurité des femmes et des nouveaux nés et, d'autre part, du résultat des «impositions universalisantes» de l'État qui, en visant la mise en place d'une protection globale, instaure un contrôle étatique sur les accouchements. Ceci préserve, dans le même temps, les prérogatives instituées de certaines professions (celle des médecins par rapport aux infirmières) ou établissements (celles des hôpitaux par rapport aux pratiques alternatives) et les profits qui leur sont attachés. Il ne s'agit pas, par ces mots, de disqualifier les actions médiatisées par les politiques publiques, comme celles qui mesurent la permanence et le contrôle des prestations hospitalières, mais de penser leurs différents enjeux et effets.

L'intention est de proposer une réflexion critique, compte tenu de l'existence de contextes dans lesquels les sages-femmes traditionnelles³⁵ (sans formation professionnelle) exercent encore au Brésil, mais en marge du réseau de santé institué. Les pratiques développées par ces femmes nécessitent une discussion, comme le soulignent Moebus, Santos et Silva (2016), Silva, Santos et Merhy (2016) et Silva, Santos et Merhy (2016a), qui implique

³⁵ Dans certaines régions du Brésil, en particulier celles qui sont confrontées à une situation de " déficit d'assistance " dans ce qui implique l'absence d'actions d'un réseau d'assistance structuré, régulier et normalisé, il y a la permanence des pratiques des femmes sages-femmes « traditionnelles ». La région nord du Brésil en est un exemple. Cf. Moebus, Santos et Silva (2016), Silva, Santos et Merhy (2016) et Silva, Santos et Merhy (2016a).

la valorisation d'autres connaissances que celles enseignées dans les universités. Ces femmes, de nos jours, voient leurs pratiques mises en cause face à une connaissance structurée et universitairement validée. Aucun entretien n'a été mené avec ces femmes mais leurs pratiques ont été évoquées par les professionnels et ceci comme s'il s'agissait de survivances du passé et non véritablement de pratiques contemporaines.

La tension concernant la naissance en France, où la plupart des accouchements sont vaginaux, porte davantage sur le degré de médicalisation des actions. Ceci attire l'attention sur l'importance de reconnaître que l'accouchement vaginal, en soi, ne garantit pas l'autonomie des femmes dans le contrôle de leur propre corps. Les tensions dans ce pays se manifestent dans les entretiens par le désir d'accoucher à domicile, la critique du modèle actuel de protection sociale, la critique de la réalité française dans les domaines organisationnel, politique, social, biomédical, l'autonomie des corps et autres.

Les femmes révèlent dans leurs discours un peu de ce que j'ai décrit plus haut en déclarant par exemple :

J'ai dit : "Essayons de le (le bébé) faire sucer davantage pour voir si ça aide le placenta (à être expulsé)..." puis une autre femme est arrivée... une a essayé, n'a pas pu, n'a pas pu, il y en a eu une autre, elle a essayé de le mettre dedans (de faire têter le bébé), il a un peu sucé... Je sais pas, deux minutes, tu vois ? Et elle est sortie de ma poitrine (la bouche du bébé a quitté le sein) et il n'a pas pu l'attraper... il a eu du mal à l'attraper... et le placenta n'est pas sorti ! En un instant, le sage-femme a commencé à tirer mon placenta à travers le cordon ombilical... et il s'est brisé (le placenta a été cassé) (MÈRE/FRA/03).

Cette femme décrit ainsi, la manière dont elle a vécu des interventions ressenties comme précipitées sur son corps et sur le bébé. Comme si elle avait été totalement spectatrice de ce qui s'est passé.

En ce qui concerne le débat sur les interventions excessives, il existe une reconnaissance de l'importance de cette problématique par les professionnels eux-mêmes qui travaillent dans l'assistance aux femmes et aux enfants :

Il (le professionnel interrogé) dit que dans le service où il travaille, il y a une faible médicalisation parce qu'ils attendent longtemps avant d'agir. "Une femme qui est au début du travail, au lieu de placer de l'ocytocine et de la mettre dans une salle d'accouchement, nous lui demandons d'aller dans le jardin, de rentrer chez elle et des choses comme ça. « Il y a une clientèle qui cherche ça. » Il dit que la femme qui fait son travail sans interférence médicale aura des soins beaucoup moins médicalisés lors de l'accouchement (Rapport d'entrevue individuelle/PRO/FRA/01).

Il rappelle que même l'accouchement conventionnel en France est assez médicalisé, il existe de nombreuses interventions. Ainsi... elle (la femme) s'imagine déjà allongée, les jambes ouvertes, avec plusieurs personnes différentes, des touchés et peut-être avec la pratique d'une épisiotomie. Et c'est peut-être une grande angoisse. Dans ces conditions, il lui est difficile de trouver un professionnel qui l'écoute (Rapport de l'entretien individuel/PRO/FRA/02).

La réalité brésilienne, comme nous le savons, est marquée par les inégalités sociales. Ces inégalités se reflètent également dans les soins à l'accouchement. En effet, le contexte national soutient d'une part les femmes qui utilisent le SUS pour la période prénatale, l'accouchement et la puerpéralité et qui, d'après ce qu'elles disent, ont peu de prise sur ce qu'elles vivent. D'autre part, il y a les femmes qui utilisent des plans de santé privés, donc déterminés par une logique financière, et qui apportent dans leurs discours une impression de sécurité en ce qui concerne les soins donnés par les professionnels et l'issue de l'accouchement. De plus, dans certaines situations, les femmes qui veulent accoucher par voie vaginale doivent surmonter la coercition possible des discours des professionnels et payer davantage pour l'intervention, même si elles ont des régimes privés. C'est ce que confirme ce professionnel :

Dans le public, la femme n'a pas beaucoup de choix, la voie éprouvée de l'accouchement est l'accouchement normal (vaginal). Si elle veut une césarienne, elle n'a pas le choix. On essaie comme d'habitude (l'accouchement vaginale). Si ce n'est pas efficace, vous partez pour une césarienne. À tel point qu'il y a une différence dans le taux de césariennes entre le public et le privé. Dans le privé, la femme a déjà le choix. Cependant, ces choix se font sans accompagnement (Entretien individuel PRO/BRA/02).

Dans ce discours, il est possible d'identifier un paradoxe par rapport aux termes « choix » et « orientation ». Sur la base de l'idée que les femmes sont souvent orientées, de fait, par les professionnels qui les accompagnent vers la césarienne, il faut reconnaître que c'est un choix discipliné, au sens de Foucault. En ce sens, les lignes directrices proposées s'appuient sur une logique organisationnelle, politique et de marché. Dans les discours des professionnels, il est possible d'entendre, d'une part qu'ils ne considèrent pas qu'il est de leur responsabilité de fournir des conseils appropriés aux femmes et que celles-ci « choisissent » donc la césarienne par défaut d'information. D'autre part, on peut se demander, si les propos rapportés ci-dessus n'expriment pas le fait que le « choix » d'une césarienne est directement lié à l'absence d'un accompagnement fournissant des informations complètes et est finalement le produit d'une induction ?

De plus, cette situation est source de confusion dans la façon dont les gens comprennent ce qu'impliquent l'aboutissement de l'accouchement. Ainsi, à certains moments, la naissance considérée comme normale variera en fonction des caractéristiques du lieu où elle se produit : public ou privé.

C'est le cas, par exemple, d'un dialogue aussi confus que révélateur lors d'une des réunions du groupe de parents :

[MÈRE 06] Moi aussi, j'aurais aimé avoir la naissance humanisée avec ma petite fille... J'avais un accord (une assurance privée). Je suis allée demander et ça coûtait R\$ 6000,00 et j'étais en train de rénover ma maison. Pour l'avoir (l'accouchement « humanisé » c'est-à-dire vaginal), alors... comment obtenir les 6 000 \$ pour accoucher ? Donc, euh... R\$ 6,000 initial.... sur quoi les prendre, si d'autres choses arrivent, c'est beaucoup d'argent.

[PÈRE 04] Mais c'était pour la maison, non ?

[MÈRE 06] Non, à l'hôpital. Puis je l'ai pris et j'ai dit... non, on va être vraiment normaux... puis on verra ce qui va se passer.

[CHERCHEUSE] Normal, vous dites césarienne....

[MÈRE 06] Césarienne. Parce qu'alors, dans l'alliance (assurance privée), je n'avais aucune raison d'avoir un accouchement normal (ici césarienne). Quand j'ai parlé au médecin (cite le nom du médecin), je lui ai parlé : "Je veux avoir un accouchement normal" (ici vaginal), il m'a dit : "Voulez-vous ressentir de la douleur au moins 24 heures ? Dès le moment où j'ai dit que je voulais un accouchement normal (vaginal), il n'en a pas voulu. Pourquoi est-ce que c'est comme ça ? Parce que de nos jours, ils ne sont pas payés pour ça (pour les accouchements vaginaux). Alors pour mon deuxième fils, je ne suis pas dans une alliance, n'est-ce pas ? J'ai pris SUS... tout... tout.... J'en ai eu (c'est le nom du service hospitalier)... un accouchement humanisé, mon mari assis sur mon dos sur un tabouret, vous savez ? J'avais un fils comme ça. Mon rêve s'est réalisé sans que je dépense d'argent. Ainsi, beaucoup critiquent le SUS, mais j'ai eu une naissance humanisée que j'aurais payé R\$ 6000 (dans le privé) (SOCIAL 2- 01/BRA).

Dans le contexte brésilien, réfléchissons à la grande confusion qui s'établit alors dans ces services aux caractéristiques mixtes (pratiquant les deux types d'accouchements qu'ils soient pris en charge par le SUS, par des assurances privées et même payés individuellement par la personne). Dans le contexte de ce débat, qui articule les soins avec la logique de gestion et son influence sur les pratiques sociales, il est salutaire de discuter des raisons liées aux modes d'organisation des services et au financement des actions dans les deux pays.

Dans le contexte français, les entretiens avec les professionnels ont révélé des perspectives de compréhension quant à l'évolution du nombre de césariennes. De nombreux professionnels hospitaliers de différents statuts lient la césarienne avec l'évolution des contraintes gestionnaires :

Dans les grands services universitaires il y a un grand nombre de naissances et c'est proportionnel à l'hypermédicalisation, parce qu'il n'y a pas le temps... les gens ne cessent pas d'arriver. Cela rend obligatoire une façon de travailler.... "Je médicalise davantage".... ce qui se reflète dans le résultat par césarienne, car dans certains cas, l'accouchement nécessite d'attendre un peu plus longtemps.... 24 heures, 48 heures et c'est très long (dans la logique du financement). Et dans les services hospitaliers modernes, l'argent qui entre dépend de l'activité, de la rentabilité du service, et cela ne permet pas de "retenir" des personnes pendant 48 heures dans le service, sans rien faire, sinon on perd de l'argent. Et dans le service qui fonctionne (bien), il y a aussi la possibilité d'avoir une équipe non universitaire, des médecins expérimentés et une équipe stable (près de 15 ans ensemble), donc, il y a une homogénéité de travail qui se constitue avec le temps. (Rapport d'entretien individuel/PRO/FRA/01).

Dans le contexte brésilien, les discours sur la réduction du nombre de césariennes sont centrés sur les normes établies par les politiques publiques qui visent une diminution mais

qui, dans le même temps, sont traversés par la logique privée. Les professionnels pensent les dimensions financière et organisationnelle en mélangeant les aspects de la logique privée et de la logique publique :

[Professionnelle 04]"...c'est ce qui a généré tant de césariennes. Parce que le médecin qui l'avait accompagnée (la femme durant la grossesse) jusqu'à la naissance ne voulait pas rester à l'hôpital en attendant le travail normal. C'est là que la culture de la césarienne a été créée. Maintenant, de nos jours, cela a même changé pour essayer deux choses, dans la partie assurance maladie, cela a changé pour deux raisons : la première raison est qu'il y a un médecin qui accouche beaucoup et c'est fatigant. Ensuite, les médecins eux-mêmes ont demandé : "Va-t-on faire l'obstétrique 24 heures sur 24 ? je vais parler de (elle nomme deux régimes privés de soins de santé). Au sein du (cite un service hospitalier qui n'est pas sous accord SUS) il y a encore en service (cite le plan privé de santé), des médecins (qui travaillent pour ces plans privés) et des travailleurs en service qui accompagnent le travail. Puis la patiente fait des soins prénataux au cabinet (privé) avec son médecin, son médecin dit : "Je ne vais pas vous accoucher, celui qui va vous accoucher sera celui de garde". C'est donc ce médecin (de garde) qui reçoit pour le service et assure la production, ce qui donne un meilleur gain pour chaque médecin. Et il reste à l'hôpital pendant 24 heures, ou 12 heures, et il y a un relais. Pour que la patiente, de nos jours, en prénatal, nous nous attendons à commencer le travail. Et là (elle cite le nom du service hospitalier qui n'est pas sous l'accord de SUS) elle fera... comme elle le fait dans SUS, de nos jours, le travail pour évoluer vers le travail normal et la césarienne s'il y a indication. C'est comme ça de nos jours. Quand la patiente veut faire affaire avec son médecin (quand elle souhaite être certaine que ce soit lui qui l'accouche), que fait-il habituellement ? Il programme la césarienne. Il ne va pas l'accoucher normalement, il va programmer une césarienne. C'est comme ça que ça marche de nos jours.

[Professionnel 2] : S'il va accoucher normalement (par voie vaginale), il va demander beaucoup d'argent.

Bien sûr que si la femme dit : "Je veux un accouchement normal"....

...ça va demander un suivi (du professionnel) d'un jour, jusqu'à 48 heures. Imaginez, il fera payer trop cher.

[Professionnel 4] : Exactement. La patiente dira : "Docteur, je ne veux pas être traumatisée non, je veux que ce soit normal.... "C'est comme ça que ça se passe.

[Professionnel 2] : passe directement à la césarienne

[Professionnel 3] : La césarienne augmente pour cette raison. Ça augmente beaucoup. Augmentations.

[Chercheuse] : C'est le lien avec un coût financier élevé... (Segment groupe professionnel - 02/service traditionnel/BRA).

Avec cet extrait d'entretien collectif avec des professionnels, on voit nettement qu'ils ont tout à fait conscience de la situation complexe dans laquelle se trouve les femmes d'une part et du fait que le « choix » du mode d'accouchement est très lié à des motifs financiers et d'organisation du travail au Brésil. La préservation des conditions de travail des médecins et la « rationalisation » de l'organisation des services conduisent à voir la durée du travail prénatal comme une perte de temps.

Dans la suite des observations restituées jusqu'ici, il devient nécessaire de prendre en compte l'influence de la nouvelle gestion publique (NGP) pour les deux scénarios (césarienne et voie basse). Ce nouveau mode de gestion repose, entre autres, sur une notion de qualité qui

est considérée comme discutable pour la plupart des professionnels interviewés. Molina (2014) examine comment le fonctionnement des organismes d'intervention sociale et des professions est affecté par la NGP. Celle-ci agit sur la machine administrative pour l'adapter à la nouvelle logique, le discours est celui de la modernisation et il suppose des changements fondamentaux. Les mécanismes du marché sont introduits dans le secteur public et celui-ci tend à être déconsidéré car éloigné des nouveaux standards de gestion (MATIAS-PEREIRA, 2008). Sur le plan opérationnel, la concurrence entre les services est stimulée par cette dévaluation du secteur public, ce qui a des répercussions sur les formes de réglementation et de contrôle des activités. Une nouvelle gouvernance est mise en place, caractérisée par une réorganisation territoriale et une nouvelle façon de gérer les personnels et les ressources financières et matérielles.

Parce qu'il s'agit d'une tendance mondiale, j'ai vécu, au cours de la recherche au Brésil et en France, dans chaque pays selon ses spécificités propres, des expériences qui m'ont permis de préciser les effets de cette théorie administrative (j'ai déjà présenté quelques extraits d'entretiens qui en témoignent dans le présent axe de discussion). Dans ce processus, en termes d'objectifs, il y a une volonté de réduction des coûts et d'externalisation d'une partie des activités. Cette conception productiviste promeut la concurrence interne et externe, l'évaluation des résultats qui se reflète dans une idée d'autonomie des employés (mis en concurrence les uns avec les autres), la culture entrepreneuriale considérée comme innovante, entre autres (BOUSSARD, 2013 *apud* MOLINA, 2014). Ainsi, l'un des participants à la recherche avance même que «la césarienne devient un accès à la modernité» (PRO/FRA/01). Ce propos illustre le fait que la césarienne est un mode d'accouchement «rationnalisé» (cf. plus haut les extraits d'entretiens avec des interlocuteurs brésiliens) mais aussi qu'elle serait plus «moderne» que l'accouchement par voie basse car utilisant davantage des connaissances et des outils récents.

Avec la NGP, le contrôle administratif est assuré par la mise en place de nouveaux outils d'évaluation. En France, cela aura un impact sur différents domaines :

Le professionnel interrogé (médecin) signale que le manque d'obstétriciens est un problème qui se pose souvent en France. Selon lui, cela est associée à un problème financier, car un accouchement effectué par une sage-femme est moins cher que s'il est effectué par un médecin. Il y a un intérêt financier à investir davantage dans une sage-femme. Nous restons ici dans un modèle hospitalo-centré qui influence le mode d'organisation du suivi de la grossesse et de l'accouchement (en France l'anesthésie et l'épidurale sont fréquentes) (Rapport d'entretien individuel /PRO/FRA/01).

On peut constater que selon le pays et donc selon le système de santé et les situations locales, la volonté de réduire les coûts peut avoir des effets différents.

Au Brésil, cela apparaît également dans les discours et révèle la diffusion de la nouvelle logique :

Et le SUS, dans ma tête, essaie de faire quelque chose comme ça. Personne ne paie rien, tout le monde a le droit, et qui met l'argent dedans ? Ça coûte, "Oh non, mais ça fait payer tant d'impôts à la population." Écoutez cette taxe de la population permet à peine de payer les personnes âgées (se réfère aux retraités). Qu'arrive-t-il donc au pays ? C'est écrit dans la Constitution, la santé est le droit du citoyen et le devoir de l'État. Eh bien, vous partagerez la misère... partagez la misère, vous partagerez le pire que vous pouvez, le pire que vous avez. Oh, si vous organisiez (les prestations) en fonction des capacités de paiement pour les services offerts à chaque personne, je n'ai aucun doute que ce serait un spectacle ici ! (Qu'il y aurait des protestations.) (PRO/BRA/01)

Le discours du professionnel ci-dessus me touche beaucoup sur un plan personnel en ce qui concerne ma condition de citoyenne brésilienne et de défenseuse du SUS qui vit un moment extrêmement difficile dans une période où la démocratie est malmenée. Le discours susmentionné est, à ma connaissance, la confirmation de ce que Hardt et Negri (2014) écrivent lorsqu'ils traitent des figures subjectives de la crise. Ils citent en exemple les dirigeants néolibéraux qui instrumentalisent les crises économiques et sociales comme stratégies pour produire des individus endettés, médiatisés, sécurisés et représentés. Ce serait alors les responsables politiques qui, à leur tour, encourageraient l'impuissance politique. Le processus de transformation de l'« homme bourgeois » d'autrefois à l'individu représenté sous une forme juridique se fait dans un vide de sens et de contenu, valorisant ainsi davantage encore le modèle de l'entreprise.

Dans le domaine de la santé, le débat sur l'innovation rencontre la logique de l'amélioration des conditions de vie et de la gestion des problèmes de santé. Toute cette discussion est vivante, que ce soit au gouvernement, dans le monde des affaires ou dans le monde universitaire (MAGALHÃES, 2015). Les innovations sont pensée en lien avec leur impact économique et donc fortement liées aux technologies dures³⁶. Sans aucun doute, une telle relation entraîne des effets sur les processus de travail dans le domaine de la santé et dans la production des soins. Par rapport à la naissance, cette logique de l'« innovation » se reflète aussi dans les débats autour du corps de la femme, de son autonomie et des besoins en jeu.

On ne peut nier que la désinstitutionnalisation de la naissance par césarienne, qui commence à s'observer au Brésil, peut, d'une part être désormais considérée comme innovante concernant l'efficacité (pour la santé de la femme et de l'enfant) et l'efficience (par

³⁶ Merhy (1997) présente, à partir des travaux de Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves (1994), les concepts de technologies dures (caractérisées par des instruments et des machines), de technologies douces (connaissances techniques et scientifiques comme l'épidémiologie ou relations établies entre individus). La production de soins de santé exige l'utilisation de technologies, mais la grande question qui se pose à cet égard est exactement la prévalence des technologies dures sur les autres, ce qui cause plusieurs difficultés dans l'action en santé.

la réduction des coûts) si appréciée par le NGP. D'autre part, on ne peut nier non plus la dimension subjective des discussions autour de cette désinstitutionnalisation.

Bien que je reconnaisse que le terme innovation a été largement utilisé au fil des années, je propose de souligner que dans le contexte actuel, l'innovation est constituée comme un changement technique ou une nouvelle façon d'agir sur le processus de travail en lien avec la promotion de la santé ou à la prévention des problèmes de santé et qu'il a des effets sur la situation épidémiologique d'une population donnée. En santé publique, les innovations nécessitent des caractéristiques liées aux interactions entre différents groupes (gouvernement, universités, centres de recherche, laboratoires), ces interactions sont favorisées, logiquement, par des actions interdisciplinaires et intersectorielles.

Dans la pratique, très souvent, ces innovations accordent beaucoup plus d'importance aux questions d'organisation et de processus qu'aux vécus des patients (ici des femmes), aux différents contextes ou aux besoins en question. Il s'agit toujours prioritairement d'évaluer l'impact des actions sur les indicateurs de santé. Malgré cela, il convient de noter que les stratégies qui valorisent les technologies légères ont un fort potentiel de résultats associés au bien-être social comme l'affirment Moebus, Santos et Silva (2016), Silva, Santos et Merhy (2016) ainsi que Silva, Santos e Merhy (2016a), même si elles ne sont pas toujours liées aux gains du marché

Formation des professionnels, pratiques professionnelles et éducation des femmes

Dans l'appareil de formation des professionnels qui assistent la femme dans la période gravidique puerpérale, apparaît une résistance, dans l'enseignement des pratiques mêmes, à prendre en compte la femme comme sujet de droit. Diniz et ses collaborateurs (2016) discutent ainsi la fréquence des audiences publiques qui traitent des abus en relation avec les interventions médicales (la césarienne est l'une de celles qui apparaissent le plus) et de la violence obstétrique au Brésil. Associés à cela, ils pointent la permanence d'un enseignement non critique qui surestime les techniques et les interventions et ne tiennent pas compte des spécificités féminines.

Au Brésil, comme dans beaucoup d'autres parties du monde, il y a une lutte menée par des mouvements sociaux qui revendiquent la dignité de la femme dans la recherche de la transformation de la logique de naturalisation de l'idée que les professionnels de la santé ont un droit d'accès aux corps des femmes (sans consentement). Dans cette logique, les activités de formation telles que : épisiotomie, contacts vaginaux répétés, décollement des membranes, manœuvres de Kristeller et même indications de césarienne sont effectuées à la discrétion des

professionnels (DINIZ et al, 2016). Cette situation est si grave que l'OMS a publié une déclaration soulignant la réalité des abus, du manque de respect et des mauvais traitements pendant l'accouchement dans les services de santé du monde entier. Le document attire l'attention sur le fait que «les adolescentes, les femmes célibataires, les femmes de statut socioéconomique inférieur, les femmes issues de minorités ethniques, les femmes migrantes et les femmes vivant avec la SIDA sont particulièrement exposées aux abus, au manque de respect et aux mauvais traitements» (ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, 2014, p. 1).

Au Brésil et en France, toutes ces questions sont mises à l'ordre du jour des discussions. A ce propos, surtout dans le contexte brésilien, se manifeste la résistance de certains professionnels à changer leurs comportements, ce qui est assez logique si on considère que ceux-ci servent d'abord leurs propres conditions de travail comme l'expliquent aussi bien des parents que des professionnels. Malgré cela, certains discours des professionnels ont révélé des transformations dans les pratiques professionnelles au fil des ans.

(médecin) Mais tout cela dépend aussi de chaque professionnel, par rapport à cet engagement dans le service [...] il y a ceux qui sont de vieux médecins, de vieux professionnels, qui souvent ne changent pas leur comportement et frappent la même touche qui est ainsi, donc nous avons une grande difficulté, surtout avec les médecins (PRO/BRA/03).

Concernant la formation en France, les discours convergent sur l'intérêt du travail des sage-femmes et ceci est associé au contexte des naissances dans ce pays. Ils reconnaissent également très majoritairement, comme nous l'avons déjà mentionné, que l'interférence médicale dans le processus de grossesse et l'accouchement, c'est-à-dire l'intervention d'un médecin, favorise une augmentation de la médicalisation des actions.

Le modèle français de sage-femme est un peu particulier, car la formation est très spécifique... elles sont presque autonomes dans la formation. Si une grossesse est tout à fait normale, sans pathologie, la femme peut totalement voir une sage-femme du début à la fin de la grossesse, y compris la naissance et les premiers soins du nouveau-né. Les maternités publiques en France sont celles qui effectuent le plus d'accouchements et l'accent est mis sur l'accouchement vaginal. On a l'intention de réduire les naissances dans le secteur privé. Le professionnel dit aussi que la sage-femme qui accomplit son travail sans interférence médicale médicamenteuse beaucoup moins les soins. La différence entre le privé lucratif et le public est que dans l'hôpital public les sages-femmes s'occupent majoritairement de l'accouchement alors que dans le privé ce sont les médecins (les sages-femmes ne font que la préparation). Elles sont alors comme des assistantes médicales (Rapport d'entretien individuel/PRO/FRA/01).

Malgré cette réalité, il est pertinent de préciser que l'organisation du service influencera la pratique professionnelle et, par conséquent, les conflits existants, les types et

degrés d'intervention, les discours mobilisés pour guider/convaincre les femmes et la plus ou moins grande incitation à l'autonomie de la femme. Les deux pays inclus dans cette recherche ont leurs spécificités qui marquent des différences dans ce processus, comme, celle concernant la catégorie professionnelle chargée du suivi des femmes durant leur grossesse et de leur prise en charge dans le service est importante.

Les propos ci-dessus suggèrent également l'influence de la NGP et de sa logique néolibérale dans les différents espaces sociaux, y compris les processus éducatifs. Molina (2014) le confirme en attirant l'attention, par exemple, sur les «bonnes pratiques professionnelles», qui sont introduites dans le secteur de la santé et sont développées dans le processus de formation des étudiants. Il est important de considérer que ces «bonnes pratiques» sont axées sur la standardisation des actes dans le processus de performance des professionnels. Cependant, le processus de soins est un phénomène subjectif qui peut souvent nécessiter des actions allant au-delà de ce qui est prévu par le protocole. Un autre élément est la capacité de contrôle que la NGP exerce sur le processus d'adaptation exigé par la société, ceci par divers dispositifs d'évaluation. Les actions finissent par être menées à partir de la hiérarchisation des résultats, comme dans la création de protocoles, par exemple, sans souvent valoriser la pertinence de l'analyse des pratiques professionnelles mises en œuvre et/ou des processus subjectifs intrinsèques. Dans le cadre de cette recherche, cela a été identifié dans les deux pays à différents moments.

L'hôpital est géré comme un hôpital « ami des enfants », de sorte qu'il y a quelques règles à suivre. Il y a les droits des femmes et des bébés. Cette information (sur les règles) est transmise. En fait, le système (informatique) fixe lui-même un objectif, il y a, disons, un score à atteindre par ceux qui sont en dessous de cet objectif (PRO/BRA/05).

«Sage femme/cadre de santé: Et maintenant, ça l'est. Sauf que, quand on en discute, quand il y a une discussion entre les médecins le matin, quand on présente le dossier, si, par exemple, une patiente veut une césarienne parce qu'il y a un risque minime, mais que le protocole, il dit « tentative voie basse », certains médecins n'entendent absolument pas la parole de la patiente. Le protocole, il dit « Voilà, ça sera voie basse. » Terminé. Point barre. Tu es d'accord avec moi ?

Gynécologue: Oui, et moi, je pense qu'en fait, ce qui est très important, c'est d'avoir eu une vraie discussion entre un praticien et une patiente..." (Groupe des professionnelles – 01/Hospital/FRA)

Il convient de souligner que l'identité professionnelle implique, entre autres, l'histoire sociale, la trajectoire scolaire et les valeurs personnelles. Dans sa conformation, cette identité traverse la transition identitaire dans le remaniement des habitudes par l'ouverture à l'apprentissage. Ainsi, la réflexivité, comme le souligne Perez-Roux (2013), peut s'exercer en

réponse aux situations qui se présentent mais elle puise ses ressources dans les expériences passées et la trajectoire des professionnels.

Santé et éducation dans le contexte de la santé maternelle

La préparation à l'accouchement se déroule de manière très spécifique dans chacun des pays. En France, les activités de préparation à l'accouchement sont réalisées dans les services de PMI ou avec des sages-femmes libérales (de statut privé), parfois (rarement) dans les services hospitaliers. Elles sont remboursées par la sécurité sociale. Au Brésil, des actions d'éducation en période gravidique et puerpérale sont menées dans certains services de soins de base et dans les services hospitaliers. Dans les deux pays, l'État intervient dans les actions développées par une réglementation et une participation financière.

Les professionnels des deux pays expliquent, dans leurs discours, les caractéristiques de cette préparation à l'accouchement:

(professionnel du service hospitalier) Il arrive que le service accueille ces femmes très tard (il y a une inscription)... à partir du 6ème mois, alors il y a peu de préparation pour l'accouchement. C'est (pourtant) une nécessité prévue par la loi française qui l'établit avec les soins remboursés à toutes les femmes qui accouchent, 6 séances de préparation à l'accouchement. Ces préparations sont effectuées pratiquement partout par les sage-femmes.... (PRO/FRA/01).

Dans la fonction publique, dans la moitié des établissements, 46 unités de santé, dont la moitié effectuent des examens, des groupes de femmes enceintes se réunissent pendant les soins prénataux. Nous n'avons pas de groupes de préconception, ce n'est pas vraiment fait, mais c'est quelque chose que nous avons l'intention de faire. 23 unités, plus ou moins, constituent des groupes de femmes enceintes, il y a aussi des consultations prénatales, les thèmes sont le développement de la grossesse, les soins du bébé, l'accouchement, le type d'accouchement, la présence du mari, la moitié de ces unités le font (PRO/BRA/02).

Dans les discours des participants à l'étude, le thème de la préparation est mis en évidence à de nombreux moments (tant positifs que négatifs). Quant aux aspects positifs soulignés, ils proviennent principalement de femmes qui ont accouché en France par voie vaginale, sans complications et qui, par conséquent, sont satisfaites. D'autre part, celles qui ont subi une césarienne sont unanimement explicites, parmi les participantes à l'étude, elles expriment des sentiments d'échec, d'impréparation et de besoin de changement.

Alors, si, c'est vrai qu'à la maternité, à (elle dit le nom du service), il y avait des cours de préparation à l'accouchement. Ah, oui, c'était nul. C'était dans un amphithéâtre... Moi, je trouve qu'en fait, globalement, les cours de préparation à l'accouchement se font trop tard. Je trouve... Ils proposent à partir du septième mois. (MÈRE/FRA/02)

Au sujet de la grossesse, tout s'est bien passé, tant avec la sage-femme qu'avec l'échographiste. Quant aux informations reçues, tout s'est bien passé, selon elle. Je lui ai demandé : « Vous n'avez pas l'impression qu'il manquait quelque chose dans

ce processus. » Elle répète plusieurs fois qu'elle était très bien accompagnée. En ce qui concerne la phase finale, elle mentionne que dans le cours de préparation, l'objet est exactement le processus d'accouchement. La professionnelle a expliqué en détail comment le bébé arriverait, y compris la participation de son mari à ce moment-là ; au sujet de la césarienne, elle se souvient qu'elle en avait parlé avec la sage-femme, mais superficiellement. Elle a accouché par voie vaginale (Rapport entretien individuel/MÈRE/FRA/08).

Parmi les femmes qui ont participé à la recherche en France, l'une d'entre elles attire l'attention parce qu'elle a participé à un cours de préparation à la césarienne, organisé dans un service hospitalier. Selon elle, il s'agit d'un cours gratuit qui n'est pas inclus dans les sessions remboursées par le système de sécurité sociale.

Alors... J'ai eu la préparation à la césarienne, elle n'était pas dans le paquet de neuf "séances de sécurité sociale" pour la préparation à l'accouchement. Pour que tu puisses le faire gratuitement et je l'ai fait. (...) Au troisième trimestre, dans l'ultra, on disait qu'il était très petit, que son développement avait ralenti le rythme de la croissance, de la prise de poids et qu'il était tombé au troisième percentile. Les médecins étaient super inquiets et j'ai commencé à être surveillée deux fois par semaine (...) alors il se peut qu'ils aient anticipé. J'ai décidé de suivre le cours... Je me suis inscrite à la préparation, c'est avec un médecin là-bas, donc elle explique tout le processus et ensuite nous allons au centre chirurgical. Alors elle vous dit tout ce que vous allez ressentir... c'est une très bonne préparation. Il était prévu pour 17 h, j'y suis allé, j'étais la seule personne dans la pièce. (...) Je pense que cela montre très bien l'absence de... Bref... ce truc comme celui qu'on a au Brésil (il s'agit d'une femme brésilienne vivant en France). Toute cette question de l'accouchement normal, cette peur... qu'il y ait des gens qui ne pensent même pas à la possibilité d'avoir un accouchement normal (vaginal) au Brésil. Il y a des gens ici qui ne pensent même pas à la possibilité d'avoir besoin d'une césarienne. (...) Et elle a dit qu'elle avait décidé de faire (cette préparation)... (car) en général, il n'y a pas beaucoup de préparation pour une césarienne, mais qu'elle a décidé de s'implanter à l'hôpital parce qu'elle s'est rendu compte qu'au moment où les femmes étaient très inconscientes, elles étaient très désespérées, cela était une grande souffrance pour elles quand elles apprenaient qu'elles allaient avoir une césarienne... pour n raisons que cela a généré une très forte anxiété chez elles. Elle (la professionnelle) a donc décidé de faire cette préparation supplémentaire pour celles qui en avaient besoin. C'est ce que j'ai fait, c'était génial (...) (MÈRE/FRA/03)

Je comprends que l'absence de personnes à ce moment préparatoire signale (et renforce) certaines choses : le système de santé français ne valorise pas la préparation à l'accouchement par césarienne, par conséquent, la société française en général se sent frustrée / impuissante / sans assistance quand elle vit un accouchement par césarienne, surtout dans l'urgence. En outre, l'existence d'une association qui accueille les femmes ayant subi une césarienne marque également un contexte intéressant par rapport au pays. Selon Molina (2014), le champ social et médico-social en France, depuis sa création, englobe une logique d'ordre et de rationalité. Sa composition est hétérogène avec des acteurs publics et privés, qui sont contrôlés par l'État. Après quelques réformes, des associations font partie de cette organisation en réalisant des missions de service public.

Le contexte brésilien, dans la ville de Ribeirão Preto, en ce qui concerne le processus de préparation à l'accouchement, est réalisé, en général, dans des consultations individuelles, dans des groupes de femmes enceintes (quand ils existent et quand les femmes adhèrent), dans des maternités et autres services privés. Les professionnels qui accompagnent ces femmes sont les médecins (en consultations individuelles) et les infirmières (en cours collectifs de préparation). Après 32 semaines de gestation, les patientes sont orientées vers le service où elles donneront naissance. Dans ces endroits, des cours de préparation sont donnés par des infirmières. Les femmes trouvent important d'être bien préparées et satisfaites, qu'il s'agisse de celles qui utilisent exclusivement le service public, exclusivement le service privé, ou de celles qui ont été suivies prénatalement dans le service privé, mais dont l'accouchement a eu lieu dans le public.

Oh, j'aime beaucoup (cite le nom de l'infirmière de l'unité de santé). Quand j'ai quelque chose, je fonce droit dedans. (...). Les groupes de femmes enceintes parlent de la grossesse, puis de l'allaitement, de la façon de s'occuper du bébé (MERE/BRA/03).

Les femmes brésiliennes confirment que le processus d'accompagnement pendant la phase de grossesse est variable et subjectif. Il en va de même pour l'accouchement. Certaines femmes, bien qu'elles disent avoir désiré un accouchement vaginal au début du suivi ont été contraintes d'accepter la logique des professionnels et ont subi une césarienne (y compris dans le service public). D'autres femmes brésiliennes interrogées ont apprécié les actions interventionnelles et l'accouchement par césarienne qui les ont rassurées.

D'autres ont suivi des voies plus singulières. Parmi celles qui utilisent le service public, certaines ont payé pour une césarienne. D'autres, qui étaient suivies dans le service privé, ont migré vers le public pour avoir un accouchement vaginal. Il y a aussi celles qui refusent le processus d'accompagnement en n'adhérant pas aux groupes ou aux recommandations des professionnels. Ces différences sont marquées par le contexte social et économique dans lequel elles s'inscrivent. Parmi les participantes brésiliennes, plus le pouvoir d'achat est élevé, plus le nombre d'accouchements par césarienne est élevé. Peu d'utilisatrices du SUS, participantes à la recherche, ont accouché par voie vaginale même lorsqu'elles le souhaitaient, elles n'ont pas eu le choix. Cependant, dans les maternités publiques régies par le SUS, ceci change rapidement. Durant le déroulement de ma recherche, la tendance s'est

inversée, ce qui complexifie l'analyse des entretiens et produit certainement un peu de confusion pour le lecteur.

Les participantes à la recherche insistent aussi sur la déconnexion entre l'information transmise lors du suivi de grossesse et le processus d'accouchement lui-même. Leurs propos soulignent la force avec laquelle la logique des accouchements par césarienne est implantée dans la vie quotidienne des femmes brésiliennes. Un autre élément très important est la manière dont les femmes sont reçues dans les services. Le processus qui conduit une femme à souhaiter un accouchement vaginal au Brésil est fragile, il l'est d'autant plus qu'à son arrivée il peut lui être dit que les indications données lors de l'accompagnement de la grossesse n'ont aucune valeur et que ce sont les protocoles du service qui seront suivis. Selon les paroles des femmes, il arrive que dans certains services on puisse payer pour obtenir l'intervention chirurgicale.

Je crois que l'induction effectuée dans ce contexte n'est pas seulement liée au processus de parturition, mais aussi à une demande discutable de paiement pour une action sanitaire. Les corps sont alors dominés par une logique de financement. Ceci se retrouve par les discours suivant qui peuvent sembler contradictoires en première lecture :

Je ne peux pas choisir d'avoir une césarienne, je souffrirai parce que je suis pauvre, je souffrirai parce que je suis pauvre... C'est vraiment culturel ! la césarienne est quelque chose pour une personne qui a plus d'argent, qui peut payer.... (SOCIAL 02 - 02/BRA).

"[Mère 04] Certaines personnes critiquent le fait que lorsque vous avez une césarienne, je pense que vous ne serez pas une mère parce que vous avez eu une césarienne... Parce qu'il fallait ressentir de la douleur.... C'est.... Pour que tu saches, pour que tu apprécies...

[Mère 04] (...) c'est à cause de ce traumatisme que je ne veux plus avoir d'enfants... parce que j'y suis arrivée à 42 semaines, je n'avais aucun accord (d'assurance privé), alors je l'ai fait après ma grossesse. Alors vous n'aviez pas le droit d'accoucher. Je suis arrivée dans la chambre à 42 semaines et mon médecin prénatal m'a prescrit que je n'avais aucun passage sans dilatation, d'accord... et quand je suis arrivée, ils ont dit : "Ce n'est pas bon pour nous ici. Vous serez hospitalisée et nous provoquerons l'accouchement normal (vaginal) ».

[Mère 04] J'ai déjà commencé à pleurer, j'étais désespérée parce que si le médecin me transmettait quelque chose, qu'elle m'accompagnait... J'ai appelé mon mari, je veux dire, si je n'avais pas d'argent pour payer ma césarienne, j'aurais subi (...) ou mon fils serait mort (...)" (SOCIAL 2 - 01/BRA).

Cette femme, qui revient avec émotion à plusieurs reprises sur son expérience lors de la discussion, s'est retrouvée comme écartelée entre l'avis de son médecin prénatal qui prescrivait une césarienne et le service où elle est hospitalisée qui prévoyait un accouchement par voie basse si elle ne peut pas payer la césarienne. Ce type de situation est souvent évoqué par les femmes qui exprime la détresse que cette incertitude produit en elles.

Une discussion a eu dans l'un des groupes de professionnels à propos des questions liées à la logique privée (financière) de la césarienne dans le pays. Ils ont évoqué l'influence que leurs discours et pratiques peuvent avoir sur le désir des femmes et ainsi contribuer au sens social et culturel de la naissance. Ils ont confirmé que si la femme veut accoucher par voie basse dans le service privé, qui a une logique insitué d'accouchement par césarienne, elle doit payer cher. Par contre, si la femme accouche dans le service publique (SUS) (qui essaie aujourd'hui de développer l'accouchement par voie basse) et qu'elle veut une césarienne, elle doit aussi payer cher.

AXE 3 : LA NAISSANCE PAR CÉSARIENNE : un analyseur de l'institutionnalisation de la naissance

La demande (désir) des femmes qui réclament une césarienne apparaît chargée de nombreux éléments intrinsèques. Il est donc nécessaire d'explorer de quoi est fait ce désir. De plus, le sens de l'expérience de chacune est variable et complexe.

Dans les deux pays, les professionnels expriment fortement que tout est fait (ou devrait être fait) pour assurer la sécurité de la femme et pour que le bébé puisse naître en bonne santé. En soutenant ce discours, l'institution médicale renforce sa légitimité. Les actes médicaux sont perçus comme les produits d'une discipline scientifique et la science comme synonyme de progrès. Ce discours est largement diffusé dans les espaces institutionnels et dans la société. Il définit les rôles respectifs que chacun (professionnels et parents) doit assurer pour le bon déroulement de la naissance. Ce discours mêlant légitimité scientifique et valeurs de progrès est intégré par les femmes comme par les professionnels

Autoréférentialité

Dans l'institutionnalisation, la prophétie initiale de l'institution est menacée d'effacement, ceci parce que des forces contradictoires traversent le processus d'institutionnalisation dans le temps et l'espace. Ces contradictions, en général, sont perçues comme des obstacles qui entravent les pratiques et leur rationalisation. L'autoréférentialité s'installe inévitablement dans ce contexte et se caractérise comme «un vecteur égocentrique d'institutionnalisation». Les professionnels, les équipes et les établissements de santé tendent

à se concentrer sur ce qu'ils considèrent être leur domaine d'expertise et à peu prendre en compte la complexité humaine et institutionnelle du processus conduisant à la naissance.

Reconnaissant la nature complexe de ce processus, il faut se souvenir que l'accouchement vaginal a longtemps été la pratique instituée avant d'être fragilisée par la montée de la césarienne. Des forces opposées se sont alors affrontées dans le processus d'institutionnalisation. Le taux de césarienne a augmenté de façon apparemment incontrôlable au fil des ans et est longtemps resté au-dessus de 50% des naissances dans les services publics (et beaucoup plus dans les services privés). Cette institutionnalisation est cependant contrariée de façon croissante par les recommandations d'organisations nationales et internationales et par des mouvements sociaux visant la transformation de cette réalité.

Je reconnais que cette description est limitée et ponctuelle, après tout c'est un processus très complexe. Mais, même de façon générale, il est possible d'approcher la logique selon laquelle la césarienne, dans son caractère maintenant institué, a été à son tour remise en cause par la réévaluation des naissances vaginales (redevvenues instituant), dessinant ainsi le "chemin" d'une désinstitutionnalisation de la césarienne. Comprendre le caractère dialectique de ce processus d'institutionnalisation/ désinstitutionnalisation, c'est prendre en compte son potentiel mutationnel mais aussi son caractère métastable du fait des tensions permanentes entre diverses forces et logiques (logique de rationalisation financière, intérêts corporatistes de groupes professionnels, positions idéologiques diverses, valeurs traditionnelles et progressistes...).

En France, la logique dominante pour la naissance est l'accouchement vaginal. Les thèmes relatifs à la médicalisation de l'accouchement et aux interventions sur le corps de la femme sont abordés avec une grande intensité dans les groupes de discussion. L'intervention par césarienne, à son tour, se produit habituellement dans des situations à risque et est vécue comme un événement traumatisant pour celles qui en sont « victimes ». Il y a cependant un débat critique dans ce pays au sujet de la césarienne en raison de la demande de certaines femmes qui souhaite pouvoir choisir ce mode d'accouchement. Au cours de la recherche, certains professionnels reconnaissent l'existence de maternités où «le scalpel est plus facile à saisir». C'est-à-dire où les médecins répondent plus facilement qu'ailleurs à ces demandes. Par conséquent, cette réalité exige un examen attentif de ce qui se cache derrière. Est-ce que l'on peut saisir ici le choc entre les forces de l'institué et les forces de l'instituant?

Au sujet de la " césarienne à la demande maternelle ", la professionnelle affirme qu'il est courant pour les professionnels d'associer cette demande à la spécificité de la femme, mais en fait, il y a différentes causes : la peur de l'accouchement vaginal,

par exemple. (...) Dès qu'elles font cette demande, elles sont d'abord jugées par d'autres femmes, et il peut être difficile pour elles de trouver une équipe qui puisse les comprendre. Paradoxalement, il y a actuellement un grand nombre d'accouchements par césarienne en France, par rapport aux recommandations de l'OMS, **ce qui signifie selon elle qu'il y a un certain nombre de maternités et certains professionnels qui prennent le scalpel un peu plus facilement** (Rapport entretien individuel/PRO/FRA/02).

Cette logique d'institutionnalisation/désinstitutionnalisation, par rapport aux césariennes, dans une période où des pratiques et des logiques différentes coexistent, peut être également perçue dans les discours des professionnels brésiliens, comme dans cet extrait :

Depuis quelques années, cela a changé, cela a beaucoup changé, les femmes sont beaucoup plus écoutées, les médecins essaient, parce qu'ils ont aussi des difficultés, ils essaient d'organiser leurs besoins avec leur capacité à les résoudre (ils essaient de répondre à la nouvelle demande). Mais cela s'est amélioré de façon très significative. Problème, alors nous avons encore aujourd'hui au Brésil, un problème où les gens croient que la maternité est une chose, comme je vous l'ai dit, très simple et, par conséquent, toute ruelle sert à la maternité, c'est-à-dire que la structure en général est faible, de mauvaise qualité et toute personne est capable de donner naissance. Cela signifie que la structure de la population, la capacité de la population, la formation de la population n'est pas aussi bonne qu'elle devrait l'être. (PRO/BRA/01).

Et la même personne continue :

(médecin) Les femmes, les féministes ont besoin d'avoir ces informations pour comprendre que ça ne vaut pas la peine, que la logique n'est pas de soutenir un drapeau, que la logique est d'obtenir une qualification pour mon groupe (de professionnels) que j'essaie de défendre au lieu de se bagarrer pour des conneries (PRO/BRA/01).

L'argumentation des discours précédents reconnaît le processus de changement qui se produit au Brésil, les recommandations adressées aux professionnels, les difficultés à faire face aux forces existantes, mais réaffirme aussi l'existence de connaissances spécialisées, fortement médiée par les technologies dure et douce (légère). Ce discours partagé par de nombreux professionnels fait apparaître une caractéristique fréquente dans le processus d'institutionnalisation, déjà soulignée: les contradictions entre la prophétie initiale et les modalités de son développement dans le temps (et l'espace). Ces contradictions étant perçues comme des obstacles à la rationalité et à la fonctionnalité. Peu de temps après, lors du même entretien collectif, la même personne complète son discours, suivant le raisonnement déjà initié, en expliquant sa conception par rapport aux luttes des mouvements sociaux féministes qui revendiquent des droits sexuels et de meilleures conditions sociales. Ce médecin considère que les mouvements féministes n'ont pas de légitimité à mettre en cause les pratiques médicales, celles-ci étant relevant de son expertise professionnelle.

Les discours d'autres professionnels interrogés font apparaître d'autres formes d'autoréférence en affirmant qu'il n'y a pas d'échec dans le service, que les professionnels adoptent les «bonnes pratiques» et que les protocoles créés par le système de santé brésilien dans le but de réduire les accouchements par césarienne sont appliqués.

Qu'est-ce que la réalité brésilienne interroge sur la réalité française? Et dans l'autre sens?

La complexité de l'institutionnalisation/désinstitutionnalisation se manifeste dans les discours des femmes brésiliennes interrogées, soit par la reproduction de la logique hospitalière de contrôle, soit par l'expérience d'un accouchement vaginal, réalisé selon les préceptes de l'humanisation :

Il ressort de la section précédente que la manière dont est pensée la sécurité qui doit être assurée par l'hôpital a été conçue à travers un ensemble de règles et de techniques. Bien qu'il ne s'agisse pas d'un développement immuable et unanimement compris comme un idéal, il est certainement valorisé par l'organisation du travail à l'hôpital et la reconnaissance de l'expertise scientifique. La pratique de l'accouchement humanisée (accouchement vaginal au Brésil), n'efface pas ces préoccupations ni le rôle des soignants :

Hum hum.... de la première que j'ai faite par le SUS et elle est née à (dit le nom du service) à Ribeirão Preto et là je n'ai rien à dire de mal... c'est... ils sont très attentifs et c'est... c'était une naissance humanisée, ce que je trouve formidable... donc, je veux dire, tout ce qu'ils m'ont dit pour accélérer mes contractions... et tout le reste ? à la fin seulement ça... on ne peut pas tenir, juste, alors ils donnent (un médicament). Et c'est ce que je voulais (MERE/BRA/02).

L'accouchement est un événement de leur vie dans lequel il est prouvé que les femmes sont moins autonomes du fait de leur suivi par des professionnels spécialisés. Ceci est mis en évidence par des études menées dans le monde entier, comme étant le reflet du renforcement de la médicalisation de l'accouchement qui donne l'impression qu'il y a un « besoin » d'intervention médicale, ce qui est une construction sociale. Parmi les choses que j'ai pu comprendre au cours de cette recherche, il y a le fait que l'institutionnalisation (médicale et hospitalière) de la naissance produit chez les femmes un sentiment de handicap et de dépendance aux interventions. Du côté des professionnels, cette situation peut générer l'invisibilité des résistances des femmes à ce qu'ils leur proposent. Soit parce qu'elles ne parviennent pas à exprimer leur volonté soit parce que les professionnels ne parviennent pas à les entendre. Il est également important de considérer que les professionnels sont aussi

socialisés en fonction de valeurs établies. J'ai traité l'effet de ces valeurs dans leurs pratiques quotidiennes dans l'axe 1 ci-dessus. Ainsi, ils reproduisent des logiques imprégnées des valeurs et des objectifs de l'institution médicale également comme un moyen d'assurer leurs espaces propres espaces d'autonomie et leurs conditions de travail.

La relation entre les femmes et ces professionnels est bien souvent comme faussée par le fait que les professionnels pensent savoir ce dont la femme, considérée comme vulnérable et impuissante a besoin et donc quelle intervention il est nécessaire de pratiquer. Ces relations se traduisent souvent par des attentes mutuelles souvent insaisissables et déçues.

Les expériences faites durant ce processus de recherche m'ont progressivement conduites à considérer l'expression de la résistance à travers les discours et les pratiques des femmes et des professionnels. A ce sujet, la socio-clinique institutionnelle propose le concept de résistance en le travaillant en rapport avec trois processus institutionnels: l'institutionnalisation, l'auto-dissolution et la transduction (MONCEAU, 1997). Dans de nombreux passages de cette thèse, les concepts d'institutionnalisation et d'auto-dissolution ont été évoqués, je ne les reprendrai donc pas ici. Cependant, en ce qui concerne la transduction, je voudrais préciser qu'il s'agit du mouvement par lequel un élément (une idée, une pratique nouvelle...) se propage, peu à peu, comme une désorganisation des champs de force existant pour créer de nouvelles formes (GUILLIER, 2003). Ces trois mouvements dynamiques sont en relation les uns avec les autres et transforment l'institution. Les résistances peuvent être pensées selon une dialectiques entre moments : offensif (recherche d'un nouveau pouvoir), défensif (l'auto-dissolution domine l'institutionnalisation et tend à détruire le pouvoir) et intégratif (tend à l'assimilation et renforce le pouvoir existant) (Monceau, 1997). Par conséquent, dans le contexte de la recherche mise en évidence ici, l'analyse par les résistances contribue également à la compréhension du processus de désinstitutionnalisation. Pour le dire autrement, ce sont les résistances à l'institutionnalisation de la césarienne qui donnent des indications sur l'affirmation de la désinstitutionnalisation de celle-ci.

Dans les deux pays, le thème "plan de naissance" est apparu dans les discours des professionnels. Presque toutes les femmes qui ont participé à la recherche en France, ont expliqué qu'elles avaient élaboré un plan avec les professionnels qui les ont accompagnées pendant la grossesse. Au Brésil, les participantes à la recherche n'avaient pas adopté de plan. Les professionnels brésiliens, lorsqu'ils en ont parlé, ont expliqué qu'ils avaient du mal à comprendre la logique des femmes qui souhaitent un plan naissance. Certains reconnaissent cependant que ces plans sont probablement des réponses des femmes, voire une revendication, face aux excès commis par les professionnels.

"[Professionnelle 2] mais de nos jours, les gens perdent de vue ce que c'est que d'être mère, ce que c'est d'entrer, ce que c'est d'avoir un enfant. Aujourd'hui, ils viennent pour avoir un enfant avec un plan de naissance, ils veulent que vous suiviez cette voie. Il n'y a rien de tel ! Ce plan de naissance, ça n'existe pas ! [...]

[Professionnelle 3] Cela s'est produit parce qu'il y a vraiment eu à la fois l'abus de césarienne et l'abus d'ocytocine, d'isoprostol, de sérum et tout le reste... l'utilisation sans discrimination sans aucune indication réelle pour la personne dès le début du travail. (HÔPITAL - 1/BRA)

Cette professionnelle présente l'adoption du plan de naissance comme d'une résistance aux pratiques couramment développées dans les services de soins. Face à cette situation, certains professionnels brésiliens exposent leurs difficultés à cette résistance des femmes. Dans ce même groupe, un autre élément de critique (et de jugement) a été évoqué, la participation des doulas³⁷ aux soins des femmes. Ces éléments soulignent le caractère asymétrique de la relation entre professionnels et femmes, marqué par l'incompréhension des aspects subjectifs les conduisant à emprunter des voies qui échappent aux attentes des professionnels. Le potentiel critique des femmes qui transgressent par certaines de leurs exigences les directives des professionnels commence à produire des ajustements dans les pratiques professionnelles mises en œuvre.

En France, en ce qui concerne le discours des professionnels par rapport au projet de naissance, nous avons entendu :

Selon le professionnel interrogé, le projet de la naissance est davantage adopté par ceux qu'il appelle « les bourgeois » (qui revendiquent leur autonomie). Il y a une discussion avec la femme au sujet de ce projet et de sa construction. Il y a une négociation. Le professionnel dit que cela dérange l'équipe, parce que c'est un passage du paternalisme médical à l'autonomie du patient. C'est trop compliqué pour un professionnel. Il ajoute que ses collègues sont très sensibles à l'opinion que les gens ont d'eux-mêmes (rapport d'entretien individuel/PRO/FRA/01).

Lors de mes grossesses (deux) j'ai développé un projet de naissance avec mon médecin. J'étais bien conseillé, bien accompagné.... (MÈRE/FRA/09).

Le discours du professionnel rapporté ici se rapproche de la réalité brésilienne en ce qui concerne les inconvénients ressentis par les professionnels en rapport avec l'attitude de résistance des femmes. Il attire l'attention sur son utilisation comme garantie de l'autonomie des femmes mais aussi sur les difficultés ressentis par les professionnels. Parmi les femmes interrogées individuellement en France, toutes ont élaboré le plan avec les professionnels qui les ont accompagnées, ce qui suggère qu'il s'agit d'une demande généralisée dans la société française ou même d'une pratique désormais intégrée dans le processus de préparation à l'accouchement. Bien que de manière différente, le plan de naissance se retrouve dans les

³⁷ Ce sont des professionnelles qui offrent une assistance émotionnelle à la femme et à la famille pendant la période de la grossesse, l'accouchement et après l'accouchement.

deux pays. En France, bien qu'il soit encore perçu comme une forme résistance par certains professionnels, il tend à être intégré aux pratiques courantes de préparation à l'accouchement.

Les tensions institutionnelles, qui se nourrissent des exigences sociales, des intérêts professionnels, de la logique de la NGP et de ses développements, interfèrent aussi avec le cadre juridique qui régleme les pratiques. Dans le contexte brésilien, où les interventions professionnelles pratiquent encore facilement des césariennes, elles sont maintenant confrontées à des décrets légaux (dans le cadre des services publics et privés) qui encadrent l'exécution de ces accouchements :

Avant 38 (semaines), je ne peux pas planifier une césarienne sans raison, sans indication obstétricale. Selon la loi, je ne peux pas programmer. Au-delà de 39 semaines, selon la loi, sur recommandation de la NSA, la femme a ce droit. Il est donc très difficile pour le médecin d'aller au-delà de ce droit, même si j'essaie de la convaincre. Mais en général si le médecin prénatal ne l'a pas convaincue, elle sera très difficile à convaincre (d'opter pour un accouchement vaginal) sur place (au moment de l'accouchement) (PRO/BRA/02).

Ce discours réitère également l'idée selon laquelle, les pratiques professionnelles (ici la pratique de la césarienne) répondent aux attentes et aux désirs des femmes qui vont accoucher. Bien que le professionnel explique qu'il tente de convaincre la femme d'adopter l'accouchement vaginal, en s'exprimant d'une manière assez paternaliste, il considère qu'il ne peut pas s'opposer au droit de la femme de choisir. Il faut relativiser ce discours par l'induction que nous avons évoquée précédemment. On peut noter également que la responsabilité du choix fait par la mère est renvoyée sur la préparation à l'accouchement.

Dans les deux pays, dans les limites de leurs spécificités, la naissance à domicile apparaît dans les mots prononcés par les participants.

Sur la violence obstétricale, dans son expérience (de deux accouchements vaginaux dans les services hospitaliers), elle reprend la discussion sur la sortie du bébé et du placenta (qui a eu lieu avec de nombreuses interventions). Elle a l'impression que cela se produit lorsque les professionnels prennent des décisions pour les patientes. Elle dit qu'elle a accepté les choses par manque d'expérience. Dans sa deuxième expérience, les manœuvres de sortie du placenta et le massage effectué sont, à son avis, des actes de violence. Elle se sentait persuadée d'accepter, car "ce serait la meilleure option". Selon elle, cela a fait plus de mal que la naissance elle-même. Elle se sentait violée... parce que des choses étaient faites à l'intérieur de son corps sans qu'elle le sache. La sage-femme, dans la rééducation périnéale, a fait une manœuvre dans son périnée qui l'a fait se sentir mal. Elle pense que ces exemples sont de petites violences qui ont influencé son choix d'accoucher à domicile (Rapport d'entretien individuel/MÈRE/FRA/06).

En France, comme indiqué dans les propos précédents, quelques femmes optent pour l'accouchement à domicile comme stratégie de résistance aux pratiques de routine dans les services hospitaliers. Lorsque les femmes prennent cette décision, les réactions des professionnels tendent à essayer de contrôler tout de même l'accouchement. L'accouchement

est d'abord considéré comme une pratique hospitalière contrôlée et non pas comme l'expérience d'une femme. Un autre discours le confirme en évoquant le parcours de formation des professionnels :

Elle a dit qu'il existe un cours préparatoire spécifique pour les naissances à domicile (...). Elle souligne que dans les écoles de sages-femmes, les naissances à l'hôpital sont enseignées (selon elle, ils sont très différentes des naissances à domicile) (Rapport entretien individuel/PRO/FRA/05).

Dans le contexte brésilien, les accouchements à domicile sont coûteux et n'ont été vécus par aucune des femmes qui ont participé aux groupes ou aux entretiens individuels. Les professionnels, à leur tour, ont fait part de leur opinion sur ce choix pour la naissance. La critique, comme en France, est centrée sur les ressources technologiques disponibles à l'hôpital pour les soins des femmes. Les discours des professionnels considèrent que l'accouchement devrait être reconnu comme un acte autorisé et protégé par le professionnel.

Les femmes peuvent décider de prendre des risques, de résister et de créer des stratégies pour revendiquer leurs désirs (tout en reconnaissant que ces désirs sont aussi construits à partir de différents éléments: pratiques et discours de professionnels, expériences spécifiques, culture, entre autres). Bien qu'il y ait diverses difficultés en France, d'après les discours des professionnels et des parents, cela semble se produire plus librement qu'au Brésil.

Pouvoir et relations : des vies contrôlées et la transformation des institutions

D'après ce qui a été dit jusqu'à présent, nous pouvons voir à quel point la responsabilité maternelle est confondue avec les recommandations prescrites par le système de santé. Cette tendance est encore renforcée parce que l'expression des besoins du domaine des sentiments, des peurs et des angoisses sont rarement compris comme une priorité. De ce point de vue, il est important de reprendre la réflexion proposée par la sociologue Maria de Koninck (1990) sur la normalisation des césariennes dans la relation entre femmes et experts. Elle propose une réflexion sur la relation entre l'insertion de la technique dans le domaine de la reproduction et le changement social. Elle affirme que ce changement dans le système d'interactions est le résultat de la façon dont la technique est développée dans le processus de transformation. La manière dont la normalisation de la technique est diffusée a plus d'influence que la technique elle-même, puisqu'elle est le reflet la construction d'une mentalité technologique porteuse d'un rapport d'autorité implicite dans une médiatisation. Ce processus renforce l'asymétrie des relations entre les professionnels et les femmes.

Ces éléments exposés ici renforcent l'idée soulignée par Lourau (2014) lorsqu'il met en évidence le caractère analytique du corps. Dans ce contexte, le corps féminin est un territoire de conflits entre les techniques développées par ceux qui sont qualifiés pour y intervenir et les revendications d'autonomie des femmes, ce conflit étant orienté par une pensée économique s'imposant au système institutionnel.

En ce qui concerne les pratiques de soins (lors de la préparation à l'accouchement et l'accouchement lui-même) développées dans les deux pays, et comme indiqué précédemment, elles marquent des différences significatives qui peuvent influencer les modalités des naissances. En France, les sages-femmes sont généralement les professionnelles qui accompagnent les femmes. Pour des raisons évidentes, les sages-femmes françaises revendiquent leurs espaces de travail (et chercheront à les agrandir), ceux-ci étant délimités par les actions pour lesquelles elles sont qualifiées. Un autre aspect qui reflète également l'importance de cette catégorie professionnelle est le nombre de médecins obstétriciens en France. Il y a une baisse importante du nombre de ces professionnels et elle est certainement associée aux questions économiques également mentionnées ci-dessus. Une naissance avec une sage-femme génère sans aucun doute un moindre coût qu'un accouchement réalisé par un médecin. Il y a donc un plus grand intérêt à investir dans la formation de ces professionnelles. Même dans ce scénario, il existe une permanence du modèle hospitalier qui influence la façon d'organiser la grossesse et l'accouchement. Ce contexte porte à croire qu'il est possible qu'il y ait bientôt un différend plus évident entre les actions des doulas et des sage-femmes. Les discours des professionnels participant à la recherche révèlent les aspects mentionnés ci-dessus :

Considérant que la sage-femme est de plus en plus occupée par des actions hospitalières et médicales et ne pratique plus les actions psychologiques, elle va laisser les doulas occuper le marché. La professionnelle souligne qu'elle trouve extrêmement dangereuse une action sanitaire qui n'est pas contrôlée, mais qu'elle réfléchit sur les raisons de son existence. La sage-femme faisait l'accompagnement psychologique, guidait le processus de la grossesse de femme à femme, mais elle a perdu... alors la professionnelle interrogée pense que cette pratique (des doulas) existe parce qu'il y a eu un affaiblissement des actions chez les sage-femmes (Rapport entretien individuel/PRO/FRA/04).

Je crois que cette réflexion remet en question le scénario brésilien en matière de soins maternels et infantiles. Les pratiques sont habituellement développées par les médecins, ce qui est certainement lié aux actions pour lesquelles ils sont qualifiés. Les "infirmières obstétriques" (au Brésil) et les sages-femmes (en France) disputent (dans un jeu inégal) un espace d'action avec les médecins. Au Brésil, donc, les actions sont dominées par la connaissance médicale, à laquelle l'accouchement est toujours attaché. La formation des

professionnels est sans aucun doute un outil pertinent pour le renforcement ou la transformation de cette logique.

Les infirmières obstétriques³⁸ sont des professionnelles capables de travailler à la promotion intégrale de la santé dans le cadre du Système de santé unifié (SUS) et des prémisses de l'humanisation de l'accouchement et de la naissance. Dans ce territoire de contentieux, ces professionnelles sont confrontées à des difficultés justifiées par le modèle biomédical, axé sur les actions hospitalières et les orientations du système de santé dans le pays. En outre, les possibilités d'action autonomes sont limitées pour les infirmières obstétriques, comme par exemple les rares lieux de naissance ou les centres de naissance normales (vaginales), même dans les hôpitaux. Je souligne que dans les services hospitaliers impliqués dans la recherche au Brésil, même lorsqu'il y avait des infirmières obstétriques, celles-ci ne pouvaient pas agir seules auprès des femmes lors de l'accouchement. La présence du médecin restait la règle.

La césarienne révèle également des éléments cachés dans les pratiques et les discours des professionnels, tels que ceux décrits plus en profondeur dans l'axe 2 de l'analyse. Le processus d'institutionnalisation de la naissance par césarienne, dans ses tensions et contradictions, révèle souvent des discours marqués par la reconnaissance des excès commis, mais présentés comme justifiés par le désir des femmes (en ignorant les inductions possibles du discours des médecins sur ce désir) et par la logique du système de santé. Selon Lourau (2001, p.24) " une manière de travailler contre l'ennemi qu'est l'acceptation de l'institué serait de multiplier les possibilités d'esquisser l'analyse collective des implications de chacun dans les tensions, dans les contradictions (...). L'auteur attire l'attention sur le potentiel transformateur que les échanges entre les différents agents au sein de l'institution peuvent produire.

De plus, en réfléchissant sur la pertinence actuelle de la question des femmes au Brésil, en tant que chercheuse mais aussi que femme qui croit au pouvoir du féminisme dans sa capacité à entraîner les gens dans le développement de leur propre pensée critique par rapport au pouvoir du patriarcat (qui nous propose des idées aliénantes), je me trouve souvent découragée par les contradictions qui apparaissent au fil des jours. Une production débridée d'illusions qui se légitiment peu à peu. Ces derniers jours (en juillet 2019), par exemple, un

³⁸ Les personnes diplômées en obstétrique reçoivent une formation générale axée sur l'engagement citoyen et la recherche de solutions aux problèmes contemporains et une formation spécifique qui intègre les dimensions biologiques, psychosociales et culturelles dans le processus de soins et d'assistance aux femmes, à leurs familles et à la communauté (NARCHI ; SILVA ; GUALDA, 2012).

projet de loi a été approuvé par l'Assemblée législative de l'État de São Paulo au Brésil,³⁹ qui encourage l'accouchement chirurgical sans indication médicale dans le réseau public. Cela signifie que les femmes enceintes de cet état auront le droit d'opter pour la césarienne dans le SUS à partir de la 39e semaine de gestation. La prochaine étape sera son approbation par l'instance gouvernementale de l'État de São Paulo. Cette loi, qui a été approuvée, viendrait donner un cadre légal à une pratique déjà existante comme déjà évoqué précédemment.

J'ai parfois mentionné et discuté, tout au long de cette thèse, la fragilité de l'attention accordée aux groupes informatifs et éducatifs dans la préparation des femmes à l'accouchement. L'approbation de cette loi renforce les forces déjà actives dans le processus d'institutionnalisation des naissances par césarienne au Brésil, affaiblissant peut-être les luttes de résistance des mouvements sociaux, ainsi que les discussions au niveau mondial concernant l'urgence de changer la logique instituée. Ainsi, l'institutionnalisation juridique de la césarienne se poursuivrait pendant sa désinstitutionnalisation social et économique. Avec cette loi, la césarienne deviendrait un droit plutôt qu'une indication médicale appropriée à certaines situations pathologiques. Cela soutient les arguments que j'utilise dans la discussion sur les éléments intrinsèques en relation avec les naissances au Brésil.

L'Association d'obstétrique et de gynécologie de l'État de São Paulo (SOGESP) s'oppose à ce projet au motif de l'absence de preuves scientifiques et de la probable augmentation des taux de césariennes sans discrimination qui peuvent présenter des risques pour la mère et le bébé. D'autre part, le Conseil régional de médecine de l'État de São Paulo (CREMESP) défend le projet sous l'allégation de la garantie de l'autonomie des femmes dans le SUS (ils soutiennent que celle-ci est déjà garantie dans les services privés). Le groupe professionnel des médecins est donc divisé entre les médecins spécialistes de la SOGESP qui mettent en avant les risques pour les femmes et les bébés et les médecins qui pratiquent dans les hôpitaux publics et privés qui mettent en avant le droit des femmes. Ces derniers se placent ainsi de façon très discutable, qui peut être vue comme opportuniste, sous la bannière de l'autonomie des femmes.

La lutte pour des pratiques humanisées en matière d'accouchement, par voie vaginale ou par césarienne (dans les cas où celle-ci est médicalement indiquée) se développe mais les soins aux femmes et aux bébés, restent marqués par des interventions excessives (comme le reconnaissent de plus en plus de professionnels), des lacunes dans la préparation à

³⁹ Je vous suggère de lire l'article qui traite du projet : <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2019/06/sem-evidencia-projeto-pro-cesarea-no-sus-vai-a-votacao-em-sp.shtml>

l'accouchement, des actions qui priorisent le fonctionnement des services et qui disqualifient les désirs des femmes.

En ce qui concerne le processus organisationnel des établissements de santé (et les pratiques mises en œuvre par ceux qui y travaillent), il faut considérer qu'il influence le contexte des deux pays. En France, la sage-femme travaille souvent simultanément dans plusieurs salles d'accouchement, avec plusieurs femmes en cours de travail. Ces professionnelles, formées pour accompagner la femme, doivent aussi gérer toute une organisation et une technologie. Cela renforce la place centrale du professionnel (ici la sage-femme), car c'est lui qui utilise la technique et autres ressources. Par conséquent, ce fonctionnement peut facilement générer la dévalorisation du rôle des femmes en couche et l'excès d'interventions médicales.

...puis on a appelé la sage-femme et un médecin est arrivé. Elle a dit : "Toutes les filles (les sages-femmes) sont occupées en ce moment." Elle (le médecin) était de garde pour une césarienne, en fait, n'est-ce pas ? Puis elle m'a dit : "Mais, eh bien, je sais comment accoucher, n'est-ce pas ? Alors je vais commencer, je vais le faire..." Puis elle a commencé mon accouchement (MÈRE/FRA/03).

Elle lui a demandé de prendre une position à laquelle elle n'était pas habituée... (PÈRE/FRA/02).

Elle a demandé... "As-tu une position que tu veux faire ?" Et puis j'ai dit que je voulais la mettre de côté. Puis elle a dit : "Sur le côté ? Ecoute, sur le côté, je ne sais pas, hein ? Je ne l'ai jamais fait de côté..." (MÈRE/FRA/03).

Le dernier discours renforce cette impression d'incohérence entre la réponse aux souhaits des femmes et les techniques professionnelles des différentes catégories. Le professionnel de la santé, qui n'effectue généralement pas d'accouchements vaginaux dans le contexte français, délimite/induit sa façon d'opérer au moment exact de l'accouchement, dans un acte déjà effrayant pour la femme en question (d'autant plus qu'ici c'est une Brésilienne qui va accoucher dans un pays différent du sien), finit par anéantir son autonomie, créant plus de tension tant chez la femme elle-même que chez son mari présent en ce moment.

Les pratiques professionnelles participent donc aux transformations institutionnelles liées aux politiques. Dans un contexte global, la NGP met progressivement en œuvre une logique axée sur les résultats, qui envahit les domaines les plus divers : social, économique, éducatif, recherche, santé et autres.

La santé maternelle et infantile brésilienne a fait l'objet de critiques dans différentes perspectives de recherche, notamment en ce qui concerne les indicateurs quantitatifs. Cette situation résulte, dans un premier temps, des inégalités sociales et sexospécifiques remarquables au Brésil et de l'organisation du système de santé brésilien, qui se reflètent dans les performances des professionnels. Ces pratiques, à leur tour, ont été remises en question par

des mouvements sociaux et des groupes de lutte contre la violence dans le domaine de la santé qui remettent également en question le processus de formation.

Il est possible de voir à partir de ce qui a été montré dans les trois axes que la complexité est présente dans tous les domaines de l'institution. L'institution n'est pas réduite à ses institués, pas plus que la santé maternelle et infantile. Elle est transformée par l'arrivée de nouvelles pratiques, de nouveaux dispositifs et, bien souvent, par le renouvellement des indicateurs organisationnels. Il y a une lutte pour maintenir l'instituée de la naissance par césarienne (qui peut aller jusqu'à la promulgation de lois contraires à la santé publique) face à un instituant (qui s'appuie sur des mouvements sociaux comme sur des prises de conscience internes à l'institution de santé) qui renverse le processus d'institutionnalisation. Au début de cette recherche doctorale j'étudiais l'institutionnalisation de la naissance par césarienne alors dominante au Brésil, quelques années plus tard je réalise que c'est finalement la désinstitutionnalisation qui est au centre de mon travail pour ce qui est du Brésil. Dans ce processus permanent d'institutionnalisation/désinstitutionnalisation, certaines contradictions deviennent explicites, d'autres restent cachées.

Considérations finales

La naissance, considérée comme analyseur des institutions de santé maternelle et infantile et de l'éducation pour la santé, a mis en évidence de multiples tensions et contradictions. La société change constamment, ce qui influence et est influencé par divers facteurs. Ces changements donnent lieu à des exigences qui remettent parfois en question le fonctionnement ordinaire des systèmes concernés.

Les institutions évoquées ici, les forces qui agissent (en elles, sur elles et contre elles) et ce qui en résulte, montrent l'ampleur de la complexité qu'elles impliquent, ainsi que les formes que prennent les processus d'institutionnalisation et de désinstitutionnalisation (dans la désinstitutionnalisation, quelque chose est institutionnalisé). Ainsi, l'institutionnalisation et la désinstitutionnalisation, dans leur caractère mutant, confirment que ce n'est pas la fin de l'institution, mais la marque d'une crise dans les institutions étudiées ici. Cette crise est dû au non-respect ou à la faiblesse de la promotion des soins aux femmes enceintes, à la fourniture d'une assistance qui ne respecte pas leurs spécificités, à la non transparence des informations transmises aux sujets concernés (ici les patientes).

Dans ce parcours je me suis appuyé sur les axes analytiques suivants :

- «Naissance par césarienne : un analyseur de la condition féminine face à la médicalisation»;

- «Naissance par césarienne: un analyseur des pratiques et des discours professionnelles» et

-«Naissance par césarienne: un analyseur de l'institutionnalisation de la naissance».

J'ai discuté la façon dont la césarienne est perçue par les femmes brésiliennes et françaises, ainsi que des éléments qui traversent ces perceptions et soutiennent la réflexion sur l'accouchement. La discussion sur la condition de la femme a permis de mieux comprendre ce processus, puisqu'elle concerne le contexte bien au-delà de l'accouchement lui-même, et nécessite la compréhension de la place des femmes dans la société en question. La culture apparaît comme un élément déterminant des pratiques destinées aux femmes. Cela dit, il est important de comprendre que ce ne sont pas les actions violentes ou non-violentes qui créent la culture, mais le contraire. Un travail éducatif est donc nécessaire afin de permettre à la société (et aux femmes elles-mêmes) de comprendre les contextes dans lesquels elles vivent à différents niveaux.

La prophétie initiale de l'institutionnalisation de la césarienne était marquée par la promesse d'une plus grande sécurité déposée dans les mains des professionnels, ceci avec la promesse d'un accouchement sans douleur et d'un vagin intact. On sait que ces attentes ont échoué, même si cela ne garantit pas l'extinction des interventions exagérées lors de l'accouchement. Il s'agit d'un processus institutionnel (et non rationnel) dans lequel la question centrale est le maintien du pouvoir médical.

Le Brésil et la France, dans leurs spécificités, font apparaître des processus avec des marques de progrès et de reculs par rapport aux actions sanitaires mises en œuvre, aux processus qui organisent les pratiques professionnelles et, en même temps, à leur maîtrise. En outre, en ce qui concerne le respect des droits des femmes. Il est nécessaire de réfléchir aux forces de maintien de l'institué dans ces processus de désinstitutionnalisation/institutionnalisation, car dans cette réflexion il est possible de situer les limites du contrôle institutionnel sur les personnes. Les résistances, d'origines différentes, provoquent des interférences dans le fonctionnement des institutions.

L'apparente résistance des professionnels, par exemple, à réfléchir sur leurs pratiques, résulte, selon moi, de l'illusion d'un soin reposant totalement sur la connaissance scientifique et induisant une garantie de sécurité, en oubliant les intérêts divers en jeu. Il est bien difficile aux professionnels d'admettre que leurs pratiques ne servent pas toujours les intérêts des patientes. Les femmes, pour leur part, tentent de résister aux pratiques instituées, que ce soit

en adoptant des plans de naissance, dans la décision de vivre une naissance à domicile, dans l'adoption de comportements différents de ceux prescrits par les professionnels et aussi dans la participation à certains mouvements sociaux et à des associations.

Les affrontements résultant de la rencontre dans des espaces communs provoquent l'analyse des pratiques professionnelles, mais il faut reconnaître que le savoir institué a le pouvoir de réduire au silence de la même manière que la monopolisation de la parole par certains dans un groupe peut aussi le faire. Les césariennes à la «demande des femmes», par exemple, sont une réalité qui doit être sans cesse remises en question; après tout, le désir de ces femmes est, comme le montre cette thèse, alimenté par différents éléments tels que la peur, l'insécurité ou la recherche de conditions d'assistance dignes.

En ce qui concerne le système de santé brésilien, il est entendu qu'il ne garantit pas l'accouchement comme une expérience sécurisée pour la femme et la famille, ce qui se reflète dans les statistiques du pays concernant les naissances: nombre de césariennes, indicateurs de mortalité maternelle et infantile. Le système de santé français, à son tour, animé par une autre logique organisationnelle, semble assurer ces accouchements, mais en même temps il se révèle lui aussi concerné par les questions financières et la rationalisation des pratiques. S'y ajoutent d'autres éléments institutionnels propres à chaque pays : la notion de droits des femmes, la violence à l'égard des femmes, la discussion en relation avec les marqueurs de l'oppression de la race, du sexe, de la sexualité et de la classe sociale.

Le protocole de césarienne en France est basé la logique d'une intervention chirurgicale. Ainsi, comme le souligne Koninck (1990), la spécialisation progressive de la médecine favorise le passage de la médicalisation à la « chirurgicalisation». Cela ne signifie pas nécessairement que les professionnels acceptent facilement cette tendance, mais ils sont comme entraînés par elle. Ainsi, les normes organisationnelles sont constituées par la séparation des femmes de leurs compagnons et de leurs bébés lors de l'opération, ce qui leur cause beaucoup de frustration. L'accouchement chirurgical est vécu comme un acte violent, qui provoque de l'inquiétude chez les femmes, voire même une certaine panique chez certaines, et est compris comme un échec par la femme également à cause de ce processus.

Un autre élément frappant pour beaucoup de femmes françaises est le sentiment de passivité, soit à cause de la position dans laquelle la femme est placée à l'accouchement, de la manipulation de son corps par des professionnels ou de la privation de sensations. Ces développements existant en France remettent en cause la réalité brésilienne marquée par la naturalisation des procédures qui privent les femmes de leur autonomie. En ce sens, la réalité française, par rapport à la naissance par césarienne, est interrogée sur les pratiques

développées, notamment dans la préparation des femmes, induisant certaines demandes (désirs) chez les femmes. Le moment de l'intervention par césarienne favorise une sorte d'échec psychologique qui pousse les femmes françaises à céder aux conseils des professionnels. De même, la désinformation sur ce qui sera fait (césarienne ou même intervention vaginale) favorise l'acceptation de presque tout ce que le professionnel propose. Cette tendance à se considérer comme seuls compétents dans la protection du corps des femmes est aussi présent dans le processus de formation professionnelle⁴⁰.

Il est également important de souligner l'existence de la «césarienne active (césarienne naturelle)» qui est, même si elle est encore superficielle, évoquée par les professionnels français et suscite un débat sur la logique de l'assistance qui considère, même dans les limites imposées par la salle de chirurgie, la garantie d'autonomie et le protagonisme des femmes en accouchement. La procédure technique est similaire à celle d'une césarienne classique, mais l'extraction du bébé est effectuée de manière à ce que la mère puisse voir/sentir qu'il est né et ensuite, dans une certaine mesure, participer activement à ce moment (BRIEX, 2015). Il convient de noter que ce thème n'a pas été abordé dans le processus de recherche au Brésil, un pays qui pratique un grand nombre de césariennes. Compte tenu de ce qui précède, l'élargissement de la discussion critique à ces césariennes actives dans les deux pays serait nécessaire. Ce débat contribuerait à approfondir les questions relatives aux pratiques professionnelles, à l'autonomie des femmes et à leur relation avec les professionnels.

Dans la préparation à l'accouchement, une asymétrie entre ce moment et l'accouchement lui-même a été prouvée. Le fait est que les organisations sont des dispositifs de production vivants qui sont imprégnés de lignes de force, comme nous l'avons vu tout au long de cette production. Par conséquent, la problématisation du processus de travail dans le domaine de la santé en général, y compris dans le contexte mère-enfant, est nécessaire pour l'analyse des pratiques, en essayant de comprendre l'écart entre les pratiques professionnelles et les soins effectivement reçus par les patients. Plus que cela, il est important de reconnaître que ces espaces sont imprégnés de différences et de disputes au lieu de les romancer en les recouvrant d'une fausse harmonie. Les manifestations de résistance sont le résultat de ces tensions et asymétries. Elles confirment que les patients ont des stratégies pour détourner les réseaux établis, créants leurs propres réseaux (ici des réseaux entre parents).

Une question importante demeure concernant le besoin d'éducation, que ce soit au Brésil ou en France. Beaucoup d'informations fausses ou vides de sens circulent, beaucoup

⁴⁰ Cf. les travaux d'un médecin français qui traite, entre autres, de l'excès d'interventions chez les femmes. <http://www.martinwinckler.com/spip.php?article1127>

sont surtout orientées dans le sens des attentes organisationnelles et normatives. La conjugaison de différents éléments identifiés dans cette recherche tels que l'incitation systématique à l'accouchement par voie vaginale, la manipulation excessive des corps, l'adoption de plans de naissance, la réduction au silence des demandes non conformes des femmes, la création de besoins nouveaux (et modernes) pour des motifs financiers, la négligence de certaines connaissances, la garantie des droits dans l'autonomie des femmes et autres rendent imprévisible le devenir des pratiques d'accouchement.

Face à ce contexte d'expériences, il est important de réfléchir au caractère actif des femmes et à leur potentiel. La progression ou la régression de leur autonomie resteront liées avec la médicalisation des pratiques. A cela s'ajoute que la logique libérale agit durement en "doublant" les intérêts des institutions mises en évidence. En affirmant cela, je reconnais que mes implications (et aussi surimplications) s'expriment. Cependant, on ne peut nier que la domination institutionnelle exerce aussi une force sur le travail. C'est certainement pour cette raison qu'il y a de la violence et des crises d'identité parmi les agents de santé et l'adoption de mécanismes de résistance. Cette expression de résistance se matérialise dans les discours et les pratiques (que ce soit dans une sphère individuelle ou psychologique) qui refusent d'adhérer aux valeurs collectives dominantes. Au Brésil, une autre voie est la judiciarisation des actions, qui encourage les médecins à agir pour les éviter et garantit le respect des prescriptions. Cette tendance n'a pas été évoquée dans les entretiens menés pour la recherche.

Je propose de nouvelles études qui interrogeraient le fait que l'accouchement par césarienne est souvent associé à des questions individuelles. J'insiste sur l'ampleur de la discussion, qui devrait se poursuivre dans des domaines beaucoup plus vastes (et qui n'ont pas été abordés ici dans cette étude), comme ceux qui concernent les femmes noires, les pauvres, les personnes qui vivent dans des "vides assistenciais", celles qui vivent dans le système carcéral, les femmes enceintes avec fécondation in vitro, les femmes homosexuelles et autres. Compte tenu de ce qui précède, il est urgent de s'efforcer de comprendre la santé comme production de la vie dans sa diversité et les pratiques professionnelles comme le moteur de cette production. Cette conception pourrait conduire à la transformation des pratiques.

Análise das minhas implicações na trajetória do doutorado e da pesquisa

A análise das implicações não se constitui um exercício fácil. No contexto da abordagem teórico-metodológica que tem sentido para mim, ultrapassa a avaliação do bom uso das ferramentas técnicas. Na verdade, exige a construção de dispositivos coletivos nos quais a reflexividade possa se exercer (MONCEAU, 2018). Essa reflexividade vai provocar, constantemente, minhas próprias estratégias e escolhas na trajetória sem desconsiderar os diversos aspectos que me constituem como indivíduo no mundo.

Dito isso, reconheço que ao descrever, refletir e descobrir minha trajetória, eu esbarro em dimensões psicoafetivas (relações humanas e suas produções de subjetividades), histórico-existencial (ligadas à vida, à história e a minha própria existência) e estrutural-funcional (relação do trabalho social e a raiz socioeconômica), as quais são relacionadas entre si (LOURAU, 2004).

O primeiro acontecimento que norteou minha imersão na pesquisa ocorreu no ano de 2005; venci o primeiro desafio: ingressar numa Universidade pública e de qualidade⁴¹. A Universidade colocou-me diante do mundo como sujeito simultaneamente ativo e reativo. Para isso, me aproximei do campo da pesquisa no Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva (NUPISC) como bolsista de Iniciação Científica. Neste espaço de construção de conhecimento, eu pude debruçar sobre a saúde pública, mais especificamente a saúde coletiva⁴², com os grupos de estudos, participação em eventos científicos e as pesquisas desenvolvidas naquele núcleo. A semente do conhecimento foi lançada nesse espaço, da mesma forma que a responsabilidade com a saúde pública brasileira posta como dever.

Os ensinamentos das líderes do NUPISC e experiências da própria graduação contribuíram para minha afinidade com as práticas da Atenção Básica, campo que passei atuar em 2010. Na perspectiva de não afastar-me da pesquisa na área, busquei especializar-me na área de gestão em saúde. No campo prático, vivenciei, por dois anos, os desafios da atuação como enfermeira da Estratégia Saúde da Família (ESF) num município de Várzea da Roça, Bahia. Nesse caminho, fez-se necessário aprofundar as reflexões em relação às práticas, até

⁴¹ Sou graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual de Feira de Santana, Bahia.

⁴² A saúde pública possui como objeto de trabalho os problemas de saúde, fato que sustenta o conceito de saúde como ausência de doenças. Mobiliza a epidemiologia e conceitos tradicionais de planejamento e administração como instrumentos de trabalho. A saúde coletiva se baseia nas necessidades de saúde, a qual amplia as ações não focando apenas nas doenças, mas na qualidade de vida. Utiliza como instrumentos de trabalho a epidemiologia social aliada às ciências sociais, planejamento estratégico e gestão democrática (CAMPOS, 2000).

então, no campo teórico, como: comunicação, avaliação, identificação das necessidades de saúde e, sobretudo, o cuidado em si. Na perspectiva de aperfeiçoar meus conhecimentos e apreender diferentes olhares, interessei-me pelo Programa de Mestrado Profissional em Enfermagem (MPE) da Universidade Estadual de Feira de Santana, sob orientação da professora Dra. Marluce Maria Araújo Assis⁴³. Estudei o “Processo de cuidar da enfermeira na Estratégia Saúde da Família e suas interfaces com a rede de saúde pública em dois cenários da Bahia, Brasil: fragilidades e potencialidades”, na qual pude ser afetada por profundas reflexões relacionadas à saúde baiana, sobre as minhas próprias práticas enquanto profissional de enfermagem, sobre meu processo de formação e, ainda, publicar dois artigos em dois periódicos de importante reconhecimento.

Em 2012, fui aprovada no concurso público para docente na Universidade do Estado da Bahia (UNEB). O processo de trabalho na instituição de ensino superior, campus VII – Senhor do Bonfim⁴⁴, possibilitou meu retorno à pesquisa em um contexto mais dedicado e conduzido por mim. Além disso, o novo ofício me interrogou (e interroga) sobre a necessidade de qualificação com o propósito de proporcionar uma formação diferenciada aos discentes, que promova uma reflexividade e ultrapasse práticas tradicionais e bancárias.

Caminho reforçado após minha inserção na UNEB, eu mantive minhas intenções em continuar o aprofundamento científico e, portanto, o doutorado. Nesse caminho, as relações com o NUPISC foram conservadas e, assim, participei de projetos do referido núcleo de pesquisa. Entre os meses de janeiro de 2014 a novembro de 2016 participei de um projeto: “Observatório Nacional da Produção de Cuidado em diferentes modalidades à luz do processo de implantação das Redes Temáticas de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde: avalia quem pede, quem faz e quem usa (RAC)”⁴⁵ que me permitiu uma aproximação com estratégias de pesquisa que se apoia em uma perspectiva esquizoanalítica em seu referencial teórico metodológico, bem como me apresentou novas formas de se pesquisar. Não posso deixar de reconhecer que participar desses encontros interrogou profundamente as práticas de pesquisa que eu desenvolvia até aquele momento.

⁴³ Professora Titular Aposentada do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Egressa dos programas de Mestrado e Doutorado da EERP/USP. Uma defensora do SUS e incentivadora na formação de indivíduos preocupados e sensibilizados com a saúde baiana e brasileira.

⁴⁴ Senhor do Bonfim é um município brasileiro localizado no centro norte da Bahia. Localizado a 375 quilômetros da capital Salvador. Sua população, conforme estimativas do IBGE de 2018, era de 78.588 habitantes. O município possui uma forte tradição de festas juninas e é considerada a capital baiana do forró.

⁴⁵ Produções da referida pesquisa em: <http://editora.redeunida.org.br/project/politicas-e-cuidados-em-saude-livro-1-avaliacao-compartilhada-do-cuidado-em-saude-surpreendendo-o-instituido-nas-redes/>

Neste caminho, como passo inicial para inserção no doutorado e, também, como fruto da minha relação do NUPISC, eu entrei em contato com professora Dra. Maria José Bistafa Pereira⁴⁶, da Universidade de São Paulo, que é uma ativa colaboradora na UEFS, e falei sobre meu interesse em estudar na USP em Ribeirão Preto.

Assim, o envolvimento com o objeto do presente estudo se deu após minha entrada no Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública, na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, sob orientação da referida professora e fui inserida no Núcleo de Pesquisas e Estudos em Saúde Coletiva (NUPESCO). Após alguns meses, em virtude da aposentadoria já prevista da docente, fui acolhida pela professora Dra. Cinira Magali Fortuna e então me aproximei mais especificamente do referencial teórico da Análise Institucional (AI), da rede Recherche Avec e, portanto, de uma proposta de pesquisa colaborativa, internacional e francôfônica. Nesse encontro, fruto das relações entre professora Cinira e a referida rede francôfônica, fui convidada a vivenciar uma excelente oportunidade de seguir o doutoramento em dupla-titulação (Brasil e França), o qual resultou na estruturação de uma equipe composta por mim sob orientação da professora Cinira Fortuna e professor Gilles Monceau.

O referencial teórico metodológico da sócio-clínica institucional, desdobramento da AI, me ensina cotidianamente diferentes maneiras de olhar, enxergar e refletir sobre as relações e sobre as vivências. Aprendi que estamos cotidianamente implicados, de alguma forma (afetivamente, ideologicamente ou profissionalmente), em tudo que fazemos, mesmo que não tenhamos consciência disso (LOURAU, 2004; LOURAU, 2014; LOURAU, 1993; BARBIER, 1985; MONCEAU, 2013). Esse entendimento me permitiu ressignificar diversos momentos da minha trajetória como indivíduo no mundo. Outro elemento que contribuiu com minha aproximação com o objeto foram vivências, nos dois países, em disciplinas como Tópicos de Ciências Sociais, Medicina, Saúde e Sociedade (ministrada pela professora Solange L'Abbate, referência nos estudos sobre AI), Séminaire Méthodologies qualitatives, Fenomenologia do Mundo da Vida e Subjetividade Contemporânea, o Movimento Construcionista Social em Psicologia e suas Implicações para a Pesquisa e a Prática em Saúde, Dinâmica da Instituição Familiar. Além disso, participação e eventos como o Simpósio Recherche Avec, Congresso da Associação Latino para Análise dos Serviços de Saúde/CALASS, Colloque International Biomédicalisation de l'accouchement: Regards croisés sur la césarienne, Séminaire de Recherche TECHNOREP e curso de extensão sobre

⁴⁶ Professora aposentada da USP e professora do Curso de Mestrado Profissional Educação e Saúde da Universidade de Ribeirão Preto. Importante personalidade na história da saúde ribeirão-pretana, na defesa do SUS e na formação de enfermeiras no Brasil.

Inovação em Saúde Materno-Infantil e a iniciativa Hospital Amigo da Mulher e do Bebê me possibilitaram agregar conhecimentos salutares para a escrita da presente tese e na construção do conhecimento que poderei levar para vida.

É relevante salientar que a aproximação da professora Cinira com a rede francófônica, mais especificamente com pesquisadores da França e do Canadá, bem como meu engajamento com o doutorado, me permitiu a inserção na pesquisa: “O nascimento como processo biopsicosocial: um estudo colaborativo interdisciplinar dos efeitos das práticas e discursos sobre a perinatalidade no tornar-se pais no Canadá, na França e no Brasil”. Assim, após iniciar uma colaboração no seu desenvolvimento no Brasil e em sua fase final na França, frente ao contexto da discussão em torno do desfecho do parto no mundo, estruturei um recorte para os elementos que envolvem a institucionalização do parto cesariano no Brasil e na França sob a perspectiva da sócio-clínica institucional. Tudo isso surge de uma larga discussão em torno das questões relacionadas aos discursos dos profissionais e seu poder sobre o indivíduo, a política da medicina sobre os corpos sociais, o parto, às normas instituídas, às demandas resultantes das políticas preocupadas em reduzir as taxas de nascimentos por cesarianas, as marcantes motivações em reduzir os indicadores, os dispositivos de resistência adotados, os elementos subjetivos em relação à temática, as influências, etcetera.

Na condição de filha mais nova de pais nascidos na zona rural (mãe branca, pai índio) do interior baiano e que migram para “cidade”, ainda crianças, para acessar escola e bases para uma vida que costumam apelidar de estruturada; na condição de filha de um casal que se divorcia ainda na minha infância e que minha mãe, como a maioria das brasileiras, assume a maior responsabilidade na nossa criação e educação e enfrenta jornadas triplas ou quádruplas de trabalho; na condição de ser filha da geração de jovens nascidos de partos cesarianos; na condição de uma criança que ainda cedo é obrigada a entender o contexto social da mulher no nordeste brasileiro frente às vivências da minha mãe; na condição de mulher lésbica que vivenciou (e vivencia) duras e desafiadoras etapas de aceitação desde a adolescência; na condição de mulher que não tem a maternidade como projeto de vida e é atravessada pelas demandas sociais e culturais em relação à temática, compreendo que é uma interessante análise dessas dimensões e a minha relação com o objeto de pesquisa. Nesse processo analítico, gostaria de evidenciar que não somente a minha trajetória, como também as injunções sociais acerca da maternidade, tão capazes de nos preencher ou nos maltratar, são marcadas por um romantismo nas relações familiares e servem também para garantir a função do casamento e da maternidade (TIBURI, 2019).

Diante do exposto, posso afirmar que minhas implicações partem de todas as vivências enquanto mulher, nordestina, trabalhadora da saúde (enfermeira da Estratégia Saúde da Família), gestor (referência do núcleo de educação permanente), nas práticas da graduação como docente e como usuária do SUS. O elenco de contextos consubstanciais para meu interesse em desenvolver a presente pesquisa.

**PARTE I – CONTEXTUALIZAÇÃO E
APROXIMAÇÃO DAS QUESTÕES SOCIAIS EM
TORNO DO NASCIMENTO**



Goustave Courbet, *L'Origine du Monde*, 1866, Paris, Musée d'Orsay.

O quadro me fez pensar em duas coisas: num primeiro momento, o escândalo provocado pela nudez da obra na representação da origem do mundo a partir do corpo de uma mulher (restrito à genitália, ventre e seios), ou seja, gravidez, parto e aleitamento. Num segundo momento pensei sobre a grande questão por trás do quadro: a identidade da mulher, que foi revelada somente 150 anos após, em 2018, o que provoca a reflexão em relação a elementos sobre as questões sociais da mulher na sociedade.

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

A apropriação da vida do homem pelo saber médico ocorre, desde o século XVIII, com o nascimento da medicina moderna e da higiene. Esse momento fez com que: “(...) os profissionais de saúde e educadores, sobretudo, se tornassem especialistas a quem todos deveriam recorrer em busca de soluções para seus males domésticos” (GAUDENZI e ORTEGA, 2012, p. 22). Nesse caminho, na década de 1960, se delineia o termo medicalização associado à apropriação dos modos de vida do homem pela medicina e sua intervenção no corpo social.

Estudos relacionados à medicalização do parto e nascimento ocorrem em todo o mundo (ILLICH, 1975; FOUCAULT, 2012; GAUDENZI e ORTEGA, 2012; HEIMANN, 2010; CÉSARINE, 2018; DENEUX-THARAUX et al., 2006; SPONG, 2015; PIMENTA, SILVA, BARRETO et al., 2013; LANSKY, FRICHE, SILVA et al., 2014; VELHO, SANTOS e COLLAÇO, 2014; RATTNER e MOURA, 2016; MARTINO, FUSCO, COLAIS et al., 2014; CÉSARINE, 2015; FRÉOUR, 2015; DOMINGUES et al., 2014). Desde 2005, anualmente, a Organização Mundial de Saúde publica as estatísticas sanitárias mundiais em que sublinha a evolução das taxas de cesarianas no mundo e estabeleceu associação entre o nascimento por cesariano em três critérios: lugar de vida, nível de educação e de renda. No Brasil, mais de 98% dos partos, ocorrem em hospitais e mais de 80% são assistidos por médicos (REIS, 2018). Tal realidade numérica revela que parto e o nascimento sofreram e sofrem reflexos da transição do seu entendimento como uma vivência para um evento, ou seja, um procedimento hospitalar capitaneado pelo saber médico e, muitas vezes, cerceador do protagonismo da mulher. As taxas de cesarianas permaneceram, por muitos anos, numa média 50% nos serviços públicos e quase 90% nos serviços privados justificados pela forte valorização das ações tecnicistas, pela comodidade dos profissionais na realização do procedimento, pelo receio da dor pelas mulheres, mas escondidos na ideia de a intervenção garante mais segurança (LANSKY, FRICHE, SILVA et al., 2014; VELHO, SANTOS e COLLAÇO, 2014; RATTNER e MOURA, 2016). Na França, por outro lado, o percentual dos desfechos dos partos cesarianos são em média 20% e os profissionais que se ocupam, no geral, pelo acompanhamento em todo processo gravídico-puerperal são as sage-femmes⁴⁷.

⁴⁷ Significa “aquele quem tem o conhecimento da experiência da mulher”. Uma profissão medical especializada em saúde da mulher em todo ciclo da sua vida. A profissão é exercida em grande parte por mulheres. O

Nesse país, os fatores que determinam a prática da cesariana, primeiramente, são as características do bebê (prematuridade, macrosomia, por exemplo) e das mães (idade da mãe, número de bebês em gestações múltiplas influenciadas pelas técnicas de procriação medicalmente assistida e massa corporal da mãe). Geralmente a participação dos médicos obstetras no processo gravídico puerperal se dá nas gestações de risco que podem prever uma cesariana, situações de complicação no trabalho de parto (cesarianas de urgência) ou, mais raramente, mas em ascensão, quando há demanda das mulheres (HEIMANN, 2010; CÉSARINE, 2018). Nos dois países, em suas especificidades, discute-se a força com que a biomedicalização atua junto aos partos, bem como as causas e consequências disso.

No Brasil, entre 1990 e 2015 a mortalidade materna reduziu 43% e a mortalidade infantil variou uma média anual de 4,9%, mas após um período de sucessivas quedas nos indicadores, em 2016, as taxas voltam a crescer decorrente do aumento de óbitos no período pós-neonatal.⁴⁸ As quedas, sem dúvidas, são justificadas pela ampliação da atenção primária à saúde. Apesar disso, a baixa qualidade da assistência e adoção de práticas ultrapassadas e/ou iatrogênicas refletem nos resultados perinatais. O excesso de cesarianas, por exemplo, comprova tal argumentação.

Estudiosos afirmam que o contexto de aumento dos indicadores se delinea como resultado da exposição aos fatores externos ligados diretamente às condições de vida e acesso aos serviços (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA, 2018). Tais taxas de mortalidade estão também sob efeito da crise econômica, ajuste fiscal e os cortes no investimento da saúde. Somado a isso, compreendo que para além dos determinantes sociais, outras questões como a ilegalidade do aborto, o excesso de partos cesarianos desnecessários e a má qualidade da assistência durante a gestação, o parto e puerpério são elementos que provocam tal realidade.⁴⁹

Na França, o código da saúde pública explicita que no que envolve a proteção e a promoção da saúde materno-infantil, são partícipes o Estado, as coletividades territoriais e os organismos de seguridade social (FRANÇA, 2005). Em relação à gravidez e pequena

percentual de homem sage-femme é de menos de 2% do total de profissionais (LE CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES SAGE-FEMMES, 2019).

⁴⁸ A taxa de mortalidade infantil no período de 2010 a 2015 variou de 16 para 13,5 por 1000 nascidos vivos. Em 2016, a referida taxa foi de 13,9 por 1000 nascidos vivos (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA, 2018).

⁴⁹ O componente neonatal é o principal relacionado à mortalidade infantil, entre as quais ocorre nas primeiras 24 horas de vida. As causas de morte são prematuridade, mal formação congênita, asfixia intraparto, infecções perinatais e outras relacionadas aos fatores maternos. O Ministério da Saúde brasileiro, por sua vez, associa tal realidade no número de mortes à emergência do vírus da zika e à crise econômica (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA, 2018).

infância, há um programa “perinatalidade e pequena infância” em que a Saúde Pública contribui para o desenvolvimento da prevenção, redução de riscos e promoção da saúde nesse período da vida. Nesse caso, seria colocar em prática o aproveitamento desse período para promover um modo de vida favorável ao desenvolvimento da criança e os laços de união com suas famílias. Isso engloba a preparação do novo estatuto de pais, ao acompanhamento da gravidez com conselho conselhos às gestantes em relação à nutrição (INPES, 2019). No que envolve os indicadores sobre o nascimento por cesariano, a França, entre 1981 e 2003, as taxas de partos cesarianos aumentaram 8,7% e, após esse período, manteve-se estável em torno dos 20% (CÉSARINE, 2019; BLONDEL et al., 2003).

Nesse contexto, a presença das estratégias de educação articuladas às da saúde são necessárias (e presentes) nos dois países. Entretanto é fundamental reconhecer que o sentido dado nessa implementação é que fazem a diferença no cotidiano das pessoas, pois, indubitavelmente são atravessadas por fatores diversos como, por exemplo, a lógica organizacional dos serviços e a compreensão dos trabalhadores articuladas ou não com a dos usuários dos serviços. Isso se dá, uma vez que impactam diretamente no desdobramento final das ações. No âmbito das práticas desenvolvidas, a educação em saúde busca considerar as diferentes organizações e instituições e seus diferentes agentes mesmo fora dos espaços legitimados como da saúde.

A discussão em torno da promoção da saúde, sobretudo após a divulgação da Carta de Ottawa, em 1986, valoriza dimensões variadas que urge ultrapassar as ações curativas e abram espaço também para as questões relacionadas à saúde coletiva e ações preventivas. É válido esclarecer que existem imprecisões na aplicabilidade do conceito de promoção da saúde e outras temáticas como prevenção de doenças e Educação Terapêutica do Paciente (ETP). Na França, por exemplo, há uma importante valorização da ETP nas ações de desenvolvimento das políticas de prevenção e tal vertente é confundida com a aproximação nas ações de educação, afinal na ETP, o indivíduo portador de uma doença ou exposto ao risco. Nas ações de educação, os indivíduos, portadores de uma boa saúde, dispõem de tempo para aquisição de competências voltadas às ações educativas que sustentem possibilidade de autocuidado (SANTANA, FORTUNA e MONCEAU, 2017).

No contexto brasileiro discute-se a relação educação em saúde, na perspectiva de educação popular em saúde e também a educação na saúde, no contexto das estratégias desenvolvidas junto aos trabalhadores, usuários e gestores (BRASIL, 2013). No contexto francês, as práticas voltadas para a educação na saúde sustentam o discurso da ação intersetorial. O Instituto Nacional de Prevenção e da Educação para a Saúde/Institut National

de Prevention et d'Éducation pour la Santé (INPES), desde 01 de maio de 2016, juntamente com o Instituto de Vigilância da Saúde (veille sanitaire) e o Estabelecimento de preparação e de resposta às urgências sanitárias (l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires) foram unidos e transformados na Santé Publique France. A Santé Publique France é um estabelecimento público administrativo sob a tutela do ministro encarregado pela saúde. Foi criada pelo decreto n° 2016-523 du 27 avril 2016 e fez parte da lei de modernização do sistema de saúde francês (loi n°2016-41 du 26 janvier 2016) (INPES, 2019). A ação intersetorial intenciona atingir uma ação educativa baseada no acompanhamento das pessoas e grupos que as permita serem copartícipes do seu processo de modo a desenvolver seus recursos, suas potencialidades e poder. É uma aposta preocupada com a redução das desigualdades sociais e de saúde existentes mesmo nos países europeus. Nesse sentido, investe-se em formações, profissionalizações e espaços de reflexões lideradas pelo INPES. Existe também àquelas focadas na educação terapêutica que buscam a sensibilização dos profissionais e poder público sobre a importância, seja na percepção de estratégias de aproximação, os métodos possíveis, as ferramentas inovadoras bem como a reflexão sobre suas próprias práticas. Reconhecem que as estratégias de educação para a saúde não devem estar restritas à perspectiva terapêutica (SANTANA, FORTUNA e MONCEAU, 2017). Nesse caminho, a saúde pública francesa, no que envolve o investimento nas ações de educação para a saúde, enfrenta uma fragilização econômica e isso reflete diretamente numa precarização das ofertas das associações parceiras (POMMIER e FERRON, 2013).

Um aspecto relevante a se atentar é a influência biomédica e as intervenções tecnicistas, bem como seu caráter marcante no âmbito da saúde, inclusive no evento da gravidez e parto. A realidade de cada local é também influenciada, como já referido, por vários aspectos atravessados entre si, inclusive pela ação dos profissionais envolvidos e suas concepções. Outro elemento que cruza essa questão coloca-se pelas relações de poder impregnadas nas ações de “cuidado”. Existem mecanismos na vida (biológica e seus processos) que impactam diretamente. Assim, as estruturas de biopoder, implicam nos modos de agenciamento e, algumas vezes, na singularização de um corpo específico que ganhará forma de objeto e sujeito das estratégias de poder (FOUCAULT, 1977). Tais mecanismos ganham ainda mais força com a utilização de estratégias de coerção como leis, regulamentos, dispositivos materiais e até fenômenos de autoridade. O binômio saber-poder estrutura-se, portanto, com a intenção de explicitar como um elemento de conhecimento pode assumir efeitos de poder e, do mesmo modo, como o mecanismo de coerção pode ser delineado (FONSECA, 2011).

Segundo Lourau (2000), as instituições frequentemente nascem dos movimentos sociais, por isso uma temática relevante a se considerar no cerne da discussão é a influência das lutas feministas no aprofundamento crítico-reflexivo em torno da maternidade (e todas as questões associadas a ela). Isso se dá, por um lado, pelo entendimento da primeira onda feminista de que a maternidade seria um trunfo para a penetração na esfera pública dado que havia uma reivindicação dos direitos para as mães e para as mulheres. Por outro lado, outra vertente do movimento que interpreta a maternidade como um freio na emancipação feminina (COVA, 2005). Assim sendo, o desdobramento dessas lutas demonstra um comprometimento político que influenciará, inclusive, na produção de conhecimento como: sexismo, gênero, relações sociais de sexo, saúde reprodutiva, direitos reprodutivos, patriarcado, entre outros. Ademais, desconsiderar a discussão em torno da temática é não incorporar a compreensão ampla dos fenômenos sociais. Por isso, a articulação desses temas com o contexto atual sobre o nascimento, as instituições existentes e que se cruzam, é relevante.

O fato é que as orientações em saúde são geralmente formuladas em referência ao estado atual dos conhecimentos científicos, logo não é de se estranhar que com o passar dos anos elas possam se contradizer. Frente a isso, há um risco de que tais conhecimentos científicos, possuidores de potencial para sensibilização da sociedade, estejam suscetíveis a transformar-se em recomendações e até prescrições de comportamento. No que envolve as etapas em torno do nascimento isso também é possível de acontecer (SANDRIN, 2006). É importante estar atento que as mensagens padronizadas e pré-estabelecidas podem simplesmente aumentar as desigualdades e desconsiderar as dimensões biológica, psicológica, social e cultural da saúde o que repercutirá ou em resistências e distanciamentos entre os usuários e profissionais ou em submissão e passividade dos usuários. O referencial teórico-metodológico da Análise Institucional é potente nesse processo, pois nos instrumentaliza para a compreensão desses processos em seus aspectos macrossociais e micro sociais.

Frente ao exposto até aqui, compreendo que a articulação entre essas questões específicas em torno do nascimento por parto cesariano e a relação com os componentes educativos e de saúde, na perspectiva do referencial teórico da Análise Institucional, contribuirá na discussão sobre as lacunas no debate em relação à institucionalização do nascimento que valorize e articule a gênese teórica e social sobre a temática. Neste sentido, contribuirá para o debate, pois envolve instituições, dinâmicas sociais, relações, análise de práticas profissionais, os processos dialéticos envolvidos, entre outros elementos. Deste modo, o questionamento central desta pesquisa é: como se estabelece o processo de institucionalização dos nascimentos por cesarianas no Brasil e na França? De que forma os

modos de atuação dos profissionais influência contribuem no processo de institucionalização/desinstitucionalização da cesariana? Em que os contextos dos dois países se interrogam?

Embora o referencial teórico-metodológico, e suas especificidades, sejam discutidos de maneira mais detalhada em tópico específico do presente trabalho, é importante contextualizar aqui o que chamamos de instituição, institucionalização e implicação. A instituição é constituída por formas sociais visíveis, organizadas jurídicas e/materialmente que tem o poder de objetificar nas relações vivas. É composta por três momentos: instituído, instituinte e institucionalização. Este último momento, portanto, é um conceito central na Análise Institucional e se destaca pelo caráter operatório e, sobretudo, político de uma maneira que permite a leitura dialética da instituição de modo a considerar a transformação das forças sociais em formas sociais (LOURAU, 1970; MOURA, 2003; LOURAU, 2014). A implicação é o conjunto de relações que os sujeitos tecem com as instituições. Dito isso, ressalta-se a necessidade de atenção ao fato de que nos instituímos pelos nossos atos, estes, por sua vez, nos colocam no centro do conceito (e da lógica) de implicação, o que definirá, portanto, a compreensão do processo de institucionalização. A institucionalização ultrapassa, então, a velha questão indivíduo/sociedade e a relação entre o social e o Estado por ser uma instância instável, de lutas intermináveis (SADA, 2001; LOURAU, 2001; MONCEAU; 2003).

Salienta-se, por fim, que o presente estudo é um recorte de uma proposta de investigação maior, uma pesquisa de abordagem colaborativa, interdisciplinar e transnacional que será realizada no Canadá, Brasil e França, de título: “O nascimento como processo biopsicossocial: um estudo colaborativo, interdisciplinar dos efeitos das práticas e discursos sobre a perinatalidade no tornar-se pais no Canadá, na França e no Brasil”.

Problemática e estado da arte

Embora seja constatado em pesquisas (LINO e DINIZ, 2015; VELHO, SANTOS e COLLAÇO, 2014) que num processo de acompanhamento ao parto a preferência das mulheres, no geral, é pelo parto vaginal, por um longo período, no Brasil, houve um aumento significativo das cesáreas. Isso reflete a hegemonia adquirida pela medicina em relação ao parto e sua inserção no contexto hospitalar e a força com que tais elementos influenciaram (e influenciam) na cultura dos partos.

Na França, por sua vez, as questões relacionadas ao parto cesariano, bem como a quantidade realizada, não assumem o mesmo caráter da realidade brasileira. Há uma consistente discussão em torno da parentalidade, das questões feministas associadas à maternidade e educação sexual nas escolas, sobretudo após as duas grandes guerras mundiais, assim como também em relação à bio-medicalização. Não obstante, as discussões nos dois países se aproximam no que envolve a crítica em relação ao monopólio do discurso sobre os corpos e a saúde das mulheres (CAHEN, 2014; DUBESSET, THÉBAUD, 2005; MAIA, 2010; HEIMANN, 2009; COVA, 2005; SANDALL et al., 2018; BOERMA et al., 2018; BÉTRAN et al., 2018; GOMES et al., 2018; DENEUX-THARAUX et al., 2006; LÖWY, 2018). Minha aposta é que as peculiaridades de cada país permite enriquecer o debate sobre a temática institucionalização dos “partos cesarianos” na perspectiva de cada contexto interrogar-se mutuamente a partir dessas especificidades. Dito isso, proponho uma reflexão sobre o trabalho de normalização da atividade reprodutiva e governo dos costumes num contexto do Estado Social em construção e da medicalização da sociedade.

Em ambos os países, há uma ambivalência de um dispositivo sanitário que demonstra a intenção de, por um lado, proteger a mãe e a criança (ou futura criança) e, por outro lado, regular seus comportamentos a partir do estabelecimento de uma vigilância administrativa sobre as categorias particulares. A superação de visões caricaturais é essencial e será meu exercício a todo o momento.

Com a intencionalidade de encontrar as temáticas mais abordadas em relação ao nascimento, medicalização do parto, nascimento por cesariana e ações educativas, bem como as principais contribuições, realizei uma busca na literatura. A partir desses materiais foi possível identificar as lacunas do conhecimento que fortaleceram as potencialidades da presente produção.

Assim, numa busca seletiva na literatura, por meio do PUBMED, CINAHL e Academic Search Premier, EMBASE, Biblioteca Virtual em Saúde - LILACS (SciELO), SCOPUS, ERIC e HAL, foi possível ter conhecimento das publicações em relação ao parto cesariano, a medicalização e educação que serão distribuídas no quadro 1. O referido quadro explicita também o percurso para a seleção dos materiais.

Quadro 1: Percurso de seleção das produções relacionadas à temática de estudo da pesquisa sobre partos cesarianos e educação no Brasil e na França

Local de busca	Caminho da busca	Resultado	Seleção
----------------	------------------	-----------	---------

		da busca	
PUBMED	(Cesarean OR (Abdominal (Delivery OR Deliveries))) AND ("Health Education"[Mesh] OR Health Education OR "Health Promotion" OR "Prenatal Education" OR "Health Information" OR education) AND (french OR france OR brazil* OR brasil)	209	5
CINAHL e Academic Search Premier	((Cesarean OR (Abdominal AND (Delivery OR Deliveries)))) AND (("Health Education"[Mesh] OR Health Education OR "Health Promotion" OR "Prenatal Education" OR "Health Information" OR education)) AND ((french OR france OR brazil* OR brasil))	160	04
EMBASE	(cesarean OR (abdominal AND ('delivery'/exp OR delivery OR deliveries))) AND ('health education'/exp OR 'health education' OR 'health promotion'/exp OR 'health promotion' OR 'prenatal education'/exp OR 'prenatal education' OR 'health information'/exp OR 'health information' OR 'education'/exp OR education) AND french:ti,ab,kw OR france:ti,ab,kw OR brazil*:ti,ab,kw OR brasil:ti,ab,kw OR 'france'/exp OR 'brazil'/exp	16	3
LILACS	(tw:(Cesárea\$)) AND (tw:((Educação OR education OR educacion))) AND (brasil\$ OR BRAZIL\$ OR França or france\$ or french)	83	4
SCOPUS	TITLE-ABS-KEY ((cesarean OR (abdominal AND (delivery OR deliveries)))) AND TITLE-ABS-KEY (("Health Education" OR "Health Promotion" OR "Prenatal Education" OR "Health Information" OR education)) AND TITLE-ABS-KEY ((french OR france OR brazil* OR brasil)))	163	04
ERIC	(Cesarean OR (Abdominal AND (Delivery OR Deliveries))) AND ("Health Education" OR "Health Promotion" OR "Prenatal Education" OR "Health Information" OR education) AND (french OR france OR brazil* OR brasil)	0	0
HAL	("preparation de l'accouchement" OR cesarienne OR (Abdominal AND accouchement)) AND ((promotion AND santé) OR information de la santé OR education) AND (français OR french OR france OR brazil* OR brasil)	4	2
HAL	(Cesarean OR (Abdominal AND (Delivery OR Deliveries))) AND ("Health Education" OR "Health Promotion" OR "Prenatal Education" OR "Health Information" OR education) AND (french OR france OR brazil* OR brasil)	2	1

Fonte: Elaborado pela autora baseado nos gerenciadores de busca.

No total foram 23 estudos selecionados que tratavam sobre o parto cesariano e aspectos educativos na etapa gravídica puerperal. Na escolha dos trabalhos, utilizei como critério de seleção àqueles que sintonizavam com a discussão em torno do parto cesariano em articulação com as estratégias educativas dos artigos originais provenientes de pesquisas empíricas (e um estudo teórico rances sobre educação). Os estudos que tratavam da assistência em serviços privados, que contextualizavam realidades que não eram brasileiras ou francesas, estudos observacionais ou estudos que repetidos entre as bases, foram excluídos.

O primeiro é um estudo, francês, reflexivo que trata sobre o impacto do modo de tarifação nos serviços hospitalares sobre as práticas no parto cesariano. Apresenta elementos do sistema de cuidados francês no ano de 2003, antes do processo de “tarification à l’activité” (T2A) na França, ou seja, do processo de financiamento das ações desenvolvidas. O artigo trata também sobre os equipamentos hospitalares em seus níveis de assistência, a exaustiva utilização dos hospitais na obstetrícia na França, aspectos organizacionais e a distribuição dos partos entre os serviços. Além disso, tratou também sobre a prática da cesariana naquele país em articulação com o modo de financiamento das práticas. Compara as taxas entre as regiões, e revelam o impacto da estrutura de oferta e do modo de financiamento sobre a probabilidade de parto por cesariano a partir de duas especificações: o efeito fixo marcado pela execução dos partos nos hospitais e os efeitos variáveis relacionados à organização do serviço. Apontam que o modo de financiamento impacta sobre a prática medical, afinal há um impacto do efeito da oferta sobre a realização da cesariana. A T2A introduz um mecanismo de concorrência entre o setor público e privado, porém o estudo pouco aprofunda o lugar da mulher nesse processo, embora afirme que esta não ocupa um lugar marginal (MILCENT e ROCHUT, 2009).

O segundo material, também francês, é um estudo quantitativo sobre o impacto do pré-natal nas taxas dos partos cesarianos, investiga se o nível socioeconômico afeta a adesão ao pré-natal e, conseqüentemente, na decisão do parto cesáreo. Para isso utilizou dados de partos realizados em 11 hospitais entre 2008 e 2014 em um distrito francês. Aponta que as mulheres não aderentes das ações de pré-natal estão mais expostas à probabilidade de parirem por cesariana. Somado a isso, revela que o nível socioeconômico influencia na participação das consultas de preparação para o parto, ou seja, àquela com menos nível estão mais propensas a parir por cesárea e menos propensas a participar das sessões de preparação para o parto (MILCENT e ZBIRI, 2018).

O terceiro material, também de origem francesa, reflexivo, contextualiza a realidade francesa em relação aos partos por cesariana, em que apresentam taxas que praticamente

duplicaram entre os anos de 1980 e 2010. Discute que possivelmente o temor dos traumas obstétricos, por parte das mulheres, são as razões para esse aumento. Argumenta que a realização, por exemplo, de episiotomias sistemáticas de tempos atrás, são substituídas por desfechos cesarianas de conforto sob a mesma justificativa. Apresenta informações sobre alterações no funcionamento do corpo da mulher associadas ao tipo de parto: dispaurenia, incontinência urinária e prolapso genital, mas reforça a informação de que não existem estudos comparativos que comprovem o benefício da cesariana de conforto sobre as perturbações no pavimento pélvico. Finaliza com uma questão sobre o parto como um processo patológico que demanda intervenção médica sistemática ou um processo habitualmente psicológico que solicita intervenção apenas em casos concretos (FRITEL, 2015).

O quarto estudo trata sobre a intervenção brasileira “Sentidos do Nascer no Brasil” e suas estratégias para diminuição das taxas de cesarianas e prematuridade no Brasil. Trata de uma pesquisa multicêntrica, transversal e multissetorial cujos dados empíricos foram produzidos a partir de visitantes (gestantes ou não) da exposição do projeto/intervenção e de mulheres grávidas após o parto. Trata-se de uma intervenção educacional para sensibilização da sociedade em relação às preferências para o parto e os direitos da mulher nesse momento da vida. Destaca o quanto as ações educativas são úteis para melhoria do conhecimento sobre as práticas mais apropriadas para o parto e no processo de participação dessas mulheres no processo decisório bem informado (LANSKY et al. 2019).

O quinto estudo é quantitativo de uma pesquisa com 169 países que totaliza 98,4% dos nascimentos do mundo. Reconhece o potencial da intervenção cesariana, em contextos necessários, mas aponta dados preocupantes no que envolve os diferentes contextos dos países. Estima que 29,7 milhões de nascimentos ocorreram por cesariana em 2015 (quase o dobro dos nascidos por cesáreo nos anos 2000). A América Latina e Caribe, entre as regiões do mundo, são as campeãs na adoção da técnica cesariana. Pontua sobre o aumento das taxas no leste da Europa, Ásia central e Sul da Ásia. Salienta também que a realização desses partos ocorre, frequentemente, em partos com baixo risco obstétrico, em mulheres instruídas, com destaque para o Brasil e China. Confirma a relação direta entre renda e desfecho do parto, marcado pelo acesso inadequado ao parto cesariano em países de baixa ou média renda, entre as mulheres mais pobres. Conclui sinalizando para a lógica de oferta de partos cesarianos que pode, ao mesmo tempo, conduzir o fortalecimento de uma demanda induzida que promove a realização excessiva e desnecessária, como também o frágil acesso (BOERMA et al., 2019).

O sexto estudo, quantitativo, transversal que utilizou dados do Sistema Nacional de Nascidos Vivos (SINASC), em 2015, e utilizou informações de aproximadamente 96% dos nascimentos do Brasil. Sustenta a direta relação do nascimento pré-termo, associado ao parto cesariano, sobretudo em mulheres com maior acesso aos estudos. Da mesma maneira reafirma a associação das questões socioeconômicas e a ocorrência dos partos cesarianos. Aponta a ocorrência de algumas ressonâncias frente aos dados e os riscos em que essa mulheres e crianças estão expostos, como o parecer do Conselho Federal de Medicina no Brasil, o qual proíbe a realização de partos cesáreos, sem indicação médica, antes das 39 semanas. Chama atenção para a necessidade de ampliação das ações que contribuam para a redução do número de nascimentos por intervenção cesariana (BARROS et al., 2018).

O sétimo artigo é um estudo retrospectivo realizado na região do Mar Mediterrâneo, sobre os fatores associados com a baixa taxa de cesarianas no sul da França em articulação com as características e organização de 40 maternidades e as práticas desenvolvidas pelos profissionais. Foram analisadas 55.097 intervenções cesarianas realizadas no sul da França e conclui que os serviços que oferecem formação para médicos tiveram uma significativa baixa taxa de realização de cesarianas. Destaca que os serviços com formação para médicos podem ser um indicador de qualidade para o manejo com partos cesarianos, pois valorizam o atendimento multiprofissional promove uma organização das ações desenvolvidas na maternidade e, conseqüentemente, estimula a busca por aperfeiçoamento nas práticas desenvolvidas. Reconhece que os serviços privados e os serviços de nível III (maior complexidade assistencial) apresentam as maiores taxas de intervenções cesarianas. Mostra ainda que as auditorias voltadas às intervenções cesarianas podem contribuir com a redução das taxas (LESIEUR et al., 2018).

O oitavo material é um artigo que integra uma série sobre intervenções cesarianas e trata sobre as medidas estratégicas para redução das taxas no Brasil. Aponta produções ministeriais sobre o protocolo para realização de cesarianas e chama atenção para os critérios para uma menor intervenção nos cuidados com base na valorização das ações transdisciplinares focada na fisiologia do nascimento e no papel central da mulher durante esse processo. Frente ao comprovado alto índice de cesarianas, sobretudo nos serviços privados brasileiros, destaca iniciativas adotadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (em parceria com instâncias governamentais e serviços) para implementação de ações que visam reduzir as intervenções desnecessárias (OCCHI et al., 2018).

O nono artigo é um estudo quantitativo, transversal, realizado em 176 sites. Examina a qualidade e integridade da informação sobre partos cesarianos nas páginas de pesquisa

utilizadas por leigos no Brasil. Para a seleção das páginas inicialmente foram definidas palavras-chave em português e pesquisadas em motor de busca e a partir dos resultados foram adotados critérios de inclusão e exclusão. Entre as páginas selecionadas a maioria não apresentou alto resultado para confiabilidade da informação. A integridade foi pobre no fornecimento de informações sobre os desfechos cesarianos e os riscos maternos (FIORETTI, REITER, BETRÁN e TORLONI, 2014).

O décimo estudo é quantitativo, transversal, realizado com 50 mães adolescentes e 150 adultas em um hospital de ensino do estado de São Paulo. Buscou identificar a expectativa de puérperas adolescentes quanto ao tipo de parto e seu conhecimento sobre o motivo da cesárea em comparação às mulheres adultas. Revela que a mulher, desde a infância, através das relações estabelecidas, constrói as concepções e relação ao parto e produz um imaginário para o nascimento do bebê. No estudo, foi reconhecido que a expectativa das mulheres e adolescentes em relação ao tipo de parto, sofre influências tanto dos familiares como dos profissionais de saúde que as assiste. Muitos desfechos do estudo foram justificados com procedimentos cesarianos por “demanda da mulher” o que os leva a concluir que o procedimento cirúrgico é uma espécie de bem de consumo. Reforça a necessidade de fortalecimento de ações educativas na preparação para o parto com um investimento na sensibilização das mulheres para o parto normal (BRUZADELI e TAVARES, 2010).

O décimo primeiro estudo é transversal e descritivo realizado com 71 gestantes que utilizavam os serviços de Atenção Básica de um município de Pernambuco, Brasil. Analisa os aspectos envolvidos na preferência pela via de parto. Pontua que a “cesárea a pedido” ganha visibilidade nas justificativas desse desfecho e sinaliza que a lógica de “liberdade de escolha” da mulher necessita estar acompanhada de boa informação sobre os riscos envolvidos em todo o processo. No referido estudo a maior parte das mulheres participantes vivenciaram um parto vaginal e explicitaram ser o seu interesse em virtude da rápida recuperação. Apesar disso, sinaliza que a realidade brasileira é marcada por uma elevada taxa de cesáreas que se justificam: pela preferência da mulher, escolha do profissional e em virtude da realização da laqueadura. Destaca também a fragilidade no processo de preparação para o parto no que envolve informações e orientações sobre parto normal (SILVA, PEREIRA e CARVALHO-JÚNIOR, 2011).

O décimo segundo estudo é descritivo exploratório, com abordagem qualitativa e analisa a relação entre a escolha da via de parto das enfermeiras responsáveis pelo pré-natal nas Unidades Básicas de Saúde e a via orientada às usuárias do serviço. Para discussão da temática estabelece dois eixos: modo de parto orientado no pré-natal e a assistência oferecida

para o parto e nascimento nas experiências entre enfermeiras. Segundo o estudo, há um reconhecimento da importância e benefícios do nascimento natural. Da mesma maneira, compreendem o potencial que um parto cesariano tem de salvar vidas apesar dos possíveis riscos. No que envolve as experiências das próprias enfermeiras, que tinham filhos, em relação ao parto, todas vivenciaram uma cesárea. Essas profissionais afirmam que suas próprias experiências não interferem nas informações promovidas às usuárias. A orientação do modo de parto é oferecida de modo frágil, pois não há um encorajamento para o nascimento natural com as pacientes (SILVESTRE, PEREIRA, NASCIMENTO e PESSOA-JÚNIOR, 2014).

O décimo terceiro artigo é um estudo qualitativo, descritivo que incluiu mulheres que pariram por via vaginal e cesariana no Brasil. Descreve o processo de tomada de decisão por elas e identifica os fatores associados nesse processo. Sustenta que há uma hegemonia do conhecimento e do poder da prática sobre o corpo das mulheres, pois os desejos e “projetos de vida” de muitas mulheres são silenciados pela unilateralidade das decisões. O medo, a tensão e a dor são questões cruciais no processo de decisão da via de parto independente das condições do acompanhamento recebido pelas mulheres participantes do estudo. E, o que prevalece, segundo o estudo, é a decisão médica o que minimiza o poder de participação das mulheres nesse processo (FREIRE, NUNES, ALMEIDA e GRAMACHO, 2011).

Em relação ao décimo quarto artigo é um estudo quantitativo, descritivo e transversal que identifica a expectativa de gestantes e médicos obstetras quanto a via de parto. A maioria das gestantes do estudo revelou preferência pelo parto vaginal. Afirma a possibilidade de variação desta preferência ao longo do processo. Embora as participantes do estudo não tenham a percepção de terem sido influenciadas pelo profissional que as acompanhou, o próprio estudo revela a existência dessa influência frente ao processo de vulnerabilidade que podem estabelecer uma relação assimétrica entre eles. Em relação à preferência dos médicos tem-se o cesariano, embora revelem indicar o parto vaginal. Revela também que em caso de solicitação da mulher pelo parto cesariano, tais profissionais atendem sob a justificativa de responder a autonomia da paciente. O estudo chama atenção para o paradoxo existente entre o desejo inicial dessas mulheres pelo parto vaginal que contrasta com os altos índices de cesarianas no Brasil (LEGUIZAMON-JÚNIOR, STEFANNI e BONAMIGO, 2013).

O décimo quinto estudo é quantitativo de delineamento transversal realizado com 600 mulheres que investiga como a preconização do Conselho Federal de Medicina do Brasil, que trata do incentivo financeiro, influencia nos partos cesarianos realizados. Revela que a variável “mesmo médico para o pré-natal e parto” situa como central na discussão sobre o tipo

de parto realizado com destaque para a importância da relação médico e a paciente. No SUS, por exemplo, as mulheres são acompanhadas por diferentes profissionais no acompanhamento e no parto e isso, segundo o estudo, limita a escolha delas pela via de parto (que em geral é vaginal). Diante disso, os autores confirmam ainda que as mulheres inseridas no contexto da variável supracitada são as que mais vivenciam o parto cesariano o que aponta que a organização dos serviços possui forte influência na via final do nascimento (FREITAS et al., 2015).

O décimo sexto estudo de delineamento misto, descritivo de séries temporais, transversal com dados do SINASC descreve os nascimentos cesáreos e vaginais identificando as variáveis temporais e sócio-demográficas. Confirma o grande número de desfechos cesarianos no Brasil, e chama atenção para partos vaginais existentes, de modo homogêneo, nos diferentes dias da semana enquanto as cesarianas se concentram entre segunda-feira e sexta-feira e durante o dia. Em relação à ocorrência nas diferentes regiões do país, a região norte se destaca com a menor ocorrência de cesarianas. A população indígena, as mulheres sem escolaridade e mulheres solteiras são, da mesma maneira, as que menos realizam esse tipo de parto. Tais informações demonstram como as categorias raça/cor da pele, escolaridade, acesso e nível sócio econômico são importantes marcadores desse processo nos nascimentos (RATTNER e MOURA, 2016).

O décimo sétimo estudo é um estudo quantitativo. Uma coorte com 831 grávidas de serviços de atenção primária no Brasil que avalia a relação entre indicadores sócio-econômicos e o parto cesariano realizado em serviços hospitalares públicos. Discute, como outros estudos já descritos acima, a associação do desfecho cesariano com o nível educacional das mulheres, ou seja, quanto maior o nível de escolaridade, maior a ocorrência das cesáreas. A cor da pele também está associada com a referida via de parto, afinal no Brasil as mulheres negras são, em grande parte, integrantes da parcela desfavorecida financeiramente e acessam o serviço público para os partos. Dos 757 partos realizados em serviços públicos, 28,4% foram cesarianas. Nessa pesquisa, os partos ocorreram em hospital universitário, Hospital das Clínicas e Hospital Sara Kubichek espaços estes que a ocorrência de cesarianas é mais baixa (FAISA-CURY et al., 2017).

O décimo oitavo estudo é quantitativo, transversal, realizado no Brasil que examina os fatores maternos e obstétricos que influenciam o nascimento por cesariana. Aprofunda a discussão sobre a relevância dos níveis sócio econômicos no desfecho dos partos no país. Sugere, por fim, a realização de estudos qualitativos para ampliar a discussão em relação aos partos cesarianos com as variáveis já reveladas nos estudos acima (ALONSO et al., 2017).

O décimo nono estudo é quantitativo que avalia a relação entre as taxas de cesárea e as características dos recém-nascidos. A população do estudo foram mães e maternidade na França. Apontou entre os fatores relacionados ao parto cesariano a apresentação pélvica, o peso do bebê e peso da mãe. Poucos fatores foram associados à repetição de cesárea. Os elementos estão vinculados à cesárea e expressam a influência tanto de condições médicas desfavoráveis quanto de organizações específicas da assistência médica (GUIHAD e BLONDEL, 2001).

O vigésimo artigo busca avaliar o efeito da informação médica sobre a escolha dos pacientes e da prática do parto pélvico a termo por via vaginal. Na França, as cesarianas sistemáticas são frequentemente adotadas em situações em que o bebê possui essa apresentação. Trata-se de um estudo teórico francês. Aponta que os componentes articulados ao processo de consentimento da informação de uma mulher para um cuidado são múltiplos e complexos. Esclarece alguns deles como: o nível e a disposição de cada paciente em ter conhecimento; a evolução dos dados científicos ao longo do tempo; a diferença na efetividade associada ao(s) modo(s) de transmissão da informação e a variedade de percepções das opções de cuidado de acordo com o profissional que ofertam a informação (PIERRE, 2007).

O vigésimo primeiro descreve a experiência de uma unidade de serviço de ginecologia obstétrica em um hospital francês, durante as diferentes fases de avaliação para obtenção de acreditação. Utiliza como base a avaliação médica contínua (EMC), a qual é obrigatória, e visa melhorar e garantir a qualidade do atendimento. Tratou da "melhoria da assistência à mulher e ao recém-nascido após a cesariana agendada" como categoria explorada. No primeiro levantamento retrospectivo dos arquivos de cesarianas programadas realizadas, permitiu atualizar possíveis pontos de melhoria, após a aplicação de ações adaptadas, tanto no nível médico como paramédico. O segundo estudo, realizado após a aplicação dessas ações pela equipe, revelou resultados da iniciativa de EMC, para atualizar novos possíveis pontos de melhoria, mas também para perceber certos limites no alcance dos objetivos (DAVITIAN et al., 2010).

O vigésimo segundo estudo busca compreender um programa de recuperação avançada possível a ser aplicado nos casos de partos cesarianos na França. Revelam não saber da existência da adoção desse tipo de programa na França. Realizada entrevistas por telefone ou e-mail para descrever a prática perioperatório de anestesiologistas em duas regiões francesas. O estudo mostra que os componentes de um programa são insuficientemente implementados na França após o parto cesáreo. Além disso, existe uma heterogeneidade significativa das práticas entre as maternidades e entre as regiões (WYNIECKI et al., 2013)

O vigésimo terceiro é transversal de base populacional a partir dos inquéritos perinatais nacionais franceses, realizado em todas as maternidades do país. Buscou analisar as tendências do aumento e estabilização das taxas de cesáreas na França. Identificou os grupos de mulheres que contribuíram para isso. O aumento ocorreu um aumento explicado por sua maior taxa de cesárea; mulheres que nunca pariram, com parto induzido a termo e mulheres com cesárea prévia. A estabilização foi associada ao grupo de mulheres que nunca pariram, em trabalho de parto espontâneo, com fetos cefálicos. Refletem a necessidade de proposição e avaliação de intervenções para melhorar a gestão do trabalho em mulheres nulíparas, fato que poderia contribuir para manter as taxas de cesárea e mitigar os aumentos entre mulheres multipares no futuro. (LE RAY et al., 2015). A partir das produções citadas anteriormente e suas limitações é possível compreender a relevância da sua articulação com a temática nascimento e parto contribuirá para a ampliação.

No que envolve o referencial teórico em articulação com o debate sobre o parto e seu caráter dialético entre instituído e instituinte, o processo de institucionalização, marcado pelo fracasso da profecia inicial, como refere Lourau (2014), sofre pressões de outras instituições, bem como pela pressão do Estado e de uma classe dominante no uso de suas forças (HESS, 2007). É relevante esclarecer que toda instituição nasce a partir de uma profecia inicial (por exemplo: a profecia inicial do SUS seria a efetivação dos seus princípios). Mais precisamente, ao passo que a instituição se desenvolve e vivencia os trâmites organizacionais, está suscetível a trair a profecia (LOURAU, 1979; HESS e SAVOYE, 1993; L'ABBATE, 2016). A profecia inicial da institucionalização da cesariana é marcada pela promessa da segurança depositada nas mãos dos profissionais, na ocorrência de um parto sem dor e a promessa de uma vagina intacta. É sabido que tais expectativas falharam, mesmo que isso não garanta a extinção da ocorrência das intervenções no parto. Trata-se de um processo institucional (e não racional) em que a questão é a manutenção do poder medical. Em seu processo de institucionalização, em linhas gerais, o parto cesariano passa a ser conduzido pelos saberes práticos invasivos (inclusive àqueles dispensáveis e iatrogênicos), que garantem comodidade, lucro ao profissional e a indústria farmacêutica. São, de certa maneira, naturalizados e refletem nos desdobramentos: vulnerabilidade da mulher e do bebê frente ao processo cirúrgico em si, dificuldade na implementação de cuidados humanizados, submissão da gestante e bebê às rotinas rígidas. Como resultado dessas ações as mulheres tornam-se fragilizadas e constroem uma ideia de incapacidade de vivenciar seu parto e o fortalecimento da criação da “cultura de cesarianas” (GOMES et al., 2018). Outras forças atuantes, como o movimento feminista, movimentos sociais, Organização Mundial da Saúde, políticas públicas

ou até as relacionadas à NGP interrogam a realidade e reivindicam por mudanças dessa realidade. Isso tem potência para provocar o processo de desinstitucionalização do parto cesariano.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Analisar o processo de institucionalização dos nascimentos por cesarianas no Brasil e na França.

Objetivos específicos

Compreender quais são os elementos sociais, históricos, econômicos e profissionais que influenciam o processo de institucionalização do parto cesáreo no Brasil e na França;

Esclarecer pontos de diálogo, convergência, divergências entre as realidades que possibilitam o processo de institucionalização do parto cesáreo;

Descrever, a partir dos analisadores, a influência dos profissionais, os elementos que contribuem no processo de (des) institucionalização da cesariana;

Compreender os modos de atuação dos profissionais (preparação para o parto, amamentação, intervenção precoce, entre outros) no processo de nascimento em ambos os países.

ANÁLISE INSTITUCIONAL: de quais instituições falamos?

A Análise Institucional é uma abordagem teórica que visa atualizar as relações de poder camufladas sob a falsa banalidade da evidência. É orientada por uma aproximação sociológica em consonância com a psicologia de grupos e com uma análise macrosociológica da sociedade. A noção de instituição que tomo como base, a partir do referencial, é muito mais que um estabelecimento ou uma organização (MOURA, 2003). A instituição é uma produção que se constrói nas práticas sociais e históricas e se manifesta nas organizações. Ela produz o saber, o qual, por sua vez, possui uma força produtiva que solicita uma análise. É o resultado da articulação dos momentos: instituído, instituinte e de institucionalização (LOURAU, 2014). No instituído, a instituição se mantém viva pelas pessoas que ficam paralisadas, ou seja, capturadas pelo modo em que opera. No instituinte, nessa perspectiva de pensamento, por outro lado, se mantém viva pela contradição/aquilo que se movimenta, ou seja, que nega o instituído. É exatamente a partir dessa tensão entre esses momentos que a instituição se atualiza pela ação dos sujeitos envolvidos: a institucionalização. Então, este último momento é resultado da relação dialética entre os momentos anteriores: instituído e instituinte. Uma questão importante da Análise Institucional, em relação às instituições e frente ao seu caráter de rápida transformação, é exatamente como nós podemos compreender o que se passa nela. Para se aproximar dessa resposta é salutar que a instituição não está sobre as práticas profissionais, mas dentro delas. Assim, a análise da instituição se constitui exatamente pela análise das práticas envolvidas.

Segundo Lourau (2001), um componente inevitável da institucionalização é o apagamento progressivo da lembrança da profecia inicial da instituição. Nesse processo, inevitavelmente, há a instalação da autoreferencialidade que é um vetor egocêntrico do processo. Exatamente devido a essa força da autoreferencialidade é que reforça a relevância da lógica da implicação para compreender o processo. Nesse caminho de institucionalização, as contradições entre o projeto inicial e seu desenvolvimento no tempo e espaço não são, no geral, percebidos como tais, mas como obstáculos à racionalidade e a funcionalidade. Diante dessas possibilidades de caminhos das instituições, a discussão em torno da desinstitucionalização ganha forma, e é compreendida como uma estratégia de resistência a um dado momento, pois “trata de um processo dinâmico, agonístico e não de uma abstenção moral ou de um absentismo prático face aos pesos potentes do instituído” (LOURAU, 2000,

p. 13). Desse momento agonístico resulta a autodissolução, ou seja, o apagamento progressivo da profecia inicial.

Do movimento (momento profético) decorre um processo de institucionalização que faz com que a forma social do grupo passe a organização e, em seguida, a instituição. A instituição é, portanto, um amálgama de afetivo, de ideologia e de organização. A base material da instituição a institui definitivamente (HESS, 2007, p. 154).

Em relação à institucionalização é importante compreender a denominação dada de que a institucionalização fundadora é compreendida como àquela que a instituição adquire forma ao mesmo tempo em que cria condições para sua perpetuação e compreende o momento inicial da sua criação e a institucionalização permanente que não coloca radicalmente os fundamentos da instituição. Constitui-se como a transformação vivenciada pela instituição ao passo que se desenvolve (SAVOYE, 2003; SAVOYE, 2007; L'ABBATE, 2016).

As intervenções socioanalíticas, existem conceitos basilares e norteadores do método desenvolvido na intervenção por Lapassade e Lourau (1971), entre os quais se tem: a encomenda e a demanda, a autogestão do grupo, intenção do dizer tudo, a elucidação da transversalidade, a análise das implicações e explicação dos analisadores. É válido destacar, conforme aponta Monceau (2012), que a contribuição marcante é o aprofundamento dado ao conceito de instituição, sobretudo no que envolve seu caráter dialético e evidência do momento da institucionalização. Assim, em continuidade a tais intervenções, Monceau (2003) propõe a diversificação das práticas institucionais com um maior questionamento do objeto e as intenções de análise o que resultou num aprimoramento dos conceitos em características. Entre elas tem-se:

“análise das encomendas e demandas, participação dos sujeitos no dispositivo, trabalho dos analisadores, análise das transformações que ocorrem à medida que o trabalho avança, aplicação das modalidades de restituição, trabalho das implicações primárias e secundárias, intenção da produção de conhecimentos, atenção aos contextos e às interferências institucionais” (MONCEAU, 2013, p. 93)

Assim sendo, fica mais fácil compreender que os sujeitos estão de algum modo presos às instituições. Essas relações e/ou vínculos que as pessoas mantêm com elas são as implicações. Interrogar-se sobre como os sujeitos estão implicados nas instituições consiste, portanto, em buscar compreender as contradições existentes e considerar as dimensões afetiva, existencial e profissional que atravessam todos os envolvidos no processo da pesquisa. Nesse caminho, a explicitação dos analisadores, isto é, as dimensões escondidas que permitem a identificação dos aspectos contraditórios e ocultos, vai permitir revelar a estrutura da organização e provocá-la a falar (LOURAU, 2014).

Frente ao exposto, considero aqui o nascimento como um analisador da: instituição “saúde materno-infantil” e da instituição “educação em saúde”, além disso, é também das relações entre profissionais de saúde e as famílias e ainda das desigualdades sociais.

A mulher, o parto e a maternidade

Antes de adentrar a temática aqui proposta, gostaria de situar o leitor para estratégia que utilizo na escrita. Na AI há o interesse pela utilização do diário de pesquisa, no qual registra-se as impressões, sentimentos. Seu uso se justifica, pois se constitui como a pesquisa em si (LOURAU, 1988) (adiante haverá uma explicação mais aprofundada sobre o uso deste instrumento). Diante desse convite ao exercício da escrita proposto pelo referencial, em alguns momentos, faço uso de trechos das minhas apreensões.

As questões relacionadas aos comportamentos em sociedade e relações de parentesco são frequentemente aprofundadas por antropólogos que se esforçam em entender, entre outras coisas, as diferenças entre o feminino e o masculino. Existem hipóteses relacionadas às representações relativas à procriação, a formulação do embrião e as contribuições do pai e da mãe na construção social da pessoa (HÉRITIER, 1996; VIDAL, 2015).

Estatuetas de argila que representam as mulheres da época entre 30.000 e 21.000 a.C. demonstram seios fartos, grande ventre, nádegas, vulva com incisão e, muitas vezes, privadas de membros e até cabeça. Isso nos remete à representação dos nascimentos e, claro, da mulher nesse processo. Ao longo da história ocidental, os nascimentos são marcados por influência das culturas mediterrâneas patriarcais. Os gregos, romanos, judeus, cristãos construíram uma representação complexa sobre a maternidade (KNIBIEHLER, 2016).

Incluirei aqui um pequeno recorte associado à mitologia, aspectos históricos, culturais e os nascimentos. Na minha trajetória do doutorado, acessei materiais sobre a forte influência da mitologia na estruturação dos nossos costumes, mas uma experiência específica me direcionou a registrar essa influência e relacioná-la com o meu tema de estudos.

Após uma semana intensa de estudos da tese na USP, no carro, escuto a rádio USP. Buscava desligar um pouco da temática, mas ao escutar um programa chamado “Mitologia: histórias sagradas”, fui provocada a refletir um pouco mais sobre o nascimento. Os apresentadores dizem que cada mitologia tem sua crença, mas apresentam várias semelhanças como, por exemplo, a procura do início da vida e a questão sobre para onde vamos. Trata de um conjunto de narrativas que falam de deuses e heróis tão cultuados pela civilização antiga. Escutei sobre Gaia, a força criadora, a mãe terra. O programa falou sobre o significado mãe e sua relação com a origem da terra. Segundo a mitologia, Gaia deu origem a três filhos sem participação de um homem e, mais adiante, se a partir da relação com um de seus filhos gerou outros filhos. A procriação é, portanto, marcada como caminho da vida das mulheres. Ao escutar o programa, me sensibilizei em ler um pouco sobre a temática e encontrei informações sobre Eileithyia, filha de Hera e Zeus, considerada a deusa do parto e obstetrícia e tantas outras divindades (Diário de pesquisa, setembro de 2018. Programa no rádio da USP: “Mitologia: histórias sagradas”).

Os gregos se apoiam nos mitos e nas ciências para dar explicação às coisas. A mitologia grega surge da necessidade que existia de explicar a origem da vida e as questões relacionadas à existência. Os mitos gregos já exprimem os sentimentos ocultos ao afrontar a ambiguidade dos sentimentos e a complexidade das relações humanas. Esse pensamento mítico vai traduzir, entre outras coisas, a dimensão simbólica dos nascimentos, da força da vida e da maternidade. Nesse processo, os deuses são representados com características semelhantes aos seres humanos.

Em relação a isso é válido destacar que o patriarcado definitivamente marca todo o processo social evidenciado aqui, por isso, com a intenção de promover uma contextualização, tomarei como partida alguns momentos históricos que refletem diretamente

na situação da mulher na sociedade e, conseqüentemente, no papel materno, nas decisões, nas concepções e até nos desfechos finais do parto. Na herança Helênica, por exemplo, as marcas desse sistema social refletem, entre outras coisas, no entendimento de que a dor do parto e o sofrimento são equivalentes aos riscos corridos pelos homens nas guerras (KNIBIEHLER, 2016). Há também a referência do corpo Hipocrático que marca a origem da ideia da inferioridade feminina, afinal o útero é quem vai governar o entendimento do processo. Galeno, médico romano de origem grega, é o médico que mais influencia a medicina do ocidente e define a mulher como um homem ao avesso em relação aos órgãos.

O patriarcado também é marcado na herança latina, pela influência dos gregos, na doutrina jurídica e legal, e romano, nas ações de higiene à criança e na ideia de maternagem, mas o pai era o cidadão romano com poder sobre os filhos (inclusive para rejeitá-los sem consultar a mãe). Nesse período já havia uma lógica de elaboração de cartilhas para disseminação das “boas práticas”⁵⁰ por Soranos D’Éphese (grego considerado o pai da obstetrícia). Tais materiais tratavam sobre concepção e interrupção da gestação, bem como sobre puericultura.

Na herança judaico-cristã, por sua vez, os mitos e as histórias da antiguidade são reprimidas pelo monoteísmo. Há a concretização da ideia do pai todo poderoso. A mãe, nesse período todo, assume o papel de educadora. Nessa época, as dores do parto representam a punição do pecado de Eva e representa submissão a Deus. É válido ressaltar que a noção desse percurso da maternidade constitui fortemente a identidade feminina em seu âmbito individual ou coletivo (KNIBIEHLER, 2000; HÉRITIER, 1996).

Outro aspecto que merece destaque nesse processo é o modo como a diversidade social, marcada pelos interesses do Estado, influencia fortemente nos modos de vivência das mulheres e mães. A classificação social do antigo regime: nobres, camponeses, burgueses e outros, por exemplo, demarcavam também os deveres das mães. Nesse caminho cronológico, no renascimento, a função maternal também é influenciada tanto pelo aumento das epidemias o que provoca o envio dos filhos para o campo, a igreja católica cria espaços de ensino como estratégia de controle da sociedade. Depois da reforma⁵¹ a igreja assume as gerações mais jovens em seus mais variados aspectos. A partir do século XVIII a influência da igreja declina

⁵⁰ Trata da padronização das ações técnicas a serem empregadas na assistência obstétrica. O termo está associado às ideias de eficiência e eficácia na realização de alguma atividade.

⁵¹ Movimento reformista cristão, do século XVI, que marca a origem do protestantismo. É resultante dos excessos cometidos pelo clero e evolui para uma proposta de reforma da igreja católica: a contrarreforma.

e tem suas tradições questionadas pela filosofia das luzes⁵² e vai refletir diretamente na maternidade que ganha destaque e valor. Nesse sentido, a glorificação da maternidade se instaura durante todo o século XIX e primeira metade do século XX. Há de se destacar que a mulher continua com seu papel estereotipado de qualificação para o cuidado e consolo dos que sofrem. O corpo feminino é tido como um corpo social que é utilizado para reprodução. Há uma forte idealização do amor materno marcado pela influência de Jean Jacques Rousseau (KNIBIEHLER, 2000; BADINTER, 1980). Somado a isso, Engels destaca, ao tratar da questão do trabalho na Inglaterra, evidência questões relacionadas ao controle do Estado na vida das pessoas. Evidencia a inserção da mulher no mercado de trabalho, exatamente por ser uma mão de obra mais barata, e sua repercussão nos trabalhos do homem, no cuidado do lar, do marido e na maternidade. Demarca a concepção sexista tradicional dos papéis socialmente atribuídos aos homens e mulheres (ENGELS, 2008).

Como resultado dos recortes históricos supracitados, o parto, até o século XVIII, era compreendido muito mais como um ritual feminino, não tinha caráter de um ato medicalizado e, assim, era assumido por parteiras. Ocorre a conversão da “arte de partejar” a um ato cirúrgico, ou seja, científico, sob responsabilidade de um cirurgião treinado em obstetrícia. Em confirmação a isso, estudos (DOMINGUES, 2002; MAIA, 2010; BARRETO, 2007) destacam a existência dos cirurgiões-parteiros⁵³ (ou cirurgiões-barbeiros) acionados em situações de complicações nos partos. Tal fato sinaliza o controle masculino nas ações relacionadas ao parto. É importante atentar para o fato de que indubitavelmente existem questões de gênero inseridas nesse processo de mudança do acompanhamento do parto que ultrapassam a relação do “saber” contra o “não saber” (DAHL, 2001; BARRETO, 2007).

Incontestavelmente, havia diferenças quanto à origem do saber entre parteiras e cirurgiões-parteiros. O treinamento destes últimos estava baseado nos conhecimentos médico-científicos, observáveis nos manuais de obstetrícia destinados aos cirurgiões, enquanto as parteiras aprendiam com a experiência de outras parteiras e com a própria experiência na realização de

⁵² Movimento intelectual e filosófico ocorrido na Europa, mas que marca o mundo, no século XVIII. Defendia ideais de liberdade e separação da igreja e Estado.

⁵³ De acordo com Figueiredo (1999 *apud* Barreto, 2007 p. 219) “até século XIX, os cirurgiões e médicos constituíam categorias distintas. Os médicos se ocupavam de prescrever o medicamento para as doenças internas. Os cirurgiões eram encarregados de curar feridas, deslocamentos, abrir e cortar membros do corpo humano. Assim, nos estatutos franceses, o ofício da cirurgia era classificado no mesmo patamar que o do barbeiro. Somente no século XVIII, os cirurgiões conseguiram desvincular-se dos barbeiros, mas tal fato não agradou aos médicos, que se sentiram ameaçados com a ascensão de um profissional das artes mecânicas para as artes liberais”.

partos. As mulheres geralmente não tinham acesso às exposições anatômicas; sua presença nas universidades era incomum, até o terceiro quartel do século XIX (BARRETO, 2007, p. 220).

Esses cirurgiões-parteiros são os responsáveis pela publicação dos primeiros manuais de parto europeus no do século XVI com a intenção de expressar os conhecimentos das práticas medicinais greco-romana. Ressalta-se que as práticas da obstetrícia, enquanto especialidade, só nasce nas faculdades europeias de medicina no século XIX quando a mulher passa a ser objeto de interesse médico e, claro, quando houve uma relativização da estrutura da medicina enquanto profissão. Para isso não se pode desconsiderar a conjuntura social, econômica e política vivida nesse processo de transição (KNIBIEHLER, 2000; SEWELL, 1993). Até então, o determinismo biológico, centralizado, sobretudo, no útero exercia uma forte influência na vida das mulheres e nos seus ideais de vida (MAIA, 2010). Outro aspecto marcante na história dos nascimentos e no protagonismo do médico é a criação dos instrumentais como fórceps, sondas, agulhas, tesouras, pelvímeter que fortalece a concepção intervencionista, conseqüentemente a necessidade de um conhecimento científico estruturado e controlado por homens (MAIA, 2010; THOMAS, 2016; KNIBIEHLER, 2010; BARRETO, 2007). Nesse momento já se estabelecia uma disputa entre os saberes a partir da desqualificação das próprias mulheres, detentoras de seus próprios corpos e àquelas que já desempenhavam tal ofício. As parteiras passaram a formadas em escolas comandadas por médicos e, conseqüentemente, seguindo a lógica de divisão de trabalho e mercado. Sua formação deveria ser realizada de modo diferenciado dos cirurgiões, ou seja, uma instrução parcial e de modo que as mantivessem subordinadas a eles (BARRETO, 2007).

Relevante destacar que com a Revolução Francesa (1789), grandes mudanças repercutiram na família, pois legitimou a exclusão das mulheres da esfera política. As mulheres, por um lado, eram estimuladas a ter consciência da sua responsabilidade social, mas por outro, o código civil (1804) documenta na sua existência a incapacidade civil delas. O marco das primeiras lutas feministas, que se desdobra também desse processo, está intrinsecamente relacionado com a discussão do papel da mulher na sociedade, partem das ideias de Jean-Jacques- Rousseau⁵⁴ e sua distinção entre os sexos, da fragilidade feminina e da sua restrição em espaço privado domiciliar.

⁵⁴ Escreveu em 1762 a obra Emílio (Émile, no francês) e foi utilizado como base para a implantação do projeto pedagógico na Revolução Francesa. Na obra, salienta as fases da criança até a fase adulta preparando-o para

No século XIX, com o capitalismo, os lugares sociais são alterados. O pai está restrito ao escritório ou a usina, a industrialização produz um novo tipo de mãe. As mulheres vão trabalhar e deixam seus filhos nos “salas de asilo”. Pauline Kergomard⁵⁵ transforma essas salas em écoles maternelles na perspectiva de educar as mães e crianças a serviço da III república⁵⁶. Entre 1870 e a primeira grande guerra ocorre uma importante mudança no comportamento social e, conseqüentemente, a função maternal também se transforma. Nessa mesma época, o feminismo se estrutura como movimento social e a França e os Estados Unidos eram os países mais precoces em relação à contracepção (KNIBIEHLER, 2000)

Outro fato histórico que merece destaque exatamente por refletir nos processos assistências destinados à mulher, os estudos de Pasteur (desvenda o mistério das doenças infecciosas que dizimavam crianças, bem como as ideias de profilaxia, antisepsia, assepsia e vacinação) vão também influenciar fortemente na medicalização da reprodução humana e na transformação da maternidade como “coisa de homem”. A atuação médica nos partos era inicialmente centrada nas complicações e isso, sem dúvidas, está relacionado à atual discussão em torno da associação do parto a uma patologia, controle dos corpos gravídicos, mudança do espaço para realização dos partos em hospitais. Nesse caminho, gradativamente, foram valorizadas as informações ligadas à mortalidade materna (em 1850 a mortalidade materna era elevada 10% a 20%), registros de nascimentos, entre outros. Assim, com o passar do tempo e sob a influência dos aspectos citados, era inconcebível, aos olhos da sociedade, o parto em casa (THOMAS, 2016; KNIBIEHLER, 2000; MAIA, 2010; PARENTE, 2010). Ao mesmo tempo, em relação aos equívocos provocados pelas intervenções médicas nesse período, pode-se citar o aumento da mortalidade materna e infantil associada à febre puerperal, por exemplo, embora no discurso dominante da época associasse tal problemática à pessoa que paria sozinha e sem precaução (KNIBIEHLER, 2000; MAIA, 2010; GAUDENZI e ORTEGA, 2012). A redução das mortes associada a tais aspectos somente ocorre a partir da introdução de medidas higiênicas como a lavagem das mãos ao cotidiano das práticas (THORWALD, 2005).

O médico obstetra assume, ainda no final do século XIX, um lugar de reconhecimento social marcado pelo saber (ofertava segurança e ausência de dor). Nesse processo, a visibilidade das parteiras se fragiliza e o saber medicinal exerce forte controle sobre os corpos

tornar-se um homem bom, bem como a ideia de mulher ideal e sujeitada à autoridade masculina (BATINDER, 1980).

⁵⁵ É a figura central da evolução das salas de asilos à Escola Maternal. Seu livro *“L’Éducation maternelle dans l’école”* retrata preocupações com o olhar não somente para os membros da famílias, mas também dos amigos e relações, em particular em relação às questões da saúde (PLAISANCE, 2000).

⁵⁶ Definida pela Constituição Francesa de 1875.

femininos o que permitia ainda o treinamento de novos médicos (PARENTE, 2010; MAIA, 2010; THOMAS, 2016). Os partos hospitalizados cesarianos, nesse mesmo sentido, são originários no século XX e realizados com anestesia, antissepsia e sutura o que, sem dúvidas, refletiu no salvamento de muitas vidas de mães e bebês (PARENTE, 2010).

No século XX as sociedades industriais atingem a modernidade e são marcadas por fenômenos como o estabelecimento do Estado de Bem estar social⁵⁷ e a ascensão das ciências biológicas. O que não era esperado frente às mudanças, e provoca ainda mais a reflexão em torno na maternidade, é o abalo da intimidade feminina, as transformações das relações sociais do sexo e dos modos de reprodução. Com a primeira guerra há o declínio dos nascimentos, as mães são nacionalizadas, e o mundo se organiza de modo heterogêneo e descontrolado pelas democracias liberais, repúblicas socialistas ou ditaduras totalitárias. Havia uma pressão natalista frente ao contexto do momento. Entre 1920 e 1970 há uma adoção das clínicas para os partos, há um medo excessivo dos micróbios e redução da mortalidade neonatal e materna. A ginecologia e obstetrícia é supervalorizada. Após a segunda guerra mundial os nascimentos são maiores que o número de mortes, isso marca o baby-boom⁵⁸ que coincide com o apogeu do aborto e, como em uma reação em cadeia, o poder medical aumenta, partos sem dor, bem como os nascimentos controlados. Há, mais intensamente, um marcante imperialismo das técnicas em que a gravidez e o parto são objetos de supervisão/controlado com uso de estratégias sofisticadas como ecografia, episiotomia, partos cesarianos. As práticas naturais são tragadas pela aparente ideia de segurança e conveniência pessoal das mulheres, fato que perdura até os dias atuais em muitos países do mundo, inclusive no Brasil (KNIBIEHLER, 2000; COULM, 2013). Nesse processo as leis de mercado ganham espaço e ditam, de alguma maneira, o modo em que a sociedade se estrutura, inclusive no que envolve ter filhos.

Por outro lado, a percepção do corpo como máquina centralizada no útero que depende da destreza de um profissional específico para manipular esse maquinário reforça ainda mais o caráter central do profissional médico. A gravidez, nesse sentido, é compreendida como um processo puramente fisiológico (desvalorizando outros aspectos como o emocional), ou seja, se o corpo em seu funcionamento não dá respostas adequadas ao que se espera, abre espaço, mais uma vez, para outras intervenções como uso da ocitocina, rompimento do saco amniótico pelo médico e as cesarianas. Isso, conseqüentemente, fortalece o terreno de

⁵⁷ Modelo em que o governo é protagonista na manutenção e promoção do bem-estar político e social do país e dos cidadãos através da garantia dos direitos sociais, intervenções na economia. (FIORI, 1997)

⁵⁸ Fenômeno que designa o aumento da taxa de natalidade após a segunda guerra mundial.

construção de protocolos nos serviços (DAVIS-FLOYD, 2001). Nessa cadeia de intervenções a mulher pode, como elucida Maia (2010), ficar restrita ao parto vaginal carregado de intervenções ou uma cesárea. Dito isso, é relevante dar visibilidade à discussão do relatório Flexner que, embora seja ovacionado em muitos países como impulsionador de uma reforma no ensino médico, no Brasil discute-se seu desdobramento em uma matriz disciplinar e pedagógica questionável por possuir:

[...] perspectiva exclusivamente biologicista de doença, com negação da determinação social da saúde; formação laboratorial no Ciclo Básico; formação clínica em hospitais; estímulo à disciplinaridade, numa abordagem reducionista do conhecimento. Do ponto de vista pedagógico, o modelo de ensino preconizado por Flexner é considerado massificador, passivo, hospitalocêntrico, individualista e tendente à superespecialização, com efeitos nocivos (e até perversos) sobre a formação profissional em saúde. Do ponto de vista da prática de saúde, dele resultam os seguintes efeitos: educação superior elitizada, subordinação do Ensino à Pesquisa, fomento à mercantilização da medicina, privatização da atenção em saúde, controle social da prática pelas corporações profissionais. Do ponto de vista da organização dos serviços de saúde, o Modelo Flexneriano tem sido responsabilizado pela crise de recursos humanos que, em parte, produz crônicos problemas de cobertura, qualidade e gestão do modelo assistencial, inviabilizando a vigência plena de um sistema nacional de saúde integrado, eficiente, justo e equânime em nosso país. Do ponto de vista político, por ter sido implantado no Brasil a partir da Reforma Universitária de 1968, promovida pelo regime militar, tal modelo de ensino e de prática mostra-se incompatível com o contexto democrático brasileiro e com as necessidades de atenção à saúde de nossa população, e dele resultam sérias falhas estruturais do sistema de formação em saúde (ALMEIDA-FILHO, 2010, p. 2235).

Autores como Illich (1975) e Foucault (2018), de modos diferentes, discutem o processo de estruturação da medicalização no mundo e o modo com que se apropria do corpo social tornando os indivíduos dependentes dos seus saberes. Para isso, tais autores, utilizam

uma perspectiva de sustentação dos movimentos contestatórios a uma cultura medicalizada (GAUDENZI e ORTEGA, 2012; TABET et al., 2017). Illich se ampara na dimensão social e política, num desenho macrossociológico, para sinalizar a perda da autonomia das pessoas que são dependentes do saber de especialistas. Nesse caminho, utiliza a noção de iatrogenia em diferentes níveis: clínica, social, estrutural/cultural e do corpo provocada pelo exercício do poder (TABET et al., 2017). Foucault, em relação a esse processo, defende que a medicina moderna se apresenta como prática que transformou o corpo individual em força de trabalho e exatamente por isso há o controle dos corpos sociais (GAUDENZI e ORTEGA, 2012). Assim, evidencia as possíveis formas de resistência dos indivíduos. A desmedicalização, nesse contexto, se relaciona exatamente com a retomada das condições que foram fragilizadas com a medicalização: a autonomia e o respeito ao diferente. Assim, as lutas por um desfecho do parto menos medicalizado se constitui como um exemplo do resultado de um histórico de excessivas intervenções.

Retomarei, a partir desse ponto, a influência dos movimentos feministas e suas lutas, isso porque se constituem como fundamentais para a contextualização da conjuntura que define o desfecho dos partos e seu processo de institucionalização, afinal temática amplia o pensamento sobre a questão. Tais lutas, como referido anteriormente, foram marcantes na história das mulheres e na sua emancipação sendo, portanto, resultado do enfrentamento da força do Estado e da igreja sobre seus corpos e seu protagonismo no mundo. As primeiras reivindicações feministas são marcadas nas Revoluções Democráticas no final do século XVIII através da Declaração dos direitos da mulher e cidadã, em 1791, em que Olympe de Gouges contesta a exclusão das mulheres dos direitos universais proclamados pela Revolução Francesa. Em 1948 ocorre a reivindicação pelo voto feminino e direito ao trabalho. Em 1949, com a publicação do Segundo Sexo, de Simone de Beauvoir, um escândalo é provocado na sociedade frente à contestação dos determinismos biológicos e a divindade (SCAVONE, 2004; BEAUVOIR, 2016). Nesse caminho, saliento que a Política do Feminismo ganha uma organização somente nos anos de 1970, na Europa e nos anos de 1980, no Brasil, e vão avançar profundamente na discussão em torno da condição feminina em sua perspectiva de um estado (e não uma relação), as questões relacionadas à concepção do conhecimento sobre si e (re)apropriação do próprio corpo, maternidade e direitos e saúde reprodutiva vão se desdobrar no interior do movimento (SCAVONE, 2004).

Dito tudo isso é possível compreender de que modo a maternidade se constitui como um fenômeno social, histórico, cultural, econômico marcado não somente por desigualdades sociais, de gênero, étnicas, como também raciais. Obviamente não atingem de modo igual às

mulheres de diferentes países e culturas, melhor dizendo, elas não só são atingidas, mas participam dessa produção. Tudo isso confirma a importância da luta libertária e sobre a importância em se pensar também nas questões relacionadas à inserção da mulher no mercado de trabalho, sua presença e permanência no mundo público, bem como os impactos na instituição familiar.

Os reflexos das transformações nas práticas da saúde materno-infantil e sua articulação com a educação em saúde no contexto atual

O desfecho dos nascimentos sofreu e sofre mudanças ligadas à modernização dos modos de vida, de consumo e, conseqüentemente, de pensamento. Com a alteração do local normatizado para nascer, ou seja, os hospitais, as mulheres passaram a ocupar (não necessariamente numa perspectiva ativa e de protagonismo) o centro das relações profissionais. É válido destacar que muito frequentemente, atravessados pelas dimensões técnicas e organizativas do serviço, os profissionais ignoram as questões subjetivas dessas mulheres.

No Brasil, a gravidez, parto e puerpério, geralmente, são acompanhados pelos profissionais médicos, independente do desfecho do parto: se vaginal ou cesariano. As enfermeiras obstetras e obstetrites⁵⁹ são profissionais que também são aptas para a execução desse acompanhamento desde que seja uma gravidez de baixo risco e parto vaginal sem distócia, em todas as fases, embora haja uma grande disputa profissional em relação a essa prática. As ações voltadas para a educação no campo da saúde é resultante de um espaço que envolve disputas de projetos de sociedade e perspectivas de mundo. Então, no âmbito dos serviços de saúde em articulação com as ações educativas, num contexto ideal deveriam se organizar a partir de práticas e discursos que intencionam intervir e transformar, mas em termos reais ainda sofrem influência do modelo médico-centrado que proporciona uma ideia de divisão intelectual e social, não só do trabalho, como também do saber em saúde. Apesar dessa constatação, sustenta-se uma concepção da lógica da educação no âmbito da saúde a

⁵⁹ A Resolução do Conselho Federal da Enfermagem (COFEN) no. 524/2016 - Normatiza a atuação e a responsabilidade do Enfermeiro, Enfermeiro Obstetra e Obstetritz na assistência às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos nos Serviços de Obstetrícia, Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto e outros locais onde ocorra essa assistência; estabelece critérios para registro de títulos de Enfermeiro Obstetra e Obstetritz no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, e dá outras providências.

partir da ideia de “educação em saúde” (FALKENBERG et al., 2014), a qual é definida como “prática transversal que proporciona a articulação entre todos os níveis de gestão do sistema, representando dispositivo essencial tanto para formulação da política de saúde de forma compartilhada, como às ações que acontecem na relação direta dos serviços com os usuários. [...]. É preciso também repensar a Educação em Saúde na perspectiva da participação social, compreendendo que as verdadeiras práticas educativas somente têm lugar entre sujeitos sociais e, desse modo, deve estar presente nos processos de educação permanente para o controle social⁶⁰, de mobilização em defesa do SUS e como tema relevante para os movimentos sociais que lutam em prol de uma vida digna.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007, p.4).

Na França, por sua vez, o acompanhamento das mulheres na fase de preparação, na gravidez propriamente dita, no parto e no pós-parto é, geralmente, realizado pelas *sage-femmes*. Isso ocorre desde que sejam gravidezes de baixo risco e parto por via vaginal, mas podem também ser realizados pelos médicos. Há uma discussão em torno das disputas nesses espaços entre os profissionais, mas discute-se, também, sobre a fragilidade na autonomia das mulheres na escolha dos profissionais ou da autonomia desses profissionais no exercício de suas funções⁶¹. Além disso, como resultado dessas disputas, ocorre ainda uma redefinição de papéis na atuação dessa modalidade profissional de modo a provocar uma reconsideração da essência do seu trabalho: o acompanhamento das mulheres no nascimento dos seus filhos.

Atualmente, uma maioria das *sage-femmes* incorporaram novas competências e o novo espaço de trabalho que lhes são designados. O acompanhamento da gravidez, a preparação do parto e a reeducação perineal são as principais atividades das parteiras liberais, apenas cerca de quarenta anos irredutíveis perpetuam a prática do parto na França, no campo técnico ou no lar. Para as *sage-femmes* hospitalares que estão presentes durante os partos, as ações técnicas que envolvem a prática dos partos e a gestão administrativa imposta pelos protocolos hospitalares reduzem o tempo a ser dedicado ao apoio às parturientes.⁶² (THOMAS, 2016, p. 67 *tradução livre da autora*)

⁶⁰ O conceito de controle social foi incorporado no âmbito da saúde brasileira e é proveniente das Ciências Sociais. O termo “fato social” antecipa a terminologia “controle social”. Durkheim (2007) afirma que se trata de um modo de disciplinar a sociedade com o intuito de atingir uma ordem e integração social.

⁶¹ O artigo R. 4127-306 do Código de deontologia das *sages-femmes* afirma que: «deve respeitar o direito que possui toda pessoa de escolher livremente o profissional, *sage-femme* ou médico, bem como o estabelecimento onde ela deseja receber cuidados e parir; ela deve facilitar o exercício desse direito. A vontade da paciente deve ser respeitada em toda medida do possível »

⁶² Tradução realizada pela autora do trecho: “À présent, une majorité de *sages-femmes* a intégré les nouvelles compétences et la nouvelle place qui leurs sont attribuées. Le suivi de grossesse, la préparation à la naissance et la rééducation périnéale sont les activités principales des *sages-femmes* libérales, seules une quarantaine d’irréductibles perpétuent la pratique des accouchements en France, en plateautechnique ou à domicile. Pour les

No que envolve a educação no âmbito da saúde na França utiliza-se o termo “l'éducation pour la santé”, ou seja, educação para a saúde. Apoiar-se, num primeiro momento, na perspectiva da promoção da saúde que é compreendida como alavanca que permite o desenvolvimento de potencialidades no espaço de atuação intersetorial. Estas, por sua vez, quando aliadas a outras estratégias, em termos específicos no campo prático, contribuem para implementação de uma mais ampla intervenção (POMMIER e FERRON, 2013). A Santé Publique francesa possui um programa “perinatalité et petite enfance” que busca contribuir no desenvolvimento da prevenção, redução dos riscos e na promoção da saúde nessa etapa da vida. Propõe-se a atuar desde a preparação dos pais, no acompanhamento da gravidez, em particular com conselho às mulheres grávidas em relação à nutrição, até as primeiras necessidades com a criança. Desse modo, as ações de prevenção e promoção da saúde perinatal e da pequena infância se articula em torno de três objetivos: apoiar e avaliar ações inovadoras e promissoras de prevenção e promoção da saúde; construir uma rede de retransmissão de profissionais institucionais e associativos no campo da perinatalidade e da primeira infância; e desenvolver seu dispositivo de informação e aconselhamento sobre a saúde e o bem-estar das mulheres grávidas, suas famílias e da criança (profissional e público em geral) (SANTÉ PUBLIQUE FRANCE, 2019).

Seja no Brasil ou na França (dentro das suas especificidades), as disparidades sociais e as desigualdades de saúde e de acesso são questões em relação à assistência. Mulheres em situações precárias, obviamente, possuem um seguimento pré-natal frágil ou inexistente e, em consequência, aderem menos às estratégias de prevenção (MAIA, 2010; COULM, 2013). Nos dois países, os partos são em sua maioria hospitalizados e a presença daqueles que acompanham as mulheres no período pré-natal, durante o parto ou pós-natal, nas consultas, exames complementares, orientações em geral, asseguram pela sua própria presença a permanência dos “serviços fordistas⁶³” nos espaços em que trabalham. Isso reflete, sem dúvidas, não somente no processo de institucionalização, mas também na permanência das ações de violência, seja de gênero ou organizacional, marcados pela aceleração do parto ou retirada da autonomia das mulheres. Frente a esse contexto, como refere Thomas (2016), as ações hospitalares seja na recepção, conforto, relevância do processo singular de cada mulher

sages-femmes hospitalières qui sont présentes lors des accouchements, les gestes techniques entourant la pratique des accouchements dirigés et la gestion administrative imposée par les protocoles hospitaliers réduisent le temps à consacrer à l'accompagnement des parturientes”.

⁶³ Nesse sentido faço referência à forma de organização da produção industrial que provocaram mudanças nas fábricas no início do século XX. No sentido da discussão é a existência de uma lógica de divisões e ultra especialização das práticas assistenciais.

e do bebê nos serviços de assistência, a disseminação dos selos de qualidade como a Iniciativa Hospital Amigo da Mulher e do Bebê (HIAC)⁶⁴, são muitas vezes o fator decisivo das mudanças. Isso quer dizer, que as ações associadas à lógica da gestão dos serviços, frequentemente, conduzem a maneira de assistir as pessoas. Suponho ser um perigoso desdobramento da lógica da Nova Gestão Pública⁶⁵ que sustenta uma ideia de eficiência, mas reflete diretamente no cotidiano do trabalho e nas relações (DASSO-JÚNIOR, 2007; BRESSER-PEREIRA, 2007). Nessa lógica, o modelo da iniciativa privada é altamente valorizado sob a crença de que a eficiência é garantida. Sem dúvidas, essa proposição reverbera no cotidiano de trabalho e nas relações.

Somado a isso, no contexto francês, outros elementos aparecerem (e serão discutidos com mais profundidade nas análises dos dados produzidos) e me convidam a refletir sobre o contexto dos partos. Entre esses se tem a legalidade da interrupção da gestação e o financiamento das ações de saúde (reembolso) que são diferentes da realidade brasileira. Em relação ao processo de institucionalização do parto, seja qual for o desfecho, perpassa falar do contexto da maternidade e seu processo de transformação ao longo dos anos, produto, obviamente, de uma evolução social associada às flutuações socioeconômicas da história (BADINTER, 1980). Os valores dominantes e o imperativo social oscilaram e oscilam ao longo dos tempos.

As matronas, por exemplo, foram, durante um longo período, as responsáveis pelo acompanhamento dos partos vaginais das mulheres. Possuíam um conhecimento empírico baseado nas experiências. Sua atuação foi marcante até o Estado se interessar em desenvolver uma política de crescimento populacional e utiliza estratégias para desqualificar o trabalho desenvolvido até essa época por elas e implantar uma cultura de controle dos corpos. A obstetrícia surge apenas quando a mulher passa a ser objeto de interesse do médico. Os hospitais para mulheres e maternidades surgem em alguns países europeus, inclusive na França, no século XIX, pois esses espaços garantiam a segurança almejada pela sociedade nessa época: assepsia, uso da anestesia e as cirurgias obstétricas. O obstetra consegue adentrar

⁶⁴ A HIAC é um selo de qualidade conferido pelo Ministério da Saúde aos hospitais que cumprem os 10 passos para o sucesso do aleitamento materno, instituídos pelo Unicef (Fundo das Nações Unidas para a Infância) e pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Para ser amigo da criança, o hospital deve também respeitar outros critérios, como o cuidado respeitoso e humanizado à mulher durante o pré-parto, parto e o pós-parto, garantir livre acesso à mãe e ao pai e permanência deles junto ao recém-nascido internado, durante 24 horas, e cumprir a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças na Primeira Infância (NBCAL) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

⁶⁵ A Nova gestão Pública é uma corrente que defende que a lógica da iniciativa privada a partir da utilização dos métodos gerenciais do setor privado nos espaços públicos. Sustenta a ideia de eficiência, eficácia e efetividade dos serviços (DASSO-JÚNIOR, 2003).

o imaginário social como conhecedor e protetor do corpo da mulher (MAIA, 2010). Nesse momento parto deixa de ser um evento domiciliar e adentra o espaço hospitalar e controlado pelo saber médico. No Brasil, tais práticas ganham destaque mais tarde, somente no século XX. Frente ao explicitado até aqui se compreende que o corpo passa a ser considerado como máquina e para o saber médico interessa o útero e seu produto. É a trajetória do modelo tecnocrático de assistência ao parto.

Diante desse breve esclarecimento sobre as condições atuais relacionadas ao nascer, é possível perceber que o parto deixou de ser uma experiência domiciliar íntima. Apesar disso, proponho aqui expor alguns apontamentos sobre esse processo na perspectiva de dar sustentação à compreensão dos elementos que estão vivos no processo de (des)institucionalização do parto cesariano. Destaco que evidenciarei o contexto europeu, mais especificamente francês, e sul-americano, mais especificamente brasileiro no que envolve as práticas de acompanhamento do processo gravídico puerperal.

O PARTO CESARIANO

A origem exata da cirurgia cesariana é desconhecida. Registros milenares do folclore greco-romano, egípcio, hindu e europeu apontam informações sobre a retirada de bebês pelo abdome. Fato de história controversa, pois é confundida com utilização de instrumentos que auxiliasse a saída do feto, por exemplo, fórceps (SEWELL, 1993). Documentos⁶⁶ da babilônia, da Roma Antiga e nas leis hebraicas aparecem registros sobre evidências, não constatadas, das intervenções cesarianas, inclusive com a mulher viva (em geral as mulheres morriam ou já estavam mortas). Galeno (129-199 d.C) descreve a realização de incisão no abdome da mulher durante o parto. Apesar disso, os textos destacam que os procedimentos eram realizados com a intenção de salvar o filho, pois, no geral, as mulheres morriam ou já estavam mortas. Isso ocorreu até o ano de 1500, momento em que encontram registros suíços sobre nascimentos cesarianos com sobrevivência da mãe e do bebê.

Na civilização ocidental, inicialmente, era realizada apenas em mulheres mortas e moribundas, em uma tentativa de salvar o feto ou

⁶⁶ Sobre os documentos: Babilônia (1795-1750 a.C.), da Roma Antiga, como no *Lex Regia*, ou lei dos reis (716-673 a.C.), e nas leis hebraicas conhecidas como *Mishna* e Talmude (do século II a.C. ao século VI d.C.) (PARENTE et al., 2010, p. 481)

por motivos religiosos, para permitir o batismo e com a finalidade de enterrá-lo separadamente de sua mãe. Era um último recurso e não tinha a finalidade de salvar a vida materna. (PARENTE et al., 2010, p. 481)

Ressalta-se, porém, que uma recente descoberta, do ano de 2006, aponta que uma princesa francesa, Béatrice de Bourbon deu a luz a seu filho por desfecho cesáreo em 1337 (MIGNAN, 2016).

Importante destacar que os dogmas religiosos eram bastante influentes no comportamento social. Em relação às cesáreas, tal prática era de grande controvérsia, mas a Igreja Católica sustentava um apoio em virtude da priorização do batismo de todas as crianças (PARENTE, 2010; KNIBIEHLER, 2016).

A obra de Rousset (*Traité nouveau de histerotomia ou enfantement césarien*), em 1581, é uma importante publicação que marca a história registrada dos partos cirúrgicos e seus desdobramentos, embora tais partos frequentemente resultem em morte por hemorragia ou infecções (ROUSSET, 1581 apud SANTOS, 2016). Além disso, tais práticas promovem a interdição do trabalho das *sage-femmes* e obstetizes (KNIBIEHLER, 2016). Somente a partir do século XVIII, com o nascimento do hospital, as práticas cirúrgicas nos partos tornam-se mais comuns e repercutindo na diminuição da mortalidade materna (SANTOS, 2016; PARENTE et al., 2010; SEWELL, 1993). Somado a isso, tem ainda as mudanças na sociedade, com a urbanização, entre os séculos XIX e XX, que promove também a estruturação do imaginário social em relação à prática, as quais são compreendidas como seguras e necessárias. Nesse sentido, outro elemento que impacta nesse momento são os avanços nas práticas tecnoassistenciais, como o uso de anestésicos, a sutura do útero, a antisepsia e a drenagem do útero e da cavidade peritoneal (SEWELL, 1993).

Dito isso, é relevante destacar que o século XVIII marca, portanto, o processo da institucionalização dos nascimentos por cesariana. É no seu começo que permitirá que a técnica progrida gradualmente não em resposta a situações excepcionais, mas como prática cada vez mais atual. A medicalização toma o poder sobre o nascimento e serve seus próprios fins (a manutenção de seu próprio poder) como prioridade. Isto é exatamente institucionalização, quando a sobrevivência da instituição tem precedência sobre seu “mandato social”⁶⁷(DI VITTORIO, 2010).

⁶⁷ O uso do termo é com base nas teorias críticas de Franco Basaglia (1982) sobre o contexto da saúde mental, à ciência e às universidades italianas.

Existem registros de viajantes do século XIX que apontam a realização de procedimentos realizados por curandeiros indígenas na África. Para isso utilizavam suas próprias práticas com utilização de vinho de banana, agulhas, pasta preparada com raízes (SEWELL, 1993).

No Brasil, os registros de partos cesarianos são descritos a partir de 1817, no Recife e 1855, no Rio de Janeiro, como aponta Parente (2010, p.483-484):

No Brasil, a primeira cesariana foi realizada no Hospital Militar do Recife, em 1817, pelo médico pernambucano José Corrêa Picanço em uma negra escrava, e que teria sobrevivido.

(...) realizada por Luiz da Cunha Feijó, no Rio de Janeiro. (...) Tratou-se de feto em apresentação pélvica, nascido vivo. No entanto, a paciente evoluiu para a morte dias depois por “comoção cerebral” seguida de “convulsões”.

É nesse cenário que em alguns países do mundo, os partos cesarianos ganham uma enorme visibilidade positiva, mesmo quando invisibilizam o parto vaginal, e passam a ser naturalizados como práticas protocolares de primeira escolha. O Brasil, por exemplo, marcado pela forte influência dos modelos tecnocrático, se constitui um cenário adequado para a proliferação das chamadas “epidemias de cesarianas”. Não deve ser esquecido que a cesariana é uma intervenção de salva vidas desde que adotada nas situações específicas como hemorragia, sofrimento fetal, doença hipertensiva, apresentação anormal do bebê (GOMES, et al., 2018; MAIA, 2010; BOERMA et al., 2018; SANDALL et al., 2018; COULM, 2013; SEWELL, 1993).

Diversas foram as causas relacionadas a esse evento: maior valor pago pela tabela do INPS para a cesárea, na década de 1970; medo, por parte das mulheres, da dor do parto normal; crença, por parte das mulheres e dos médicos, de que o parto vaginal afrouxa os músculos da vagina e interfere na satisfação sexual; crença de que o parto vaginal é mais arriscado para o bebê do que uma cesárea; conveniência (hora marcada) e economia de tempo para o médico; falta de qualificação do médico para o parto normal; pré-natal incapaz de preparar para o parto; atendimento centrado no médico, e não em equipes multidisciplinares que incluam obstetrias; não pagamento de anestesia para o parto normal; o uso da cesárea para a realização de laqueadura tubária; a associação entre parto vaginal e imprevisibilidade, esta vista como algo negativo, e entre parto cesáreo e segurança (MAIA, 2010, p. 38)

Diante dos desdobramentos já apontados em relação aos processos históricos associados ao parto, desde 1985, há uma importante discussão no meio médico, capitaneado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), sobre as taxas de cesárea. Mesmo com essa discussão, os números de cesáreos em países desenvolvidos e em desenvolvimento, são crescentes. Por isso, a OMS se esforçou na definição de um sistema de classificação que seja aceito internacionalmente, que permitisse conhecer as taxas ideais de cesarianos e fornecesse dados confiáveis para análise das taxas. Com essa intenção, a Classificação de Robson⁶⁸ foi definida como o sistema mais adequado para responder às necessidades locais e internacionais e deve ser adotada com todas as gestantes internadas para o parto, pois é uma estratégia para avaliar a prática clínica, incluindo a extensão em que a frequência de uso de cesarianas pode ser justificada (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2015).

A classificação é simples, robusta, reproduzível, clinicamente relevante, e prospectiva – o que significa que todas as gestantes internadas para o parto podem ser imediatamente classificadas em um dos 10 grupos, usando apenas algumas características básicas. A classificação permite a comparação e a análise das taxas de cesáreas dentro e entre esses grupos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2015, p. 5).

Os grupos 1 e 2 compreendem mulheres nulíparas que iniciam o trabalho de parto ou após 37 semanas com fetos únicos e cefálicos; os grupos 3 e 4 compreendem mulheres múltíparas sem cicatriz uterina que iniciam o trabalho de parto após 37 semanas, com feto único, cefálico; o grupo 5 compreende mulheres com cicatriz uterina, que iniciam o trabalho de parto após 37 semanas, com feto único, cefálico; o grupo 6 compreende todas as mulheres nulíparas, com feto único e com apresentação pélvica; o grupo 7 compreende todas as mulheres múltíparas, com feto único, com apresentação pélvica, incluindo aquelas com cicatriz uterina; o grupo 8 compreende todas as gestações múltiplas com outras anormalidades, incluindo mulheres com uma cicatriz uterina; o grupo 9 compreende todas as mulheres com gestação única com outras anormalidades (transversal/córmica), incluindo mulheres com cicatriz uterina; e o grupo 10 compreende todas as mulheres que iniciam o trabalho de parto até 36 semanas (nascimentos prematuros), incluindo aquelas com uma cicatriz uterina (BOERMA et al., 2018, p. 1345).

⁶⁸ A Classificação de Robson agrupa as gestantes conforme suas características obstétricas, permitindo assim a comparação entre taxas de cesáreas sem tantos fatores de confusão (OMS, 2015)

Outro aspecto relevante nessa discussão está na adoção de estratégias seja para o acesso à cesariana, em casos necessários, ou diminuir sua realização. Isso porque existem países que exageram na realização desse tipo de parto, enquanto outros apresentam taxas menores que 1% de cesáreos realizados e mortalidade materna alta (PARENTE et al., 2010; SANTOS, 2016). “Atualmente e, paradoxalmente, a grande questão é como torná-la acessível em países da África Subsaariana, da Ásia e da Oceania, onde há alguns com taxas de menos de 1% de cesariana (Chade) e mortalidade materna de 470 por 100 mil nascidos vivos (Papua Nova Guiné). (PARENTE et al., 2016, p. 486). Esses números baixos sinaliza uma questão de acesso aos serviços de saúde e indisponibilidade de recursos (SANTOS, 2016; BOERMA et al., 2018). Acrescento ainda que existe uma vertente de estudiosos que trabalham com a cesariana por demanda da mulher, o que pode ser resultado de vivências anteriores no parto, imaginário social construído em torno do nascimento, inclusive relacionadas à informação fornecida pelos profissionais ou questões organizacionais da vida da mulher (HEIMANN, 2009; CÉSARINE, 2017).

No mundo, os nascimentos com desfecho cesariano, ocorrem em constante aumento sem necessariamente proporcionar benefícios significativos para as mulheres e bebês (BOERMA et al., 2018; BETRÁN et al., 2018; SANDALL et al., 2018; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2018). Dados apontam que a taxa global dobrou 21% entre 2000 e 2015, com crescimento anual de 4%. Frente a essa realidade preocupante a OMS propõe uma nova orientação sobre as intervenções não clínicas para a redução das cesarianas desnecessárias (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018). Entre as principais orientações estão:

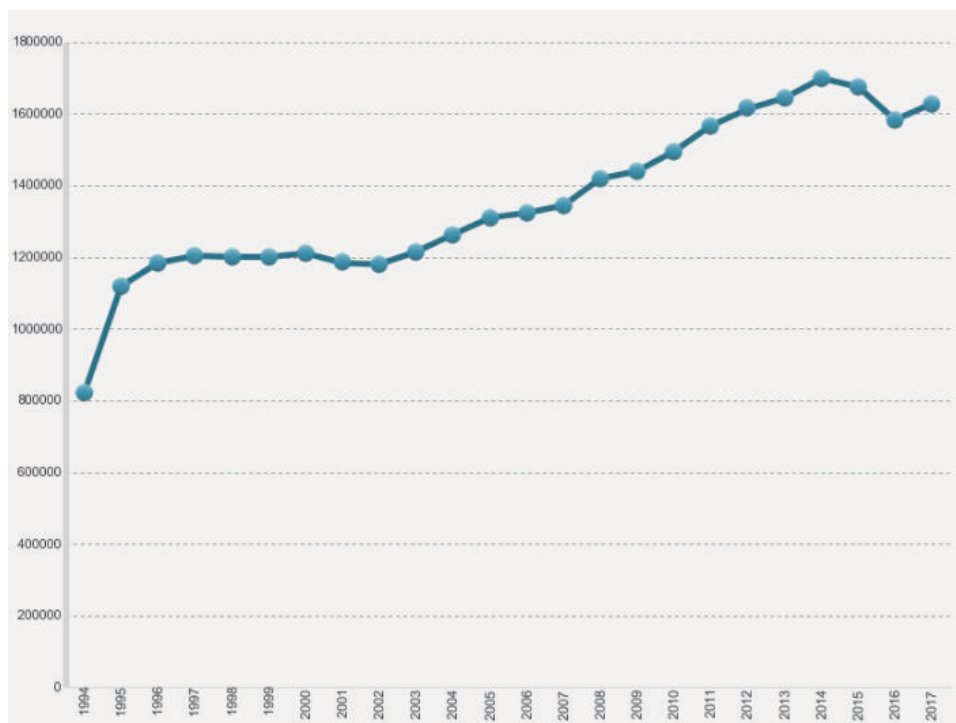
Intervenções educacionais para mulheres e famílias, com o objetivo de apoiar um diálogo significativo com provedores e tomada de decisão consciente sobre o tipo de parto (como oficinas de treinamento para mães e casais, programas de treinamento de relaxamento conduzidos por enfermeiros, programas psicossociais de prevenção para casais e/ou psicoeducação para mulheres com medo de dor ou ansiedade).
Uso de diretrizes clínicas, auditorias de cesarianas e feedback oportuno aos profissionais de saúde sobre práticas de cesariana; requisito para segunda opinião para indicação de cesariana no ponto de atendimento em ambientes com recursos adequados; algumas intervenções destinadas a organizações de saúde são recomendadas apenas sob rigorosa pesquisa, como modelo colaborativo de parteira-obstétrica (ou seja, um modelo de pessoal baseado em atendimento fornecido principalmente por parteiras, com 24 horas de apoio de um obstetra, que fornece internamente cobertura de trabalho e parto sem outras tarefas clínicas concorrentes) ou estratégias financeiras (ou

seja, reformas de seguro que igualem as taxas médicas para partos naturais e cesarianas) (OPAS, 2018, p. 1).

Chamo atenção para o fato de que mesmo que as taxas sejam igualadas, o tempo dedicado em cada desfecho do parto não se iguala e isso influenciou (e influencia) no seu processo de institucionalização. A lógica do tempo reforça, portanto, o quanto será mais vantajoso para o serviço e para os profissionais, realizar as cesáreas. Partindo desse raciocínio uma estratégia é o pagamento de salários mais baixos (o que é o caso) para enfermeiras obstetras que farão isso. Dessa maneira se constitui a exploração do trabalho e a sua “divisão técnica e social”⁶⁹ naturalizada.

O gráfico 1 e a tabela 1, a seguir, apresentam o contexto dos nascimentos por cesariana no Brasil. Nesse país, a taxa dos referidos nascimentos sofreram, ao longo dos anos, um significativo aumento. Entre os anos de 2014 e 2016, a taxa apresenta uma queda, e após este último ano, retoma a curva de crescimento.

Gráfico 1: Número de cesarianas realizadas no Brasil, no período de 1994 a 2017.



⁶⁹ O uso do termo está baseado no sentido apresentado por Karl Marx (1818-1883) para designar a especialização de ações desenvolvidas nas sociedades. As atividades produtivas são divididas pelo exercício do trabalho social. Em relação à divisão técnica, pode-se dizer que se caracteriza pelo desdobramento da influência do capitalismo na vida que promove uma fragmentação de uma especialidade produtiva em várias operações limitadas (PIRES, 2019)

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC

O caso brasileiro, em 2016, realizou 2.923.535 partos, entre os quais 1.627.302 foram cesáreas (DATASUS, 2019). A tabela 1, a seguir, explora o número de partos, por tipo de parto, no Brasil, por região, no período de 1994 a 2017.

Tabela 1: Número de nascimentos (vivos) por residência da mãe por tipo de parto segundo região brasileira, no período de 1994 a 2017.

Região	Vaginal	Cesário	Ignorado	Total
Total	38.000.646	32.540.409	677.539	71.270.156
Região Norte	4.523.931	2.545.849	16.722	7.087.089
Região Nordeste	13.068.793	7.284.147	124.800	20.484.907
Região Sudeste	12.963.201	14.798.876	502.383	28.295.474
Região Sul	4.847.480	5.001.789	19.222	9.879.959
Região Centro-Oeste	2.597.241	2.909.748	19.222	5.522.727

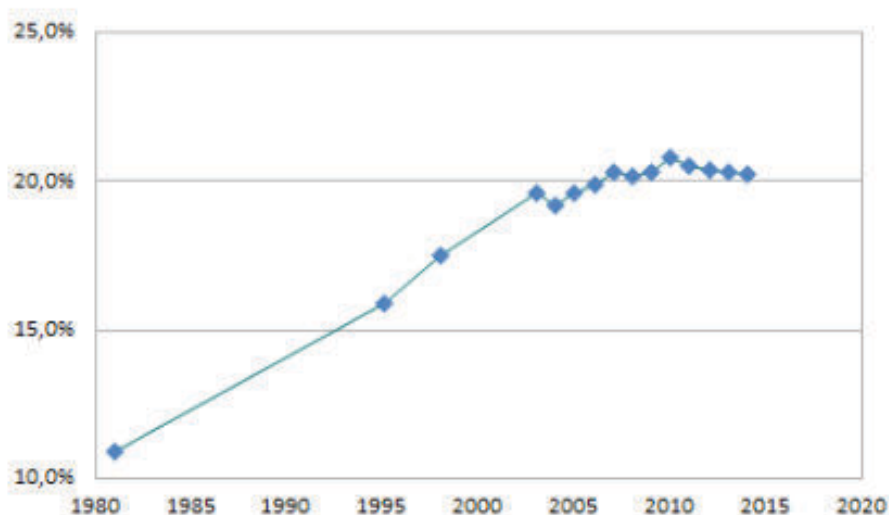
Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC

Diante desses números, é bastante esclarecedor no argumento de que o excesso de práticas intervencionistas está diretamente associado aos benefícios às mulheres. Como o sistema de saúde é fortemente marcado pelas ações curativas e hospitalares, em detrimento das ações coletivas de prevenção e promoção da saúde, indubitavelmente influencia na legitimação desse modelo tecnocrático nos nascimentos. Isso provoca também dificuldade na implantação de práticas mais humanizadas. Além disso, como resultado desse processo, a cesárea pode ter se tornado um objeto de consumo, mais do que isso, as representações do parto em si são influenciadas pela classe social da população envolvida, ou seja, é uma marca do status social (MAIA, 2010). Além disso, é possível reafirmar, através desses números, as diferenças entre as regiões no que envolve os nascimentos. O percentual de desfechos cesáreos são maiores nas regiões sudeste, sul e centro-oeste, regiões que concentram rede assistencial mais ampla. As regiões que não dispõem dessa rede assistencial ofertada pelo Estado precisam criar suas redes próprias para seguir suas vidas. Assim, nesses locais ainda há, por exemplo, a atuação de parteiras tradicionais. Estão associados também às disparidades em relação a indicadores que marcam qualidade assistencial, de acesso e de vida.

O gráfico 2 e a tabela 2, a seguir, apresentam o contexto dos nascimentos por cesariana na França. Nesse país, a taxa dos referidos nascimentos sofreram, ao longo dos

anos, um aumento, sobretudo entre os anos de 1981 e 2003. Após esse último ano, a taxa apresenta uma estabilização em torno de 20,8%, e após 2010 apresenta uma discreta redução 20,2% em 2014.

Gráfico 2: Percentual de cesarianas em relação aos nascimentos na França, no período de 1983 a 2014.



Fonte: Association Césarine⁷⁰, 2019.

Tabela 2: Taxa de cesarianas por 100 partos realizados na França, entre 1980 e 2014.

Região	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Paris	22,8	22,4	22,4	22,8	23,2	23,7	22,8	23,2	22,7
Seine-et-Marne	20,6	21,7	21,4	21,6	21,8	22,3	21,6	22,3	21,6
Yvelines	22,3	23,0	23,5	24,2	24,0	25,1	23,9	24,4	23,5
Essonne	21,8	22,3	23,0	22,4	21,8	23,0	23,1	22,7	22,7
Hauts-de-Seine	21,9	22,1	22,2	22,4	22,6	22,5	22,6	22,3	22,4
Seine-Saint-Denis	21,4	22,2	22,1	22,4	23,3	23,1	23,4	22,7	22,3
Val-de-Marne	20,4	20,9	21,2	21,8	21,8	22,4	22,8	22,8	22,3
Val-d'Oise	22,9	22,6	23,1	23	22,9	23,2	23,1	22,7	23,1
Île-de France	21,8	22,2	22,3	22,6	22,7	23,2	22,9	22,9	22,6

Fonte: Observatoire regional de santé Île-de-France, Périnat-ARS Île-de-France, 2016.

⁷⁰ É uma associação existente na França e na Bélgica, que se propõe a informar, dar suporte e promover trocas em relação à temática cesariana. É destinada a mulheres e homens interessados pela temática tendo vivenciado ou não essa experiência.

Um argumento sobre o preocupante crescimento das taxas de cesarianas nos países, trata especificamente do contexto do aumento naqueles desenvolvidos (Langer e Schlaeder, 1998) e a relação com o financiamento dos partos. Os partos cesarianos são mais caros quando comparados aos partos por via vaginal em qualquer país (LANGER e SCHLAEDER, 1998; MAIA, 2010). A tabela 2 possui como destaque os departamentos em que a presente pesquisa foi desenvolvida. É possível observar que a taxa de cesariana na região parisiense é mais elevada que os demais departamentos e isso pode ser justificado por se constituir como o local com maiores recursos médicos e uma rede assistencial mais ampla.

Diante da grande relevância da temática, a revista *The Lancet* publicou em 2018 uma série especial que trata sobre a epidemia de cirurgias cesarianas no mundo e problematiza questões importantes que valorizam as questões relacionais entre os seres humanos, o trabalho multiprofissional e multidisciplinar e o reconhecimento do problema (BETRÁN et al., 2018). Entre os elementos discutidos estão a comunicação entre as mulheres e os centros de saúde, a diferença na assistência prestada pelas obstetras e os médicos, contra argumenta o discurso médico em relação às cesarianas sob demanda das mulheres, as práticas de assistência ao parto nos serviços públicos e privados, o nível socioeconômico e educacional das mulheres e a relação com os partos, a formação dos médicos, bem como a geração de profissionais ultra especializados em partos cesarianos e não preparados para os desfechos vaginais, as influências do capitalismo sobre os desfechos, riscos para a mulher, entre outros aspectos (BETRÁN et al., 2018; SANDALL et al., 2018; BOERMA et al., 2018).

Apesar disso, é válida a reflexão sobre os motivos pelos quais as mulheres solicitam as intervenções cesarianas. Barbosa e colaboradores (2003) destaca que a demanda da cesariana no Brasil é, na verdade, uma solicitação por dignidade, tendo em vista que as práticas utilizadas nos desfechos vaginais foram, por muito tempo (e talvez ainda sejam) altamente intervencionista e traumático (solitário e doloroso). Assim, quanto menos tempo de exposição a essa situação, melhor para ela e para o profissional.

Estudos afirmam que parto hospitalar no Brasil não é um procedimento de alto valor para o hospital (quando comparado a outras práticas assistenciais hospitalares), sobretudo se o serviço dispõe de tecnologia para atendimento de alto risco, pois torna a assistência mais onerosa (MAIA, 2010; ENTRINGER, PINTO e GOMES, 2019). É válido destacar que, para o médico obstetra os ganhos são variáveis, pois podem, nos serviços públicos, ser celetistas, estatutários, administrativos ou emergência em que o valor médico, independente da produção, é fixo por plantão. No serviço privado o médico pode ser cooperado ou autônomo e o valor depende da sua produção. É extremamente relevante considerar que a variação na

remuneração desses profissionais e a relação com os desfechos iatrogênicos. Ainda assim, existem razões pelas quais as disputas nesse cenário do nascimento ainda é tão marcante. Sobre isso Maia (2010, p. 107) diz:

Assim, a manutenção de maternidade em um hospital geral de alta complexidade se explica por necessidades práticas, profissionais e simbólicas, entre as quais as de fortalecer a marca e a imagem pública do hospital, permitir a manutenção da residência médica reconhecida em ginecologia e obstetrícia e sustentar a reificação da técnica/tecnologia como o substrato fundamental e indispensável da assistência em saúde.

Outro aspecto a ser considerado no contexto dos serviços públicos é que, além da questão do pagamento citado anteriormente, existe a relação entre uma organização e o usuário, o que marca a força com que a dimensão organizacional influencia nas práticas. Isso que dizer que há uma tendência em consolidar cada vez mais o hospital como principal na assistência à saúde. Isso fragiliza a lógica dada historicamente ao profissional médico (MAIA, 2010). Em estudo sobre análise de custos da atenção hospitalar ao parto vaginal e à cesariana eletiva (ENTRINGER, PINTO e GOMES, 2019) o custo para os procedimentos do parto vaginal foi de R\$ 808,16 (variou de 585,74 a 916,14). Para as cesarianas eletivas o custo foi de R\$ 1.113,70 (com variação de 652,69 a 1.516,02). Ressalta-se que, segundo o mesmo estudo, o item de maior custo financeiro foi o pagamento de pessoal.

Em relação à realidade francesa, estudos apontam que as taxas de partos por cesariana variam de acordo com as regiões, com a organização dos serviços hospitalares e estão associadas ao modo de financiamento dessa prática (MILCENT e ROCHUT, 2009). Confirmam que, como no Brasil, as taxas são maiores em serviços privados do que nos públicos. A criação das Agências Regionais de Saúde (ARH)⁷¹, por exemplo, que acumulavam a competência e planificação e alocação dos recursos para os estabelecimentos de saúde, também provocaram impactos nas vias finais do parto. Do mesmo modo, o número de obstetras responsáveis por leito está intrinsecamente relacionado com a intensidade das práticas ligadas ao parto. Isso está igualmente relacionado com a organização do serviço, pois a tendência é de que nos serviços públicos o principal profissional no acompanhamento dos partos seja a sage-femmes enquanto nos privados é o médico obstetra (NADITCH, 1997; MILCENT e ROCHUT, 2009). A lógica de rentabilidade financeira praticada nos

⁷¹ A ARH é o antigo organismo regional de gestão dos hospitais. Foi substituída, em 2010, pela Agência Regional de Saúde (ARS) que possui um campo de atividade mais amplo e engloba a gestão da medicina não hospitalar e integram mais ações do Estado e da *securité sociale*.

estabelecimentos privados se constitui pelo aparente interesse em minimizar os custos e oferecer a maior qualidade de cuidados.

Atualmente, na França, o modo de financiamento dos estabelecimentos de saúde, públicos e privados, é único: “tarification à l’activité” (T2A) e funciona para as atividades de medicina, cirurgia e obstetrícia. Foi lançada em 2004 e responde sobre uma lógica de medida da natureza e do volume das atividades e não mais sobre uma autorização das despesas (RÉPUBLIQUE FRANÇAISE, 2017). Em relação ao parto, na França o custo médio é de 300 euros a 3.000 euros com reembolso, pela Sécurité Sociale, de 100% das taxas da maternidade sobre a base de uma tarifa fixa de 313,50 euros para a gravidez de um bebê e 418 euros para gestação múltipla (SANTIANE, 2019). É importante considerar que apesar do reembolso, existem outras taxas adicionais aplicadas pelos estabelecimentos para a realização do ato. Esse fato confirma a dificuldade em precisar o valor real do parto.

O SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL

O Brasil possui uma área territorial de 8.515.759.090 Km², 5.570 municípios, população de 190.755.799 habitantes (IBGE, 2010) e a taxa de fecundidade é de 1,77 filhos por mulher (IBGE, 2019).

A atual saúde brasileira é marcada por uma história de lutas em busca de um sistema de saúde inclusivo, igualitário, universal. Como resultado dessas lutas, a Constituição Federal de 1988, marca na história do Brasil o direito a um sistema de saúde único, abrangente e descentralizado de saúde. Em termos teóricos e gerais, a universalidade (saúde como direito de todos, independente do sexo, raça, ocupação, e deve ser assegurado pelo Estado), equidade (reconhecimento das diferenças das pessoas, mas a garantia de minimização das desigualdades) e integralidade (considera a pessoa em seu contexto integral de modo a buscar atender suas necessidades) são os princípios basilares do SUS. Existem ainda os princípios organizativos: regionalização e hierarquização, descentralização e participação popular. Indubitavelmente não se pode negar os avanços existentes desde a implantação do Sistema Único de Saúde, mas ainda hoje, 31 anos após sua implantação, o modelo vigente ainda é fortemente hospitalocêntrico, curativista e de acesso frágil para grande parte da população.

O sistema de saúde público brasileiro é um dos mais complexos sistemas do mundo e está presente no cotidiano da vida dos brasileiros, inclusive daqueles que possuem planos privados de saúde, e em contextos não reconhecidos pela população como, por exemplo: açougues, farmácias, restaurantes, padarias, hospitais, clínicas e casas de parto. O referido sistema é composto pelo Ministério da Saúde (MS), Estados e Municípios e cada uma dessas instâncias possuem suas responsabilidades. Em termos de oferta de serviços é estruturado pela atenção básica (AB), média e alta complexidade, serviços de urgência e emergência, atenção hospitalar, ações e serviços da vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental e ainda assistência farmacêutica.

O financiamento do SUS é oriundo das contribuições sociais de empregadores e empregados, como o Instituto Nacional de Seguro Social. Além disso, outra fonte de arrecadação são os impostos como o Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Prestação de Serviços (ICMS), Imposto de Produtos industrializados (IPI), imposto sobre lucros (Cofins), sobre os automóveis (IPVA) e sobre a moradia (IPTU). O Governo Federal realiza a distribuição dessa verba, ou seja, a maior parte do financiamento é deles e o restante fica sob responsabilidade da arrecadação dos Estados (no mínimo 12% da receita arrecadada deve ser destinada para saúde) e Municípios (no mínimo 15% da receita arrecadada). Os recursos e sua aplicação são fiscalizados pela Controladoria Geral da União (CGU), pelos tribunais de contas da União (TCU), dos estados (TCE) e município (TCM), também pelo poder legislativo e órgãos de controle interno do executivo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

A gestão das ações e serviços deve ser solidária e participativa, entre os três entes, ou seja, cada um possui suas responsabilidades nesse processo. É importante compreender que para viabilização da gestão, não é somente necessário o comprometimento governamental, o qual deve garantir a universalidade do direito à saúde e aos serviços, integralidade da atenção, hierarquização do atendimento e o acesso aos diversos níveis de atenção, deve haver também maior participação e controle social. Nesse contexto de responsabilidades, os municípios assumem a gestão dos serviços de saúde e pela prestação direta da maioria dos programas e ações de saúde. A responsabilização, mesmo que ocorrendo de forma gradual e lenta, representa um avanço na atenção à saúde do país. Segundo Bodstein (2002) tal avanço deve se complementar com a avaliação, que se torna a ferramenta essencial no planejamento e na gestão dos serviços, pois propõe a melhoria dos serviços mediante o contexto social e histórico de cada local. A autora ainda traz que fica a cargo dos governos municipais a prática de implementar políticas, solucionar problemas e criar serviços respeitando as demandas da sociedade.

Num contexto geral (e ideal), a entrada dos usuários dos SUS se dá pela atenção básica, que deve ser a porta de entrada dos serviços de saúde e responsável pela organização dos fluxos dos serviços na rede assistencial de saúde. Deve, conseqüentemente, solucionar agravos e, aqueles não resolvidos, direcionar para outros níveis do sistema. A Estratégia Saúde da Família (ESF), composta por equipes multidisciplinares inseridas nas comunidades, é a principal componente entre os serviços de AB no Brasil. Esses espaços devem ser valorizados para compreensão dos sentidos de vida da população, particularidades e ainda devem ser ofertados atendimentos, imunização, alguns exames e outros. É regulada pela demanda e a disponibilidade de serviços destinados à população, e é caracterizada por um conjunto de ações de caráter individual e coletivo a partir de três eixos programáticos: Atenção à Saúde, Vigilância à Saúde e Assistência Farmacêutica (MENEZES, 2006). O cuidado à mulher, por exemplo, deve estar, portanto, previsto nas ações desenvolvidas em todos os níveis da atenção do SUS.

Entre os serviços de atenção básica estão ainda: os consultórios de rua (que atendem a população em situação de rua), o programa melhor em casa (de atendimento domiciliar), Brasil sorridente (de saúde bucal) e o programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Diante do esclarecido é válido reconhecer que se trata de um sistema de saúde que se apresenta falho e iníquo, devido a fatores como: escassez crônica de recursos para o setor; ausência de definição sobre responsabilidades sanitárias; persistência de iniquidades referentes ao acesso a serviços de saúde entre municípios, pequenas e grandes regiões, e estados; inadequação dos mecanismos e instrumentos regulatórios existentes; condução normativa excessivamente rígida e burocrática; ordenação institucional compartimentalizada e fragmentada; debilidade e desintegração das práticas institucionais de planejamento, programação e avaliação; desintegração e fragmentação dos sistemas de informação em saúde; financiamento e organização enfocados excessivamente na oferta e na dimensão assistencial dos serviços; indefinição de meios e modos para a gestão de políticas de saúde no âmbito regional.

A produção do SUS como política é permeada, conforme aponta Feuerwerker (2018), por uma redução dos atores aos gestores, trabalhadores e usuário, entre os quais os dois últimos são compreendidos como grupos a serem disciplinados. É relevante compreender que na prática todos fazem gestão, todos formulam e todos disputam, mesmo que no campo da invisibilidade, sem explicitação do que há de diferente. Nesse contexto, as políticas são produtoras de regularidades, padronização e capturas geradoras de uma homogeneidade imobilizante. No que envolve a saúde materno-infantil existem marcos legais e normativos

que marcam a tentativa de materialização de um paradigma da humanização à assistência ao parto que ultrapasse o modelo assistencial oferecido, ou seja, medicalizado e altamente tecnicista, na perspectiva de minimizar as fragilidades recorrentes da hospitalização do parto. No Brasil, o a implantação da Política de Humanização do parto no Brasil, por exemplo, é dificultado pelas as disputas em torno do modelo da assistência. Tais disputas são, num primeiro momento, de ordem profissional (sobretudo da medicina em relação às outras categorias como enfermeiras obstetras, obstetras e ainda pela inserção de categorias como doulas), organizacional (relacionadas aos protocolos instituídos nos serviços e as “demandas induzidas” criadas pelos próprios serviços numa lógica de produtividade) e políticas (que incluem as intervenções do poder público e seus interesses, frequentemente, focado nos resultados produzidos).

A saúde materno infantil no Brasil

Como já mencionado na presente produção, a gravidez, o parto e o puerpério, em um determinado momento, despedem-se de seu caráter de vivência íntima e familiar acompanhada pelas tecnologias mais leves, desenvolvidas geralmente por mulheres e assume uma característica procedimental, técnica, realizada no contexto hospitalar, geralmente por homens e regulada por políticas.

No Brasil, desde a década de 60 até os anos de 1980, a atenção à mulher estava vinculada ao Programa de Saúde Materno Infantil (PSMI). Até então não existia o SUS e os responsáveis pelo atendimento às pessoas que não possuíam trabalho formal, não cobertas pela previdência social, era o Ministério e as Secretarias Estaduais de Saúde. Assim o PSMI cobria cuidados relacionados à gestação (pré-natal e controle do puerpério das mulheres não previdenciários pobres). Embora PSMI tenha servido de base para a formulação dos serviços de saúde no Brasil, nesse momento não incluía as necessidades das mulheres, pois havia uma forte valorização do feto (COSTA, 2012).

Os programas de saúde materno-infantil foram incentivados pela OMS como estratégia para reduzir a mortalidade infantil nos países

periféricos e, portanto, priorizava a proteção do feto (COSTA, 2012, p. 985).

A partir dos anos 70, influenciado pela lógica mundial de controle demográfico, o governo militar brasileiro busca reformular o PSMI na perspectiva de operacionalizar ações travestidas em uma lógica de “planejamento familiar”. Toda essa realidade é reflexo da lógica Malthusiana, do século XVII, sobre o crescimento populacional. Os debates relacionados à demografia foram travados pelo governo, pela igreja e políticos brasileiros durante décadas. Nesse processo, as lutas feministas, em busca do enfrentamento forças patricarais, se organizam e rejeitam as políticas de controle sobre suas decisões em relação aos seus corpos. Passam a solicitar ações de saúde e planejamento familiar com métodos seguros e com livre escolha. Nesse sentido, a abordagem em torno da saúde da mulher desejava a atenção integral a todas as fases da vida, ou seja, questionava o modelo vigente que restringia à assistência “mãe-bebê” num ciclo que envolve a gravidez, o parto e o puerpério. A intenção era avançar a discussão, propor a valorização da autonomia da mulher em um ser pleno de direitos, na possibilidade de exercitá-los e na garantia do que era chamado de “direitos sexuais e reprodutivos”. Outro elemento relevante nesse processo é o reconhecimento da Constituição Brasileira, resultante das lutas pela Reforma Sanitária, como o disparador das mudanças no campo da saúde e na garantia da atenção e cuidado universal e integral a saúde da população.

Na historicidade dos marcos políticos voltados para a saúde materno-infantil têm-se:

- 1983: Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM): fortemente influenciado pelo movimento feminista e marca essa nova lógica de pensamento da mulher na sociedade brasileira (PAISM, 2006).

As práticas educativas no PAISM, formalizadas como ações de saúde, visam estimular a capacidade crítica das mulheres para garantir autonomia na escolha dos métodos, do controle da fertilidade e mesmo das condutas e dos tratamentos propostos pelos profissionais (COSTA, 2012, p. 994).

- 2000: Política de Humanização do Pré-Natal e Parto (PHPN)⁷²: preocupava-se com a melhoria do acesso, à cobertura e a qualidade dos serviços assistenciais. A

⁷² Portaria GM/MS n° 569 de 1 de junho de 2000 (BRASIL, 2000)

discussão em torno da humanização da assistência obstétrica e neonatal aparece com mais força na perspectiva de ultrapassar o isolamento imposto à mulher e na criação de um ambiente mais acolhedor, diminuição de práticas intervencionistas tradicionalmente realizadas, mas que não repercutiam em benefícios para a mulher e para o bebê (BRASIL, 2000a). Confirma-se, assim, a existência de uma reivindicação pelo protagonismo da mulher nesse momento.

- 2004: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM). Chama atenção para as desigualdades de saúde, para as especificidades em relação ao grupo de mulheres negras, indígenas, lésbicas, transexuais e moradoras do campo e das florestas. Busca incorporar, de modo mais explícito, o conceito de gênero como categoria de análise da condição de vida das mulheres.
- 2005: Documento relacionado aos Direitos Sexuais e Reprodutivos. Busca os referidos direitos para homens e mulheres, mas o foco continua no planejamento familiar.
- Leis complementares 11.634/2007 e 11.108/2005: direito ao conhecimento e vínculo com a maternidade onde será assistida e a garantia da presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato no SUS.
- 2011: Portaria 1.459 de 24 de junho de 2011 institui a Rede Cegonha no SUS, trata do financiamento do pré-natal e do fornecimento de kits para as parteiras tradicionais principalmente nos vazios assistenciais brasileiros. Uma rede de cuidados que intenciona assegurar o direito ao planejamento reprodutivo e humanização da atenção da saúde. Apesar da intenção, o aborto, reconhecido como uma marcante causa de morte materna, não é citada no documento.

A partir desses marcos legal, entre outras coisas, ficam estabelecidas rotinas preferenciais no acompanhamento das mulheres no setor público. Em relação ao acompanhamento na assistência pré-natal, está preconizada na PHPN (BRASIL, 2000a) a realização da primeira consulta até o 4º mês de gestação e a realização de, no mínimo, 06 consultas de acompanhamento distribuídas, preferencialmente, em uma no primeiro trimestre, duas consultas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre. Além disso, uma consulta puerperal até 42 dias após o nascimento. Tais práticas são desenvolvidas pelas equipes de saúde da família, as quais devem encaminhar tais mulheres aos serviços hospitalares para o parto. É válido destacar que estudos apontam a fragilidade nesse acompanhamento (VIELAS et al., 2014). Somado a isso, é relevante revelar que para os serviços privados, a lógica de

acompanhamento é diferente. A rotina de consultas é: “uma vez por mês até a 28ª semana de gravidez; a cada quinze dias entre a 28ª e a 36ª semana; e semanalmente do início da 36ª semana até o nascimento do bebê” (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2019, p. 1).

Dito isso, é relevante esclarecer o circuito adotado pelas mulheres nos serviços públicos de saúde na busca pelo acompanhamento da sua gestação. Obviamente existem diferentes formas possíveis de seguimento da gestação, risco da gestação que influenciará no local de acompanhamento, a não adesão ao acompanhamento, o acompanhamento na rede privada e o parto na rede pública, entre outras possibilidades. No contexto aqui evidenciado, adotarei o exemplo de uma mulher acompanhada pela rede SUS. Na referida rede, geralmente em caso de suspeita de gravidez, a mulher busca o serviço de atenção básica para realização do teste. Em caso de confirmação, a mulher inicia o acompanhamento com o médico da unidade ou com a enfermeira. Nesse processo são realizados exames de rotina, orientações individuais e em grupo e prescrição de suplementos. Em caso de gestação de baixo risco a mulher continua o acompanhamento pela referida equipe. Na 36ª semana de gestação, ela deverá ser informada, pela equipe de atenção básica que a acompanha, sobre o hospital que passa a ser acompanhada e onde dará a luz.

As gestantes podem ser classificadas como de risco habitual ou alto risco (BRASIL, 2011). Em relação à realização dos partos, estes podem, teoricamente, ser realizados em qualquer hospital da rede SUS (BRASIL, 2017). Existem os serviços de referências, centros de parto normal e ainda os partos domiciliares. No que envolve a capacidade tecnológica dura, os serviços hospitalares de referência à gestação Brasil podem ser: alto risco do tipo I e do tipo II (referência exclusiva à estrutura do serviço, não há hierarquização entre elas). Os centros de parto normal se constituem como a unidade de saúde destinada à assistência ao parto de baixo risco pertencente a um estabelecimento hospitalar, localizada em suas dependências internas ou imediações. Pode ser classificados em⁷³: CPN Intra-Hospitalar (CPNi) Tipo I; CPN Intra-Hospitalar (CPNi) Tipo II e CPN Peri-Hospitalar (CPNp).

Seja no serviço público ou privado está legitimada uma disputa pelo modelo de assistência ao pré-natal e parto no Brasil na sua concretude enquanto prática técnica institucionalizada e interrogada pela proposição de um modelo mais humanístico (MAIA, 2010). As políticas do SUS determinam, por exemplo, a realização de consulta de pré-natal de gestação de baixo risco pela enfermeira seja intercalada com a presença do(a) médico(a), mas

⁷³ Portaria nº 11 de 07 de janeiro de 2015 (BRASIL, 2015).

isso não ocorre no serviço privado que é realizada em sua totalidade pelo médico. A própria resolução do “Ato médico” é a confirmação dessas disputas (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2001). É importante destacar que no Brasil, paradoxalmente, sobretudo nos vazios assistenciais, como nas regiões norte e nordeste, tais disputas vão incluir as parteiras tradicionais que estão, logicamente, à margem da rede assistencial instituída, mas seguem (resistindo) produzindo o cuidado com seus saberes clandestinos (SILVA, SANTOS e MERHY, 2018). Frente ao exposto, é então fundamental ter o esclarecimento de que o nascimento e o parto ultrapassam a ideia de serem processos naturais e fisiológicos. É salutar reconhecer seu caráter biopsicossocial, sua complexidade, as relações imbricadas entre indivíduos, grupos e, inclusive, organizações hospitalares ou maternidades executores de diferentes exercícios de poder. Ocorre, de certa maneira, uma mercantilização da vida e da saúde comprovada por situações em que a vida é transformada em mercadoria num percurso da vida para o consumo.

Numa discussão mais atual sobre a temática, após um despacho assinado pela coordenadora geral da saúde das mulheres, do atual governo brasileiro, houve/há uma intencionalidade de abolir o uso da expressão “violência obstétrica” justificada pela “falta de consenso” (BRASIL, 2019). A mídia brasileira informa que se trata de um pedido das entidades médicas (REVISTA FÓRUM, 2019; DINIZ E CARINO, 2019) e o próprio Conselho Federal de Medicina recomenda que a expressão não seja utilizada (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2019). Saliento que tal realidade brasileira contraria uma luta das mulheres e da própria Organização Mundial de Saúde reconhecendo a histórica apropriação do corpo feminino pelo patriarcado que resultam em violências e a alienação das próprias mulheres. Tal contexto, sem dúvidas, se insere nas vivências do cotidiano social brasileiro como um marcador do perfil do governo desinteressado em valorizar e ampliar as lutas pelo respeito às mulheres e vulneráveis.

É relevante salientar que o país, em sua característica heterogeneidade social, econômica e cultural, também apresenta importantes diferenças nos indicadores como revelado na tabela a seguir. É possível perceber como as regiões sudeste e sul se destaca no quantitativo reduzido de óbitos.

Tabela 3: Número de óbitos infantis (menores de 01 ano) por 1.000 nascidos vivos no Brasil e regiões brasileiras, 2000 a 2011.

Região	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Brasil	26,1	24,9	23,4	22,5	21,5	20,4	19,6	18,6	17,7	16,8	16,0	15,3
Norte	32,8	32,1	29,7	29,3	27,8	27,1	26,8	25,3	23,1	22,3	21,0	19,9
Nordeste	35,9	33,4	30,8	29,3	27,8	25,9	24,8	23,2	21,8	20,3	19,1	18,0
Sudeste	20,1	19,2	18,3	17,5	16,8	16,0	15,3	14,8	14,3	13,9	13,4	13,0
Sul	16,9	16,5	16,1	15,6	14,9	14,1	13,4	13,0	12,5	12,0	11,6	11,3
Centro-Oeste	22,3	21,4	20,6	20,3	19,7	19,3	18,5	17,7	17,1	16,4	15,9	15,5

Fontes: MS/SVS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC MS/SVS - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

No ano de 2016, o coeficiente de mortalidade infantil demonstra uma interrupção nessa queda. Em relação a isso é importante compreender que apesar da diminuição do número total de óbitos infantis entre os anos de 2015 e 2016, o aumento do referido coeficiente é explicado pela retração do número de nascidos vivos. Dados divulgados pelo Ministério da Saúde brasileiro demonstram que o coeficiente atingiu o valor de 14 mortes/1000 nascidos vivos o que representa, portanto, um aumento de 4,8% em relação a 2015. Segundo o Ministério da Saúde do Brasil, a referida alta na mortalidade está associada à emergência do vírus ZIKA, às mudanças socioeconômicas, políticas, culturais e a diminuição nos indicadores de imunização.

A mortalidade materna, do mesmo modo, é um problema de saúde pública mundial. A redução está entre os oito objetivos do milênio que a Organização das Nações Unidas (ONU) definiu como uma das prioridades para os países (COSTA, 2012). Também sofre os mesmos efeitos relacionados ao aumento da mortalidade infantil: crise econômica, ajuste fiscal e os cortes no investimento da saúde. Somado aos determinantes sociais tem-se a questão da ilegalidade do aborto, o excesso de cesarianas desnecessárias e da má qualidade do atendimento durante a gestação e parto.

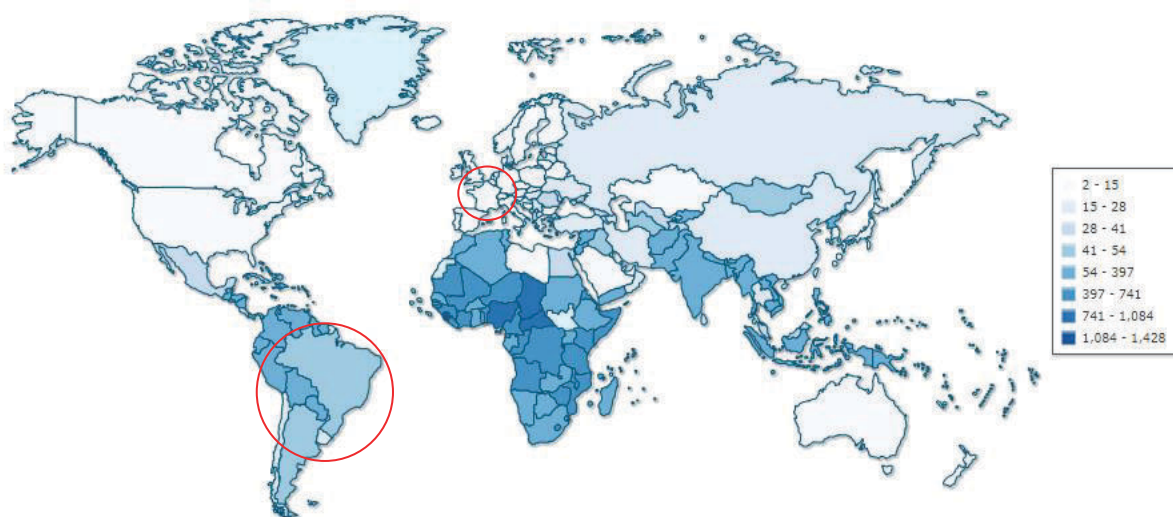


Figura 1: Mapa comparativo entre as taxas de mortalidade materna nos países do mundo com destaque para o Brasil e França, 2018.

Fonte: CIA World Factbook, 2018.

Em termos numéricos, a razão de mortalidade materna⁷⁴ (RMM) é um indicador de qualidade de acesso aos serviços e qualidade da atenção prestada, muito embora a sua confiabilidade seja questionada frente aos problemas da qualidade da informação relacionada ao óbito. É exatamente por essa razão que a criação dos Comitês de Vigilância à Morte Materna e Infantil foram implantados, pois se constitui como estratégia que podem impactar sobre a melhoria da qualidade da RMM. Mais adiante tratarei especificamente sobre os referidos comitês. Ademais, a prevenção das ações excessivamente medicalizadas devem ser consideradas, sobretudo àquelas voltadas às práticas das cesarianas, episiotomias e exames excessivos, pois refletem diretamente sobre essa problemática (COSTA, 2012).

A inserção da lógica educacional na saúde no Brasil

⁷⁴ É o número de mortes de mulheres gestantes ou até 42 dias após o término da gestação, independente da duração ou localização da gravidez, decorrente de qualquer causa relacionada com a gravidez ou agravada por ela ou por medidas tomadas em relação à ela, mas não por causas acidentais ou incidentais (COSTA, 2012, p. 981)

Dentro da lógica dos regimes disciplinares das escolas, hospitais, das cidades, das famílias, entre outros, conforme aponta Foucault (2018), o poder se constitui como ferramenta indispensável no seu exercício. Um saber sobre o corpo articulado com os diversos campos como os grupos religiosos, a medicina, sociedades científicas, o próprio Estado, ou seja, aparelhos de poder que estruturam regulamentos e instituições múltiplas chamadas no século XVIII de polícia.

O que chamará até o final do Antigo Regime de polícia não é somente a instituição policial, é o conjunto dos mecanismos pelos quais são assegurados a ordem, o crescimento canalizado das riquezas e as condições de manutenção da saúde “em geral”: o *Traité de Delamare* – grande carta das funções de polícia na época clássica (FOUCAULT, 2018, P. 302).

Um interesse nas questões relacionadas à força de trabalho associado à questão dos efeitos econômico-políticos é concretizado em ações autoritárias capitaneadas pelo saber médico. Assim, o século XVIII marca as primeiras ações de educação em saúde, consolidada na lógica de “controle dos corpos”, “objetificação das ações” e “racionalismo controlador”⁷⁵.

Dito isso, é possível compreender como se faz necessária a articulação, num primeiro momento, das concepções de educação, saúde e sociedade e, mais amplamente, do trabalho em saúde (e trabalho educativo), pois são também elementos produtores da existência humana.

O final do século XIX marca a construção das concepções e prática de educação e saúde baseadas na higiene (MORISINI, FONSECA e PEREIRA, 2019).

a Higiene centrava-se nas responsabilidades individuais na produção da saúde e construía formas de intervenção caracterizadas como a prescrição de normas, voltadas para os mais diferentes âmbitos da vida social (casa, escola, família, trabalho), que deveriam ser incorporadas pelos indivíduos como meio de conservar a saúde (MORISINI, FONSECA e PEREIRA, 2019, p. 1)

A educação sanitária, oriunda dos Estados Unidos, baseada na lógica de transmissão de conhecimentos, ganha contornos, sobretudo na época das campanhas sanitárias brasileiras. Saliento que tal concepção não compreende o processo saúde-doença em sua ampla dimensão e está focado nos resultados dos programas de saúde pública (FALKENBERG et al., 2014).

⁷⁵ Os termos são adotados com base em Foucault (2012) e sua teoria sobre o poder. Este que opera sobre e no corpo através de suas forças impondo uma relação de docilidade/utilidade.

Como já referido anteriormente, a medicalização influencia a sociedade e, consequentemente, marca as ações associadas a ela. A educação em saúde, terminologia utilizada desde o início do século XX, também é influenciada por esse poder biomédico e ao longo da sua trajetória histórico-política confirma sua incapacidade de não responder às necessidades das condições de vida da população.

[...] a educação em saúde, produzida no âmbito dos serviços de saúde, esteve muito subordinada a esse modelo, assim como, as práticas de educação sanitária, dirigidas à sociedade em geral e suas instituições, reproduziram em larga escala o poder biomédico, tendo funcionado, muitas vezes, como braços do controle estatal sobre os indivíduos e as relações sociais (MORISINI, FONSECA e PEREIRA, 2019, p. 1).

Apesar do seu caráter reducionista, tal lógica constitui o processo de estruturação (e institucionalização) das práticas educativas e contribui para o delineamento da educação emancipatória criadora e transformadora da realidade. Esse processo de transformação foi marcado pelos movimentos sociais, mais precisamente pelo Movimento de Educação Popular, na década de 60, que refletirá na valorização tanto no saber popular como na sua participação.

Nesse processo existe ainda a educação na saúde caracterizada pela educação continuada e educação permanente, as quais estão voltadas aos trabalhadores. A primeira caracterizada por uma aquisição acumulativa de informações pelo trabalhador por meio de uma escolarização formal. Em geral são realizadas de modo pontual e esporádico. A educação permanente, por sua vez, valoriza o processo crítico do cotidiano do trabalho na perspectiva de transformações das práticas e da organização sem desconsiderar as demandas implícitas sejam elas de âmbito cultural, social, econômico, organizativo ou político (FALKENBERG et al., 2014; MELO, 2017; FORTUNA, 2011; CECCIM, 2005)

No contexto da saúde brasileira, embora apresente avanços em relação ao movimento da educação popular em saúde, ainda é muito marcado pela lógica da educação bancária altamente verticalizada. Essa realidade é fortalecida pela fragilidade na compreensão do caráter revolucionário da educação pelos componentes desse processo: gestores, profissionais e trabalhadores e sociedade. Isso repercute nas práticas educativas desenvolvidas junto à comunidade em que as estratégias estão restritas às demandas induzidas pelas instâncias governamentais.

Em relação aos processos educativos relacionados à atenção à mulher e materno-infantil tais aspectos são confirmados pelas publicações de kits com informações de o que

deve ser feito e uma proposta de padronização de ações. Desse modo, estão previstas nas ações de atenção à saúde no pré-natal e puerpério: “implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva” (BRASIL, 2011, p. 2).

Os Comitês de Vigilância à Morte Materna, Infantil e Fetal

As investigações de óbitos no mundo surgem da experiência dos Estados Unidos, no início do século XX, com a organização do Comitê de Morte Materna. Frente aos elevados números de morte infantil e materna no Brasil, algumas estratégias foram lançadas a fim de reduzi-los. As primeiras tentativas de implantação dos referidos comitês, no Brasil, se deu na década de 90. Em 2004, o Ministério da Saúde brasileiro elaborou o primeiro documento oficial de prevenção de óbitos.⁷⁶ Consiste numa manual para utilização dos comitês formados no país que buscou sistematizar as experiências da vigilância às mortes em busca de um maior potencial de prevenção (BRASIL, 2009).

A redução da mortalidade infantil está entre as Metas de Desenvolvimento do Milênio, compromisso assumido pelos países integrantes da Organização das Nações Unidas (ONU) para o combate à pobreza, à fome, às doenças, ao analfabetismo, à degradação do meio ambiente e à degradação contra a mulher. A mortalidade infantil, sem dúvidas, reflete as condições de vida da sociedade. Por isso, é relevante perceber que a mobilização pela defesa da vida é resultante de uma resposta à participação da sociedade e do governo.

Os municípios brasileiros, portanto, através da portaria nº 1.399 de 15 de dezembro de 2009, são orientados a constituir Comitês de Prevenção de Óbito Materno e Infantil: organismos interinstitucionais de caráter eminentemente educativo. Entre seus objetivos tem-se: Compreensão das circunstâncias dos óbitos; identificação dos fatores de risco; definição das políticas de saúde dirigidas à redução das mortes evitáveis; melhoria dos registros sobre a mortalidade. A referida portaria estabelece que a Vigilância Epidemiológica da Mortalidade Infantil e Materna é atribuição dos municípios. Ressalta-se que o melhoramento dos registros

⁷⁶ A Portaria GM nº 1172 de 15 de junho de 2004 preconiza que é atribuição do componente municipal do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde a “vigilância epidemiológica e o monitoramento da mortalidade infantil e materna”, e dos Estados, “de forma complementar a atuação dos municípios”

dos óbitos permite a consolidação e adoção de meios de definição de medidas de prevenção dos óbitos evitáveis pelos serviços (BRASIL, 2009).

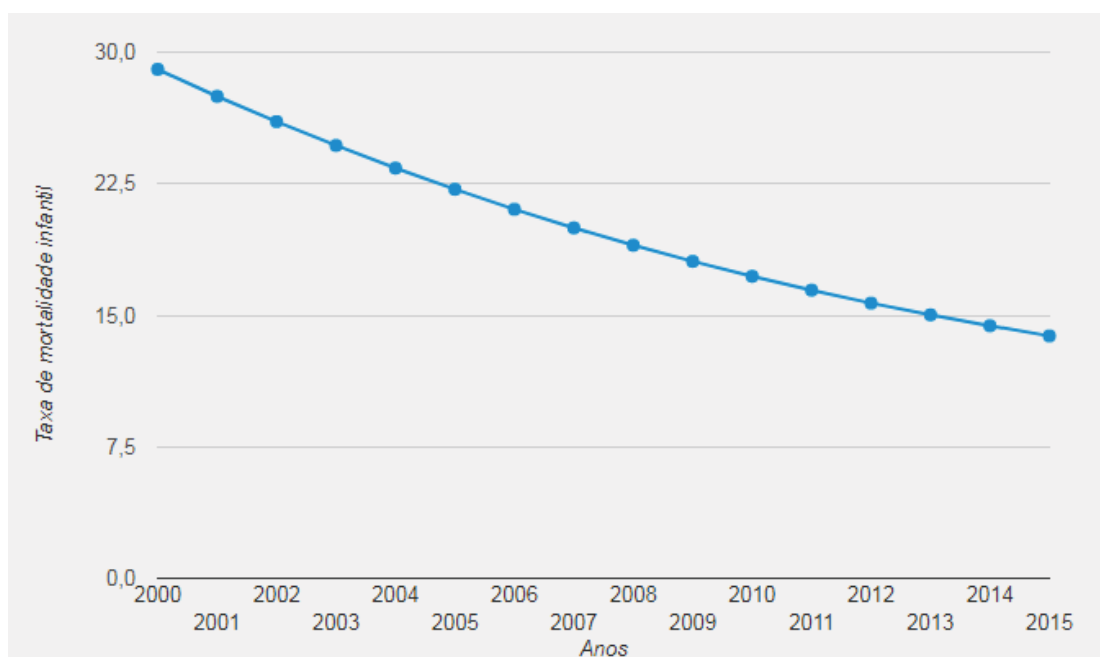
Essas mortes precoces podem ser consideradas evitáveis, em sua maioria, desde que garantido o acesso em tempo oportuno a serviços qualificados de saúde. Decorrem de uma combinação de fatores biológicos, sociais, culturais e de falhas do sistema de saúde. As intervenções dirigidas à sua redução dependem, portanto, de mudanças estruturais relacionadas às condições de vida da população, assim como de ações diretas definidas pelas políticas públicas de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009, p. 7).

Com a investigação, a equipe de vigilância dos óbitos e o Comitê devem discutir com os profissionais envolvidos na assistência, como por exemplo, atenção básica, especializada, urgência, atenção hospitalar e outros, em busca da ampliação da análise dos casos e definição da evitabilidade do óbito. Ressalto que, de acordo com a proposta do documento, a intenção é prevenir mortes por causas similares no futuro.

Outro aspecto a ser considerado em relação ao funcionamento dos comitês é a necessidade de mobilização e articulação da sociedade e governo pela defesa da vida. Sem a sensibilização dos grupos, torna-se muito difícil a tarefa de pensar no social, na garantia de direitos e no exercício de uma luta democrática que podem promover a redução dos indicadores. Sobre isso, é válido explicitar que o Brasil carrega a tradição de não criação de dispositivos de inclusão dos diferentes atores nos processos de estruturação das políticas de saúde. Os papéis institucionais, como aponta Fauerwerker (2018) marcam as relações de poder e lugares. Nesse sentido, compreendo que existe uma valorização do plano formal que reverbera em uma falsa homogeneidade (muitas vezes imobilizante) que impõe modos de pensar.

Em relação às informações relacionadas à temática, o coeficiente de mortalidade infantil é o indicador da saúde e da qualidade de vida de uma população sensível às variações socioeconômico-culturais. É representado pelo número de óbitos em menores de 01 ano para cada 1000 nascidos vivos. O referido coeficiente no Brasil regrediu continuamente até o ano de 2015.

Gráfico 3: Taxa de mortalidade infantil por mil nascidos vivos, Brasil, 2000 a 2015.



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2019.

Em 1970 o CMI foi de 115, em 1994 foi de 34 e em 2010 foi de 14. O fortalecimento da Rede Básica de Atenção à Saúde refletiu diretamente nos números, os quais demonstram uma queda acelerada. Neste sentido, isso resulta, sem dúvidas, da assistência pré-natal, melhorias na assistência ao parto, à puérpera, ao recém-nascido, assistência às crianças, imunização, melhoria da escolaridade da população, saneamento básico, aumento da difusão das informações entre outras medidas (ALMEIDA, FAUSTO e GIOVANELLA, 2011). Tais avanços hoje encontram-se ameaçados.

O SISTEMA DE SAÚDE NA FRANÇA

A França possui a parte europeia, a França Metropolitana, que é situada na extremidade ocidental da Europa e também pelos territórios fora da Europa, a França do outro mar (América do Norte: Saint Pierre et Miquelon, América do Sul: Guyane, Antilhas: Guadeloupe, Martinique, Saint-Barthélemy e Saint Martin, Oceano Pacífico: Nouvelle Calédonie, Polinesye française e Wallys et Futuna, Oceano Índico: Réunion e Mayotte, Ártico: Terre Adélie). Sua área territorial é de 672.051 Km² (partilhados em 18 regiões e 101 departamentos), população de 66.992.699 habitantes (INSEE, 2019) e a taxa de fecundidade é de 1,96 filhos por mulher (INSEE, 2016).

O atual sistema universal de saúde francês, proveniente das lutas do Conselho Nacional de Resistência (CNR), existe a partir das leis de 05 de abril de 1928 e 30 de abril de 1930 (LE FIGARO, 2019). Este sistema integra a Seguridade Social, a qual é mais abrangente, e foi criada em 1945 e institucionalizada na Constituição de 1946.

É norteado pelo sistema de proteção social que fazem do direito à saúde um marco à cidadania e luta contra as desigualdades que vem sendo ameaçado pela lógica de financeirização pela privatização, terceirização e largo investimento do capital privado (CORDILHAS e LAVINAS, 2018). Dos serviços, quase 80% dos custos é financiado pelo governo através do sistema de seguro nacional de saúde, a “*securité sociale*”. Ela fornece a cobertura de base para riscos às doenças, maternidade, invalidez, mortes, acidentes de trabalho, doenças associadas ao trabalho, à fase idosa e família. É composta de diferentes regimes unidos pelos assegurados segundo suas atividades profissionais (regime geral: maior parte dos assalariados, estudantes beneficiários de algumas prestadoras e residentes; regime especial: cobrem os assalariados que não integram o regime geral como funcionários e agentes da SNCF; os regimes não assalariados não agrícolas: cobrem separadamente os artesãos, comerciantes e industriais, profissionais liberais para assistência aos idosos; regime agrícola: assegura a proteção social dos agricultores e dos assalariados agrícolas).

O referido sistema tem por base ações curativas, educativas e preventivas. O regime geral é organizado sobre uma hierarquia de organismos nacionais, regionais e locais que são estruturados pela natureza do risco e geridos paritariamente e situados sob a tutela dos Ministérios encarregados pela seguridade social, ou seja, Ministérios das solidariedades e da saúde e Ministério da economia e finanças. Em seu nível nacional, os ministérios controlam e implementam políticas de saúde pública, da fase idosa e da segurança sanitária (doenças

infecciosas e crônicas por exemplo). Para isso, se apoiam em agências sanitárias, operadores públicos que asseguram iniciativas, inclusive de parceiros independentes como Haute Autorité de Santé (HAS). As agências regionais de saúde (ARS) asseguram a coordenação da prevenção, dos cuidados e do acompanhamento. Em seu nível local, as estruturas, os estabelecimentos e os profissionais se organizam sob a supervisão da ARS na tentativa de organizar a os cuidados “primários”: centros médicos generalistas, especializados e estabelecimentos de saúde ou estrutura adaptada. Existem, assim, serviços ambulatoriais (clínicas privadas ou centro de saúde). Existem ainda os regimes complementares (convênios privados, sociedade de seguros, instituições da previdência) a partir dos aderentes e cobrem parte das despesas de cuidados de saúde que não são incluídas no sistema de base (serviços relacionados aos cuidados óticos, órteses e próteses e outros) (CENTRE DES LIAISONS EUROPÉENNES ET INTERNATIONALES DE SÉCURITÉ SOCIALE, 2019; VIE PUBLIQUE, 2019; MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ, 2019). Em relação à articulação com o setor privado é importante salientar que o referido modelo complementar funciona de modo marginal à cobertura da rede pública diferentemente do Brasil em que o serviço público e privado cobrem quase que os mesmos serviços (CORDILHA e LAVINAS, 2018).

Em 2016, o país destinou uma média de 12% do seu PIB às despesas de saúde. O nível das despesas de saúde depende dos determinantes sociais, econômicos e demográficos, bem como do modo de financiamento e organização do sistema de saúde (INSEE, 2019f). O financiamento do regime geral da securité sociale é dado cerca de 80% pelas cotizações ou contribuições provenientes das remunerações. As cotizações são calculadas a partir de taxas fixadas em nível nacional e estão ao cargo do empregador e do empregado; e taxas como: les impôts et taxes affectées (ITAF) que são as contribuições obrigatórias da proteção social, entre as quais tem-se a cotization sociale généralisée (CSG) que são atribuídas sobre os impostos das atividades (9,2%), subsídios (6,2%), patrimônio, investimento e lazer (CENTRE DES LIAISONS EUROPÉENNES ET INTERNATIONALES DE SÉCURITÉ SOCIALE, 2019). Também em 2016 ocorreu uma mudança estrutural no funcionamento do sistema, mais precisamente na articulação entre o sistema público e complementar. Este último passou a ser obrigatório para todos os assalariados e reflete, em suma, a “retração do Estado, o aumento de desigualdades de acesso aos serviços de saúde e o favorecimento do mercado de seguros privados” (CORDILHA e LAVINAS, 2018, p. 2155).

Na França, a financeirização avança pela transformação da saúde complementar, responsável ainda hoje por tão somente 13,3% das despesas com serviços médicos. Ela se torna não apenas obrigatória (a partir de 2016) para todos os assalariados, bem como passa a oferecer níveis crescentes e mais onerosos de cobertura, denominadas sobrecomplementar, perdendo paulatinamente sua dimensão não lucrativa (mutualista) (CORDILHA e LAVINAS, 2018, p. 2148).

Atualmente é discutida a implantação de uma nova forma de financiamento da saúde na França, em que seja revisto o modelo de pagamento por volume de produção. Associado a isso, sustentam um discurso de valorização do prestador que está preocupado com o controle dos custos e a resolutividade assistencial. Propõe também o fechamento dos hospitais considerados ineficientes. Importante destacar que, dos gastos com a saúde, 40% são resultantes das ações ocorridas nos hospitais (SETOR SAÚDE, 2018).

A saúde materno infantil na França

A história da proteção da saúde materno infantil na França, assim como no Brasil, está amparada, por um lado, num esforço coletivo que permitiram uma importante redução da mortalidade materno-infantil nos últimos anos e, de outro, o progressivo crescimento da potência do Estado biopolítico e de suas normas.

A política de saúde na Europa é, no século XVIII, marcada pelo delineamento de um mercado médico e pela emergência de uma medicina clínica influenciada pelas leis de mercado. Seria precipitado centralizar as ações aos aparelhos de Estado, pois diferentes políticas de saúde e meios de conduzir as questões médicas eram fortemente atuantes. Entre elas podem-se citar os grupos religiosos, associações de socorro e beneficência, sociedades científicas. É nesse cenário que se realiza uma nosopolítica⁷⁷ em que os diversos aparelhos de poder deveriam se encarregar dos corpos. A partir da estruturação dessa lógica, há o privilégio da infância e a medicalização da família e, assim, a gestão dessas vidas com a codificação de regras das relações, de obrigações (amamentação, higiene, aproximação, entre outros). Isso é exatamente a medicalização da família (FOUCAULT, 2018).

⁷⁷ Foucault afirma que a nosopolítica é “mais que o resultado de uma iniciativa vertical [...] como um problema de origens e direções múltiplas: a saúde de todos como urgência para todos; o estado de saúde de uma população como objetivo geral” (FOUCAULT, 2018, p. 298)

[...] E constitui-se, igualmente, uma ascendência político-médica sobre uma população que se enquadra com uma série de prescrições que dizem respeito não só à doença, mas às formas gerais da existência e do comportamento (a alimentação e a bebida, a sexualidade e a fecundidade, a maneira de se vestir, a disposição ideal do habitat) (FOUCAULT, 2018, p. 310).

Na França, o aumento dessa supervisão dos corpos femininos na fase gravídica puerperal se deu, sobretudo, no período entre as duas grandes guerras mundiais (CAHEN, 2014; KNIBIEHLER, 2000; BADINTER, 1980). Até a metade do século XVIII a criança e a mulher não eram objetos de interesse da medicina. O parto, as questões de saúde das parturientes, as doenças infantis eram manejados por um saber tradicional e não valorizado (DONZELOT, 1980). A lei Théophile Roussel de 23 de dezembro de 1874 é um marco na proteção das crianças quando a vigilância das nutrizas passa a ser responsabilidade do Estado. A lei introduz métodos modernos de criação e educação das crianças. (BERTILLON, 1902). No final do século XX, a Proteção Materno-Infantil (PMI) é marcada por uma vasta mobilização contra a mortalidade infantil. Em 1902 é formada a Liga contra a mortalidade infantil, a qual é reestruturada em 1922 nos moldes do Comitê Nacional da Infância.

O sistema de vigilância pré-natal atinge sua forma mais avançada por volta de 1945, logicamente num contexto social e político altamente propício e é resultante de um projeto originado no final do século XX e que valoriza o natalismo, a higiene social e a luta contra o aborto criminal. O referido sistema traz consigo uma finalidade de acompanhamento de saúde e de controle social e moral e, por isso, porta várias estratégias de ação pública associada às dimensões sanitárias, sociais e familiares (CAHEN, 2014). Assim, a PMI assume um caráter de movimento geral de reorientação tática das políticas da população. A organização da linha médico social do território se dá pela subdivisão dos departamentos em setores e eles mesmos são encarregados pelo funcionamento operacional da PMI sob a direção do diretor departamental de saúde (CAHEN, 2014).

O serviço de Proteção Materno-infantil na França, criado em 1945, é encarregado de assegurar a proteção de saúde da mãe e da criança, organiza as consultas e as ações de prevenção em favor das mulheres e crianças com menos de 06 anos. O referido serviço propõe um trabalho colaborativo entre enfermeira da puericultura, psicólogo, médico de PMI, sage-femmes de PMI, assistente social, educadores de crianças jovens e animadores para ações de lazer. Saliento que tais serviços priorizam as ações assistenciais e de educação em saúde prioritariamente às famílias vulneráveis (COULM, 2013).

Um marco importante na história do acompanhamento das gestantes e que impacta diretamente no processo organizativo dos serviços é a realização dos partos sem dor. Isto se dá, pois, exatamente após o esclarecimento dessa possibilidade, pelo doutor Lamaze⁷⁸ em 1955, as mulheres passavam a se beneficiar dos cursos de preparação para o parto na perspectiva de compreender as bases do processo obstétrico e, ainda, a possibilidade de acessar um saber específico sobre seus corpos. É exatamente frente ao sucesso desse método (aos olhos dos profissionais e satisfação expressa pelas mulheres) que os primeiros cursos preparatórios para o parto, reembolsados pela *securité sociale*, são sobre “métodos do parto sem dor” a partir de 1958. Assim, com a disseminação da anestesia peridural, a preparação para o nascimento e parentalidade existe e é possível ser conduzida hoje por mais de 86% de *sage-femmes* (responsáveis pelo acompanhamento da gestante no período gravídico puerperal) liberais na França. Com o passar dos anos os cursos preparatórios passam a ser criticados quanto à utilização desse espaço para expressão de dúvidas e os medos em relação aos nascimentos (THOMAS, 2016).

O trabalho das *sage-femmes* que atuam no meio hospitalar também será afetado pela existência da peridural, bem como pela introdução de novas técnicas e vigilância à gravidez e ao parto. Esse “novo” espaço de trabalho que é capturado também pelo controle dos corpos, o qual de certa forma provoca essa categoria profissional.

Atualmente na França são obrigatórias sete consultas de pré-natal e a realização de exames biológicos. Esses exames são integralmente assumidos pela *securité social* desde o primeiro mês de gravidez. As demais taxas ligadas à gravidez e parto são assumidas a partir do sexto mês até o pós parto. No contexto atual ocorre um crescente aumento do número de consultas pré-natais e ecografias, inclusive nas mulheres com gestação de baixo risco, fato que é discutido pela classe científica e trabalhadores da saúde em torno do que chama de medicalização do parto (COULM, 2013; THOMAS, 2016; CODE DE SANTÉ, 1992).

Nesse sentido, partindo da suspeita de gravidez por uma mulher na França, o itinerário previsto no serviço público atualmente é: Após a confirmação da gravidez por exame de sangue, o seguimento do acompanhamento da gestação. A orientação é que as mulheres se inscrevam, o quanto antes, nos hospitais que intencionam parir. Após a realização dos primeiros exames, se gestação de baixo risco, prossegue o acompanhamento com a *sage-femme* ou médico generalista ou o ginecologista de sua escolha, em caso de alto risco são encaminhada para os serviços especializados, em geral maternidades. Tratarei nesse exemplo,

⁷⁸ Neurologista e obstetra francês, chefe do serviço na maternidade Bluets na França.

para esclarecimento do circuito adotado pela maioria das mulheres, sobre o percurso em caso de gestação de baixo risco. Elas são orientadas a se inscrever no hospital em que desejam parir, em caso de inscrição em um hospital público (a maior parte dos casos), automaticamente ela está inscrita em uma PMI que se propõe (embora nem sempre consiga) a acompanhar a trajetória da mulher na fase gravídico-puerperal. É válido evidenciar que na França existe uma tensão na relação entre os serviços hospitalares (que prestam assistência materno-infantil) e as mulheres, pois há uma fila de espera na própria inscrição de algumas maternidades. Tal espera está associada à disponibilidade de lugares/leitos para acolhê-las. Recomenda-se que o sétimo, oitavo e nono mês seja acompanhado pela equipe que acompanhará durante o nascimento (as mulheres são acompanhadas no serviço hospitalar que estão inscritas e lá poderão participar de grupos para orientações relativas ao parto. Em relação ao processo de acompanhamento das famílias, está prevista a elaboração do Projeto de Nascimento, que não possui valor jurídico, mas que portará os desejos dos pais em relação a evolução da gravidez e ao nascimento da criança. O referido projeto poderá ser redigido.

Em relação às maternidades e sua distribuição no sistema de saúde, elas são classificadas em tipo I, tipo II e tipo III. A maternidade do tipo I corresponde a 49%. Ela se encarrega das gravidezes de baixo risco e não possui unidade de neonatologia. As do tipo II dispõem de unidade de neonatologia (nível IIa, que corresponde a 23%) e unidade de cuidados intensivos de neonatologia (nível IIb, que corresponde a 16%). Por fim, as unidades do tipo III, que são 12% das maternidades francesas, dispõem de uma unidade de reanimação neonatal e reanimação de adulto. Existem, embora em menor quantidade, as casas de parto e os partos domiciliares (apenas para gestações de baixo risco).

Tabela 4: Número de óbitos infantis (menores de 01 ano) nascidos vivos na França, entre 1995 e 2014

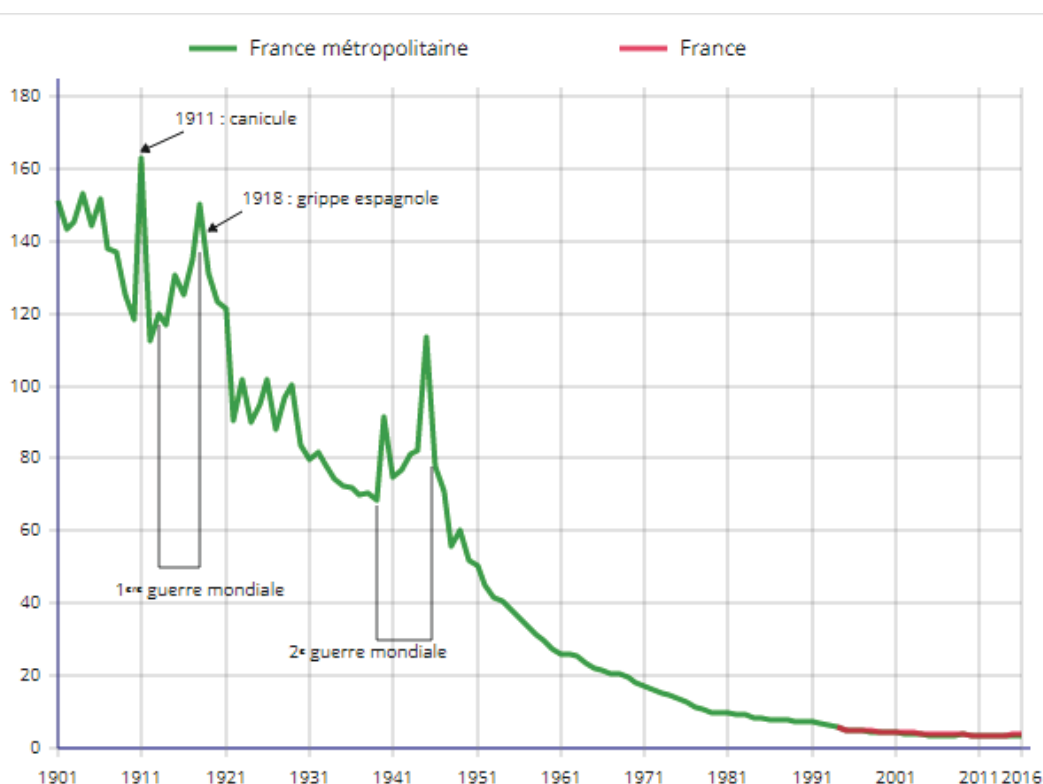
Região	1995	2000	2005	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
France métro	3 502	3 417	2 740	2 787	2 856	2 870	2 787	2 568	2 643	2 686	
Paris	119	136	121	106	117	94	105	104	97	121	83
Seine-et-Marne	76	96	78	69	66	75	72	77	62	66	71
Yvelines	83	82	66	78	75	62	59	66	63	70	49
Essonne	81	75	73	76	57	56	79	73	60	67	66
Hauts-de-Seine	115	93	77	87	101	82	90	78	70	88	72

Seine-Saint-Denis	120	158	141	134	165	142	125	124	142	148	138
Val-de-Marne	92	96	66	69	75	78	77	74	78	69	75
Val-d'Oise	81	74	77	69	67	65	89	89	64	91	78
Île-de France	767	810	699	688	723	654	696	685	636	720	632

Fontes: INSEE, 2019

No que envolve os óbitos infantis, como pode ser visualizado na tabela 4, embora baixos, é variável entre as regiões mais vulneráveis como Seine-Saint-Denis, por exemplo. O gráfico 4 também desenha a realidade de mortes e dá destaque para as duas grandes guerras mundiais, bem como sua influência no comportamento relacionado à procriação na sociedade.

Gráfico 4: Taxa de mortalidade infantil por mil nascidos vivos, França, 1901 a 2016.



Fonte: Institute National de la statistique et des études économiques 2019

Principais dispositivos legais

A seguir apresentarei alguns dispositivos legais que delieiam o processo de estruturação formal da saúde materno-infantil na França.

- **1945 – Criação do Serviço de Proteção Materno infantil**
- **1946 – Constituição: Garantia legal de igualdade entre homens e mulheres.**
- **1953 – Code de la Santé Publique:** Atualmente contém seis partes subdivididas em livros, títulos, capítulos e artigos. Entre esses se tem o “direito particular próprio a certas populações (mãe – interrupção voluntária da gravidez e ajuda médica à procriação – e criança)”;⁷⁹
- **1967 – A lei Neuwirth:** Autoriza a venda de contraceptivos.
- **1975 – legalização do aborto:** Lei Veil que autoriza a interrupção da gravidez. As taxas de cuidados: consultas, análises, ecografias e outros, bem como a hospitalização são assumidas pela sécurité sociale desde 2006
- **2013: Gratuidade e confidencialidade de todo o percurso de contracepção das menores.** Os meios de contracepção são gratuitos para as mulheres maiores de 15 anos. Assim permite facilitar o acesso das menores à contracepção o que visa reduzir o número de gravidezes indesejadas (RÉPUBLIQUE FRANÇAISE, 2016).
- **2016: Reembolso de 100% de todos os atos necessários para uma interrupção voluntária da gravidez.** Minimiza os obstáculos financeiros no acesso ao aborto: o custo.

Apesar dos marcos citados pela garantia de direitos das mulheres, há também, como no Brasil, uma desvalorização dos saberes femininos, o que é confirmado e amprado pelo modo como os cuidadores ajustam seus discursos em função da ideia que têm do estatuto social dos usuários dos serviços, enquanto que estes usuários se adaptam aos discursos dos estabelecimentos (THOMAS, 2016).

A inserção da educação em saúde da França

A saúde pública francesa vivenciou mudanças legislativas, organizacionais e estruturais nos últimos dez anos. Estudos se comprometem a refletir criticamente sobre a

⁷⁹ « le droit particulier propre à certaines populations (mère - interruption volontaire de grossesse et aide médicale à la procréation - et enfant) » (CODE DE LA SANTE PUBLIQUE, 2019)

influência de tais mudanças nos programas e nas ferramentas de educação no contexto da saúde (POMMIER et FERRON, 2013).

O termo “*éducation pour la santé*” (educação para saúde) é largamente utilizado nas ações de saúde e se baseia no conceito definido pela OMS em 1983 como todo conjunto de atividades de informação e educação que incitam as pessoas a querer possuir boa saúde, a saber como e alcançar, a fazer o que podem individualmente e coletivamente para conservar a saúde e recorrer a ajuda em caso de necessidade (WHO, 1990). Insere-se na noção de promoção da saúde a qual se propõe a questionar as iniciativas públicas inclusive dos setores como moradia, educação, agricultura e outros, bem como se propõe a estimular a participação social nas ações da saúde pública. É uma questão de saúde pública e compreendida como indispensável para que os cidadãos possam adquirir sensibilidade para as medidas legais de prevenção (RÉPUBLIQUE FRANÇAISE, 2001).

O programa de “*éducation pour la santé*” está estruturado em ações que podem ser de naturezas articuladas entre si: campanhas de comunicação, disponibilização de informações científicas válidas e ações educativas de aproximação. Para isso, dispõem de diferentes entradas: trabalho de temas particulares (nutrição, contracepção, vacinação e outros), categorias específicas da população (jovens, mulheres grávidas, idosos e outros) e os lugares de vida (família, escola, bairro, etc.) (RÉPUBLIQUE FRANÇAISE, 2001a).

Em relação às evoluções relacionadas à educação para saúde na França tem-se: 1) os avanços nas pesquisas no domínio da saúde o que permite melhor apreensão dos aportes da educação para área, 2) educação para saúde como estratégia de redução das desigualdades sociais e de saúde; 3) a temática como campo de intervenção especializado; 4) na emergência terapêutica do paciente; 5) fragilização econômica sem precedente das associações de educação para saúde e 6) premissas de uma mudança no olhar dos poderes públicos sobre a temática (POMMIER e FERRON, 2013). É conveniente pensar que para além dos elementos pontuados como evoluções é fundamental considerar as relações estabelecidas entre os profissionais e usuários dos serviços podem ser potentes no território de significações de cada envolvido. Os elementos tidos como evoluções, caso desvincilhados das questões relacionais, pode ser desastroso. Isto se dá, pois o saber também se constitui uma poderosa ferramenta de poder, como aponta Foucault (2018), o qual tem potência para se consolidar como forma de “controle-repressão” e/ou “controle-estimulação” concretizando assim a lógica dos famigerados “regimes disciplinares”⁸⁰.

⁸⁰ Como referido em outro momento, me baseio na perspectiva do Michel Foucault sobre o poder e seus desdobramentos.

Em relação à preparação para o nascimento, as sessões de acompanhamento são, em geral, desenvolvidas pelas sage-femmes e são organizadas de forma bastante heterogênea (THOMAS, 2016). Essas profissionais encarregadas pela preparação da mulher no período pré e pós-natal, em sua maior parte, são liberais, pois as profissionais hospitalares, que representam 80% da força de trabalho, se concentram nas salas de nascimento no acompanhamento do parto e no pós-parto imediato. Esse fato evidencia a separação assimétrica das ações desenvolvidas por esse grupo profissional, ou seja, como as profissionais liberais não estão inseridas no contexto hospitalar e nem dialogam com os profissionais que lá estão, desconhecem de contextos importantes para as mulheres. Por esse motivo elas insistem sobre a necessidade do contato com a equipe médica, normalmente presa em uma rotina e às vezes num esgotamento, não facilita uma abertura (THOMAS, 2016). Em relação aos problemas enfrentados no período pós-natal, estudos realizados com mulheres também confirmam a ocorrência de experiências negativas resultantes, ao que tudo indica, de uma frágil orientação (DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ÉTUDES, DE L’EVALUATION ET DES STATISTIQUES, 2009; COULM, 2013). Tudo isso sinaliza a importância da articulação da rede assistencial dessas mulheres.

Sobre isso COULM⁸¹ (2013, p.242) afirma:

[...] o fato de que os profissionais da perinatalidade sejam distribuídos de modo desigual sobre o território pode ser um freio à boa coordenação dos cuidados em algumas regiões; enfim, a implementação de um percurso de cuidados muito complexo em razão de uma divisão do cuidado pré-natal sobre vários locais e diferentes profissionais poderá igualmente contribuir no reforço das dificuldades de acesso aos cuidados por certas mulheres, notadamente aquelas que têm uma fraca ou experiência negativa no sistema de saúde.

As relações estabelecidas entre as mulheres e o corpo médico é tema de discussão em alguns estudos. A evolução das práticas médicas no meio hospitalar, por exemplo, sinalizam a modificação do lugar da sage-femme no cuidado às mulheres (THOMAS, 2016). A medicalização das ações é justificada pela noção de segurança, mas essa conformação é profundamente interrogada quando as mulheres reivindicam pelo direito de parir em suas

⁸¹ Tradução livre da autora. Versão original : « le fait que les professionnels de la périnatalité soient inégalement répartis sur le territoire peut également être un frein à la bonne coordination des soins dans certaines régions ; enfin, la mise en place d’un parcours de soins trop complexe en raison d’une répartition du suivi prénatal sur plusieurs lieux et plusieurs professionnels, pourrait également contribuer à renforcer les difficultés d’accès aux soins pour certaines femmes, notamment celles qui ont une faible ou une mauvaise expérience du système de santé »

residências. Essa reivindicação pode ser reflexo da resistência às práticas desenvolvidas e da autonomia da mulher no processo do parto.

[...] As mulheres que, por outro lado, se beneficiam de sessões de preparação para o nascimento e à parentalidade, em vistas de um parto em domicílio, se beneficiam mais frequentemente de sessões individuais e abordam com mais profundidade com sua sage-femme a gestão do trabalho de parto, e são também mais próximas dos cursos de psicoprofilaxia obstétrica tal como lhes eram propostas anteriormente (THOMAS, 2016, p. 394).⁸²

Outro aspecto associado a essa problemática é que, nos últimos trinta anos, ocorreu um crescente fechamento de maternidades na França. Entre 1972 e 2012 dois terços das maternidades foram fechadas como resultado de uma reestruturação do sistema que justificou-se em medidas de segurança necessárias (GODART, 2019; BENEROUSSE, 2019; HEYER et al., 2019; COULM, 2013). Em 2019 foi publicado um comunicado, assinado por anestesistas-reanimadores, médicos ginecologistas, ginecologistas-obstetras, pediatras e médicos generalistas em que sinalizavam a limitação da quantidade de profissionais, da área médica, necessários para garantia da qualidade da oferta de cuidados às mães e crianças, o qual confirmava tal justificativa (HEYER et al., 2019). Isso, sem dúvidas, é um analisador que pode dar visibilidade a diversas questões associadas ao cuidado ofertado às mulheres, afinal tal redução é traduzida, num primeiro momento, em uma restrição das opções de escolha para as mulheres, numa questão de acesso geográfico aos serviços e até no próprio acompanhamento da gestação. Além disso, repercute numa restrição do número de leitos, o que provoca consequências no modo de ofertar assistência frente à demanda da sociedade. Por outro lado, obviamente reconheço que a discussão que permeia o cuidado em si ultrapassa muito a existência de uma ampla oferta de serviços.

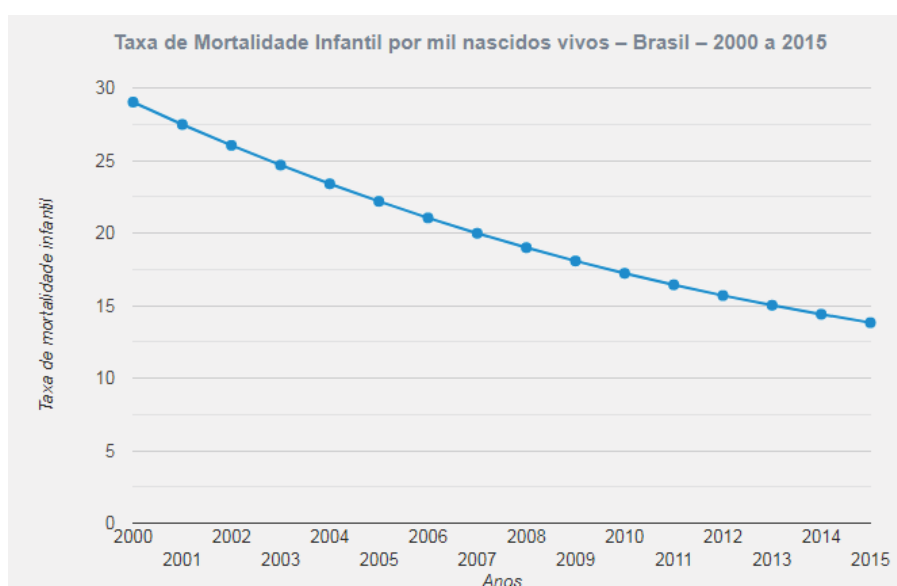
⁸² Versão original: « Les femmes qui en revanche bénéficient de séances de préparation à la naissance et à la parentalité en vue d'un accouchement à domicile, bénéficient le plus souvent de séances individuelles et abordent plus en profondeur avec leur sage-femme la gestion du travail de l'accouchement, et sont ainsi plus proches des cours de psychoprofilaxie obstétricale tels qu'ils étaient proposés auparavant ».

GRÁFICOS, QUADROS E FIGURAS RECAPITULATIVOS EM RELAÇÃO ÀS TAXAS DE MORTALIDADE INFANTIL (MENORES DE 1 ANO) E MATERNA: CONTEXTO BRASILEIRO E FRANCÊS

A seguir estão dispostos gráficos, quadros e figuras que ilustram a realidade do contexto em relação aos nascimentos, no Brasil e na França, já citados ao longo da tese. A intencionalidade é proporcionar uma visão mais ampla das especificidades de cada país, pois estão também relacionados aos nascimentos por cesariana.

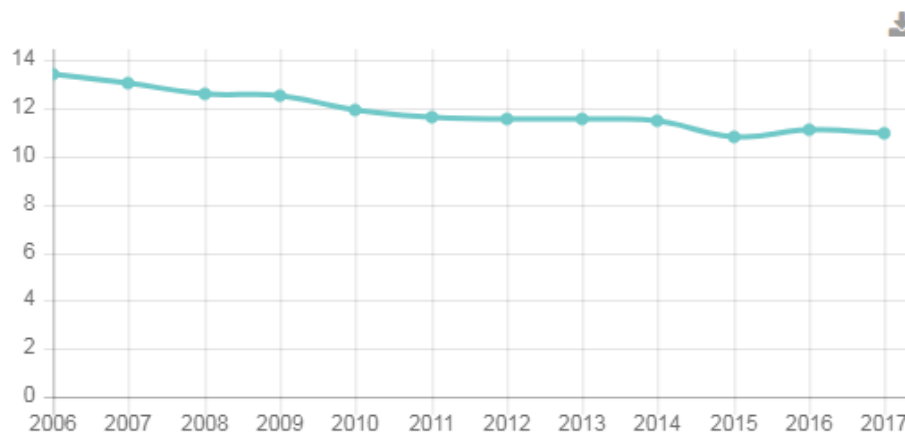
Inicialmente nos gráficos 5, 6 e 7 estão informações relacionadas à mortalidade infantil no Brasil, no estado de São Paulo e no município de Ribeirão Preto. Os gráficos 8, 9 e 10 ilustram a taxa de mortalidade materna no Brasil, em São Paulo e no município de Ribeirão Preto.

Gráfico 5: Série histórica da taxa de mortalidade infantil no Brasil no período de 2000 a 2015.



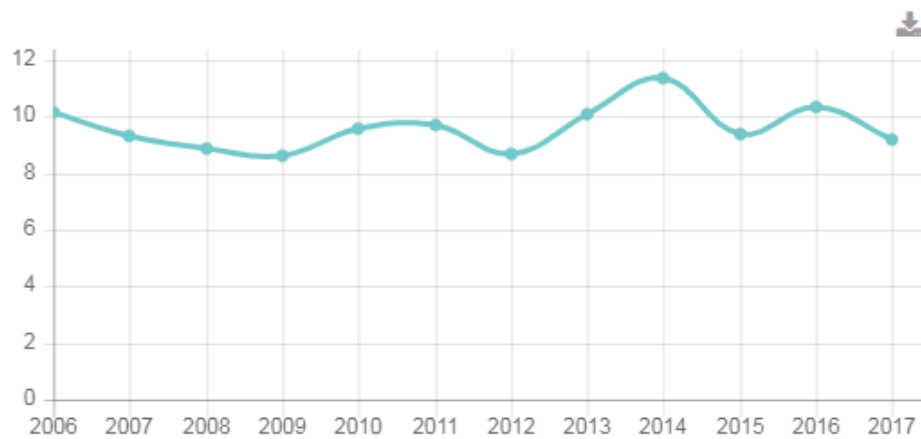
Fonte: IBGE, 2019.

Gráfico 6: Série histórica da taxa de mortalidade infantil no estado de São Paulo, no período de 2006 a 2017.



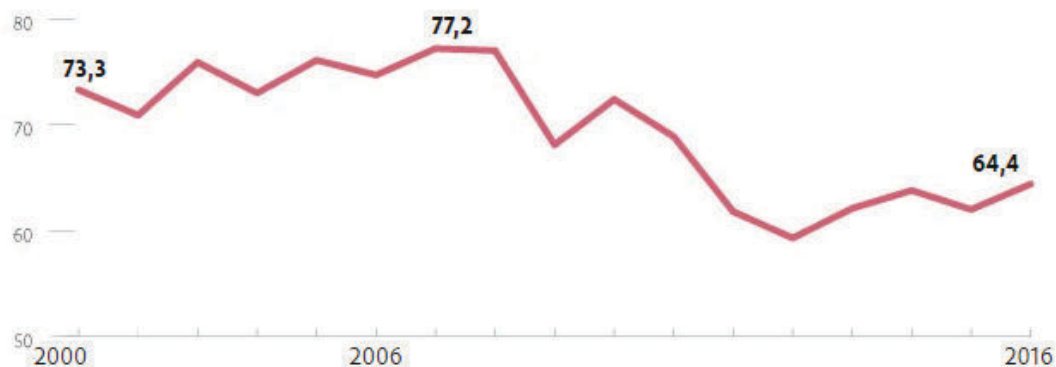
Fonte: IBGE, 2019.

Gráfico 7: Série histórica da taxa de mortalidade infantil, em Ribeirão Preto, SP, entre 2006 e 2017.



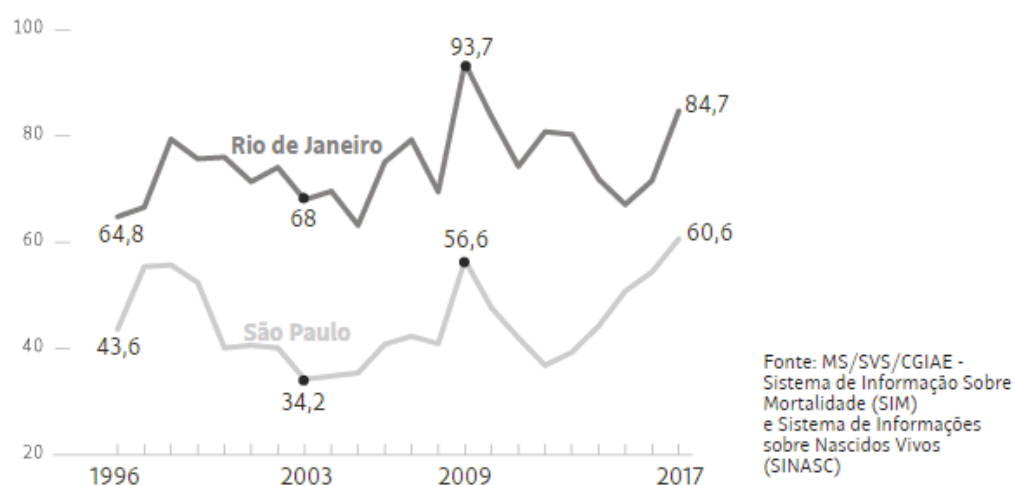
Fonte: IBGE, 2019.

Gráfico 8: Taxa de mortalidade materna, por 100.000 nascidos vivos, no Brasil, entre 2000 e 2016.



Fonte: Collucci, 2018.⁸³

Gráfico 9: Taxa de mortalidade materna, por 100.000 nascidos vivos, no estado de São Paulo, entre 1996 e 2017.

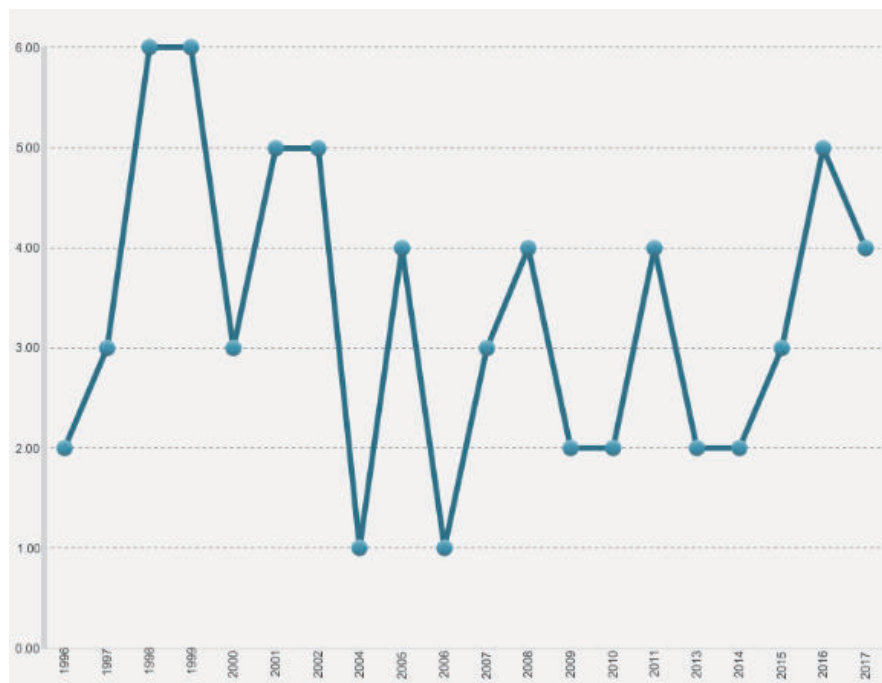


Fonte: Collucci, 2019.⁸⁴

⁸³ Baseia-se em dados oficiais do Ministério da Saúde.

⁸⁴ Baseia-se em informações oficiais do Ministério da Saúde.

Gráfico 10: Taxa de mortalidade materna, por 100.000 nascidos vivos, no município de Ribeirão Preto, entre 1996 e 2017.



Fonte: MS/SVS/CGIAE – Sistema de Informações de Mortalidade SIM.

O quadro 2, a seguir, exibe a taxa de mortalidade infantil no departamento de Val d'Oise e Hauts-de-Seine, bem como na região de Îlede France entre os anos de 2014 e 2016.

Quadro 2: Taxa de mortalidade infantil no departamento de Val d'Oise e Hauts-de-Seine e a região Île de France, 2014-2016.

Departamento e Região	Mortalidade infantil
Val-d'Oise	4,59
Hauts-de-Seine	3,12
Île-de-France	3,78

Fonte: Elaborado pela própria autora com dados do INSEE (2019).

As figuras 2 e 3, a seguir, ilustram a taxa de mortalidade do departamento de Val d'Oise e Hauts-de-Seine. As imagens evidenciam ainda a taxa em toda a França (3,6 por 1.000 nascidos vivos).

Em seguida, o gráfico 11 ilustra a taxa de mortalidade materna na França e o quadro 3 a taxa de morte materna nos referidos departamentos e região citada anteriormente.

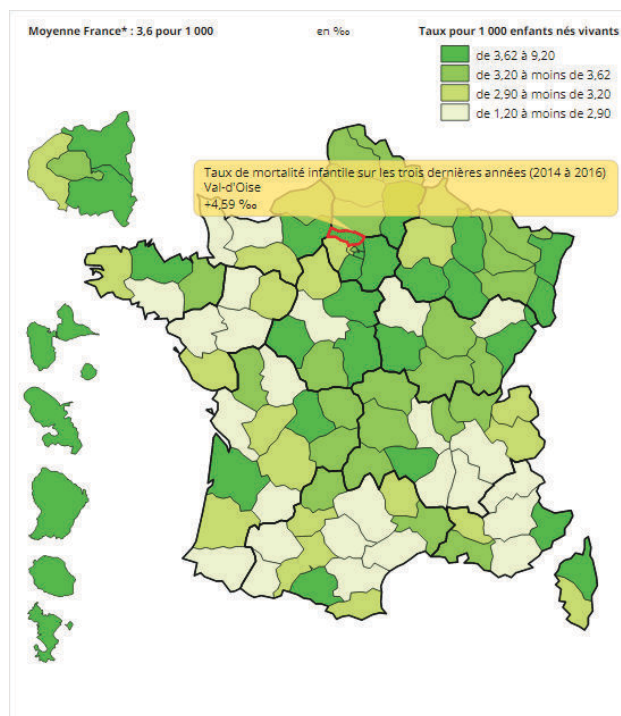


Figura 2: Taxa de mortalidade infantil, por departamento, destaque para o departamento de Val d'Oise, França, entre 2014 e 2016.

Fonte: INSEE, 2019.

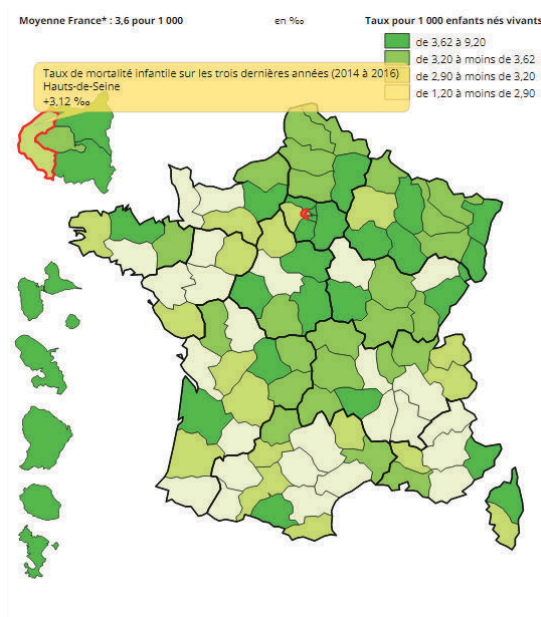
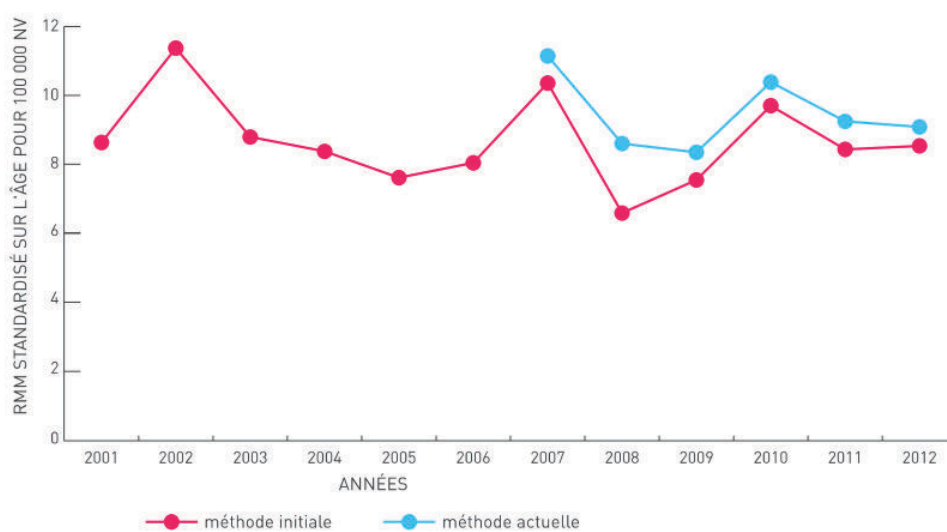


Figura 3: Taxa de mortalidade infantil no departamento de Hauts-de-Seine, França, entre 2014 e 2016.

Fonte: INSEE, 2019.

Gráfico 11: Taxa de mortalidade materna, por 100.000 nascidos vivos, na França.



Fonte: FRANCE, 2017.

Quadro 3: Taxa de morte materna na França por 100.000 nascidos vivos segundo local de registro, no departamento de Val d'Oise e Hauts-de-Seine e a região de Île-de-France, 2007-2009.

Departamento e Região	Taxa
Val-d'Oise	10,5
Hauts-de-Seine	12,3
Île-de-France	12,4

Fonte: Vincelet et al., 2016

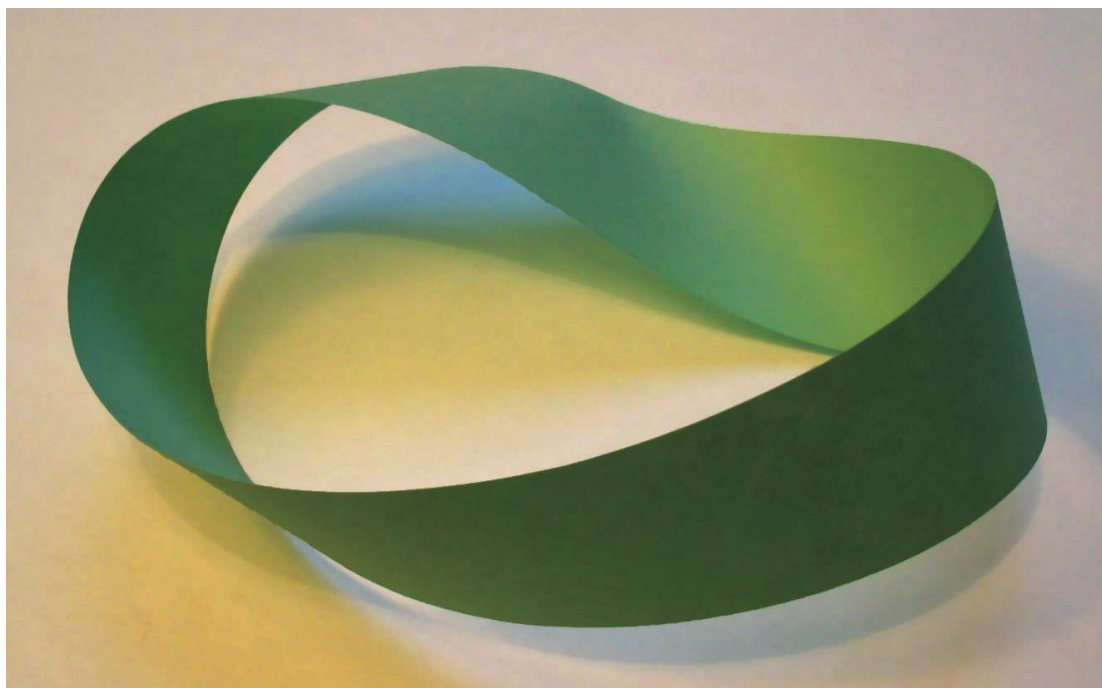
CONSIDERAÇÕES SOBRE A PRIMEIRA PARTE

Nessa primeira parte tentei estabelecer um delineamento em relação à temática nascimento e sua articulação com elementos educativos e de saúde, sobretudo no Brasil e na França, com a intenção de dar visibilidade aos contextos culturais, sociais, políticos, organizacionais, financeiros e subjetivos envolvidos, bem como as especificidades locais. Para isso, utilizei como suporte produções de diferentes campos de conhecimento como, por exemplo, antropologia, sociologia, filosofia, saúde e educação. Busquei dar evidência ao debate em relação às questões feministas, seus embates na reivindicação das questões da mulher e sua contribuição para o processo de institucionalização e desinstitucionalização. Utilizei também gráficos e tabelas que pudessem ilustrar os indicadores relacionados aos nascimentos por via cesariana e os desdobramentos disso: mortalidade materna e infantil. Fiz essa escolha consciente de que dentro das minhas capacidades atuais de entendimento, não ilustrariam as subjetividades intrínsecas nesse processo institucional.

No que envolve a pesquisa, desde 2016, iniciei uma sistematização dos elementos que apoiaram no desenvolvimento e sustentaram o processo final da escrita: uso do diário, estudos coletivos, vivências pessoais e parceria com meus orientadores. Sobre esse trabalho coletivo, gostaria de evidenciar um fato que demarca muito meu processo de amadurecimento: ter uma mulher e um homem como na função de orientação. Ambos, ao compartilharem suas perspectivas, ao proporem reflexões e interrogações variadas (e às vezes opostas), me ajudaram no tecer da minha apropriação pessoal.

A existência de um movimento de transformação nas estruturas sociais são reais e constituídas de diferentes forças (internas e externas) que atuam provocando modificações constantes. No processo da escrita, fatos associados ao que me propus estudar aqui ocorriam (e ainda ocorrem) e confirmavam (e confirmam) a intensidade com que o movimento dialético existe.

PARTE II – A TRAJETÓRIA DA PESQUISA



August Ferdinand Möbius, A fita de Möbius, 1790–1868

O objeto matemático me foi apresentado em uma rica discussão sobre o uso do método em pesquisas científicas há alguns anos atrás. Nessa época, minhas impressões sobre o ato de pesquisar era capitaneado pela lógica positivista e seus enquadramentos (o que muito me ajudou). Com a discussão do objeto pude começar a compreender a importância do processo de orientação. O seu caráter não orientável nos desafia a localizar a parte de cima (ou de dentro) e de baixo (ou de fora). Para mim a sócio-clínica ganhou forma dessa maneira... pelo seu caráter desafiador que me provocou construir o processo de pesquisar, pesquisando... se constitui como um processo de evolução.

REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO

A Análise Institucional

Intenciono utilizar o presente espaço para explicitar o meu percurso teórico-metodológico de referência na pesquisa, a sócio-clínica institucional, e, mais precisamente, dos conceitos institucionalização, implicação e analisadores. Ressalto que apesar da aparente formalização metodológica, o referido referencial é, sobretudo, uma estratégia de aproximação das questões (sociais e profissionais), mas reconheço (e resistirei) a existência do risco de sua redução a uma lista de princípios e regras a serem seguidas. Inicialmente, antes de explicitar as teorizações acerca da sócio-clínica, optei em abordar o percurso de sua estruturação que foi iniciado pela Análise Institucional na perspectiva do sociólogo René Lourau.

O movimento institucionalista francês Lourauliano⁸⁵ se forma, na década de 60, a partir da influência da filosofia Hegeliana⁸⁶ e a noção de dialética, a qual é marcada pela dinâmica de afirmação e negação e negação da negação, bem como por Castoriadis⁸⁷ e a perspectiva de que toda instituição social é resultado de um movimento dialético contínuo dos momentos instituído e instituinte. Intenciona, portanto, compreender a realidade social e organizacional a partir de discursos e práticas dos sujeitos. Delineia-se pela articulação entre intervenção e pesquisa na busca pelo aperfeiçoamento, apoio dos processos autoanalíticos e autogestionários dos coletivos. Apesar desse esclarecimento, é relevante destacar que a AI nasce na França, nos anos 40, no campo da psicoterapia e da psiquiatria. Nos anos 50, amparados no movimento, psiquiatras e psicólogos estavam preocupados em trabalhar com a reconstrução da transversalidade, ou seja, os pertencimentos institucionais, dos pacientes psiquiátricos. Nos anos 60, o movimento ganha espaço de discussão na pedagogia (R. Fonvieille e F. Oury), à filosofia (J.P. Sartre, C. Castoriadis) e a sociologia (G. Lapassade, R. Lourau) (HESS, 2007). Após a teorização da AI por Lourau e Lapassade, em 1966, e a

⁸⁵ Sociólogo francês e um dos fundadores da Análise Institucional. Professor da Université Paris VIII (ALTOÉ, 2007).

⁸⁶ Filósofo alemão preocupado com a modernidade como base dos estudos sociológicos.

⁸⁷ Filósofo, economista e psicanalista grego que defendia a busca constante da autonomia do sujeito e na forma com que os indivíduos instituem as sociedades (ROIZ, 2009).

ocorrência do movimento de maio de 1968, as ideias expandem para outros espaços como Portugal, Espanha, Itália e América Latina (HESS, 2007; LAMIHI e MONCEAU, 2002; L'ABBATE, 2012; L'ABBATE, 2013).

Na década de 70, no Brasil, a AI se insere num contexto político delicado, marcado por restrições e violências associadas às liberdades civis e ao exercício da cidadania (L'ABBATE, 2012). Desde essa inserção, até os dias atuais, o movimento tem um importante impacto na atuação e produções científicas de pessoas engajadas em áreas como da Educação, da Saúde, da Psicologia, das Ciências sociais, da Antropologia, do Serviço Social e da Pedagogia.

As pensarmos a saúde materno-infantil como instituição, por exemplo, constituída de suas normas e regras legitimadas nas políticas e na legislação, podemos inferir que é composta pelos elementos que, num dado momento, é repleto de práticas protocolares que chamarei de instituídas. Na tentativa de ampliar o pensamento sobre a temática, proponho retomarmos a ideia de que, em um momento histórico, o parto era acompanhado por parteiras e, por um longo período, tais práticas não eram pensadas de outra maneira senão essa instituída. Influenciado por acontecimentos de diversas ordens como as sociais, históricas e econômicas, associadas às descobertas tecnológicas, as práticas intervencionistas hospitalocêntricas passaram a se apropriar do contexto da assistência materno-infantil e o saber médico a assumir o controle desses partos. Nesse sentido, as práticas intervencionistas, em seu percurso, ganham gradual espaço e passam a influenciar diretamente em novos desfechos de parto: os partos cesarianos. Estes são, portanto, em um dado momento, instituintes. Essas forças instituídas e instituintes provocam muito a dinâmica social por um período e promovem constantes mudanças, a institucionalização. No caso brasileiro, como referido anteriormente, ocorre a “epidemia” de cesarianas que provoca situações delicadas à saúde das mulheres e crianças. O referido exemplo serve para, além de explicar o processo institucional envolvido, esclarecer que não se deve associar um caráter ruim aos instituídos e um caráter bom aos instituintes. No referencial da AI, tal realidade descrita se ampara no efeito Muhlman⁸⁸. É válido evidenciar ainda que no contexto mundial, nos dias atuais, há uma luta pela diminuição dos números de partos cesarianos e pela garantia de uma assistência digna às mulheres, ou seja, o movimento dialético é presente e dinâmico. Frente ao exposto

⁸⁸ Nesse efeito, como referido no texto, o movimento provocado pelas forças instituídas e instituintes se institucionaliza na medida em que o objeto não é alcançado. A organização toma o passo sobre o movimento. O seguimento, o funcionamento ou o desenvolvimento da organização torna-se o objetivo (TILMAN, 2005).

questiona-se: como as instituições saúde materno-infantil e educação participam nesse processo dialético de (des)institucionalização?

Nesse contexto, as instituições, com suas normas e regras, são compreendidas baseadas na articulação de momentos: instituído ou universalidade, instituinte ou particularidade e institucionalização ou singularidade. Na universalidade a instituição é reconhecida, na particularidade, ela nega o instituído a todo o momento e na singularidade ocorre a relação dialética entre os dois momentos anteriores. São altamente dinâmicas pelo movimento das formas e forças sociais nas quais os envolvidos encontram sentido/lugar. A AI demarca que o processo de mudança (institucionalização) é atravessado por contradições ativas e com a participação de sujeitos (LOURAU, 2014; BELLEGARDE, 2003; MONCEAU, 2003; L'ABATTE, 2012). A pesquisa acompanha, provoca, sustenta as mudanças institucionais e os próprios percursos de pesquisa são também transformados. Na discussão do referencial é importante ter conhecimento também da noção de grupo objeto e grupo sujeito (LOURAU, 2014). O primeiro é àquele que não dispõe de autonomia, mas que contrariamente é determinado por uma característica externa. É um grupo que contesta pouco, se identifica com a instituição e constitui uma das engrenagens do funcionamento. Opostamente, o grupo sujeito opta, portanto em sair do modo de funcionamento habitual da instituição.

Vários estudos desenvolvidos na área da educação e alguns da área da saúde, tanto no Brasil quanto na França, confirmam a oferta de instrumentos relevantes no processo analítico pelo referencial da AI (MONCEAU, 2003; MONCEAU, 2005; MONCEAU, 2012; FORTUNA et al., 2017; SANTANA et al., 2017, FORTUNA et al., 2016; L'ABBATE, 2012; L'ABBATE, 2013; PILOTTI, 2016; SANTANA, 2016; VALENTIM, 2016; SAINT-MARTIN, 2019). O referencial pode, portanto, oferecer ferramentas importantes também para a análise em Saúde Coletiva, seja na investigação propriamente dita, como na intervenção. Outro aspecto que é importante destacar é que tanto a AI como a Saúde Coletiva são instituições.

Sócio-clínica institucional no Brasil e na França

A sócio-clínica institucional se configura como a elaboração da socioanálise, ou seja, “AI em situação de intervenção” a partir das experimentações de intervenção de René Lourau. Num primeiro momento, as práticas de intervenção socioanalítica, definidas por George Lapassade e René Lourau, em 1971, eram curtas e visava um desenrolar rápido da trama oculta das instituições (MONCEAU, 2013; MONCEAU, 2018). Nos anos entre 1980 e 1990, as modalidades de intervenção mudam e se diversificam. Nos anos 2000, com a continuidade da diversificação das práticas de AI (MONCEAU, 2001), a sócio-clínica institucional se constrói a partir dos 05 princípios de intervenção em sociologia clínica do Edgar Morin (1969) e as 06 operações sócioanalíticas de Lapassade e Lourau (1971).

As características da abordagem sócio-clínica institucional, segundo Monceau (MONCEAU, 2013; FORTUNA et al., 2016; L’ABBATE, 2012; MONCEAU, 2018; MONCEAU, 2001), englobam o trabalho da encomenda e das demandas, a participação dos sujeitos na abordagem sob modalidades variáveis, trabalho dos analisadores que dão acesso às questões que não são experimentadas comumente, análise das transformações que se produzem a medida que o trabalho avança, implementação de modalidades de restituição que devolvem resultados provisórios do trabalho aos parceiros na pesquisa, trabalho das implicações primárias e secundárias do pesquisador e dos outros participantes, previsão da produção de conhecimentos, bem como atenção voltada aos contextos e às interferências institucionais às quais são implicados os pesquisadores e participantes. Em relação às modalidades da sócio-clínica institucional tem-se: intervenção socioanalítica, AI das práticas profissionais, pesquisa-ação, investigação sócioanalítica (L’ABBATE, 2013).

As encomendas e demandas se constituem como uma condição para o trabalho sócio-clínico (novas encomendas podem surgir ao longo do trabalho e elas são, sem dúvidas, forças instituintes). Nesse caso, o socioanalista se apoia sobre as demandas heterogêneas e contraditórias dos membros para conduzir a análise de encomendas iniciais. As demandas podem ser individuais ou coletivas expressas por desejos, necessidade de amadurecer seu contexto de inserção enquanto componente da instituição, por exemplo. Ressalta-se que na análise das práticas profissionais, a existência da demanda é indispensável para realização das tarefas analíticas. Um ponto de tensão existente nesse processo é que quem encomenda pode esperar mudanças nas práticas profissionais ou de reorganização (MONCEAU, 1997). Outro ponto de tensão é que as resistências (por parte de todos envolvidos na pesquisa) aparecem durante o processo, lidar com elas não é fácil, mas é preciso reconhecer sua potência no desenvolvimento do trabalho.

Em algumas situações de intervenção ocorre a criação de dispositivos artificiais que não existiam até a chegada dos pesquisadores. A dinâmica interna desses dispositivos é que vai constituir o principal objeto de análise e aceitar contribuir com eles é tomar risco de se revelar, de não ser compreendido e de ser interrogado. Outra ocorrência marcante são as transformações existentes no decorrer da intervenção e no modo em que o trabalho sócio-clínico as acompanha dentro de suas dinâmicas próprias. Nesse momento, as restituições funcionam como combustíveis para a continuidade do processo, pois se constitui como um retorno ao grupo de tudo que vem acontecendo no processo da intervenção. É uma oportunidade para questionar e aprofundar as análises, funciona também na (re)consideração sobre o modo de orientar o dispositivo de trabalho.

No que envolve o trabalho das implicações, pode-se esclarecer que, todos que participam da pesquisa estão, de alguma maneira, implicados seja afetivamente, organizacionalmente e/ou ideologicamente. Além disso, sua existência está diretamente associada à percepção das transformações das instituições e se constitui como uma ferramenta para a análise das práticas. As implicações primárias se referem à base material da instituição, os coletivos de trabalho e organização local. As secundárias, por sua vez, estão relacionadas aos referenciais teóricos, ideológicos, ou mais largamente às instituições envolvidas. Nesse processo, não se pode negar, uma interferência se produz entre as instituições que os envolvidos portam e vão, portanto, produzir efeitos de transformação e efeitos de conhecimento. Nesse caso, a análise das implicações não deve estar restrita a avaliação do bom uso das ferramentas técnicas de pesquisa (MONCEAU, 2018). Cabe aqui então explicitar a potência que o uso do diário de pesquisa pode ofertar no processo de análise das implicações. Para Lourau (1988) o diário já é a pesquisa afinal são registradas as hipóteses e achados durante o seu processo. Trata-se exatamente do compartilhamento de como a prática da pesquisa foi desenvolvida. Nesse sentido, Lourau, com a intenção de explorar como a instituição trabalha a escrita, estrutura um conceito: o efeito Goody. O referido efeito “põe em cena um trabalho de institucionalização da escrita e um trabalho de institucionalização pela escrita” (SAMSON, 2013p. 137). Assim, questões relevantes na exploração desse efeito estão relacionadas: ao texto institucional da pesquisa; a relação da escrita com as encomendas e demandas da pesquisa; modos de estabelecimento dessa escrita; contradispositivos textuais possíveis para utilização frente ao texto institucional. Para isso, tal efeito busca dar visibilidade aos conceitos de implicação e sobreimplicação. A implicação se constitui pelos (e nos) vínculos e relações mantidas com a instituição. A sobreimplicação, por sua vez, é

marcada pelas cegueiras diante do espaço de análise o que fragiliza o processo de análise das implicações.

No exercício da autoanálise, a escrita ganha força e é um caminho que dá força à implicação. Isso, pois, em geral, o registro, por si só, capta o implícito nas relações, afinal, ao escrevermos, inscrevemos nossa subjetividade. Importante atentar que o uso (ou não) da noção de reflexividade⁸⁹ sobre as dimensões técnicas influencia na produção de um obstáculo (ou não) na análise de implicação das práticas, afinal a nossa maneira de pensar está diretamente associada às nossas implicações. Por isso, a construção de dispositivos coletivos que permitam o exercício da reflexividade é de extrema importância (ultrapassa o bom uso das ferramentas técnicas) (MONCEAU, 2013).

Os analisadores, nesse contexto, são os elementos que cristalizam as contradições de uma instituição. Pode ser um objeto, um evento, um indivíduo, uma informação, entre outros. Ele encontra uma maneira de dar visibilidade aos aspectos camuflados da vida social e que geralmente são mais complexos e menos explícitos. Dito isso é salutar evidenciar que as instituições não se limitam aos aspectos organizacionais, mais que isso, integram as dimensões ideológicas.

A auto-gestão, ou seja, negociações entre o grupo e o socioanalista, a regra de tudo dizer, que se constitui como a livre expressão para restituição dos não ditos, e a transversalidade, marcada pela análise dos vários tipos de vínculos institucionais dos participantes, também são características valorizadas na sócio-clínica (MONCEAU, 2018).

A sócio-clínica institucional possui uma especificidade no que envolve a atenção às dinâmicas institucionais (que hipotetizam, constituem como essenciais, resistem, adaptam-se) e busca compreender a lógica das práticas profissionais. É uma maneira de se aproximar das questões sociais. Se faz importante evidenciar isso, para esclarecer como as pesquisas acompanham, provocam, sustentam as mudanças institucionais e, inclusive, seus próprios percursos são afetados nesse processo. Outro aspecto importante de ser evidenciado é que as pesquisas também sofrem reflexos da NGP que refletem em aceleração das transformações sociais e incitam cada vez mais a participação do usuário e profissionais no funcionamento dos serviços públicos (MONCEAU, 2018).

No processo do tipo de pesquisa aqui evidenciada é importante considerar as ressonâncias, ou seja, a escuta do que é dito, a apreensão do que é importante para quem ouve

⁸⁹ Para a presente tese me apoiarei no conceito de reflexividade trabalhada por Monceau (2013). Na prática da pesquisa, o exercício da reflexividade consiste em aplicar à sua disciplina e práticas suas próprias ferramentas de pesquisa.

e o que é importante para quem fala. Tal fato se dá, pois vai colaborar no processo da pesquisa e no desenvolvimento das estratégias socioanalíticas. No caso da presente pesquisa, não se pode negar, há uma pluralidade de níveis e modalidades de implicação. As adesões e resistências existentes falam dos interesses existentes no processo, por isso não se pode desvalorizar o conhecimento da encomenda e demanda.

Sendo assim, o desdobramento dessa concepção de pesquisa no contexto brasileiro e francês no processo de (des)institucionalização dos nascimentos por cesariana, a partir dos componentes sanitários e de educação, se constitui/constituiu como desafio que percorreu caminhos estrangeiros, explorou estratégias propostas pelo referencial (ora com firmeza, ora com fragilidade), se modificou ao longo do caminho. Inicialmente, enquanto ainda não conhecia os elementos desterritorializantes do referencial teórico, eu tinha a concepção de que a realidade brasileira norteava toda a intenção de pesquisa. A realidade francesa, por sua vez, me provoca(va) a repensar minhas concepções sobre o contexto brasileiro. As práticas profissionais existentes, em qualquer um dos países, revelavam aproximações gritantes, ainda que possuidores de desfechos de parto opostos. Minha compreensão sobre a experiência da mulher nesse processo manteve-se firme na maior parte do processo de pesquisa (seria sobreimplicação?). Apresentarei, a seguir, um panorama geral sobre os territórios geográficos do desenvolvimento da pesquisa, mas em um dado momento atingirei o território subjetivo a partir dos encontros com os grupos, das entrevistas individuais e das minhas próprias observações.

Territórios de desenvolvimento da pesquisa

Como referido anteriormente, para o desenvolvimento da presente tese tratarei do contexto de saúde do município de Ribeirão Preto, São Paulo e sobre a realidade francesa, mais especificamente Île de France e Val d'Oise, em relação à temática cesariana.

Brasil

O Brasil é o maior país que integra a América do Sul e da América Latina, possui 26 estados, um distrito federal e um total de 5.570 municípios. Nossa constituição foi promulgada em 1988. O país é territorialmente o quinto maior país do mundo depois da Rússia, Canadá, China e Estados Unidos da América. Possui uma população de 210.867.594 habitantes, em sua maioria concentrada na região sudeste, nordeste e sul. A expectativa de vida⁹⁰ é de 75,7 anos, índice de desenvolvimento humano (IDH)⁹¹ de 0,759, total do Produto Interno Bruto (PIB)⁹² de 1.795.926 US\$x1.000.000 e gasto público com saúde corresponde a 3,911% do PIB. No ranking sobre os indicadores sociais em relação à esperança de vida ao nascer, em 2017, o Brasil ocupa o 69º lugar no mundo (IBGE, 2017x).

Ribeirão Preto

O município está localizado na região nordeste do Estado de São Paulo. Sua estruturação inicia-se, em 1811, com mineiros e desbravadores da região que praticavam agricultura de subsistência. Após esse período, em 1946, essas pessoas já consolidadas como fazendeiras, doaram terras para criação do patrimônio de São Sebastião que posteriormente, em 1856, se consolida como município. Em 1883, o bom clima e solo contribuíram para plantação do café que foi responsável pelo crescimento próspero do município até 1929 com a quebra da bolsa de Nova York. Na década de 70 desenvolve a produção de cana de açúcar (açúcar e álcool).

⁹⁰ É o número médio de anos que a população pode viver em determinada condição de vida. Está relacionada com itens como: educação, saúde, assistência social, saneamento básico, qualidade de vida, segurança e violência.

⁹¹ É uma medida concebida pela Organização das Nações Unidas para avaliar a qualidade de vida e desenvolvimento de uma população. Utiliza variáveis como educação, renda e saúde. É uma referência numérica que varia entre 0 e 1. Quanto mais próximo do zero, menor é o indicador relacionado à saúde, educação e renda. Por outro lado, quanto mais próximo de 1, melhores as condições.

⁹² Representa a soma monetária de todos os bens e serviços produzidos em uma região. Mensura o nível de desenvolvimento e economia.

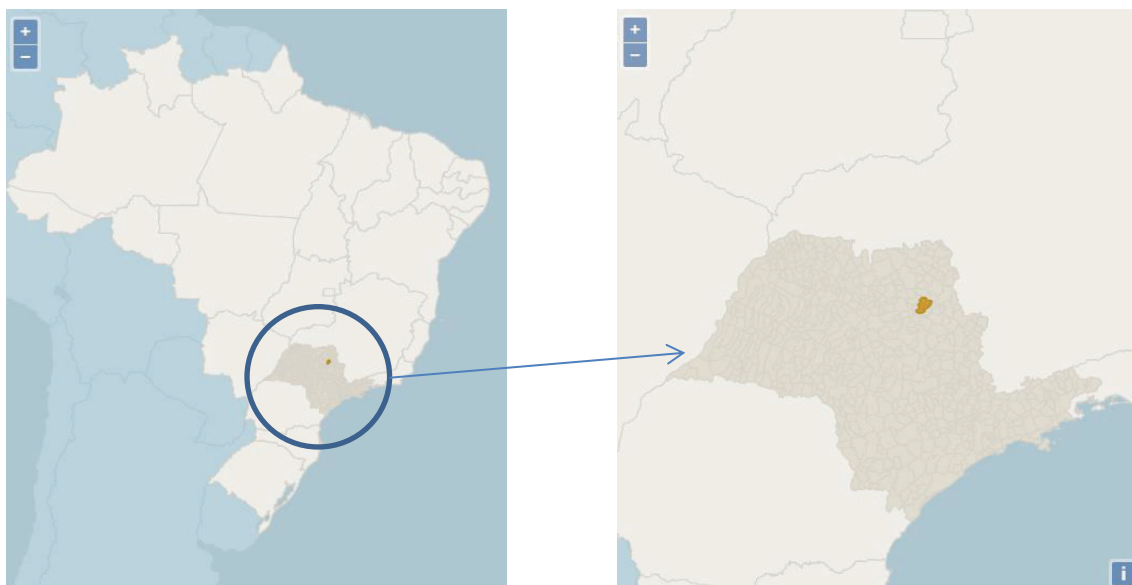


Figura 4: Mapa do Brasil com destaque para a localização do estado de São Paulo e do município de Ribeirão Preto, 2019.

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2019.

É um pólo vibrante do interior paulista, no qual o progresso econômico é impulsionado pelo agronegócio e agro indústria. Possui uma privilegiada oferta de serviços de saúde e ensino superior. Além disso, é um renomado centro de pesquisa. Conta com uma população de 703.293 pessoas e uma densidade demográfica de 928,92 habitantes/Km²(IBGE, 2019). Em 2016, o salário médio mensal dos trabalhadores formais era de 2,9 salários mínimos. A divisão administrativa da Secretaria Estadual de Saúde (SES) é pelos Departamentos Regionais de Saúde (DRS). Há um total de 17 departamentos que coordenam as atividades da SES regionalmente. Ribeirão Preto é sede da DRS XIII (SÃO PAULO, 2019).

A taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade foi de 96,9% em 2010. O PIB per capita é de R\$ 44.463,80. Apresenta um total de 2.594 estabelecimentos de saúde, entre os quais 202 prestam serviços ao SUS. A taxa de mortalidade infantil média no município é de 8,69 óbitos por 1000 nascidos vivos (RIBEIRÃO PRETO, 2018). Apresenta 98,4% de domicílios com esgotamento sanitário adequado.

Em relação à rede física prestadoras de serviços do SUS dispõe de 91,54% de seus estabelecimentos, sob gestão municipal, cadastrados no sistema do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) e 8,46% sob gestão estadual. A rede municipal conta com

26 Unidades de Saúde (unidades com modelo tradicional de atenção básica), 17 unidades de saúde da família (com modelo da Estratégia Saúde da Família) com 43 equipes cadastradas. Em relação ao total de profissionais que prestam serviços ao SUS, o município de Ribeirão Preto dispõe de 10.851 profissionais, entre os quais, 74,56% possuem vínculo empregatício, 14,57% são autônomos e 5,67% são residentes. (RIBEIRÃO PRETO, 2014).

O Comitê de Morte Materna de Ribeirão Preto

Em Ribeirão Preto, SP, o comitê foi instituído em 07 de outubro de 2002 através da portaria municipal de nº 1.484 (RIBEIRÃO PRETO, 2019). Propõe-se a fazer discussões interdisciplinares em reuniões quinzenais de casos ocorridos no município. Nessas discussões é salutar a compreensão dos casos evitáveis e articular a discussão com as equipes locais.

Em relação à proposta de trabalho, se propõe a defender a integralidade do cuidado através da compreensão das circunstâncias de ocorrência dos óbitos, identificação dos fatores de risco, definição de políticas de saúde dirigidas à redução de mortes evitáveis e melhoria dos registros sobre mortalidade. Nessa perspectiva questionam o acompanhamento dessas gestantes, questões relacionadas ao acesso, quantitativo de leitos e o seguimento do cuidado. A evitabilidade dos óbitos é compreendido como um indicador de impacto dos serviços de saúde que está diretamente associado a qualidade da atenção ofertada.

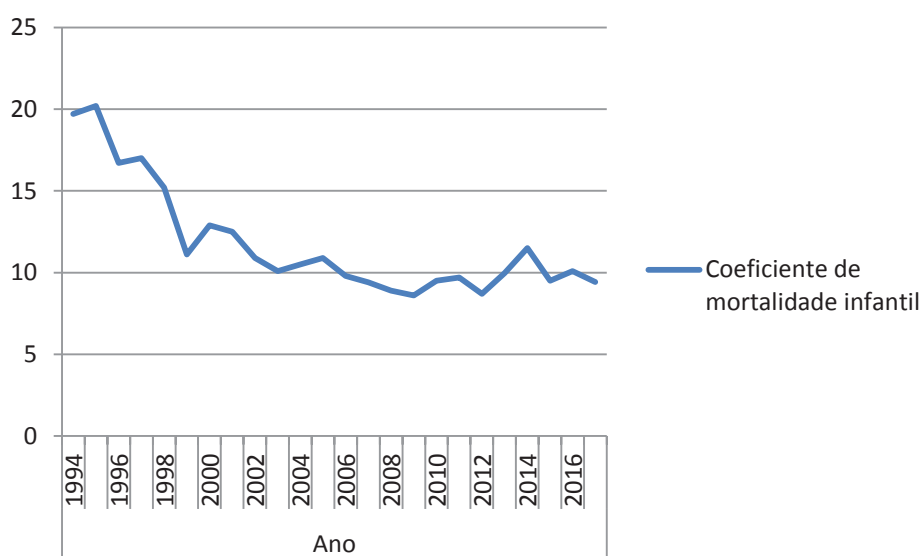
Entre as questões de investigação está previsto: o preenchimento da Declaração do óbito, articulação com o programa Floresce uma Vida⁹³, investigação do prontuário hospitalar, investigação em prontuário ambulatorial seja do SUS ou dos serviços conveniados em relação ao acompanhamento do pré-natal, encaminhamentos realizados, acompanhamentos da gestação de alto risco, se for o caso, atendimentos de urgência, regulações existentes, trabalho com o Serviço de atendimento móvel de urgência. Além disso, o seguimento do binômio após o nascimento e identificação dos

⁹³ É um conjunto de ações desenvolvidas por auxiliares de enfermagem e pelas Unidades de Saúde do município, voltadas para o atendimento materno-infantil. Existe desde 1995 no município e possui objetivo de reduzir a mortalidade infantil no município e diminuir a incidência e a gravidade de deficiências em crianças menores de 1 ano.

fatores de risco. A RMM no município em 2019 foi de 47,56, valor que representa um valor. Isso expressa o grau de desigualdade social do país e necessidade de melhoria nas políticas de saúde materno infantil.

O gráfico 12 apresenta a série histórica do coeficiente de mortalidade infantil, o qual demonstra uma redução nos números. Elementos que influenciam diretamente nessa redução estão relacionados com a qualidade da assistência ofertada à mulher em todas as etapas da sua vida, de modo que considere suas especificidades, suas concepções de felicidade e pertencimento no mundo. Associado a isso, é válido considerar a relevância da dimensão organizacional do sistema de saúde, afinal vai impactar no trabalho desenvolvido pelas equipes.

Gráfico 12: Série histórica do coeficiente de mortalidade infantil no município de Ribeirão Preto, SP



Fonte: Comitê de Morte Materno-Infantil de Ribeirão Preto, 2019.

Nesse sentido, estive inserida nas reuniões do Comitê para compreender como se estabelece a discussão e os direcionamentos dados a partir dos encontros, bem como compreender a lógica da discussão das investigações realizadas. Tais informações me ajudaram a transversalizar a discussão da presente tese.

Estive, portanto, presente em 13 encontros que discutiram uma média de 10 casos cada uma. Entre as temáticas fortemente existentes tiveram: a funcionalidade do comitê, sua intenção em desmistificar a ideia de “grupo que avalia” as práticas desenvolvidas pelos profissionais e serviços; assistência materno-infantil no

município; realização do parto cesariano por solicitação da mãe ou em caso de cesariana anterior; preenchimento da declaração de óbito e participação do Serviço de Vigilância do óbito (SVO); registro dos atendimentos nos prontuários das mulheres e crianças (articulação com Comissão de Prontuários e Óbitos); atendimento pelo SAMU; crescimento no número de atendimento das gestantes no pronto atendimento (protocolo de classificação de risco nas Unidades de Pronto Atendimento); necessidade de organização dos atendimentos pela DRS; manejo com as gestações de risco (gestação de gemelares, gestantes com mais de 40 anos, obesas, dependentes químicas, adolescentes, hipertensão na gestação e outras); partos cesarianos desnecessários; não adesão ao pré-natal pelas gestantes e a não busca adequada por assistência; articulação entre os serviços; “(des)informação” das mulheres atendidas; contracepção das mulheres e aborto; dimensões organizacionais do sistema de saúde (SVO, registros abortos/nascidos vivos – tensão); funcionamento da Comissão de Investigação de Óbitos⁹⁴ nos serviços públicos e privados; protocolos de atendimento; financiamento da saúde; relação público e privado; angústias do cotidiano da atuação profissional frente ao funcionamento sistema de saúde;

França

A República Francesa é o segundo mais populoso país da União Europeia. Está dividida em 26 regiões administrativas (22 na região metropolitana e 04 nas regiões ultramarinas). Tais regiões são subdivididas em 100 departamentos numerados. Estes, por sua vez, são subdivididos em 341 circunscrições as quais ainda são subdivididas em cantões⁹⁵, que se subdividem em 36.680 comunas⁹⁶ (municípios com conselho municipal eleito). Possui uma população de 66.992.000 habitantes (INSEE, 2019). A expectativa de vida de 82,7 anos, IDH de 0.901, total do PIB de 2.465.454 US\$ x 1.000.000 e o gasto público com saúde corresponde

⁹⁴ Regulamentada e normatizada pela Resolução CFM no. 2.171/2017 tornando-as obrigatórias em instituições hospitalares e unidades de pronto atendimento (UPA) (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2017).

⁹⁵ Cantões são relativamente pequenos em termos de área e população.

⁹⁶ Corresponde a uma ou mais áreas territoriais e seus órgãos são o conselho municipal, o prefeito e, quando apropriado, um ou mais adjuntos, mas não constitui uma divisão territorial descentralizada de prestação de serviços civis do Estado.

a 9,56% do PIB. No ranking sobre os indicadores sociais em relação à esperança de vida ao nascer, em 2017, ocupa o 8º lugar no mundo (IBGE, 2019z).

O PIB do país corresponde a 14% do PIB mundial. A Constituição atual é vigente desde 1958 (Esta é a 15ª constituição adotada oficialmente no país em um total de 22 escritas desde a Revolução Francesa) (INSEE, 2019).

Hauts-de-Seine et Val d'Oise

São departamentos localizados na Île-de-France. Hauts-de-Seine possui como capital a cidade de Nanterre e é composto por 3 arrondissements ⁹⁷departamentais, 23 cantões e 36 comunas (INSEE, 2019). É um território rico em história e de modernidade. É o segundo departamento mais populoso da França com quase 1,6 milhões de habitantes, com passagem ferroviária e transporte terrestre. Possui um forte atrativo econômico que está associado com uma vida agradável e apreciado por seus habitantes (HAUTS-DE-SEINE, 2019). Val d'Oise, por sua vez, possui como capital da cidade de Cergy, possui 3 arrondissements, 21 cantões e 184 comunas (INSEE, 2019). Constitui-se como a parte norte da aglomeração parisiense. Caracteriza-se por um território com patrimônios turísticos e naturais contrastadas por zonas altamente urbanizadas e é o território do primeiro aeroporto da Europa continental: Paris Charles-de-Gaulle. É polo de atividades econômicas de alcance nacional e internacional e possui uma população 1.221.923 habitantes (INSEE, 2019).

⁹⁷ São subdivisões dos departamentos e constituídos por cantões e comunas.



Figura 5: Mapa da França com destaque para os departamentos de Val d’Oise e Hauts-de-Seine, 2019

Fonte: Institute National de la statistique et des études économiques 2019.

A construção do dispositivo socioclínico institucional da pesquisa

Os dispositivos necessitam ter a capacidade de instigar a fala das instituições. Pode ser um evento ou uma técnica como: o acompanhamento das práticas profissionais, a análise das implicações dos envolvidos, inclusive do próprio pesquisador, o trabalho pessoal de escrita, entre outros. São, portanto, “montagens provisórias que permitem a desestabilização dos modos instituídos de funcionamento, favorecendo assim a análise coletiva das forças instituintes e em processo de institucionalização” (FORTUNA et al., 2014, p. 260). O dispositivo de intervenção socioanalítica, quando posto em prática, vai interferir no funcionamento habitual das relações já existentes e dos processos organizativos, o que consequentemente provocará a ocorrência da análise. Isso provocará a revelação da especificidade da instituição (ou instituições) em que os membros fazem parte. Por isso é

considerado uma analisador construído (MONCEAU, 1996, SPAGNOL, 2013). Assim, as falas dessas instituições vão, de alguma forma, expor algo: o conteúdo latente e/ou o conteúdo manifesto (mesmo que não ditos) e serão lidos, escutados e compreendidos a partir das implicações dos envolvidos no processo analítico.

Segundo Monceau (2003), a Análise Institucional, e seu processo de institucionalização fundadora, marca sua consolidação no campo da pesquisa, afinal se institucionaliza e seus pesquisadores tornam-se, em parte, profissionalizados. Concretamente isto se dá, pois ocorre o desenvolvimento de uma obediência às regras normatizadoras de suas práticas. De acordo com o mesmo autor, a sócio-clínica institucional avança um pouco mais nesse processo e considera a dinâmica institucional em análises localizadas, as quais, nem sempre todas as suas etapas poderão ser desenvolvidas integralmente. Desse modo, os processos analíticos devem ser construídos através dos dispositivos que constituirão as estratégias.

Nesse contexto, o analista institucional ocupa um lugar delicado exatamente por exigir profundas análises coletivas e individuais das implicações, os analisadores, das possíveis redes de proteção e do percurso da pesquisa em sua totalidade. Somando-se a isso ainda é essencial considerar o não saber e sua influência na concretização de uma base de conhecimento. Sobre isso Lourau (2014, p. 26) afirma: “(...) A análise institucional não pretende produzir um super-saber clandestino e misterioso, mais completo, mais verdadeiro que os outros saberes fragmentários do saber. O que tem em vista produzir é uma nova relação com o saber, uma consciência do não saber que determina nossa ação”.

Assim, diante da oferta para estudo da temática, posso dizer que aprofundar o estudo em relação ao parto, uma experiência jamais vivenciada por mim, permitiu-me falar de outro lugar:

do lugar de “não mãe” e de mulher não desejante da procriação. Lembro-me claramente do que escutei durante minha participação em uma disciplina que tratava da temática família, numa discussão filosófica, e uma colega psicóloga me dizia que para falar da maternidade eu precisaria, antes de tudo, ser mãe, viver a maternidade, afinal, na compreensão dela, existiam especificidades desse momento da vida que somente se sabe opinar vivenciando. Nesse momento, obviamente, algumas crises me ocorreram, sobretudo essa relacionada

ao não saber e ao “lugar de fala”⁹⁸. Quais as relações de poder operam nos diferentes discursos⁹⁹ daqueles que falam e a partir da posição enquanto se fala? (Trecho extraído do diário pessoal, aula disciplina Dinâmica da Instituição Familiar, 25 de abril de 2017).

Além disso, no campo profissional e científico, espaço cheio de especializações, aprofundar numa área de estudo voltada à saúde da mulher e criança, a partir da utilização de um referencial denso, diferente da que vinha desenvolvendo ao longo da minha trajetória, me colocou (psicologicamente) novamente nesse lugar “desconhecido”. Nesse caso, assumo que concretamente sou uma analista institucional estrangeira e me reconhecer nesse espaço não foi um processo fácil, foi, na verdade, “um parto” (trecho extraído do diário, Ribeirão Preto, 02 de maio de 2017).

Nesse caminho, o uso do diário, sem dúvidas, me ajudou nesse processo de autoreconhecimento e de autoanálise, ao me colocar no processo de uma pesquisa de dupla titulação, em dois países: Brasil e França, sobre uma temática que, num primeiro momento, transmitia uma impressão de novidade. No entanto, no próprio caminhar da pesquisa e na construção dos seus sentidos, eu me percebi mergulhada na temática desde sempre.

Análise das encomendas e demandas

Como referi anteriormente, a encomenda do projeto de doutorado surge das minhas vivências como mulher nordestina de origem humilde, mas ainda sim privilegiada no contexto ao qual eu vivo, que necessita dos estudos para “ser alguém na vida”. O doutorado seria mais uma etapa cumprida para essa ambição pessoal. Além disso, eu tinha o desejo de “beber de

⁹⁸ Conceito utilizado por Ribeiro (2017) a qual aborda criticamente àqueles que questionam quem pode falar. Sustenta-se na ideia de discurso proposta por Foucault, como um sistema que estrutura (utilizando o poder e o controle) determinado imaginário social.

⁹⁹ Segundo Foucault *apud* Ribeiro (2017) toda sociedade tem seu discurso produzido com interferências, ou seja, controladamente, com seleção, organizada e redistribuída por estratégias de associar poderes e perigos, com domínio do acontecimento.

outras fontes de aprendizado”, ou seja, sair do território baiano, mergulhar em novos ambientes e, somado com minha construção pessoal, contribuir com o desenvolvimento educacional do meu estado. Associado a isso, como já atuava com docente numa universidade pública baiana, tinha o direito de afastar-me das atividades para dedicar-me ao doutorado. Após meu ingresso no programa de saúde pública da USP, minha temática de estudos foi reformulada. A pesquisa sobre “A institucionalização dos nascimentos por cesariana no Brasil e na França: componentes educativos e sanitários” é lapidada à medida que construo minha inserção no grupo. Parte, num primeiro momento, da minha inserção no grupo de pesquisa NUPESCO. Eu cooperei na operacionalização de uma pesquisa colaborativa, internacional, francófônica de título: “O nascimento como processo biopsicosocial: um estudo colaborativo interdisciplinar dos efeitos das práticas e discursos sobre a perinatalidade no tornar-se pais no Canadá, na França e no Brasil” e é durante esse percurso que surge da minha orientadora uma encomenda/sugestão de inserção de um projeto que estivesse dentro da perspectiva desse maior, para o seguimento do meu doutorado. Ao mesmo tempo em que eu me preparava para o entendimento do referencial teórico através das leituras, da participação em disciplinas, grupos de discussão e conversas informais com estudiosos da AI, associadas ao contextos de nascimentos no mundo, ao crescimento de cesarianas no mundo e a especificidade brasileira em relação a esse desfecho: algo aconteceu e ganhou forma. Em reuniões com professora Cinira e professor Gilles conseguimos chegar a essa proposta de estudo. Compreendi, nesse processo o que foi teorizado sobre as encomendas e demandas: “(...) O enunciado da encomenda, mesmo quando é formalizado por escrito, não informa diretamente sobre a situação em questão. As demandas surgem gradualmente com o avançar do trabalho, elas são produzidas por todos os envolvidos no trabalho socioanalítico” (MONCEAU, 2013, p. 95).

Nesse processo, as ferramentas de produção de dados, no Brasil e na França adotadas por mim foram: recortes dos elementos relacionados ao parto dos grupos focal (realizados na pesquisa maior); entrevistas individuais com profissionais da saúde materno-infantil, bem como mães e pais que viveram a experiência do parto; diário de pesquisa. Em relação aos dados produzidos somente no Brasil tem as entrevistas individuais com membros do comitê de morte materno e infantil de Ribeirão Preto.

Estratégia de produção dos dados

Em cada país, a produção dos dados iniciou baseando-se nos dados da pesquisa maior, pois esta iniciou seu processo anteriormente. O objetivo dessa pesquisa maior foi experimentar um caminho de investigação colaborativo, internacional entre três países diferentes: Brasil, Canadá e França, visando definir os eixos de um programa de pesquisa mais vasta que tenha o nascimento como ponto de partida e seus múltiplos objetos potenciais para aprofundar. Estes grupos de discussão interdisciplinares e internacionais propuseram questões para composição de um questionário para os pais [sobre as expectativas de acompanhamento e intervenção perinatal aos pais]. Os questionários elaborados serão utilizados em pesquisas posteriores. Nesse sentido, nas reuniões iniciais houve: apresentação do estudo, seus objetivos, a abordagem (colaborativa, interdisciplinar e internacional). Os eixos temáticos dispostos no Anexo A serviu como ponto de partida para discussão dos grupos e de esboço para o questionário. Nas reuniões intermediárias houve: a restituição das reuniões iniciais com suas respectivas análises; conclusão do desenvolvimento do questionário. Nas reuniões finais ocorreu a restituição (devolutiva) das análises das reuniões intermediárias; interpretação dos resultados preliminares do questionário (PAILLE et MUCCHIELLI, 2016). As sessões foram gravadas, transcritas e os resultados foram cruzados nas análises preliminares (entre grupos e entre regiões (países) após a realização de cada grupo). Ressalto que apesar da pesquisa maior envolver três países, eu darei destaque para o contexto brasileiro e francês exatamente por serem os contextos da minha pesquisa de doutorado.

Assim, foram organizados dois grupos com profissionais de saúde de diferentes instituições e dois grupos com pais, do mesmo modo, de serviços distintos. O quadro 4 demonstra a organização dos grupos, bem como o quantitativo de participantes. Em cada grupo formado (grupo focal) foram desenvolvidas três reuniões com duração média de 2 horas cada uma e animadas por mim e outro pesquisador. Foram norteados através de um roteiro (Anexos A e B). Outra estratégia de produção de dados foi à entrevista individual com pais e profissionais da assistência materno-infantil, nos dois países, e com membros do Comitê de Morte Materno-Infantil (apenas no Brasil) e o uso do diário de pesquisa.

O uso do diário de pesquisa

O diário está relacionado intimamente com contexto institucional da pesquisa. Promove o exercício da autoanálise, bem como da análise das implicações dos envolvidos no processo. É um analisador!

“No diário de pesquisa, o pesquisador registra suas hipóteses e seus achados. A propósito de um “objeto” que é previamente dado, em um campo específico e ao longo do seu aparecimento. Frequentemente, esta forma de diário visa reunir informações que o autor e seus colaboradores pretendem explorar ou tratar de uma maneira ou de outra em um tempo posterior” (HESS, 2006, p.95).

Segundo Lourau (1993), o diário auxilia na desnaturalização das construções científicas. No meu exercício da escrita, percebo o quanto expôs, a todo o momento, a minha não neutralidade, minha relação com a pesquisa, com a produção de uma tese, por exemplo. Além disso, confirmou como há uma contradição entre o tempo da produção pessoal e da produção institucional, como as instituições que me atravessam seguraram minhas mãos no exercício dessa escrita (LOURAU, 1993).

A escrita do diário ocorreu em várias situações que vão desde a participação de situações lúdicas como teatro, cinema ou apresentações artísticas. Além disso, no início do processo da pesquisa, nas disciplinas cursadas no Brasil e na França, na definição dos grupos, o processo preparatório para sua realização e após os grupos. Registre também minhas apreensões, durante as reuniões do comitê de Mortalidade Materno-Infantil, após orientações com Cinira e Gilles, após reuniões dos grupos de estudos sobre Análise Institucional do NUPESCO, em eventos, na conversa com membros da *Reseau RechercheAvec* (Rede PesquisaCom) e ainda após algumas situações cotidianas.

A ampliação do campo de produção de dados faz variar a profundidade do campo e produz uma melhor compreensão do que se pretende estudar, mas é importante reconhecer os riscos do atravessamento por outras instituições. (Diário de pesquisa durante uma aula do Gilles, Gennevilliers, França, 23 julho 2018).

A utilização do diário foi (e tem sido) uma maneira de trabalhar as interferências institucionais e nacionais, afinal é relevante considerar as diferentes instituições que me atravessam. Nesse contexto, a política capitalista manipula o discurso, as práticas, as relações e muitas outras coisas. Reconheço a existência de um sistema de privilégios no qual a mulher indiscutivelmente está subjugada. Assim, a violência também pode ser utilizada como estratégia de restringir o exercício do poder daqueles marcados pela violência, nesse caso, as mulheres.

A compreensão desse processo não se constitui uma atividade fácil. Portanto, ao revelar o que reverbera em mim, a partir do encontro com o outro, o ato da escrita me provoca, também na releitura, a assumir e aceitar (bem como questionar) minhas compreensões. Acontece que não posso desconsiderar a existência de uma encomenda da escrita, seja do diário, seja da presente tese. Isso exerce, sem dúvidas, um grande peso no caminho da pesquisa. De qualquer maneira, compreendo que o próprio diário me ajuda a desvendar meios de desvio dessas solicitações. Com a rotina de leituras sobre o feminismo, sobre o referencial teórico, sobre a lógica organizacional nos dois países, com as vivências na vida, com as trocas nos momentos mais descontraídos, bem como na escrita do diário, sigo aprendendo a importância de se aprender a pensar. Tiburi (2018) assinala que não se aprende a pensar sem aprender a perguntar pelas condições e pelos contextos nos quais estão nossos elementos de interesse e de análise. Talvez seja por isso que muitos dos meus registros no diário estão repletos de perguntas para mim. Nesse processo, fiz (e faço) um intenso exercício para aprender que a crítica não é forçadamente a destruição daquilo que se intenciona conhecer. Talvez seja uma desmontagem para a reconstrução de algo novo, uma espécie de calibragem do modo de olhar as coisas.

Os serviços e os profissionais de saúde

Para o grupo focal: os serviços considerados como elegíveis para o desenvolvimento da pesquisa nos dois países foram classificados a partir de dois tipos de estabelecimentos: a) hospital e b) "outra" instituição. Destaco que os encontros ocorreram no horário de trabalho dos serviços. No contexto brasileiro, a escolha partiu, em primeiro lugar, dos serviços de saúde que ofertam serviços obstétricos pelo SUS. Foram assim: um local que se constitua

como hospital tradicional (outra instituição) e que realize atendimentos de parto e puerpério e outro espaço alternativo com ações materno-infantis, o centro de referência à saúde da mulher de Ribeirão Preto (hospital). Ambos os serviços são Hospitais Universitários. Salientamos que o local e horário para desenvolvimento dos encontros foi negociado com os trabalhadores assegurando privacidade e confidencialidade. Além disso, não houve qualquer custo financeiro para os participantes (deslocamento, alimentação e outros). O contato se deu inicialmente através da coordenação de enfermagem, a qual, nos dois espaços, mediou o processo de autorização da pesquisa com a direção geral dos serviços. Após obter a aprovação desses locais, foi organizada uma apresentação da proposta de pesquisa para os profissionais que atuam no serviço e, enfim, proposto o convite para participar dos grupos. Cada grupo foi composto por um quantitativo médio de 8 pessoas entre médicos, enfermeiras obstetras, enfermeiras pediátricas, técnicas de enfermagem, nutricionistas, psicólogas, assistente social, terapeuta ocupacional, fonoaudióloga.

No contexto francês, os serviços públicos (uma maternidade pública e uma serviço de Protection Maternelle et Infantile) foram os considerados como possíveis para realização da pesquisa (ver quadro 4 abaixo). A negociação dos encontros foi mediada pelos superiores hierárquicos de cada grupo e foram compostos de forma variada por médico, psicólogo, puericultrice, secretária de PMI, formadora em aleitamento materno, sage-femme e enfermeiras.

Quadro 4: Formação dos grupos focal desenvolvidos na pesquisa entre março de 2017 a novembro de 2017, no Brasil e na França.

Países (regiões)	Profissionais de saúde ¹⁰⁰		País		Tempo total em minutos
	Hospital	Outra instituição	Social 1	Social 2	
França (Hauts-de-Seine et Val d'Oise)	8 (grupo 1) ¹⁰¹	8 (grupo 2) ¹⁰²	8 (grupo 3) ¹⁰³	8 (grupo 4) ¹⁰⁴	1440'

¹⁰⁰ Este grupo inclui: profissionais de saúde que atuam na atenção ao pré-natal, parto e puerpério (médicos, enfermeiros, obstetras, parteiras, técnicos de enfermagem), profissionais que desenvolvem estratégias de educação (enfermeiros, doulas, voluntários) e profissionais da ação social (assistente social, etc.).

101 Hospital maternidade

102 Serviço de Proteção Materno-Infantil

103 Associação Maison de Naissance

104 Serviço Maison de Familles

Brasil (Ribeirão-Preto)	8 (grupo 5) ¹⁰⁵	8 (grupo 6) ¹⁰⁶	8 (grupo 7) ¹⁰⁷	8 (grupo 8) ¹⁰⁸	1347'
Total	16	16	16	16	

Ainda no contexto brasileiro, quando havia a intenção de dar continuidade às atividades da pesquisa nos serviços era necessário contatar a enfermeira gestora para articular os encontros com os grupos ou a realização das entrevistas individuais (quando ocorria em horário de serviço). Essa mediação era um momento interessante para minhas reflexões, pois o cotidiano do funcionamento daqueles espaços retratava, muito bem, a lógica do que era produzido, bem como o reflexo nas concepções e práticas profissionais.

Acabo de sair de um dos serviços de assistência à mulher para agendar uma restituição com os trabalhadores. A pessoa responsável pela gestão (e no agendamento da etapa do processo da pesquisa) demonstrava sua sobrecarga de atividades e tensão em virtude de um procedimento de acreditação que estava ocorrendo. Enquanto eu e Cinira aguardávamos um momento para definição de uma data, muitas enfermeiras entravam e saíam da sua sala. Uma visível agitação... A partir dessa experiência fiquei refletindo sobre lógica de gestão que se estrutura naquele local (e nos mais variados estabelecimentos) seria o “novo modo de gerir”? Nessa perspectiva, o serviço adequa-se a um conjunto de exigências para aquisição de um selo de qualidade? Qual qualidade está sendo reivindicada naquele local? Eu e Cinira seguimos conversando sobre isso... (Diário de pesquisa, Ribeirão Preto, 28 de fevereiro de 2018).

Percebo, nos dois países, uma maior resistência no agendamento das entrevistas individuais com profissionais do que com as mães ou casais. Isso demarca um analisador seja das práticas desenvolvidas naqueles espaços de trabalho, pois o convite tem um tema específico: o parto cesariano e propõe um caminho analítico das nossas/suas próprias práticas. As práticas profissionais revelam a instituição e as implicações desses profissionais são salutares para a compreensão do cotidiano do serviço.

¹⁰⁵ Hospital Materno Infantil de referência à saúde da mulher

¹⁰⁶ Hospital maternidade tradicional

¹⁰⁷ Creche

¹⁰⁸ Escola de idiomas

Nessa mesma intencionalidade crítica, reconheço que minhas expectativas em relação ao processo de “fazer a pesquisa acontecer” pode demarcar minha própria negligência em relação aos elementos que podem atravessar essa resistência e, por isso, tento utilizar das ferramentas possíveis para análise das minhas implicações.

Mães e pais

Nos dois países, os grupos foram formados a partir da necessidade de conhecer diferentes contextos socioeconômicos e culturais (e seus desdobramentos), o desfecho dos partos vividos, a experiência ou ideia construída sobre o parto cesariano e a influência na concepção da parentalidade. No Brasil, os locais escolhidos para aproximação com os pais e mães foram: Escola de idiomas e uma creche beneficente. A formação do grupo se deu, em primeiro lugar, a partir do desejo e disponibilidade em participar, idade maior de 18 anos e que possuísse filho(a) que frequente o espaço educativo. Para a escola de idiomas, o convite foi estendido a todos os pais e mães que tenham interesse em participar.

Na França, a aproximação com os pais e mães se deu, para um grupo, através de um dispositivo municipal chamado “Maison des familles”¹⁰⁹, que desenvolve atividades com mães, as quais, nesse grupo específico, eram majoritariamente de origem norte-africana. E o outro grupo foi composto por aderentes de uma associação ligada a uma “Maison de naissance”¹¹⁰ que se opõe a medicalização do nascimento. O local e horário para desenvolvimento dos encontros foi negociado com os participantes de cada grupo e assegurada privacidade e confidencialidade.

O referencial me deu segurança para que, frequentemente, porém de modo gradativo, eu colocasse as minhas opiniões. As provocações e as reflexões coletivas realizadas foram (e ainda são) extremamente ricas. Isso, como referido em outro momento, ocorreu inicialmente na realização dos grupos de discussão. Compreendo que nesse caminho, isso tenha contribuído para facilidade ou não em agendar as conversas individuais. No processo de

¹⁰⁹ É um local de acolhimento e de trocas para as famílias onde cada um pode partilhar sua experiência e enriquecer com àquelas fornecidas pelas outras pessoas. Sua proposta é de um espaço para convivialidade sob os preceitos de solidariedade, suporte e valorização das experiências parentais. Uma atenção particular é oferecida às famílias em situação de vulnerabilidade, isoladas, às rupturas familiares ou em situação de precariedade.

¹¹⁰ É um lugar de acolhimento, de seguimento da gestação e parto. Em geral estão sob direção da sage-femme. É, portanto, um serviço de cuidados primários integrada à rede de saúde perinatal.

convite para entrevista individual, tanto no Brasil quanto na França, ocorreu mediante meu contato direto com essas pessoas em que eu explicava o contexto da minha pesquisa.

Em relação ao contexto francês, minha inserção nos grupos ocorreu através do professor Gilles e, mesmo diante da sua larga experiência com grupos, ele me estimulava a aproximar dos integrantes e “animá-los”. Sobre a aceitação do meu convite para as conversas individuais, é relevante acrescentar que, inicialmente, apesar da minha limitação com a língua, compreendo que está associada também com a curiosidade em conhecer o contexto dos nascimentos no Brasil.

Nessa minha primeira participação nos grupos (já iniciados) de mães francesas, me percebo ansiosa em cumprir as encomendas (inclusive às criadas por mim mesma) em relação à pesquisa. Trata-se de um grupo composto por mulheres de origem africana. Quero aproximação com o grupo, quero compreender o contexto dos nascimentos para essas pessoas. Estamos na etapa de testagem de uma primeira versão de um questionário previsto na pesquisa maior. Sinto-me bloqueada e não consigo interagir. Acho estranho o modo como Gilles conduz, pois nesse momento (e baseada em outras experiências em grupos com o professor) tive a impressão de que não permitia grandes aprofundamentos de questões colocadas pelas mulheres. Já nessa oportunidade falamos um pouco sobre o contexto da estruturação dessas questões para os brasileiros e isso provocou curiosidade naquelas mulheres presentes. Essa foi minha primeira oportunidade de contato e aproximação com elas. Uma delas imediatamente se interessa em conversar comigo em outro momento. Compartilha comigo seu e-mail e número de telefone.

Após a conclusão do encontro, em conversa com o professor, ele esclarece o motivo da “rapidez” na condução dessa etapa do processo da pesquisa, mas percebo que ficou reflexivo sobre o que eu disse. (Diário de Pesquisa, Maison des familles, França, 11 outubro 2017)

As entrevistas

Foram utilizados roteiros para entrevista semiestruturada (apêndices A, B, C e D). Para as mães e pais: convidei inicialmente as mães ou casal que participaram dos grupos referidos anteriormente. Como a aceitação em participar desse momento da pesquisa não foi unânime, solicitei que estas mulheres ou casais indicassem alguma outra mãe ou casal do seu grupo social que tivessem vivenciado a experiência de parir (independente do desfecho). Para profissionais: da mesma forma, convidei àqueles que já participavam do grupo focal. Para os integrantes do Comitê de Morte Materno Infantil de Ribeirão Preto, fiz o convite pessoalmente aos integrantes que se dispuseram ou não. Destaco que os profissionais

membros do referido comitê atuam na rede assistencial materno-infantil do município e, por isso, foram inseridos nas categorias profissionais. O quadro 5, a seguir, representará o quantitativo de entrevistados, por categorias, nos dois países.

As entrevistas foram gravadas, após autorização dos participantes, realizadas em locais agendados e escolhidos por cada um deles.

Quadro 5: Distribuição (por categoria do participante) das entrevistas realizadas no Brasil e na França, 2018-19.

	Entrevistas individuais Mães	Entrevistas – individuais Casal	Entrevistas – individuais profissionais	Duração total – das entrevistas em minutos
BRASIL	09	0	10 (1 homem)	859'
FRANÇA	07	02	09 (2 homens)	965'

Planejamento para análise dos dados produzidos

Embora eu reconheça que sócio-clínica institucional não seja prisioneira de protocolos rígidos (MONCEAU, 2013), a minha busca pelo modo como os sujeitos estão implicados nas instituições em questão, bem como minhas próprias implicações com a instituição científica, me tomam a mão e me vejo obrigada a estruturar a formalização metodológica que desenrolou desse processo de pesquisa na medida em que avançou.

Foi realizada uma análise cruzada dos dados produzidos, entre as instituições, entre os grupos, entre regiões e entre países de modo contínuo, tendo como base o material coletado. A análise foi baseada na abordagem da análise temática de Paillé e Mucchielli. Nesta perspectiva, a etapa de discussão da análise temática se constitui como um exercício qualitativo, interpretativo e hipotético (PAILLÉ e MUCCHIELLI, 2016). A análise temática exige autonomia intelectual do pesquisador e um conhecimento aprofundado do tema estudado. A partir das transcrições dos dados produzidos (das diferentes fontes), tentei adotar abordagem híbrida para análise: uma tematização continuada que consiste em atribuir, reagrupar, ajustar os temas progressivamente até o final da análise e uma tematização sequencial para realizar análises com aproximações e distanciamentos entre grupos da mesma

região. Essa análise identificou e definiu um conjunto de grandes temas em grupos de discussão e, em seguida, me permitiu explorar no que eles correspondiam, em quais momentos dialogam entre si, em quais momentos não dialogam entre si e, por fim, em quais aspectos se interrogam.

A abordagem analítica é, portanto, situada em três níveis: 1-transcrição¹¹¹ (escutar e transcrever os grupos); 2- transposição (constituir as unidades de significação e as aproximações entre eles e os referenciais teóricos) 3 - reconstituição (reconstruir um texto com as análises finais).

Seguindo a perspectiva do referencial sócioanalítico, em relação ao retorno aos participantes (restituição participativa) é parte integrante da análise e foi composto por: 1- comunicação da experiência dos pais e dos profissionais durante o período perinatal (destaco que esse compartilhamento das experiências pessoais ocorreu em todo o processo entre os grupos de pais, profissionais e do comitê de morte. Ocorreu também entre os indivíduos das entrevistas individuais dos dois países); 2- partilha de conhecimentos com fins de colaboração seja na reflexão (componente educacional). Assim tal restituição permitiu aos participantes do estudo a análise contínua e interativa para integrá-los em suas próprias práticas e para melhor compreender as diferenças e semelhanças entre o discurso e as práticas no campo da assistência perinatal. As elaborações são realizadas continuamente e refinadas ao longo do processo. A restituição é a oportunidade de discutir os resultados para orientar pesquisadores em direção a novos caminhos (BELLEGARDE, 2003; MONCEAU, 2003).

Assim, na organização dos que se produziu, foram feitas leituras flutuantes para meu aprofundamento do conteúdo do material. Em seguida, na classificação dos dados, foram identificadas as estruturas de relevância em relação aos contextos dos diferentes sujeitos sobre o tema. Para garantir o anonimato foram utilizadas, quando pertinente, classificações MÃE/MÈRE, PAI/PÈRE e PRO, para mães, pais, profissionais respectivamente, seguidos por um algarismo arábico e BRA (Brasil) ou FRA (França), representados pelos dois países estudados. Outrossim, quando utilizados, optou-se pela fidelidade das falas. Em relação aos grupos de pais e profissionais/trabalhadores utilizei a classificação: SOCIAL 1 OU SOCIAL 2, para os pais integrantes da associação e do dispositivo municipal respectivamente, HOSPITAL ou OUTRA. Essas classificações foram seguidas de um número arábico para identificação do encontro tratado (cada grupo vivenciou 3 encontros) e BRA OU FRA para identificar o país da fala utilizada (Ex.: SOCIAL 1 – 0/BRA). Ressalto ainda que para as

¹¹¹ As entrevistas individuais realizadas na França não foram transcritas em sua totalidade. Para àquelas não transcritas sintetizei em textos obtendo-se ao final uma visão global do conjunto de entrevistas

entrevistas francesas não transcritas integralmente utilizei a codificação: Relato de entrevista individual, seguido por FRA e MÈRE ou PRO e um número arábico (Ex.: Relato de entrevista individual/FRA/MÈRE/00). Em relação aos trechos do diário utilizado, adotei como codificação: Diário de pesquisa, local, país, data).

Primeiramente, a partir dos dados produzidos, emergiram eixos temáticos: Nascimento por cesariana: um analisador da condição feminina face à medicalização; nascimento por cesariana: um analisador das práticas e discursos profissionais e nascimento por cesariana: um analisador da institucionalização do nascimento (Quadro 6). Logicamente estão relacionadas à institucionalização dos nascimentos por cesariana nos dois países com destaque aos componentes educativos e sanitários. Tais unidades foram dispostas em quadros analíticos e organizadas individualmente por grupo de entrevistados e cenários estudados. Em seguida, para uma melhor apreensão da essência do conteúdo, realizaram-se sínteses horizontais das entrevistas, por grupos entrevistados.

Quadro 6: Quadro analítico dos dados empíricos resultantes dos grupos focal, entrevistas e diário de pesquisa, Brasil e França, 2016-2019.

Unidades temáticas	Grupo focal	Grupo focal	Entrevistas	Entrevistas	Diário de pesquisa	Síntese horizontal		
	País	Profissionais	País	Profissionais				
<p>1) EIXO 1: Nascimento por cesariana: um analisador da condição feminina face à medicalização</p> <ul style="list-style-type: none"> • Experiências com as práticas do pessoal da saúde • Corpos (in)disciplinados? • Quais são as demandas das mulheres? 	Relatos por encontro (articulação com o registro do diário)	Relatos por encontro (articulação com o registro do diário)	Relatos por entrevistado (articulação com o registro do diário)	Relatos por entrevistado (articulação com o registro do diário)	Registro no diário de apreensões advindas de diferentes vivências ao longo dos anos do doutorado	Convergências	Divergências	Complementaridades

<p>2) EIXO 2: Nascimento por cesariana: um analisador das práticas e discursos profissionais</p>						
<ul style="list-style-type: none"> • A lógica da gestão e o atravessamento nas práticas sociais: Organização do serviço e financiamento das ações • Formação dos profissionais, práticas profissionais e a educação das mulheres • Saúde e educação no contexto da saúde materna 						
<p>3) EIXO 3: Nascimento por cesariana: um analisador da institucionalização do nascimento</p>						
<ul style="list-style-type: none"> • Autoreferencialidade • O que a realidade brasileira faz falar a realidade francesa? E o contrário? • O poder e as relações: as 						

vidas controladas e a transformação das instituições								
--	--	--	--	--	--	--	--	--

O delineamento dos referidos eixos, como já descrito anteriormente, se deu com base no que emergiu das falas dos participantes, associados à análise das minhas próprias implicações. A partir dos encontros com as pessoas, com as leituras, algo aconteceu, uma forma foi tomada. Assim, no que envolve o disposto no eixo 1, sobre a nascimento por cesariana como analisador da condição feminina face à medicalização, foram abordadas as experiências dessas mulheres com as práticas do pessoal da saúde, sobretudo no que envolve a discussão em torno dos corpos (in)disciplinados interligado às demandas dessas próprias mulheres.

O eixo 2, que trata sobre o nascimento por cesariana como um analisador das práticas e discursos profissionais, questões relacionadas à lógica do modelo da gestão dos serviços, dos países e o atravessamento nas práticas sociais, ou seja como a organização do serviço e a perspectiva de financiamento das ações estão impregnadas no cotidiano desses espaços, bem como o impacto no processo de institucionalização. Além disso, as especificidades em relação aos elementos potentes/facilitadores e também que fragilizam no processo de formação dos profissionais e que refletem nas práticas profissionais e na educação das mulheres. Ainda foi apontada a realidade apreendida sobre aspectos da saúde e educação no contexto da saúde materna.

Articulado aos referidos eixos supracitados, o eixo 3, por fim, aborda sobre o nascimento por cesariana como um analisador da institucionalização do nascimento. Nesse espaço tentei valorizar alguns os elementos que marcam o processo de institucionalização como a autoreferencialidade. Somado a isso, busquei explorar o que a realidade brasileira faz falar a realidade francesa, bem como o que a realidade francesa faz falar a realidade brasileira. Nessa trajetória, o poder e as relações ganham visibilidade e revelam o modo como as vidas (sempre estiveram) estão ou podem estar controladas nesse processo de transformação das instituições.

Considerações éticas

Cada país ficou responsável pela adequação da proposta de pesquisa às normas que regulamentam as pesquisas que envolvem seres humanos.

No contexto brasileiro, existe a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que determina as diretrizes e normas regulamentadoras das pesquisas envolvendo seres humanos. Em obediência a esta Resolução, a presente pesquisa tomará as precauções para que todos os direitos dos participantes sejam respeitados. Para isso foi elaborado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo C, D e E).

Os pesquisadores asseguram que foi mantido o anonimato das informações, buscando respeitar a integridade moral, intelectual, social e cultural dos participantes envolvidos na pesquisa.

Esta pesquisa não previu benefícios diretos aos participantes e nem custos. O benefício indireto foi de proporcionar reflexões críticas sobre o desenvolvimento de serviços e intervenções perinatais que impactam sobre a saúde física e mental das famílias. Além disso, sua abordagem de base colaborativa analisará as experiências de profissionais e pais, e com isso trará/trouxe um valor significativo para o conhecimento sobre as transformações da reprodução.

Os possíveis riscos estavam relacionados ao desconforto devido ao aparecimento de eventuais divergências de opiniões entre os participantes da pesquisa ou pelo sentimento por parte dos trabalhadores de saúde de serem avaliados. Além disso, os participantes poderiam se sentir inibidos para expor as suas opiniões com receio de revelarem experiências particulares. No entanto, puderam, a qualquer momento, desistir de participar da pesquisa. Também em caso de desconforto, os profissionais e pais seriam convidados a conversar individualmente com os pesquisadores. Seriam tomadas providências para que nas sessões de grupo os participantes sentissem à vontade para expor suas ideias e ficarem em silêncio caso não desejem fazê-lo ou mesmo retirar-se do grupo.

Antes de cada sessão, esses aspectos foram apresentados pelos pesquisadores aos participantes.

Os resultados da pesquisa foram apresentados às instituições coparticipantes e aos participantes da pesquisa em cada país. A divulgação foi realizada em eventos locais, nacionais e internacionais, e os resultados foram e serão publicados em forma de material científico, preservando o anonimato de todos participantes. Assim, foram apresentados como

parte das atividades científicas veiculadas às instituições de pesquisa nos dois países. A divulgação síntese desses eventos foi apresentada na plataforma www.rechercheavec.com. A abordagem da pesquisa é objeto de um artigo metodológico já submetido na *Revue Approches inductives* (envolvendo os três países da pesquisa maior).

A produção dos dados no Brasil somente teve início após autorização das instituições coparticipantes e aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EERP/USP parecer no 2.623.731.

No contexto francês a situação ética se estrutura de um modo diferente do contexto brasileiro no que envolve os procedimentos técnicos para inserção nos espaços e trocas com indivíduos. Exige, como no Brasil, uma reflexão relativa às condutas humanas, aos valores implícitos; ao modo de desenvolver as etapas da pesquisa, mas não necessariamente baseada em uma regra (TOULOUSE, S/A). Isso é discutido no contexto de formações com profundidade.

O lugar do pesquisador e suas responsabilidades, o impacto do que se pesquisa na sociedade, são, do mesmo modo, considerados. Existem leis que regem o processo¹¹², por exemplo, em relação ao contexto bioético: pesquisas com clonagem, por exemplo, pesquisas que envolvem embriões ou teste com medicamentos. Mas existe uma forte valorização da integração de não especialista na produção científica. Obviamente existem forças instituintes que ao longo dos anos promovem discussões para modificação dessa realidade, bem como seu enquadramento na lógica “estruturante”.

Embora não haja uma exigência em relação aos procedimentos para o início da pesquisa, como no Brasil, a experiência para a presente pesquisa na França não dispensou autorização dos serviços e dos indivíduos, a garantia do sigilo do que era compartilhado pelas pessoas, a utilização do TCLE. Não houve necessidade de tramitação numa comitê e ética, pois os grupos realizados no hospital e na PMI eram compostos apenas por profissionais (sem os usuários dos serviços). Para esse momento, apenas a autorização das autoridades locais para e das próprias pessoas que se interessavam pela discussão da temática foram necessárias. Em relação aos grupos de pais, estes não se reuniam em serviços de saúde, portanto utilizamos apenas um acordo pessoal de participação. Como o projeto já havia sido aprovado no Brasil utilizei os instrumentos para produção de dados já aprovados pelo comitê brasileiro.

Em 1988, Lei Huriet-Sérusclat, foi a primeira a ajustar os ensaios médicos com seres humanos; Leis de bioética de 2004 e 2011; Política de Ética e Integralidade da ANR (baseada na Declaração de Singapura) e outras.

CONSIDERAÇÕES SOBRE A SEGUNDA PARTE

A segunda parte da presente tese se constitui pela tentativa de dar visibilidade a desenho da trajetória da pesquisa e o suporte teórico metodológico ofertado pela Análise Institucional. Compreender a origem do referencial, as influências e os acontecimentos que marcaram a história de sua existência, nos dois países, foi contribuinte para o meu próprio processo de descoberta (incessante) de mulher e pesquisadora. Além disso, permitiu aprofundar minha compreensão em relação aos elementos intrínsecos na Saúde Coletiva, o que resultou num fortalecimento das minhas crenças em relação ao seu potencial transformador na sociedade.

A abordagem da sócio-clínica institucional e suas características, frente à sua complexidade, possibilitaram-me uma reflexão, não somente no que envolve a produção de dados, mas a produção de sentido na aproximação das questões sociais. A caracterização dos territórios da pesquisa também teve sua importância, pois contribuiu para a compreensão de aspectos peculiares de cada local, sem deixar de lado a amplitude da heterogeneidade real de cada país, região, cidade ou família.

A evidência do processo de produção dos dados, os participantes, as ferramentas utilizadas e o cruzamento com as vivências em cada país, também contribuíram fortemente para a compreensão das instituições e as forças que atuam nessa existência. Mais que isso, clarificou a limitação existente no processo da pesquisa em si, mas sem desvalorizar a possibilidade de produção de conhecimento.

PARTE III – A TRANSFORMAÇÃO DAS FORÇAS SOCIAIS EM FORMAS SOCIAIS



Rudy Trypsteen, *obra sem nome*, 2018, Bruges, Cerâmica Kasper.

Numa visita à Bruges, na Bélgica, visitei um ateliê que produzia arte baseada no cotidiano da sociedade moderna. Encontrei a referida obra que representa o nascimento num contexto atual. Embora eu estivesse num país europeu cujas práticas de assistência ao parto são, num primeiro momento, diferentes da realidade brasileira, a imagem, por si só, me provoca a refletir um pouco mais sobre isso.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização das pessoas entrevistadas.

Grupo de mães e pais

Em relação ao perfil sócio econômico dos grupos formados na França e no Brasil, é possível inferir que são bastante heterogêneos. A idade do grupo de mulheres francesas variou entre 35 e 46 anos. Àquelas pertencentes ao grupo do Serviço Maison de Familles era composto, em sua maioria, por mulheres de origem estrangeira (norte africana), desempregadas, sem nível superior ou com nível superior não reconhecido na França (algumas manifestaram interesse em obter uma formação e trabalhar). Por outro lado, os participantes do grupo, também francês, da Associação Maison de Naissance, composto por psicólogos, trabalhadores social, enfermeiras, engenheiro, entre outros, possuíam um perfil mais elevado tanto para escolaridade como financeiro. Situam-se na classe média em relação ao nível salarial (entre 2.000 e 3.000 euros mensais) e nível superior, em relação ao nível de formação, BAC+3 e BAC+5¹¹³. Em relação ao número de filhos, a quantidade variou de 1 a 4 filhos.

Em relação às entrevistadas individualmente, uma mulher de origem Marroquina tinha a ocupação de dona de casa e a outra era desempregada, a classificação de qualificação profissional de formação dessas mulheres era mais baixo (BAC 0 e BAC +3). As demais entrevistadas tinham uma profissão, um nível de formação igual ou acima do BAC +5. No que envolve o tipo de parto, a maioria vivenciou partos vaginais (06 mulheres entrevistadas individualmente vivenciaram partos cesarianos).

O grupo de participantes da pesquisa no Brasil é caracterizado por pessoas de origem predominantemente brasileira. Àquelas pertencentes ao grupo da Creche era composto, em sua maioria, por mulheres, empregadas, com nível superior completo ou com nível superior em andamento. Os participantes do grupo da Escola de Idiomas, composto por advogada,

¹¹³ O ensino superior na França é iniciado no BAC, o qual possui um sistema de classificação dos diplomas em níveis: licença, mestrado e doutorado. O BAC é um diploma obtido através de um exame realizado após o lycée, o ensino médio. A aprovação permite o acesso ao nível superior. Após isso, os 3 anos seguintes são a licence classificada como BAC +1, BAC +2, BAC +3. Os dois últimos anos de estudos universitários são o master 1 ou master 2 que vão garantir o BAC +4 ou BAC + 5 respectivamente. Os alunos portadores do diploma M2 podem se candidatar ao doutorado que garante o BAC+8 (KYL, 2014).

professoras, técnica de enfermagem, agrônomo e administradora. Possuíam um perfil mais elevado tanto para escolaridade como financeiro. Situam-se, em sua maioria, na classe privilegiada em relação ao nível salarial (acima de R\$ 3.000 reais mensais). A idade dos grupos de mulheres, nesse mesmo sentido, variou entre 30 e 72 anos e em sua maioria experienciaram um parto cesariano. A maioria utiliza, além do SUS¹¹⁴, plano privado de saúde.

Em relação às entrevistadas individualmente, a quantidade de filhos variou entre 1 e 5, a maioria utiliza, além do SUS, plano privado de saúde (apenas duas mulheres utilizam exclusivamente o SUS, ambas de cor negra e solteiras). Em relação aos rendimentos mensais, três mulheres (incluindo as mesmas duas referidas anteriormente) apresentaram um salário abaixo de R\$1.000 ou entre R\$1.000 e R\$2.000 reais. No que envolve o tipo de parto, a maioria vivenciou partos cesarianos (03 mulheres entrevistadas individualmente vivenciaram partos vaginais).

Os quadros 7, 8 e 9, dispostos a seguir, permitem uma melhor visualização da distribuição das datas dos encontros dos grupos e o perfil das mulheres e homens participantes das entrevistas individuais nos dois países. Em relação às datas dos grupos, é relevante considerar que a pesquisa precisava ocorrer em sintonia nos dois países. Para isso, a realização de cada encontro se dava num período próximo de modo que a equipe dispusesse de tempo para o compartilhamento das apreensões ocorridas.

Quadro 7: Distribuição dos encontros realizados com as mães e pais, Brasil e França, 2017-2018.

BRASIL		
Creche/Service Maison des familles		
1º ENCONTRO	2º ENCONTRO	3º ENCONTRO
03/2017	04/2017	10/2017
Escola de Idiomas/Association Maison de Naissance		
1º ENCONTRO	2º ENCONTRO	3º ENCONTRO
03/2017	04/2017	10/2017

¹¹⁴ O princípio da universalidade do Sistema Único de Saúde (SUS) determina que todos os cidadãos brasileiros, sem qualquer tipo de discriminação, têm direito ao acesso às ações e serviços de saúde. Antes do SUS, apenas pessoas com vínculo formal de trabalho (carteira assinada) ou que estavam vinculadas à previdência social poderiam dispor dos serviços públicos de saúde. A opção para as demais pessoas era pagar pelos serviços privados (FIOCRUZ, 2019).

Quadro 8: Caracterização das mães e pais entrevistados individualmente na França, 2018.

	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9
Idade	41 anos	35 anos	36 anos	42 anos	38 anos	43 e 46 anos	35 anos	42 anos	44 anos
Sexo	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino	F e M	Feminino	Feminino	Feminino
País de origem	França	França	Marrocos	França	França	França	Brasil	Itália	Marrocos
Grau de escolaridade	Bac +5	Bac +5	Bac+1	Bac +5	BAC+4	BAC +5	Doutorado	Doutorado	BAC+
Ocupação	Redatora	Responsável de produção	Desempregada	Psicóloga	Doula	Enfermeira e Engenheiro	Estudante	Professora de universidade	Dona de Casa
Assurance/Mutuel	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Número de filhos	1	1	2	2	3	3	1	1	5
Número de partos	1	1	2	2	3	5	1	1	4
Estado civil	Casada	Em casal	Casada	Casada	Casada	Casados	Casada	União	Casada
Rendimentos médio mensal	Entre 2 e 3 mil euros	Entre 2 e 3 mil euros	Entre 2 e 3 mil euros	Mais 3 de mil	Mais de 3 mil	Mais de 3 mil euros	Entre 2 e 3 mil euros	Mais de 3 mil euros	Entre 2 e 3 mil euros

Fonte: Criado pela própria autora.

Quadro 9: Caracterização das mães e pais entrevistados individualmente no Brasil, 2018.

	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9
Idade	36 anos	36 anos	55 anos	31 anos	43 anos	39 anos	72 anos	48 anos	30 anos
Sexo	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino
País de origem	Brasil	Brasil	Brasil	Brasil	Brasil	Brasil	Brasil	Brasil	Brasil
Grau de escolaridade	Médio incompleto	Superior completo	Superior completo	Superior completo	Superior completo	Superior completo	Ensino médio	Médio	Médio
Ocupação	Desempregada	Empresária	Aposentada	Professora	Gerente administrativa	Coordenadora pedagógica	Do lar	Artesã	Esteticista
Plano de saúde	SUS	Privado e SUS	Privado e SUS	Privado e SUS	Privado e SUS	Privado e SUS	Privado e SUS	Privado e SUS	SUS
Número de filhos	5 (gestante)	2	2	1	1	1	4	2	1
Número de partos	4P 1A	2	2	1	1	1p e 1 A	4	2	1
Estado civil	União Estável	União estável	Casada	Casada	Solteira	Casada	Casada	Casada	Divorciada
Rendimentos médio mensal	Até R\$1.000	Mais de 3 mil reais	Mais de 3 mil reais	Mais de 3 mil	Entre 1 e 2 mil	Mais de 3 mil	Mais de 3 mil	Mais de 3 mil	Entre 1 e 2 mil

Grupo de profissionais

Em relação aos profissionais integrantes do grupo-focal, na França, como já referido, foram compostos por membros da equipe de uma maternidade de um hospital e de um serviço de assistência às famílias (PMI). Em relação aos participantes das entrevistas individuais, a origem dessas pessoas não foi necessariamente desses serviços citados, pois houve profissionais liberais de consultório ou centro de saúde. As idades variaram entre 29 e 63 anos, a maioria mulheres. As profissões eram: sage-femme, médica(o) obstetra e ginecologista, puericultriz, enfermeira, puericultrice, auxiliar de puericultrice, estudante de enfermagem e secretária de PMI. Em relação ao tempo de experiência, houve uma variação de 2 a 31 anos e a maioria não possuía mais de um vínculo empregatício.

No contexto brasileiro, os grupos foram formados a partir de dois serviços hospitalares de assistência à mulher em Ribeirão Preto e/ou membros do comitê de morte materna. Os profissionais participantes foram: psicólogas, fonoaudióloga, terapeuta ocupacional, enfermeiras, assistentes social, fisioterapeuta, médicas (02 residentes), auxiliar de enfermagem, técnica de enfermagem.

Em relação aos participantes das entrevistas individuais, as idades variaram entre 32 e 69 anos, a maioria das entrevistadas era do sexo feminino e o tempo de experiência profissional variou de 3 anos a 44 anos. Apenas três participantes possuíam outro vínculo empregatício e a maioria possuía um vínculo efetivo no serviço público. Todas as pessoas entrevistadas individualmente pertenciam a um dos serviços em que foram desenvolvidos os grupos.

Quadro 10: Distribuição dos encontros realizados com os profissionais, Brasil e França, 2017-2018.

BRASIL e FRANÇA		
Hospital tradicional/PMI		
1° ENCONTRO	2° ENCONTRO	3° ENCONTRO
03/2017	05/2017	10/2017
Hospital/Maternidade de um serviço hospitalar		
1° ENCONTRO	2° ENCONTRO	3° ENCONTRO
03/2017	05/2017	11/2017

Quadro 11: Caracterização de profissionais entrevistados individualmente na França, 2018.

	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9
Idade	32 anos	57 anos	63 anos	29 anos	32 anos	39 anos	53	43 anos	
Sexo	Masculino	Masculino	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino	
Profissão	Sage-Femme e Gestor de riscos	Médico Obstetra – chefe do serviço	Médica Ginecologista	Sage-Femme	Sage-Femme	Puericultriz	Enfermeira	Enfermeira	
Lugar de trabalho	Hospital	Hospital	Consultório	Centre de Santé	Hospital	PMI	Hospital	PMI	Associação Césarinne
Tempo de experiência profissional	8 anos	30 anos	34 anos	2 anos	9 anos	17 anos	15 anos	19 anos	
Qualificação Profissional	Mestrado	Especialização	-	Shiatsu	-	Enfermeira	-	-	
Tempo que atua no serviço atual	2 anos	22 anos	34 anos	1 ano	9 anos	4 anos	12 anos	12 anos	
Tempo que trabalha com a mesma equipe	2 anos	22 anos	34 anos	1 ano	9 anos	4 anos	12 anos	12 anos	
Horas de trabalho	Variável	60-70hr/semana	35 horas	28 horas/semana	35 horas/semana	38 horas/semana	35 horas/semana	35 horas/semana	
Outro local	Não	½	Hospital	Não	Não	Não	Não	Não	

Quadro 12: Caracterização de profissionais entrevistados individualmente no Brasil, 2018-2019.

	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10
Idade	32 anos	69 anos	56 anos	27 anos	51 anos		68 anos	41 anos	25 anos	35 anos
Sexo	Feminino	Masculino	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino
Lugar de trabalho	Hospital	Hospital	Hospital/consultório	Hospital SC	SMS	SMS/hospital	Hospital	Hospital	Hospital	Hospital
Formação	Psicologia	Medicina	Medicina ginecologia	Enfermagem	Medicina	Medicina	Auxiliar Enfermagem	Enfermagem	Enfermagem	Nutrição
Tempo de experiência profissional	10 anos	44 anos	31 anos	7 anos	29 anos	25 anos	25 anos	10 anos	3 anos	14 anos
Qualificação Profissional	Especialista	Doutorado	Mestrado	Especialista	Especialista	Especialista	-	Especialista	Especialista	Mestrado
Tempo que atua no serviço atual	8 anos	25 anos	30 anos	6 anos	24 anos	22 anos	20 anos	9 anos	3 anos	6 anos
Tempo que trabalha com a mesma equipe	8 anos	25 anos	15 anos	4 anos	7 anos	6 anos	4 anos	3 anos	2 anos	6 anos
Horas de trabalho	40 horas	variável	40 h	40 horas/semana	40 h/semana	40h/semana	36h/semana	36h/semana	36h/semana	40h/semana
Outro local de trabalho	Não	Não	Sim	Não	Não	Sim	Não	Não	Não	Sim

Tipo de vínculo	Contrato	Concurso	Concurso	Contrato	Concurso	Concurso	Concurso	Contrato	Contrato	Contrato
-----------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS PRODUZIDOS

Nos espaços que seguem, mais especificamente nos eixos 1 e 2, utilizarei os dados produzidos ao longo desse processo de aprofundamento sobre a temática cesariana, a partir das vivências no Brasil e na França. Numa tentativa de melhor dispor as informações, a escolha das temáticas específicas de cada um dos eixos não esgotam o que emergiu desse caminhar, mas consegue demarcar elementos que dão voz a aspectos marcantes em cada país, em cada contexto, em cada organização, estabelecimento, nas relações entre as pessoas e, sobretudo, na vida de muitas mulheres. Faz falar, inclusive, algumas instituições, além das previstas pela própria pesquisa. Almejo que algumas das provocações que precisei “olhar pelos olhos” possam atingir vocês leitores e, mais que isso, reverberar em novas provocações em seus cotidianos pessoais na vida.

A produção dos dados, como já referido, se deu, num primeiro momento, a partir da produção dos dados de uma investigação maior chamada: “O nascimento como processo biopsicosocial: um estudo colaborativo interdisciplinar dos efeitos das práticas e discursos sobre a parentalidade no tornar-se pais no Canadá, na França e no Brasil” que utilizou como estratégia de produção de dados a realização de grupo focal em diferentes espaços. Dois grupos eram compostos por pais provenientes de distintos contextos sociais, econômico, educacional – “social 1” e “social 2”: no Brasil - uma escola de idiomas e uma creche pública (para o grupo de pais); para França – uma associação de pais e pais usuários de um serviço atende famílias “Maison des familles”. Para o grupo de trabalhadores também foram organizados dois grupos com diferentes perfis – “hospital” e “outra instituição”: no Brasil: um hospital de referência à saúde da mulher e outro serviço hospitalar de assistência à mulher; para França: uma maternidade pública e um serviço de “Protection Maternelle Infantile” (PMI). Cada um dos grupos realizaram três encontros. Assim, utilizei os dados produzidos desses encontros, relacionados ao parto em si e ao parto cesariano, mais especificamente. Além disso, ainda na produção dos dados, realizei entrevistas individuais com mães brasileiras e mães ou casais franceses e utilizei diário de pesquisa.

EIXO 1: NASCIMENTO POR CESARIANA: um analisador da condição feminina face à medicalização

Em relação à condição feminina, tomei por referência a lógica de discussão de Simone de Beauvoir que interroga a questão da mulher, do gênero e da existência sexuada. Nesse caminho, valoriza aspectos políticos e filosóficos para discutir a existência em si. Assim, pontua que ser mulher, num mundo governado majoritariamente por homens e para homens em função dos seus próprios interesses é ser o segundo sexo.

Como já referido anteriormente, os analisadores se constituem como marcadores representados por fatos ou situações que revelam os aspectos ocultos ou contraditórios na instituição. Possuem a particularidade de “revelar a estrutura da organização e provocá-la a falar” (LOURAU, 2014, p. 303). Frente ao contexto da presente tese e, mais especificamente, do presente eixo de análise, é importante atentar para a ideia da existência de uma relação entre a ação social e os meios de produção. A relevância de tratar das questões associadas ao nascimento e a condição feminina, nesse contexto, é reafirmado já que a mulher, carregada de construções simbólicas e símbolos sociais, é frequentemente invisibilizada nos processos de produção. Tal realidade favorece a concretização da naturalização (muitas vezes reivindicada pelas próprias mulheres) das condutas em relação a elas. Nesse sentido, como afirma Lourau (2014, p. 307) “o corpo é um analisador privilegiado. A institucionalização das relações entre meu corpo e o sistema de objetos é o que revela mais cruelmente a instância econômica no sistema institucional”. Essas ponderações articuladas com as leituras e vivências no processo da pesquisa delinearão-se, para mim, como a confirmação da existência de uma subjetividade alienada nas práticas sociais desenvolvidas e nas relações estabelecidas entre os indivíduos. Por isso, as questões dirigidas à tomada pelo direito do nosso próprio corpo reprodutivo causa revolta ao patriarcado¹¹⁵.

No que envolve a presente pesquisa, o reconhecimento do conteúdo latente em relação à temática (e frente ao conteúdo manifesto pelas práticas, ações e concepções), constitui-se um interessante desafio reconhecer as aproximações e distanciamentos do contexto de dois países com perfis peculiares em relação ao nascimento, em relação à organização social e em relação à mulher no espaço social.

A França avança em relação à igualdade de direitos entre homens e mulheres, seja na representação e oportunidades econômicas (salários, participação e funções de gestão); na educação (acesso ao ensino básico e superior); na emancipação política (representatividade nas estruturas de tomada de decisão); ou na saúde e sobrevivência (expectativa de vida e

¹¹⁵ O patriarcado é um arranjo de ideias inquestionáveis, certezas naturalizadas, dogmas e leis inquestionáveis. É carregado de violência simbólica e física, sofrimento e culpa. É administrado por pessoas que se interessam em manter seus privilégios de gênero, de sexualidade, de raça, de classe, de idade, de plasticidade (TIBURI, 2019).

relação meninas-meninos). A partir das minhas vivências nesse país, alguns elementos chamaram minha atenção no que envolve à temática:

Enquanto aguardo o início da aula de Francês, realizada num centro de lazer localizado no 18º arrondissement de Paris, eu observava o mural de informações e percebi que havia uma campanha na cidade preocupada com o assédio nas ruas: “Ma jupe n’est pas une invitation” (minha saia não é um convite). Compreendo que a intenção é exatamente dar visibilidade ao caráter inaceitável do assédio às mulheres e diminuir o sentimento de impunidade dos autores. Dada minha inclinação pela temática, fui buscar um pouco mais de informações sobre isso. Descobri que tendo como ocasião a aproximação da Jornada Internacional de luta contra as violências feitas às mulheres, em novembro, a prefeitura lança essa campanha. Acredito que a estratégia é importante para o debate e reafirmo as concepções que carrego sobre a realidade de que, onde quer que estejamos, vivemos num mundo machista conduzido pelos preceitos de uma base simbólica da cultura que objetifica as mulheres (**Trecho do diário de pesquisa, Paris, 29 de setembro de 2017**).

O Brasil, em relação à condição feminina e na perspectiva de gênero, caminha a passos muito lentos, já que não existem programas como o acima citado. Poucas iniciativas como, por exemplo, vagões de trens femininos e números de denúncias em trens e metrô, em São Paulo, não traduzem uma preocupação mais ampla da sociedade com isso. É válido destacar que o país sempre esteve num patamar frágil em relação a tal área, mas o contexto político atual no país, sobretudo após a destituição da presidente Dilma Rousseff, a partir de 2016, retrocedeu avanços conquistados em relação aos direitos da mulher e até de ameaça aos direitos humanos (CASTRO et al., 2019). Por esse motivo, a obra *O Segundo Sexo*, de Simone de Beauvoir (1949), mesmo que publicada há 70 anos, nos dias atuais do país é bastante contemporânea. Tece críticas ao patriarcado e provoca a autocrítica da condição feminina pelas mulheres numa intencionalidade de afastar a vitimização. Tenciona, inclusive, a lógica de vítima concreta e vítima ideológica. Um processo revelador desse fato foi a discussão referente a essa obra ter sido tema da redação do Enem e muito criticada.

Diante disso, no processo da pesquisa, devo reconhecer que houve (e há), por um lado, uma dificuldade por parte das mulheres brasileiras em reconhecer a condição feminina, como confirmado na seguinte fala:

[Mãe 04] [...] porque eu nunca quis ter filho. Na verdade eu tive por causa dele, entendeu? Quando eu casei com ele, eu era do circo gente... então quem vive em circo não pensa nunca em ter filho... eu vivia viajando nunca tinha na minha cabeça que eu ia ter filho, eu não queria, eu achava desnecessário chegava para minhas amigas e dizia gente tem filho para que? Vão viajar, entendeu? (SOCIAL 2 – 01/BRA)

[Mãe 5] Ah, eu acho que sim. No meu caso alterou sim nosso relacionamento. Atenção, você acaba não dando atenção para seu marido igual, porque a gente ficou nove anos casados sem filhos, nove anos, então curtimos bastante o casamento, viajamos e tal. Mas depois que vem o filho acaba que a gente deixa de lado um pouco assim atenção necessária, mas a gente tem que saber lidar com isso e controlar. A mulher tem que dar um jeito de dividir as atenções, né? Porque eles ficam carentes (SOCIAL 2 – 02/BRA).

Ainda em relação ao contexto brasileiro, é válido evidenciar o reconhecimento de mulheres sobre o modo como a cultura influencia nas decisões em relação ao parto, por exemplo. Como já citei anteriormente na presente produção, o patriarcado se constitui como um sistema dogmático repleto de crenças. Ele define, entre outras coisas, perspectivas, comportamentos e costumes. Ao relacionar o delírio do patriarcado (e suas marcas nas vidas das mulheres) com o contexto dos nascimentos apresentados na pesquisa, acho válido apresentar uma das mulheres participantes, brasileira que vive na França e que experienciou todo o processo de gravidez, parto e puerpério naquele país. Suas falas demarcam com bastante força como as questões culturais e seus parâmetros são definidores das concepções

em relação à temática. Além disso, dá visibilidade a uma tensão resultante dos diferentes contextos vividos por essa mulher, numa espécie de “choque” de culturas:

(refere-se ao contexto francês) Mas a gente vê os rankings de quantidade de cesariana, a gente sabe que tem lugares que você consegue fazer cesariana de uma forma mais tranquila. E tem outros lugares que não. Então, eu sabia que isso no (diz o nome do hospital) eu não teria a possibilidade de escolher meu parto (seria tentado por via vaginal). Eu não ia poder dizer assim: “eu quero cesariana”. Até se elas resolvessem fazer cesariana eu acho que eu ia sofrer muito preconceito durante todo o pré-natal, entendeu? [...] As pessoas aqui, muitas pessoas que eu converso, que são francesas e tal, e que são... elas não entendem porque você iria preferir uma cesariana. Então eu acho que o corpo médico não entende se você chega (e solicita o parto cesariano). Até sabem que culturalmente no Brasil a gente faz muita cesária, mas não entendem o porquê e acham que, sei lá, que é frescura (MÈRE/FRA/03).

Por outro lado, pude perceber nos dados produzidos na França, que a discussão sobre a questão da mulher caminha diferentemente, ou seja, com mais força em termos críticos. Tais aspectos são percebidos no que envolve as relações homem-mulher, o papel do pai no processo de gestação, parto e puerpério e, inclusive, críticas que envolvem o gênero do profissional que acompanha a mulher. Eu tive uma impressão de que as mulheres desse país reconhecem, de um modo diferente das brasileiras, a autonomia de seus próprios corpos.

[Intervenante 1]: Peut-être. Peut-être. Je sais pas. La deuxième grossesse est différente... Vraiment, j’ai pas eu d’angoisse. J’entendais vraiment des mamans qui étaient à côté en train de hurler parce que la péridurale, etc. Chacun fait son choix. J’ai pas eu d’angoisse du tout, etc. En revanche, la deuxième grossesse où, là, j’avais deux bébés dans le ventre. Et là, du coup... autour de moi, tous les conseils, ils valaient zéro parce qu’autour de moi, j’avais très peu de mamans qui avaient eu des jumeaux. Donc toutes, leurs conseils à

dire « C'est normal... » ou « C'est pas normal... », là, tout tombait à l'eau. Du coup, dans ces moments-là, plus personne qui te parle. Voilà. **Tu as ton gynécologue qui te parle. Du coup, c'est un homme. Donc lui, il te parle en tant que médecin, il te parle pas en tant que femme ou en tant que ressenti parce qu'ils peuvent pas tout savoir.** Et, du coup, j'étais un peu plus... pas stressée non plus parce que tout se passait bien, mais... voilà... Quand il y avait des trucs, je disais : « Oh, là là... » Là-dedans, ça doit être un chantier, etc. Tu ressens des choses, des émotions. (SOCIAL 2 - 01/FRA)

«Intervenante 1 : Je trouve, c'est encore... c'est culturel, la place de l'homme dans la société, qui prend toujours le dessus, même quand c'est un accouchement qui est naturel, c'est... Oui, un peu ça se rejoint, un peu dans toutes les cultures, je trouve. Oui... Il faut qu'il... il faut que tout soit parfait, tout soit impeccable, tout... Pourtant, la maman va malgré tout... avec tout ce qu'elle vit avec la grossesse, avec l'accouchement et tout... mais le plus important dans tout ça que l'homme trouve sa femme toujours parfaite, même avec tous ces changements. C'est comme si elle comptait pas, je sais pas... C'est comme ce côté, oui, qu'on ignore la femme, qu'on ignore...

[Intervenante M]: Et, après, ça, c'est de manière globale parce qu'individuellement, les conjoints eux-mêmes, je pense qu'ils ont... enfin... ils sont prêts à faire ce chemin-là aussi... enfin... à accepter que leur femme puisse changer, que...

Intervenante 1 : Oui...

[Intervenante M]: ... et voilà, d'avoir... de vivre aussi ces... enfin... ce rapport au corps plus [+] naturel, plus [+]...

Intervenante 1 : ... et qu'il est pas tout seul. Il y a sa femme, il y a l'enfant qui arrive. Et le bébé, il va pas arriver comme ça, il va pas tomber du ciel... c'est un changement naturel, en fait. Donc je crois qu'on retourne toujours à la place de l'homme dans la société, encore (SOCIAL 2 – 02/FRA).

Destaco que minha intencionalidade em trazer para discussão tais aspectos é para estimular a reflexão de que os contextos supracitados estão articulados com as diferentes áreas da vida cotidiana, inclusive, com a saúde e educação. Ressalto que os impactos ocorrem, obviamente, de modos diferentes nos contextos (e nas pessoas). Afinal, cada mulher passa por experiências individuais de pressão e exclusão. É, então, a articulação dialética entre o geral e o particular que permitirá “desenhar” o quadro valorativo das experiências vividas. Por compreender essas especificidades, a organização da produção dos dados ganhou o delineamento na pesquisa pelos grupos, seguidos pela realização das entrevistas individuais. Devo reconhecer ainda que apenas no decorrer do processo de pesquisar foi que compreendi a potência decorrente da vivência nos dois países. Assim, no Brasil e na França, a aproximação se deu com mulheres e profissionais de diferentes realidades marcadas pelas diferenças econômico-sociais, educacionais, culturais e político-organizacionais.

PARTO CESARIANO NA CONCEPÇÃO DAS MULHERES

Parir, como já referido, durante muito tempo, esteve inserido no cotidiano social como uma experiência íntima e entre mulheres. No processo dinâmico das transformações das formas de viver e relacionar-se, houve uma gradativa hospitalização dos nascimentos, sua regulação pelas políticas públicas e uma incorporação das práticas controladas por um saber (que é um poder) “estruturado e estruturante”¹¹⁶. Logicamente esse processo de transformação é atravessado por diversas instituições como: família, igreja, escola, casamento, etcetera e articulado com os diferentes campos como, por exemplo: econômico, organizacional, político e social. Dito isso, acho pertinente pensarmos que chamar atenção para as questões relacionadas ao processo do nascimento, seja onde for, de algum modo estará ligado ao tema da surdez (ou não surdez)¹¹⁷ frente às questões sociais e econômicas.

Hardt e Negri (2014) delineiam uma rica discussão sobre as formas dominantes de subjetividade produzida no contexto da crise social e política. Elas são caracterizadas pelo endividado (marcado pela hegemonia das finanças), mediatizado (fortemente influenciado

¹¹⁶ Tomo como referência Bourdieu (1989) que ao discutir o poder simbólico como instrumentos de conhecimento e comunicação, só podem exercer um poder estruturante porque são estruturados na sua função de imposição ou legitimação do domínio.

¹¹⁷ Refiro-me ao modo com que as pessoas se afetam ou não se afetam frente aos acontecimentos que envolvem os aspectos sociais e econômicos e que se relacionam com o nascimento.

pelo controle das informações e redes), securitizado (marcado pelo regime de segurança e o Estado generalizado de exceção-opressão) e o representado (em que repercute numa corrupção da democracia). Tal leitura me estimulou a aproximar tais categorias com o processo de institucionalização do parto.

Na apresentação da disciplina de Fenomenologia, na Faculdade de Filosofia e Psicologia da USP, discutimos sobre os materiais indicados para promover as discussões. O professor pontua que a disciplina surge de um mal-estar, afinal o pensamento nunca é gratuito. Dialogamos sobre como o neoliberalismo promove a precarização e a retirada dos direitos trabalhistas, o que, sem dúvidas, reflete no funcionamento da sociedade de modo geral. Imediatamente, eu articulo tal ideia com a força com que a Nova Gestão Pública assume o direcionamento de diversas instituições e seu caráter nocivo. Nesse caminho, a discussão se volta para o modo como o trabalho acaba “tomando de assalto” o que dá valor às coisas e isso tem seu risco. Em seguida adentramos na discussão sobre a força com que as técnicas interferem na vida do homem, mas não seria a técnica se constitui como o fim do homem? Isso me faz pensar no processo de transformação das técnicas do nascimento... Preciso compreender o processo histórico disso. Nesse mesmo ritmo, conversamos sobre a existência, na cultura, de produções de ordens diversas, inclusive espirituais e/ou ideológicas que acabam estruturando a vida. Apesar disso, em algum momento essa cultura vai lidar com o atípico, com a diferença o que provoca tensão. Concluimos interrogando sobre os riscos no caso da tecnologia ser vista como instrumento de produção cultural... fui para casa refletindo sobre o tanatopoder¹¹⁸ e o biopoder¹¹⁹ discutidos por Foucault (DIÁRIO DE PESQUISA, Ribeirão Preto, 04 agosto 2016).

Ainda partindo da proposta de discussão dos autores citados, penso que na sociedade, o securitizado aceita, num mecanismo aparentemente automatizado, seu caráter sujeito e

¹¹⁸ Segundo Foucault, é configurado pelo poder de decidir pela morte do outro.

¹¹⁹ Segundo Foucault e o poder de controlar a vida por meio da saúde, da alimentação e dos prazeres.

objeto do aprisionamento como reflexo do medo instalado. No contexto dos nascimentos, por exemplo, o medo se faz muito presente:

[Mãe 01] Então você me perguntava: "vai ser parto normal ou cesária?" " a médica que sabe!". Eu não decidia nada. Eu tinha tanto medo... (SOCIAL 2 – 01/ BRA)

“[Pesquisadora] Mas a cesariana te dá mais segurança? Te deixa mais segura por...

[Mãe] Então... me deixa mais segura por duas coisas: a primeira tem a ver com a minha forma de ser. É que eu acho que é tudo mais controlado, então assim, eu não sei, parece que você sabe o que vai acontecer. Eu sei que isso é uma ilusão, pois sei que isso é uma cirurgia, podem acontecer milhares de coisas, mas na minha cabeça tem uma coisa que não é loucura ter um parto cesariano, entendeu?” (MÈRE/FRA/03).

No contexto francês esse entendimento de segurança/insegurança está localizado em outro patamar embora, no meu entendimento, parta do mesmo princípio: a lógica instituída no processo em si e nas relações estabelecidas. Sobre essas relações (mulheres/profissionais), compreendo que não se configura com o mesmo grau de sensação de segurança como é, de modo geral, para as brasileiras. Portanto, se sentem seguras em parir por via vaginal. Quando a intervenção cesariana é proposta, isso causa muito desconforto e insegurança.

Et, d'un seul coup, je vois débarquer une gynécologue que je ne connaissais pas dans ma chambre, comme ça et qui me dit : « Bon, voilà... écoutez... pour nous, il est trop petit. Donc on va faire une césarienne. » « Hein ? » « Donc on a une urgence encore plus urgente, mais là, dans une demi-heure, on y va. » Paf, comme ça... Tu as même pas le temps de... Donc imagine... Moi, j'avais jamais été opérée de ma vie. Ça me faisait très peur d'être opérée, très peur la césarienne. Et elle me sort ça une demi-heure avant. C'est dur. Là-dessus, je la regarde... « Quoi...? » J'étais un peu... En fait, c'était

écrasant parce qu'il y avait des trucs qui me tombaient dessus comme ça et j'avais même pas le temps de dire ouf. (MÈRE/FRA/01)

Afirma que quando o parto é por via vaginal você sente o corpo e seu funcionamento. É um momento íntimo. Nesse processo, a sage-feme sente o seu corpo e escuta suas demandas. Acredita que na primeira gravidez os profissionais são mais atentos às demandas da mulher. Após a primeira gravidez ela tem a impressão que os profissionais pensam que já se sabe o que fazer: “Você conhece”. Mas acredita que nunca é mesma sensação. O medo varia, as gravidezes são diferentes, os partos são diferentes, os sentimentos e impressões também (Relato entrevista individual MÈRE/FRA/04).

Exposto isso, em busca de uma articulação com a temática da tese, retomo as formas dominantes de subjetividade produzida no contexto da crise social e política proposto por Hardt e Negri (2014), os quais ao aprofundar os aspectos da mediatização, refletem como sendo uma das grandes responsáveis pelas divisões, cada vez mais indistintas, entre trabalho e a vida. As informações mortas (que não sensibilizam as mulheres), excessivamente propagadas sufocam o poder de criar uma informação viva. Isso se organiza em alguns grupos sociais provocando o empenho em prol da servidão. O registro a seguir aponta elementos reflexivos sobre essa relação trabalho e vida, bem como o desdobramento possível de uma conformação de um caráter morto das informações propagadas.

Na reunião do Comitê de morte materna composta, nesse dia, em sua maioria, por profissionais médicos da rede municipal, os casos eram discutidos e classificados. As profissionais que coordenam as referidas reuniões contextualizam as situações. O primeiro caso discutido foi de uma mulher com histórico de cesáreo no primeiro parto (há 8 anos e razão da ocorrência não explicitada). Nesse segundo parto, a referida mulher apresentou o quadro de “placenta prévia”, segundo o que foi relatado, mas inicia-se uma rica discussão sobre a real ocorrência da placenta “prévia” ou “acreta” o que possivelmente, segundo eles, resultou na morte dessa mulher. Foi explicitado que a ocorrência desse contexto pode estar associada à quantidade de vascularização sobre a

cicatriz da cesariana anterior, ou seja, no meu entendimento, caberia adentrar a discussão em torno desse desfecho do nascimento também, mas a temática não é citada. Nesse registo, minha intenção não é questionar o processo de aprofundamento do caso ou dos procedimentos técnicos adotados, mas o que me chama atenção é a potência que essas reuniões possuem no processo de análise das práticas desses profissionais e na curiosidade que carrego em saber como eles são afetados nessas discussões. Seguiram os casos e foi proposta, para o próximo encontro, uma conversa sobre a placenta acreta entre os presentes (Trecho do diário de pesquisa, Brasil, 22/02/2017).

Na presente reunião, após a discussão dos casos, foi realizada uma conversa mais detalhada, estilo aula tradicional, que tratava sobre uma das temáticas combinadas para aprofundamento. Para além da temática, o que me chama atenção é o visível esvaziamento da sala. O que esse esvaziamento representa? Seria a estratégia adotada para animar a discussão? Seria o analisador tempo atravessando a permanência dessas pessoas? Seria a questão da implicação desses profissionais? Ou seriam as minhas sobreimplicações interferindo? (Trecho diário de pesquisa, Brasil, 15/03/2017).

No Brasil o parto cesariano é/foi (estou considerando o caráter dialético do processo de parir), a depender do nível social/econômico/educacional naturalizado, enquanto que na França (nas mesmas diferentes categorias) associado fortemente a uma falha da mulher.

Nas falas das participantes do processo da pesquisa, no Brasil, frequentemente tal informação apareceu:

Mas **eu tinha muita vontade de fazer meu parto normal**, no quinto mês eu descobri que ela não fazia parto normal, mas eu tinha endeusado ela de um jeito que eu: magina, tudo bem. [...] **E o dia que eu descobri que ela não fazia parto normal... tá bom, então tá, eu vou fazer cesárea.** Tipo nem... eu tava muito... sei lá, pra ela era um mito, ela ia salvar a minha filha, sabe? (MÃE/BRA/06).

A fala acima (repetida por outras tantas mulheres e mães do Brasil, sobretudo àquelas de meios sociais mais privilegiados) reflete o processo de “assujeitamento” delas nessa fase da vida, bem como o processo de dominação dos corpos femininos pelos profissionais. Sobre isso, é válido citar que as mulheres pertencentes ao meio social menos privilegiado no Brasil são, do mesmo modo, “assujeitadas” nessa vivência, entretanto, diferentemente das mais privilegiadas, enfrentam dificuldade maiores frente a sua inserção na rede assistencial, no estabelecimento de contato com o profissional que a acompanha e o serviço que a recepciona. Profissionais dos serviços públicos, em muitos momentos, explanam sobre sua percepção de que a mulher não é educada, não compreende o processo e, portanto, não deve opinar sobre o que é melhor para si. Nesse mesmo processo, é possível ainda captar nas falas especificidades que essa lógica possui em seu poder de invadir os projetos pessoais das pessoas.

[Mãe 01] Sabe o que eu acho, assim, que poderia acontecer com todas? Que não acontece, mas que se fosse possível, né? Você faz... a partir do momento que você sabe que você tá grávida... aí você tem um ginecologista... aí você faz o acompanhamento 9 meses com o ginecologista e simplesmente na hora de você ter o seu filho, com convênio ou sem convênio, na hora que você chega, você vai ter com o plantonista, entendeu? E eu acho isso muito desumano, porque o ginecologista e obstetra ele sabe de tudo que aconteceu com você e o plantonista não sabe, entendeu? Então, assim, eu acho que é isso que poderia mudar na lei... não sei. Eu tive, graças a Deus, o privilégio de ser acompanhada pelo Doutor (diz o nome do médico) e ele fazer o meu parto. Hoje não tá mais acontecendo isso. Eu tenho uma amiga que vai ter neném amanhã. Marcou é o Doutor (diz o nome do mesmo médico), só que ele só está fazendo o parto a partir de 40 semanas e ela não consegue mais segurar. Ela já está em trabalho de parto, entendeu? Ela tá com 39 e ele virou para ela falou que só a partir de 40 semanas. Já há 3 anos atrás eu não tive problemas, graças a Deus, entendeu?. "Doutor, o senhor que vai fazer o meu parto?" “não se preocupe”, foi cesariano. Eu fui tranquila. Eu acho que isso mexe com o psicológico da mãe, sabe? Com o pai... com a estrutura, sabe? (SOCIAL 2 – 01/BRA).

Ainda em relação à fala anterior é possível notar as nuances de uma transformação na prática do profissional evidenciado. Isso marca, destarte, a existência de elementos aportados por essa tese no que envolve o processo de institucionalização do nascimento.

No âmbito dessa temática na França, as mulheres diferentemente evidenciam que:

(SOBRE O PARTO CESÁRIO) Tu as l'impression de... en fait, de voir... comme si tu étais spectateur et que tu voyais une scène et que c'était pas ta vie... enfin... côté distanciation comme ça qui a vraiment été très dur pour moi. (MÈRE/FRA/01)

Donc la première césarienne, moi, je l'ai vécue comme un échec. C'est que j'avais pas réussi à mettre ma fille au monde par voie basse. (MÈRE/FRA/02)

Após o parto teve a sensação de ter falhado e isso influenciou na decisão de ter um segundo filho (intervalo de 6 anos). Somente após esse período conseguiu acreditar que tudo correria bem (Trecho relato entrevista individual/MÈRE/FRA/04).

Entre as participantes da pesquisa no contexto francês, como já referido anteriormente, possuía uma brasileira que vive em terras francesas. Ela, embora tenha vivenciado o parto vaginal na França, demarca claramente a lógica de sua cultura de origem.

(SOBRE SENTIR INSEGURANÇA COM O PARTO) Um pouco, um pouco... porque para começar eu morria de medo de parto. Para ser bem sincera. **Se eu tivesse tido filho no Brasil eu teria escolhido fazer uma cesária.** (MÈRE/FRA/03)

Essas falas para mim, convencida da força do patriarcado em seu poder de legislar sobre as mulheres, delinea o impacto desse tipo de parto nas diferentes concepções e nos países. Associado a isso, como confirma Beauvoir (2016), a gravidez se constitui em uma significação ambígua, o que consequentemente reflete numa ambivalência nesse processo.

“No próprio momento em que acaba de realizar seu destino feminino é ainda a mulher dependente: o que prova que também na espécie humana a natureza não se distingue do artifício. [...] É difícil saber quais são os sofrimentos que poupam exatamente à mulher. O fato de o parto durar por vezes mais de 24 horas e, por vezes, terminar em duas ou três horas, impede qualquer generalização. Para certas mulheres o parto é um martírio [...] Certas mulheres consideram o contrário que é uma prova relativamente fácil de suportar...” (BEAUVOIR, 2016, p. 306).

A atitude da mãe e suas concepções são, portanto, definidas pelo conjunto do contexto de inserção dessa mulher.

Elementos que, em ambos os países, convergem (embora dentro das suas especificidades locais) em relação ao nascimento estão situadas na dor, à participação do acompanhante, o afastamento do filho após o nascimento e o processo de recuperação pós cesariana.

Sobre isso pode ser percebido, nas falas das mulheres, que:

[Intervenante 2]: J’ai vécu à peu près la même chose, en fait. On était cinq, en fait, dans le bloc... césariennes, en fait. J’entendais en fait... avec des rideaux, en fait, on entendait, en fait, les autres mamans accoucher. Et vraiment... Et dans la salle de réveil, en fait, on était vraiment trente à être en fait les uns à côté des autres. Moi, j’avais en fait sept heures de séparation avec mon fils. Je l’ai même pas pris dans mes bras quand il est né, en fait. Juste je l’ai vu et, après, il est parti avec le papa. Et sept heures, moi, je me rappelle... J’ai accouché à midi quinze. Je suis montée en fait à 19 heures dans la chambre. Mon mari, il s’inquiétait... « Qu’est-ce qui se passe et tout ? » parce qu’en fait, j’ai eu une forte dose d’anesthésiant... En fait, je sentais pas mes pieds. Et du coup, ils m’ont dit : « Tant que vous sentez pas vos jambes, on vous laisse pas monter, en fait, en chambre. » Et, du coup, en fait, c’était angoissant pour moi parce que je me reposais pas, j’étais séparée du petit, je savais pas s’il pleurait ou pas. C’était vraiment... c’était... (SOCIAL 02 – 1/FRA).

aí tava tudo ruim, eu não conseguia levantar, não conseguia pegar a menina pra dar mamar, então precisei de ajuda 24 horas. Minha mãe e minha irmã vieram me ajudar, eu não conseguia levantar da cama sozinha. E todo mundo fala que se tiver um parto natural a recuperação é mais rápida e a cesariana demora mais e eu pensava justamente por causa disso, né, que o natural se recupera bem melhor. Eu não gostei de cesariana [Risos]. Não gostei assim, não sei como é o natural pra comparar as duas, mas cesariana pra mim não serviu (MÃE/BRA/04).

Le jour où elle est née, il y avait eu plusieurs femmes qui avaient eu une césarienne, ce qui fait qu'il y avait pas suffisamment de chambres seules pour les femmes qui avaient accouché par césarienne. Donc, du coup, on était à deux dans la chambre. J'étais avec une femme qui avait eu un accouchement très compliqué, qui a fini par césarienne, et qui était très fatiguée. Et c'était... Du coup, c'était un peu étonnant aussi d'être ensemble. Au départ, elle était pas contente. C'est un peu particulier, ça aussi... (MÈRE/FRA/02)

Nas falas acima, as mulheres revelam o contexto após um nascimento por cesariana, o cansaço e o isolamento, sua angústia de ser separada do seu bebê, do tempo que ficou na sala de recuperação pós-anestésica e sem contato com familiares.

Sobre a dor e sofrimento, talvez pelo excessivo uso da peridural na França, as mulheres demonstram em suas falas um medo muito maior da intervenção cirúrgica do que da possibilidade de sofrerem no parto vaginal. Isso pode ser confirmado quando afirmam:

Diz que idealizou enormemente o parto natural, por via vaginal, com muita dor (mas, segundo ela, a dor não é um problema) e afirma: “se não há dor, não há parto” (Relato entrevista individual MÈRE/FRA/07).

Ainda sobre a dor, no contexto brasileiro, os profissionais, cientes da sua existência, inclusive pelas suas próprias vivências com a gestação e parto, reconhecem sua existência, alguns ratificam a total segurança à presença do médico.

[Profissional 4]: Da dor. O medo é da dor. A mulher de hoje é muito fraca, entre aspas, para a dor, ela não tolera [...].

Pesquisadora 1: Mas o medo existe.

[Profissional 5]: Existe. Aquela ansiedade.

[Profissional 4]: A dor é forte. É uma dor que tem tempo, que eu chamo de curto, porque se durasse muito... A dor do trabalho de parto... Mas depois de cinco centímetros. Até cinco centímetros eu achava ela fraquinha.

[profissional 1]: Às vezes você tem sorte. Eu estava falando para elas do último que eu fiz, ela disse: “eu acho que estou com gases, o dia inteiro”, e estava total.

[profissional 4]: Vai saber sua sorte.

[Profissional]: E era primigesta.

[Profissional 6]: Mas não vai com medo, vai assim, vou peitar essa que você vai ver que é muito melhor. Porque seu médico que vai estar lá vai ter bom senso, ele não vai deixar você pensando se o seu cólo não tem resposta, se não dilata. Eu acho que o bom senso que caminha no trabalho de parto.

Pesquisadora 2: E de onde vem esse medo da dor?

[Profissional 5]: Não sei, acho que de relatos, de tudo o que você ouve.

[Profissional 3]: Tem aquele negócio, a pior dor é a de parto.

[Profissional 5]: Eu não tinha medo da dor, eu tinha medo do bebê ficar parado em mim...

[Profissional 4]: ...de complicação, não é?

[Profissional 6]: É. E a cabeça não sair, então a cabeça saia longe do corpo e arrancava a cabeça.

[Profissional 4]: Ave Maria.

[profissional 5]: Tinha esse medo. Aí quando o doutor me indicou a cesárea eu fiquei tranquila. Foi indicação eu ter cesárea. Mas eu

falava: “eu quero parto normal”, só que: “meu Deus, se ficar preso ali e eu não conseguir?”.

[Profissional 4]: Tem força para empurrar.

[Profissional 5]: Depois que eu tive o (diz o nome do filho) eu falava que eu não queria ter outro, mas eu queria ter outro para ver se eu conseguiria ter parto normal, mas eu não vou ter outro. Então quando ele nasceu: “eu não sou mãe porque não tive parto normal”.

Pesquisadora 3: Esse é um sentimento seu?

[Profissional 5]: Logo perto que ele nasceu eu pensava: “eu não fui mãe direito porque eu não tive tudo o que tinha que ter”, na minha cabeça (OUTRA – 02/BRA).

No contexto brasileiro, poucas mulheres revelaram o sentimento de fracasso como revelado na fala acima. Elas, em sua maioria, diferentemente das francesas, orientadas na preparação para o parto, chegam convencidas de que a intervenção cirúrgica é o melhor para elas o que provoca ansiedade no momento do parto. Quando o serviço que as recebe possui uma compreensão diferente das informações ofertadas no pré-natal, imediatamente evocam a sensação de sofrimento e angústia.

[Mãe 4] Eu já vim com encaminhamento de que eu não tinha passagem, eu não tinha tamanho, nada, dilatação... eu estava com 42 semanas e a (diz o nome do serviço) queria me internar para ter o parto normal. Ou seja, eu ia sofrer para ter, mas eu não iria ter. Por que vai me fazer sofrer se eu não vou ter normal? Então, para mim foi muito... é esse trauma que eu não quero ter mais filho... (SOCIAL 2 – 1/BRA).

Frente a realidade vivenciada pelas mulheres as quais me aproximei, em momentos da pesquisa, as experiências compartilhadas, as provocações provenientes dos encontros e as reflexões produzidas por todas envolvidas, ganharam contornos de ressignificação das concepções, como revelado na fala a seguir:

É.. então é nisso que eu estou pensando... eu acho que a não informação acaba sendo uma violência psicológica [silêncio por

alguns minutos] eu acho que a gente tá muito vulnerável nesse momento. Então assim, a falta de sensibilidade talvez fosse uma violência e fisicamente falando eu nem sei, nem imagino... talvez... ah, nem sei. Eu fico pensando que todo cuidado que... eu lembro da enfermeira me levantar pra tomar a anestesia e eu tá assim de medo e ela falou: “Relaxa, que se não vai doer”. E eu achei ela meio brava assim, sabe? Na hora que ela falou pra mim relaxar. Eu já estava esperando, eu já sabia que ia doer. Mas ela não foi grossa, não foi nada, era o meu medo... (MÃE/BRA/06).

Tal aspecto reforça o caráter reflexivo característico do referencial da sócio-análise, o qual na identificação a contradição e na tentativa de analisar as turbulências existentes, torna possível clarificar os elementos intrínsecos. Ainda em relação à fala supracitada é possível apreender que há uma situação em que o medo da mulher aparenta ser negligenciado pela profissional de enfermagem. Isso reforça que as fragilidades provocadas pela medicalização pode ser praticada por qualquer categoria profissional.

EXPERIÊNCIAS COM AS PRÁTICAS DO PESSOAL DA SAÚDE

No que envolve as experiências com as práticas do pessoal de saúde, os dois países, revelam serem afetados pelo processo de medicalização das ações que podem provocar uma iatrogênese do corpo. A existência de uma assimetria na interação entre as mulheres e os profissionais é relatada com frequência. Autoras (OSTERMANN e RUY, 2012) afirmam que o médico (mas eu expando para outras categorias profissionais), no exercício do seu poder, pode interromper a fala das pessoas atendidas, ditando regras do que deve ser feito, determinando o momento da fala dessas pessoas, desvalorizando as ações das usuárias do serviço, entre outras coisas. Nesse mesmo sentido, ao tomar como referência as estruturas de poder: autoridade profissional¹²⁰, estruturas sócio-políticas¹²¹ e estruturas comunicacionais¹²², reconheço sua legitimidade nos contextos estudados.

¹²⁰ A autoridade profissional aqui evidenciada é a proposta por Mayard (1991), em que se caracteriza pelos médicos que, ao longo dos anos, na formação e especialização, assumem a tutela dos pacientes e seu saber está acima do projeto de vida dessas pessoas.

¹²¹ Em relação à estrutura sociopolítica, Mayard (1991) caracteriza esses profissionais como “agentes do controle social” definindo a instalação de uma dependência a esse saber, por parte dos usuários dos serviços, seja na condução da consulta de atendimento e na destreza do diagnóstico.

J'ai eu l'impression d'être chosifiée parce qu'en fait, on m'a toujours prévenue au dernier moment, toujours, alors que... Mais, oui, c'est bizarre. Tu vois, c'est bizarre. C'est quand même toi, ils peuvent au moins t'exposer le truc... et puis avec des mots un peu durs, des mots stressants... « in utero », machin... « cassé sa courbe », machin et tout... (MÈRE/FRA/01)

A única coisa que acho que poderia mudar são as enfermeiras (cita o nome do serviço que pariu), pois poderiam ser mais educadas. Eu tinha acabado de sair da recuperação (pós parto), estava com aquela faixa que é ruim para retirar e ela “meteu a mão” e arrancou de uma só vez. Eu segurei tão forte a mão dela pelo instinto, fiquei morrendo de medo dos pontos saírem. Não explicou nada. Apenas disse: “vamos tomar banho, mãe, levanta, senta...” e puxou! (MÃE/BRA/02)

Ao distinguir o médico artesão e médico técnico, Illich (1975) aprofunda uma análise em relação às intervenções na vida das pessoas, mais especificamente aos danos. O artesão seria o profissional mais próximo dos indivíduos enquanto que o técnico se apoia nas regras científicas aplicadas sobre categoria de pacientes (TABET et al., 2017). A estruturação dessa crítica é resultado de um processo construído gradualmente. No que envolve o contexto dos nascimentos, tal compreensão pode ser amparada no que delineei na primeira parte da tese quando tratei sobre o parto cesariano e retomarei mais adiante no terceiro eixo da discussão.

Confirmando a especificidade territorial na lógica de compreensão sobre o parto em si, as participantes francesas revelam compreender a cesariana como um ato violento, embora sinalizem também a relevância do processo de acolhimento e cuidado dispensado pelos profissionais da equipe:

No hospital: chorou e sofreu muito. A cesariana foi o que a inquietou. Após o nascimento o seu marido se ocupou da criança. Segundo ela, quando o parto é por cesariana na França, a mulher tem ao menos uma semana inteira no hospital. Diz que no hospital, para reembolso, está garantido 5 dias, mas eles demandam se você gostaria de sair ou ficar

¹²² Mayard (1991) associa à estratégia de interação entre o profissional e os usuários do serviço.

mais alguns dias. Ela preferiu ficar um pouco mais. Disse que teve muita dificuldade para deambular, pois a cicatriz foi extremamente baixa, além disso a ferida cirúrgica foi mal cicatrizada, ficou aberta e deu trabalho. Para ela as coisas cirúrgicas foram mal feitas, embora o acompanhamento do bebê tenha sido muito bom. Elogiou o grande estímulo do serviço para o aleitamento natural. No hospital há um centro de aleitamento que dá atenção para as mães que necessitam de acompanhamento (Relato entrevista individual/MÈRE/FRA/07).

Et après, il y avait une infirmière aussi qui suivait, qui était sympa... Elle me fait m'asseoir dans le fauteuil pour m'amener au bloc. Et, à partir du moment où j'ai franchi le seuil de la chambre, je me suis effondrée, en fait parce que quatre heures de sommeil en deux nuits, la peur de l'opération... C'est bizarre, j'étais complètement à la masse. Donc je pleurais, pleurais, pleurais et tout... Je pleure assez facilement. J'extériorise beaucoup comme ça. (MÈRE/FRA/01)

(Ao falar sobre o parto cesariano mostra-se desconfortável). Entende como uma agressão. Imaginar que está em consciência e sem relacionar-se com seu bebê seria profundamente traumático (Relato da entrevista individual/MÈRE/FRA/05).

O contexto brasileiro, por sua vez, embora algumas mulheres tenham vivenciado experiências positivas em relação ao parto vaginal, predomina a indicação dos profissionais pelo parto cesáreo. Isso se justifica, como já apontado, na impressão de segurança e proteção ofertada pelo ato cirúrgico:

[Pai 02] O meu caso, o parto da minha mulher, assim, também foi muito traumático para ela. Eu fui orientado, é... desde o começo da gestação, pelo médico, a fazer cesariana. Que eles te convencem "não... a coisa muito simples, não tem risco para mulher... o risco é mínimo para mulher, para criança" e eu pensando nas duas, a recuperação do parto normal é muito mais rápido e muito mais saudável para o bebê... é o que todos dizem, né? E a minha mulher

quis esperar para ter parto normal e eu brigando com ela para fazer cesariana! "não, vamos marcar cesariana. Não tem risco nenhum. Você vai esperar 42 semanas, pode acontecer alguma coisa". Então a gente teve esse conflito durante a gestação toda! Eu tentando convencer ela a fazer cesariana (SOCIAL 2 – 1/BRA)

Como revela a fala proferida pelo pai acima, esses sentimentos provocados pelos discursos e práticas dos profissionais não ficam restritos às mulheres que vão parir, mas para todas as pessoas que estão no seu entorno e as acompanha no processo. Apesar dessa realidade, é mister apontar, sobretudo na fala das mulheres que vivenciaram experiências temporalmente antigas de parto, que o contexto era diferente, pois os partos cesarianos ainda não estavam institucionalizados no Brasil:

(todas as gestações foram acompanhadas pelo mesmo médico)... aí com 24 (anos) eu tive [fala o nome do filho], mas eu... tão perto, com 26 (anos) engravidado de novo e tive o outro menino, que são do mesmo dia, (fala as datas) de 1970 e 1972... (ambos de) parto normal... depois disso (com 39 anos engravidada novamente), o (parto) dele que foi cesáreo, aí eu tive ele com 8 meses (SOCIAL 1 – 1/BRA).

A referida fala ratifica a mudança das práticas ao longo dos anos no processo de acompanhamento dessas mulheres em que a lógica de controle dos corpos e a potência do biopoder ganham forma. Cabe evidenciar que essa transformação reflete no acompanhamento das mulheres na gestação e tem uma potente capacidade de promover conflitos nelas e nas relações que aí se estabelecem.

A compreensão da “dominação masculina” pode, aos olhos de alguns, ser relativizada, afinal a dificuldade de identifica-la está justificada pelo grau de normalização existente na nossa sociedade. Conforme sugere Tiburi (2019) é necessário reconhecer que o sistema patriarcal também controla os processos de compreensão (no sentido de ordem do saber) das coisas. “O que chamamos de patriarcado também pode ser entendido como o próprio sistema de saber com suas regras, seu controle dos conhecimentos e da ideia de verdade. No patriarcado, saber e poder unem-se contra os seres heterodenominados como mulheres” (TIBURI, 2019, p. 71). A realidade, sem dúvidas, desestrutura a dinâmica social e provoca uma série de abusos em relação à mulher enquanto sujeito social.

Sobre as relações das mulheres e famílias com os profissionais, em ambos os países, existem situações da invisibilização da figura feminina no processo de condução das práticas, conforme pode ser compreendido nas falas:

Et, le samedi matin, donc, ils avaient une réunion de service pour choisir... enfin... examiner tous les dossiers en cours et, je pense, prendre des décisions. Moi, je pense qu'ils ont décidé à ce moment-là de faire une césarienne. (MÈRE/FRA/01)

[mãe 1] a médica! eu ouvia a médica. o que a médica me dizia era lei! eu fiz... todo mundo faz o quanto? a senhora fez uma ultrassom? todo mundo faz 8 ultrassom, eu devo ter feito 20! todo dia eu arrumava alguma coisa errada... e a médica foi muito bacana comigo... eu sei... ela nem me deu a chance de ter um parto normal. Na minha primeira gestação ela sabia que eu queria. Ela não é assim... não me incentivou. na segunda, eu... ela se aproveitou que eu não... nem me deu a chance! Nunca me deu a chance de... tanto que era discutia no terceiro mês de gestação o meu marido o parto... porque o plano de saúde não cobre o parto, então ela ia fazer por X valor. Então isso foi discutida no terceiro mês de gestação. Então o terceiro mês ela já sabia que eu não ia fazer um parto normal (SOCIAL1 – 1/BRA).

Tais falas sustentam a discussão em torno do nascimento por cesariana como analisador frente à condição feminina, haja vista que, mesmo sendo atravessada por outros elementos (políticos, organizacionais, financeiros e outros), conforme discutiremos adiante, a “linguagem e a cultura estão visceralmente envolvidas com a dimensão biológica e simbólica na vida humana, e é ilusório pensar em um fenômeno corporal apenas em sua dimensão orgânica” (MAIA, 2010, p. 44). As dimensões culturais, biológicas, individuais e políticas necessitam ser valorizadas e pautadas no processo de acompanhamento dessas mulheres.

CORPOS (IN)DISCIPLINADOS?

Os contextos visitados me provocaram refletir sobre as marcas da medicalização sobre os grupos envolvidos. Antes de explicitar os elementos apreendidos nesse processo de pesquisa/vivência, gostaria de retomar a discussão realizada na primeira parte da presente tese sobre o efeito do poder no indivíduo e sobre o modo como provocou e provoca a conformação de uma “cultura medicalizada”. Nesse processo, produz estratégias de regulação que operam sobre a sociedade. Essa intervenção política da medicina sobre o corpo social se amparam nas normas, regras de conduta criadoras de uma atmosfera de dependência.

Data do século XVIII, com o nascimento da medicina moderna e da higiene, o início da intervenção médica na intimidade das pessoas, fazendo com que os profissionais da saúde e educadores, sobretudo, se tornassem especialistas a quem todos deveriam recorrer em busca de soluções para seus males domésticos (GAUDENZI e ORTEGA, 2012, p. 22).

Em seu processo de estruturação de estratégias de perpetuação do poder, a medicina, desenvolveu e desenvolve sucessivas medidas de controle, não somente sobre o corpo individual, mas também sobre o corpo coletivo. Tal realidade é revelada em uma espécie de ultra especialização no aperfeiçoamento das ações sobre as vidas. Michel Foucault (2012) e Ivan Illich (1975) são duas grandes referências que, em perspectivas diferentes e (eu diria complementares), criticam esse processo, chamando atenção para o crescimento desenfreado da ação da medicina.

Destaco que cada um dos países apresentam, no contexto atual, delineamentos específicos em relação a esse processo medicalizante, mas não se pode negar o caráter colonizado/colonizador, associado à importação das práticas desenvolvidas na Europa. A discussão sobre a “iatrogênese social” proposta por Illich (1975), no que aprofunda a lógica de um controle social através de um diagnóstico, promove a naturalização pela sociedade da necessidade de seguir cuidados médicos de rotina.

Sobre isso foi possível apreender, a partir das falas e discussões em grupo que, por um lado, existe a reivindicação pelos corpos controlados, muito embora, nesse momento, estejam atravessados pelo próprio processo e, em alguns casos, sejam posteriormente compreendidos de modo diferente:

eu acho que duas coisas são importante: primeiro que todo o meu entorno, que é classe média, no Brasil, faz cesariana. Então eu tenho a sensação de que a cesariana é mais controlada, digamos assim... essa... o fato de ser tudo imprevisível, de você não saber o que vai acontecer, como vai acontecer... é muito para mim... me incomodava muito. (MÈRE/FRA/03)

Je sais qu'on parle beaucoup sur l'épisiotomie qui est faite d'emblée en France. C'est vrai que, du coup, tu te poses même pas la question. J'ai eu une épisio à chaque fois, mais je l'ai pas vécue comme une violence. Après, on sait que, finalement, on pourrait s'en passer. Donc, après, tu te dis : ils abusent. (MÈRE/FRA/02)

Minha intenção é exatamente evidenciar a lógica dos contextos da pesquisa e ampliar o diálogo sobre o caráter mutacional dos processos em questão. Muitas falas relatadas, até o presente momento, demarcam a transformação de concepções, desejos e práticas. Tudo isso ocorre dentro de um contexto de embate. Em relação ao que chamo de desejo, é válido dar destaque, que me refiro à concepção defendida por Guattari (1996, p. 216) “O desejo é sempre um modo de produção de algo, o desejo é sempre o modo de construção de algo”, sendo assim o desejo permeia o campo social e se estrutura pelas diversas formas do exercício das vontades construídas pelo e no molde de uma “subjetividade capitalística”.

Por outro lado, as mulheres também podem decidir por assumir os possíveis riscos, resistir e criar estratégias para reivindicar os seus desejos (reconheço que esses desejos também são construídos a partir de diferentes elementos: práticas e discursos dos profissionais, vivências específicas, cultura, entre outros).

Ela refere ter insistido para ter um parto normal, pois já havia parido duas vezes por cesariana. Ela insistiu: “é meu corpo e eu decido sobre ele!”. A sage-femme que a acompanhou, segundo ela, estava completamente a sua escuta e tomou todas as precauções. Fez uma USG da pelve e, durante o parto, haviam dois cirurgiões presentes/próximos caso houvesse necessidade. Não quis peridural, mas acabou fazendo... tudo foi considerado

em caso de necessidade (Trecho relato da entrevista individual/MÈRE/FRA/04).

Outro elemento que aparece no discurso das mulheres é em relação à culpabilização delas pelo ocorrido:

Se não escutamos, somos culpabilizadas pelos profissionais. Eles não estão atentos às demandas da mulher. O corpo médico é medicalizado totalmente (Relato entrevista individual/MÈRE/FRA/04).

Et là, l'échographiste dit : « Ouh là là, mais il est tout petit, il est inférieur aux courbes de croissance. Je suis obligé... On va être obligé de prévenir... enfin... l'hôpital, sage-femme et tout... » Et il était un peu... Il était un peu culpabilisant parce que... J'étais pas très grosse. J'avais pris que 7 kilos. J'avais un bide comme ça, mais il fallait vraiment voir de profil. C'est complètement anecdotique, mais... (MÈRE/FRA/01).

[mãe 5] [...] que ao mesmo tempo que você tá com aquela expectativa, aquela euforia, você tem um medo muito grande. São medos que aparecem: da criança nascer normal (do parto vaginal), medo de você levar (ou não) a gestação até o final, medo de você não dá conta do que você tem que fazer (SOCIAL 1 - 1/BRA).

Essa culpabilização, segundo alguns autores, está relacionada com o exercício da racionalidade médica, na forma de poder, para abordar as questões de ordem social/econômica/cultural (TEBET et al., 2017; GAUDENZI e ORTEGA, 2012). Isso retoma um acontecimento em relação à maternidade no século XVIII que, no processo de transformação social, a responsabilidade da mãe ganha outro sentido. Ainda no século XIX, Rousseau e seus sucessores pregavam elementos (como a maternidade como sacerdócio) que despertavam sentimentos de culpa nessas mulheres. Já o século XX é marcado pela transformação do conceito de “responsabilidade materna” em “culpa materna” fruto, portanto, representação da mãe má. Sem dúvidas isso está diretamente associado ao processo social complexo marcado pela definição de papéis (mãe: amor e ternura/ pai: lei e autoridade). Nessa

mesma linha de raciocínio é apropriado considerar que ao considerarmos a lógica de poder como uma relação (FOUCAULT, 2012) e o patriarcado é uma maneira de concretizá-lo. Isto se dá, pois é marcado por ideias pré-concebidas e naturalizadas, com leis inquestionáveis, marcada por violência simbólica e física, repleta de sofrimento e culpa, os quais são geridos por pessoas interessadas na manutenção de seus privilégios.

Em relação à lógica de entendimento sobre a autonomia/emancipação dos corpos x domínio/tutela por parte dos profissionais, eu gostaria de dar destaque às aproximações e distanciamentos nas concepções dos países da pesquisa.

C'est la position qui m'a fait bizarre. Ils m'ont mise comme ça, tu vois. Ils m'ont replié les jambes, tu vois, talon comme ça... Ils m'ont mis comme ça. Ça fait crucifié. Sincèrement, ça fait Jésus sur la Croix. Vraiment, je suis pas du tout religieuse mais, moi, ça m'a fait bizarre d'être comme ça, les bras comme ça et les jambes repliées. Voilà. Et, après, humanisé... non, pas du tout parce que, comme j'arrêtais pas de pleurer, l'anesthésiste, la gynéco ont dit : « Mais qu'est-ce qui vous inquiète ? » Comme si c'était... (MÈRE/FRA/01)

[Mãe 06] (discorre sobre sua experiência de parto vaginal) Então eu fiquei sentada no banquinho tipo parece um banco de plástico aí o médico sentava no chão o médico saía para ir ao quarto, aí vinha a enfermeira e sentava no chão a todo momento, sabe? A hora que ele estava encaixando, eles deixavam eu pôr a mão para sentir o bebê, sabe? Foi assim um sonho que, acho que toda mãe... eu acho (SOCIAL 1 - 1/BRA)

A via de parto final para a primeira gestação, não tinha opção: foi no hospital, ela não escolheu a posição, e naquele momento foi “tudo bem, eu posso parir do modo clássico” (Relato entrevista individual/MÈRE/FRA/06). [...] (se refere à segunda gestação) não pode escolher a posição para parir, apesar de ser uma “Maison de naissance”. Já na terceira gestação, as experiências anteriores a convenceram de escolher parir em sua residência. (MÈRE/FRA/06).

Eu não cheguei a falar sobre meu desejo de ter uma cesariana por dois motivos: eu particularmente acho que no Brasil ou aqui a mulher deveria escolher o tipo de parto que ela tem. Eu acho que a gente... se e cirurgia, se não é cirurgia, mas é o nosso corpo e eu acho que tem que ser a forma que a gente se sente mais confortável. Eu não gosto do sistema do Brasil que empurra a cesariana, mas também não gosto do sistema daqui que empurra o parto normal. Eu acho que a mulher deveria ter o direito de escolher. [...] quando eu escolhi a minha maternidade eu tive que pesar isso. (MÈRE/FRA/03)

A primeira fala reforça o desconforto da mulher em vivenciar o parto cesariano, mesmo reconhecendo que se tratava da estratégia possível para garantir o nascimento do seu filho com vida. Isso está justificado seja pela impressão de falha, a sensação de passividade na experiência do parto em si, seja pela disposição e manipulação do seu corpo pelos profissionais. Associado a isso, a mulher deixa evidente seu desconforto em não perceber suas demandas reconhecidas pelos profissionais no momento em que chora. O questionamento proferido pelos profissionais seria indícios do processo de institucionalização da cesariana (de uma prática ainda pouco realizada) naquele país?

A segunda fala, de uma mulher brasileira que vivenciou o parto vaginal em um serviço que adota práticas humanizadas na atenção, revela sua admiração no que envolve aos procedimentos adotados no serviço. O que chama atenção é exatamente seu protagonismo no processo do parto em si, bem como as ações mais próximas e horizontais entre os profissionais partícipes no processo. Isso confirma que independente do país, tais ações realmente são diferenciais na percepção de cuidado das mulheres.

A terceira fala, que trata da vivência de três experiências de uma mulher francesa, aponta a decisão de variar na escolha dos serviços para realização dos seus partos. Fica evidente que a sua insatisfação em relação ao tipo de serviço dispensado a mobilizou a desviar da lógica instituída de partos hospitalares em busca de uma maior autonomia no processo de parir. Esses processos, logicamente, se configuram de diferentes modos entre os países, afinal possuem estruturas organizacionais, políticas e modos de financiamento das ações de saúde bem peculiares. No Brasil, por exemplo, a busca pela intervenção cesariana se constitui/constituiu, muito frequentemente, como uma reivindicação por dignidade.

A quarta fala já tece uma crítica aos dois sistemas organizacionais, pois, por ser uma brasileira que pariu na França, é atravessada por duas lógicas distintas em relação ao processo de gestação e parto. Isso chama minha atenção para a força com que a lógica organizacional dos serviços influenciam nas vivências dessas mulheres e confirma, desta forma, que nesse processo de (des)institucionalização há, como afirma Lourau (2001), uma ciência hegemônica, depositária e dispensadora do racionalidade delineada como o novo sagrado que vai lutar pela sua sobrevivência (através das suas próprias contradições).

Existem aspectos que necessitariam ser abordados dentro dessa discussão, numa perspectiva mais ampliada sobre a mulher e que contribuiriam para a discussão em torno do nascimento, como os percursos de luta. Ribeiro (2017) ao brilhantemente provocar a discussão em relação à condição da mulher negra, aponta estudos que criticam a epistemologia universal que desconsidera alguns saberes. Por exemplo, o saber das parteiras, os povos originários, a prática médica dos povos colonizados, entre outras coisas, que reafirmam as formas de domínio.

Quando me dispus a trabalhar com a temática “nascimento”, por um instante, me vi provocada a refletir sobre lugar de fala, pois, exatamente por não ter vivenciado a maternidade, naquele momento, fui atravessada por ideias de não vivência ou de desconhecimento. Após um momento de reflexão e ao rememorar o que provoca Audre Lorde, feminista negra, caribenha, lésbica, reafirmado por Ribeiro (2017) sobre a necessidade de desconstruirmos o caráter negativo da diferença. Embora ambas, nessa discussão, tratem das questões de gênero e da mulher negra, interligadas entre si, o debate alimenta meus pensamentos no que envolve a temática da presente tese. O problema seria quando as diferenças significam desigualdades. O não reconhecimento de que partimos de lugares diferentes, posto que experienciarmos gênero de modo diferente, leva a legitimação de um discurso excludente, pois não visibiliza outras formas de ser mulher no mundo (RIBEIRO, 2017, p. 51). Desse modo, ao partir dessa reflexão, reconheço a importância de se valorizar a temática e ampliá-la para os espaços de discussão no âmbito do social que inclua os mais diferentes gêneros.

EIXO 2: NASCIMENTO POR CESARIANA: um analisador das práticas e discursos profissionais

Com a intenção de aprofundar outros elementos que emergiram da experiência e apreensões no desenvolvimento da presente tese, é relevante dar destaque à temática do eixo de análise. Para isso, é primordial atentar para os elementos que envolvem a articulação das práticas e discursos dos profissionais (em seu processo de trabalho) e sua influência direta nos caminhos de estruturação das formas sociais relacionadas ao parto, sobretudo ao parto cesariano. A relevância de tratar dessas questões é a possibilidade de dar visibilidade (e criticar) aos “discursos de verdade”, aos componentes ocultos pela própria conformação dos processos, problematizar a força com que o poder exerce sobre as relações, sobre as organizações, estabelecimentos e refletir sobre a influência do processo de financiamento das ações na lógica em que se estruturam as ações prestadas.

A LÓGICA DA GESTÃO E O ATRAVESSAMENTO NAS PRÁTICAS SOCIAIS: ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO E FINANCIAMENTO DAS AÇÕES

As organizações se constituem pelo conjunto de indivíduos e processos que tendem estabelecer as relações e ações duráveis em busca dos objetivos que orientem e o perenizem. A regulação desses estabelecimentos ocorre, de modo geral, pelo Estado, através de leis e regulamentos, muito embora eu reconheça que cada espaço, de alguma maneira, particulariza seu funcionamento a partir das tensões que lhes são apresentadas.

O estabelecimento é uma empresa, uma entidade jurídica regida por um contrato social, com endereço físico, com seus objetivos registrados neste contrato, com seus pressupostos de funcionamento e de responsabilidades pela sua gerência, e no qual a administração se constitui em um sistema que organiza, coordena e operacionaliza os desempenhos pessoais (MOURA, 2003).

Esses espaços estão expostos, conforme aponta Moura (2003), a um grande risco de render-se às repetições, auto reprodução e reprodução de violência, o que, conseqüentemente, reflete na luta entre as questões organizacionais e clínicas. Cabe, diante dessa questão, ratificar também, conforme aponta Merhy (2013), que o cotidiano do mundo do trabalho (e a

produção do cuidado) é permeado por forças que tencionam entre si a todo o momento. Discutir o “trabalho morto”¹²³ e o “trabalho vivo”, mutuamente presentes, na tentativa compreender qual deles comanda o processo de trabalho, é indispensável para construção da compreensão do processo de institucionalização, afinal no trabalho morto “operam forças instituídas a partir da conformação como produto de momentos anteriores do trabalho vivo” (MERHY, 2013, p. 587) e isso necessita, em algum momento, responder às encomendas que a sociedade apresenta, o que reflete no caráter dialético do processo

Compreendo que evocar algumas nuances do trabalho em saúde, frente às vivências no caminhar da pesquisa, foi inevitável, afinal, como reflexo da sociedade capitalista vive-se as especificidades organizacionais que impactam no processo de trabalho. Os percursos produtivos possuem suas peculiaridades em que o trabalho morto pode delinear uma dimensão maior que do trabalho vivo em si e vice versa. Ademais, o trabalho morto é a cristalização de trabalho vivo. A invenção da cesárea é desdobramento de um trabalho vivo.

As falas a seguir pontuam o contexto desse processo de trabalho, nos dois países, no que envolve a tensão entre trabalho vivo e trabalho morto:

No contexto francês:

Uma parte da mal vivência de um parto é associado ao comportamento do profissional durante o processo. Em seu trabalho de médico “de guarda”, ele considera que uma parte de seu trabalho quando está em situação de risco, uma parte do seu trabalho é acalmar todo mundo. Sua experiência prova que quando faz isso as pessoas estão menos estressadas e então a paciente que percebe isso, vive melhor a situação. Isso não quer dizer que é sempre perfeito, existem vezes em que as coisas são ocupadas pela urgência, o medo, várias coisas a ser feitas ao mesmo tempo, que não se sabe com como vai acontecer. O seu próprio estresse é transmitido ao paciente. (Relato da entrevista individual/PRO/FRA/01).

As mulheres que buscam a associação, em geral, são mulheres que necessitam falar, pois tiveram uma vivência ruim e, muitas vezes, o

¹²³ O conceito de trabalho morto e trabalho vivo, tido como referência na tese, estão sustentados na concepção de Merhy (2014), baseado em Karl Marx, que afirma: O trabalho morto em saúde utiliza de um produto, uma matéria prima, para ser produzido. É o trabalho já produzido. O trabalho vivo em saúde é o trabalho feito em ato, que compreende o processo de produção do cuidado.

diálogo não está presente na equipe que a recebeu no parto. No imaginário coletivo da França, um nascimento é por via vaginal, então para muitas mulheres, exceto se ela demanda cesariana (o que é realmente pouco frequente), a ocorrência da cesárea é traumática. Diante disso, a proposta da associação é a existência de uma troca entre àquelas que vivenciaram a cesariana. Mais que isso, refere que o acompanhamento é frágil nesse aspecto e a associação se ocupa de minimizar essas dores. É necessário explicar bem, pois elas podem se sentir como um número ou uma “barriga a esvaziar”, sem sentir-se importante... a mulher terá uma reflexão nesse momento sobre seu corpo, sobre os cuidados com seu bebê, com relação a mobilidade do seu corpo (Relato da entrevista individual/PRO/FRA/02).

O Brasil, por sua vez:

Então, o parto vaginal, normal, é o parto que deve ser habitual, corriqueiro, sempre foi. O problema é que, durante um período muito grande as mulheres, numa quantidade significativa, morriam durante o parto. Foi quando as pessoas começaram a desenvolver a cesariana, que era difícil, complicada, era quase assinar o atestado de óbito da mulher por causa da cirurgia. Mas a coisa foi se organizando de uma maneira tal que hoje a cesariana é uma metodologia muito simples, fácil, de risco baixo. O problema é que o abdome de pessoa nenhum é para ser aberto, foi desenvolvido para atendimento de urgência, onde a criança ou a mãe está morre ou não morre. Ai, então se justifica (a aplicação da técnica). E a hora que você desenvolve, fica uma maravilha, fácil, cômodo, eu não tenho trabalho de parto, eu não tenho contração do parto, eu não tenho as dificuldades do parto e ainda fácil de fazer? Rápido, bom para o médico, barato para a equipe (Entrevista individual PRO/BRA/01)

Eu acho que todo médico que não tem a sensibilidade de entender as necessidades do paciente naquele momento ele já comete uma violência. Então quando está relacionado ao momento do parto e tudo,

eu entendo como violência obstétrica. Porque às vezes a pessoa faz uma opção por falta de conhecimento, porque ela é facilmente manipulada ou induzida e o médico é o principal acompanhante dela naquele momento. Ele precisa ter a sensibilidade de perceber que está acontecendo isso e, mais ainda, ele não pode fazer isso. Ele não pode usar essa fragilidade do momento e induzir a paciente a certos procedimentos (Entrevista individual/ MÃE/BRA/01).

Sobre o trabalho morto, gostaria de dar destaque ao fato de que as forças instituídas operam com vigor como reflexo do resultado de um trabalho vivo. Assim, a materialidade dura, representada pelos equipamentos tecnológicos, construções físicas, insumos, e outros, são utilizados no processo do trabalho vivo. Nessa relação, convém considerar que o trabalho morto tem potencial para intervir no trabalho vivo e, conseqüentemente, na produção do cuidado (MERHY, 2013).

Em relação à temática específica de estudo, como já mencionada, os nascimentos no mundo são realizados em serviços hospitalares. Quando os nascimentos não ocorrem nesses espaços, como os partos domiciliares ou as casas de parto/Maison de naissance, há uma exigência em relação à necessidade de terem como referência algum serviço hospitalar para assisti-los em situações de complicação no processo de nascer. Isso é exatamente o resultado das “imposições universalizadoras” do Estado que englobam, inclusive, o controle das vidas e o lucro, travestidas em ações promotoras de uma organização generalista. Não quero, por meio dessas palavras, desqualificar as ações mediadas pelas políticas públicas, como àquelas que mediam as condições para permanência e domínio do parto hospitalar. Minha intenção é propor um pensamento crítico, haja vista a existência de contextos em que parteiras tradicionais¹²⁴ são ainda existentes no Brasil, mas colocadas à margem da rede de saúde instituída. As práticas desenvolvidas por essas mulheres solicita uma discussão, como destaca Moebus, Santos e Silva (2016), Silva, Santos e Merhy (2016) e Silva, Santos e Merhy (2016a), que envolva a valorização de outros saberes. Essas mulheres, no dias atuais, estão subsumidas a uma relação de disputas pelo cuidado de mulheres grávidas e puérperas frente ao saber estruturado.

¹²⁴ Em algumas regiões brasileiras, sobretudo àquelas que enfrentam uma situação de “vazio assistencial” no que envolve a ausência de ações de uma rede assistencial estruturada, regulamentada e normatizada, existem a permanência das práticas de mulheres parteiras. A região norte do Brasil é um exemplo disso. Sugiro as leituras produzidas por Moebus, Santos et Silva (2016), Silva, Santos et Merhy (2016) et Silva, Santos et Merhy (2016a).

A tensão em relação ao nascimento na França, que possui uma realidade desenhada numa maioria de partos vaginais, é da ordem da medicalização das ações, ou seja, um parto vaginal realizado, frequentemente, com um grande número de intervenções sobre o corpo feminino. Isso chama atenção para a importância de reconhecermos que o parto vaginal, por si só, não garante a autonomia das mulheres no controle dos próprios corpos. As tensões nesse país são manifestadas, a meu ver, no enfrentamento de situações como, por exemplo, pelo desejo de parir em casa, pela crítica ao modelo assistencial vigente, pela criticidade à realidade francesa no âmbito organizacional, político, social, a biomedicalização, a autonomia dos corpos e outros.

As mulheres revelam em suas falas um pouco do que descrevi acima ao afirmar:

E aí eles tinham... eles foram, tentaram colocar ele no peito... ele não pegou direito... aí eu fiquei insistindo porque a minha placenta, nem sinal da placenta. E aí quando começaram a falar da placenta eu comecei a insistir mais... eu falei: “vamos tentar fazer ele mamar mais para ver se ajuda na placenta...” aí veio uma outra sage-femme... uma tentou, não conseguiu, veio outra aí tentou colocar ele, ele mamou um pouco... sei lá, dois minutos, sabe? E saiu do peito e não conseguiu pegar... teve dificuldade de pegar... e a placenta não saiu! Então... a placenta não saiu, não saiu... nada... aí teve uma hora que a sage-femme começou a puxar a minha placenta pelo cordão umbilical... e ela quebrou (rompeu a placenta) (MÈRE/FRA/03).

Donc moi, je suis convaincue et j'en ai reparlé avec eux, mais j'ai une croyance qui reste que la péridurale était soit surdosée, soit trop loin. Elle était plus [+] peut-être rachique que péridurale parce que, vraiment... On me disait : « Normalement, tu dois sentir et tout... » Je ne sentais plus rien du tout. Donc on me touchait les jambes, je les sentais pas alors que, pour les autres, effectivement, je sentais quand même mes jambes. Je [ne] sentais plus les contractions, mais je sentais mes jambes. Là, je sentais vraiment plus rien. Et donc... et après, on est monitorée, on a le machin. Ça, c'est vraiment le truc, moi, je trouve, très désagréable parce qu'en fait, on n'a pas le droit de bouger. Moi, j'avais qu'une envie pour être confortable, c'est d'être à quatre

pattes. Et j'avais pas le droit. Dès que je voulais, que je bougeais, je me faisais engueuler. Et puis, après, avec la péridurale, j[*e n*]'avais plus le droit puisqu'il fallait pas que je bouge pour machin... alors que, pour être plus confortable... donc, là, pour le coup, on voit qu'on accouche pour le confort de l'autre, mais pas pour son confort à soi dans sa façon de... (MÈRE/FRA/02)

Diz que o acompanhamento não foi genial, como ela esperava, pois de tempos em tempos um interno que passava, foi atendida por um ginecologista muito tarde durante a noite e a sua ginecologista não foi acionada. Não se sentiu assistida (Relato entrevista individual/MÈRE/FRA/07).

Sobre isso, as falas a seguir ilustram o posicionamento por parte dos próprios profissionais que atuam na assistência à mulher e a criança:

Diz que no serviço que atua, há uma baixa medicalização porque esperam muito antes de agir. “Uma mulher que está no início do trabalho de parto, ao invés de colocamos ocitocina e coloca-la numa sala de parto, pedimos para ir ao jardim, retornar para casa e coisas desse tipo. Existe uma clientela que procura por isso”. Diz que a sage-femme que realiza seu trabalho sem interferência médica medicaliza muito menos o cuidado (Relato da entrevista individual/PRO/FRA/01).

Refere que os partos no serviço (que atua) são bastante medicalizados. Existe o anestesista, a sage-femme, o ginecologista... então é bem medicalizado. Falamos sobre a realização excessiva de toques e como isso pode se configurar como uma violência (ela assume um semblante que julgo ser de desacordo). Disse que o parto, mesmo que natural, ele será medicalizado. Diz que a equipe se ocupa de garantir a segurança da mulher (Relato da entrevista individual/PRO/FRA/03).

Salienta que mesmo o parto convencional na França é bastante medicalizado, existem muitas intervenções. Então... ela (a mulher) já se imagina deitada, pernas abertas, com várias pessoas diferentes, toques e talvez com a prática de uma episiotomia. E talvez seja uma grande angústia. Então é difícil para ela encontrar um profissional que esteja à escuta (Relato da entrevista individual/PRO/FRA/02).

O que foi dito anteriormente reforça a ideia da força com que práticas implementadas e a organização dos serviços vão influenciar no tipo de (des)cuidado produzido. Dá visibilidade também à realidade de que garantir um parto vaginal para a mulher não é assegurar sua autonomia e protagonismo no processo. As relações assimétricas podem existir, independente da lógica (do parto) existente, e podem se desdobrar em contextos noçivos/traumáticos para as mulheres ou inclusive em seu “assujeitamento”.

A realidade brasileira, como se sabe, é marcada pela desigualdade social. Essa desigualdade vai refletir também na assistência aos partos. Isto se dá, pois o contexto do país sustenta de um lado mulheres que utilizam o SUS para o pré-natal, parto e puerpério e, conseqüentemente, não decidem ou dialogam sobre as ações vivenciadas. Por outro lado, estão as mulheres que utilizam planos privados de saúde e, amparadas na lógica financeira, trazem em seus discursos uma impressão de segurança em relação à assistência dos profissionais e no desfecho dos partos. Somado a isso, existem situações em que mulheres que desejam o parto vaginal necessitam, em alguns casos, superar as possíveis coerções nos discursos dos profissionais e pagar pelo procedimento, mesmo sendo portadoras de planos privados. Tal argumento pode ser confirmado abaixo:

No público a mulher não tem muita opção, a via de parto tentada é o parto normal. Se ela quiser uma cesárea, ela não tem escolha, vamos tentar o normal. Se não for efetivo, você parte para cesárea. Tanto é que a gente tem uma diferença de índice de cesáreas entre o público e o privado. No privado a mulher já tem escolha. Só que essas escolhas são feitas sem orientação (Entrevista individual PRO/BRA/02).

Nessa fala é possível identificar um paradoxo em relação aos termos escolha e orientação. Partindo da ideia de que, frequentemente, as mulheres são induzidas/convencidas

pelos próprios profissionais que as acompanham para a vivência do parto cesáreo, é prudente reconhecer que se trata de uma escolha disciplinada. Nesse sentido, as orientações ofertadas estão conduzidas com base na lógica organizacional, política e mercadológica. Ainda nessa fala, é possível perceber, por um lado, que o profissional retira a responsabilidade na prestação de orientações idôneas aos indivíduos e transfere às próprias mulheres que optam pela cesariana. Por outro lado, interrogo se seria inconscientemente a sentença de que a escolha pela cesariana está diretamente associada a ausência de orientação e trata-se exatamente de uma indução?

“[Profissional 2] Elas vão para o pré-parto, fazer indução de parto, e se há indicação de cesárea, como já dito pela (diz o nome da profissional), é indicação médica mesmo.

[Pesquisadora]: Elas chegam pedindo. Todas pedem?

[Profissional 1]: Pedem.

[Profissional 2]: Todas não, mas tem umas que... A maioria pede para fazer cesárea.

[Pesquisadora]: E como vocês lidam com a coisa do parto natural, normal, e esse pedido.

[Profissional 1]: A gente tenta orientar que é melhor para ela, para o bebê, a gente tenta alegar que depois assim... Principalmente paciente obesa que quer cesárea a gente fala que vai ser difícil depois a cicatrização, que vai ter que ficar internada. Então os riscos que tem, é um procedimento cirúrgico, não é um passeio no parque. Então tentamos explicar para elas.

[Pesquisadora]: Porque no momento elas não pensam nos riscos, elas querem...

[Profissional 1]: ...depois agradecem. Depois que o parto foi normal, foi bonitinho, e está indo para casa andando logo depois elas agradecem, mas é um sufoco até lá, até a hora do parto.

[Pesquisadora]: Tem isso também, muitas mulheres já vêm de um acompanhamento de outro lugar, que nem sempre é do serviço público, da atenção básica em si, às vezes vem de um serviço privado, e tem diferença quando é acompanhado... Tem o plano de saúde que cobre o acompanhamento, mas não cobre o parto em si, aí ela vem

para cá. Ou a mulher que é acompanhada no serviço de atenção básica. Vocês acham que não tem...

[Profissional 1]: Você só realizou pré-natal como convênio, por exemplo, mas o parto é no SUS. A conduta é a mesma. Só assim no convênio mesmo que elas pedem e a gente é orientada a não ficar discutindo.

[Pesquisadora]: É orientada a não discutir o tipo de parto?

[Profissional 1]: Quer cesárea, faz cesárea. Mesmo que não tenha motivo nenhum para justificativa nenhuma” (Trecho reunião com grupo de profissionais - 02/SERVIÇO TRADICIONAL/BRA).

Em relação ao trecho supracitado é relevante destacar que aparentemente a lógica desse aconselhamento para a não realização da cesárea em obesas, no SUS, está associada também ao ônus causado para a equipe. Digo isso, pois se a intencionalidade fosse a garantia de um parto respeitoso e autônomo, essa equipe, nessa mesma fala, não evidenciaria o não questionamento da solicitação pela cesariana nos atendimentos pelo plano de saúde privado. Sobre isso é relevante perceber que o serviço possui uma organização mista, ou seja, presta atendimentos pelo SUS e privado. Essa organização solicita uma atenção, por parte dos profissionais, em relação à assistência prestada. Isso demarca também os elementos relacionados à lógica financeira e a influência na mercantilização da vida e da saúde.

Somado a isso, essa realidade provoca confusão na forma de compreender, por parte das pessoas, o que envolve os desfechos dos partos. Assim, em alguns momentos, o parto considerado normal vai variar com as características do local em que ocorre: público ou privado.

Isso pode ser percebido, por exemplo, em um diálogo em uma das reuniões do grupo de pais:

[Mãe 06] Que nem eu, eu também gostaria de ter tido o parto humanizado com minha menina... eu tinha convênio. Eu fui atrás e custava R\$ 6000,00 e eu estava reformando minha casa. Para ter ela, então assim... como você tira os R\$6.000 para ter o parto? Então... e assim... R\$ 6.000 inicial... no que depender, se acontecer outras coisas é mais dinheiro.

[Pai 04] Mas isso é para ter em casa, né?

[Mãe 06] Não, no hospital. Aí eu peguei e falei... não, vamos ter mesmo normal... aí vamos ver o que acontece.

[Pesquisadora] Normal, você diz cesariana...

[Mãe 06] Cesariana. Porque assim, no convênio eu não tinha incentivo nenhum para ter um parto normal. Quando eu falei com o médico (cita o nome do médico) eu falei com ele: “eu quero ter um parto normal” ele falou assim: “você quer sentir dor no mínimo 24:00?” eu falei: “quero” e ele em nenhum momento me incentivou. A partir do momento que eu falei que queria o parto normal, ele não quis. Por que? Porque hoje em dia eles não recebem para isso. Aí no meu segundo filho, eu tô sem convênio, né? Fui no SUS... tudo... Tive na (diz o nome do serviço)... parto humanizado, meu marido sentado nas minhas costas num banquinho, sabe? Tive um filho assim. Meu sonho foi realizado sem eu gastar nenhum real. Então assim, muitos criticam o SUS, mas eu tive um parto humanizado que eu pagaria R\$ 6000 (Trecho reunião grupo pais 01/CRECHE/BRA).

Agora proponho uma projeção para um desses cenários mais específicos do contexto brasileiro, reflitamos sobre a grande confusão que possivelmente se estabelece nesses serviços de características mistas. Elas são produzidas pelas contradições institucionais que aparentemente se constituem cada vez mais fortes entre a institucionalização e a desinstitucionalização do parto cesáreo.

No que envolve tal debate articulado com a lógica de gestão e a influência nas práticas sociais é salutar discutir as razões vinculadas aos modos da organização dos serviços e o financiamento das ações nos dois países.

No contexto francês as falas revelam aspectos indutores em relação ao número de cesarianas:

Em relação ao reduzido número de cesarianas no serviço ele suspeita que seja por ser um serviço universitário, então os médicos dos serviços não são jovens, ou seja, pessoas com experiência e que pertencem a uma geração de médicos formados pelas práticas em que a cesariana não deveria ser realizada por qualquer razão. Segundo ele,

outra razão seria exatamente pelo porte do serviço. Não se trata de um serviço tão grande. Nos grandes serviços universitários há um grande número de nascimentos e isso é proporcional à hipermedicalização, pois não existe tempo... as pessoas não param de chegar. Isso torna obrigatória uma forma de trabalhar... “eu medicalizo mais”... o que reflete no desfecho por cesariana, pois em certos casos, o parto exige aguardar um tempo logo... 24 horas, 48 horas e isso é muito longo (na lógica do financiamento). E nos serviços hospitalares modernos o dinheiro que entra depende da atividade, da rentabilidade do serviço, e isso não permite que “segure” as pessoas 48 horas no serviço, sem fazer nada, senão perde-se dinheiro. E no serviço que trabalha tem a oportunidade de se ter uma equipe não universitária também, os médicos com experiência e com equipe estável (quase 15 anos juntos), existe, portanto, uma homogeneidade do trabalho que se constitui ao longo do tempo. Quando ele chegou nessa maternidade há 22 anos já existia a ideia de não medicalizar tanto a gestação ou o menos possível (Relato da entrevista individual/PRO/FRA/01).

Em relação à temática, no contexto brasileiro, as falas sobre a redução do número de cesarianas estão focadas nas normas instituídas pelas políticas públicas e, ao mesmo tempo, atravessadas pela lógica privada. Os profissionais tratam da questão financeira/organizacional mesclando aspectos da lógica privada com a pública:

“[Profissional 4]: ...por isso que gerou tanta cesárea. Porque o médico que acompanhava até o nascimento não queria ficar lá plantado no hospital esperando trabalho de parto normal. Aí gerou a cultura das cesáreas. Agora, hoje em dia isso mudou até para tentar duas coisas, na parte de convênio, mudou por dois motivos, o primeiro motivo, tem médico que faz muito parto e isso é cansativo. Então os próprios médicos pediram: “vamos fazer o plantão 24 horas da obstetria?”, vou falar da (cita o nome de dois planos de saúde privado). Ali dentro do (cita um serviço hospitalar não conveniado ao SUS) tem um corpo de plantão da (cita o plano de saúde privado), de médicos (que trabalham para esses planos privados), de plantonistas que recebem os

trabalhos de parto. Então a paciente faz o pré-natal no consultório (privado) com o seu médico, seu médico diz: “eu não vou fazer teu parto, quem vai fazer teu parto é o plantão”. Então é o médico que recebe pelo plantão e por produção, então dá um ganho melhor para o médico. E ele fica 24 horas dentro do hospital, ou 12, existe um revezamento. De modo que a paciente, hoje em dia, no pré-natal, esperamos entrar em trabalho de parto. E lá no (cita o nome do serviço hospitalar não conveniado ao SUS) ela vai fazer... como faz no SUS, hoje em dia, o trabalho de parto para evoluir para parto normal e para cesárea se houver indicação. Hoje em dia já é assim. Quando a paciente quer fazer com o médico dela, geralmente o que ele faz? Ele cobra e marca a cesárea. Ele não vai fazer parto normal, ele vai marcar cesárea. É assim que funciona hoje em dia.

[Profissional 2]: Se ele for fazer parto normal vai cobrar muito.

[Profissional 4]: Muito mais. Se a mulher diz: “eu quero parto normal”...

[Profissional 2]: ...ele vai acompanhar de repente um dia, até 48 horas. Imagina, ele não vai cobrar pouco.

[Profissional 4]: Exatamente. Ela vai falar: “doutor, eu não quero traumatizar não, eu quero normal (se refere ao parto cesariano)... É assim que está.

[Profissional 2]: Vai direto para a cesárea

[Profissional 3]: A cesárea aumenta por conta disso. Aumenta muito.

[Profissional 4]: Aumenta.

Pesquisadora: O vínculo tem um custo financeiro duro” (Trecho grupo profissionais – 02/Serviço tradicional/BRA).

A partir do delineamento tomado até aqui, torna-se mister articulá-lo com a influência da Nova Gestão Pública nos dois cenários. Sustenta-se, entre outras coisas, numa questionável qualidade para o profissional, o qual necessita ser inovador, moderno e o associa às questões relacionais na nova maneira de gerir. Assim, a quantidade de procedimentos e o tempo empregado vão descrevendo uma cultura profissional.

Molina (2014) discute como o funcionamento das organizações e das profissões de intervenção social são afetadas pela NGP. Reivindica para manter a máquina administrativa

ajustada aos seus interesses, modernizar através da realização de mudanças fundamentais nas estruturas, “mercadificar” mecanismos de mercado no público e minimizar o setor estatal (MATIAS-PEREIRA, 2008). Operacionalmente, há um estímulo à concorrência entre os serviços com a desvalorização do público isso repercute em formas de regulação e controle das atividades.

Uma nova governança se instala caracterizada pela reorganização territorial e uma nova maneira de gerir os cursos e recursos.

[...] isso corresponde ao desejo de aproximar os centros de decisão dos profissionais diretamente envolvidos nas áreas de intervenção social, bem como das populações e parceiros cadastrados no mesmo território (MOLINA, 2014, p. 10).

Em relação à regulação:

[...] envolve métodos organizacionais que são mais “eficientes” e menos onerosos, com fortes demandas de profissionais. [...] são forçados a se adaptar às novas questões sociais que se tornaram mais complexas e maciças em um contexto de crise socioeconômica e políticas sociais em constante evolução (MOLINA, 2014, p. 10).

Por envolver uma tendência mundial, vivenciei, no percurso da pesquisa no Brasil e na França, cada um em suas especificidades, experiências que demarcavam a performance dessa teoria administrativa (já apresentei algumas falas que revelam isso no presente eixo de discussão). Nesse processo, em termos objetivos, há uma valorização da redução dos custos, a terceirização, delineamento de uma eficiência produtiva, concorrência interna e externa, avaliação de resultados travestidos numa ideia de autonomia dos colaboradores, cultura empreendedora e inovadora, entre outros (BOUSSARD, 2013 *apud* MOLINA, 2014). Assim, facilmente é possível concordar com um dos participantes da pesquisa que afirma que “a cesariana passa ser o acesso à modernidade” (PRO/FRA/01).

Molina (2014) reitera, em relação às transformações ocorridas com o avanço da NGP na França, que a lei orgânica relativa às leis das finanças (LOLF)¹²⁵ insere uma lógica para

¹²⁵ Lei Orgânica de Leis das Finanças (LOLF) promulgada em 01 de Agosto de 2001 e que entrou em pleno vigor em 1 de Janeiro de 2006.

orientação da ação pública pela valorização dos resultados através das metas e indicadores. Nessa ideia de modernização da ação pública, ocorrem sucessivas reformas na organização dos serviços em busca de uma racionalização de custos. Esse processo é reflexo da instalação da lógica de organização e padronização, inclusive dos atos. O controle institucional é, portanto, introduzido através da implementação de novas ferramentas de avaliação. Dito isso, gostaria de destacar que as reflexões apresentadas pela autora delineiam uma confirmação que se instala no Brasil também.

Na França tal realidade vai influenciar em diferentes campos:

Relata que a falta de obstetras é um problema que ocorre frequentemente na França. Segundo ele, está associado a uma questão financeira, pois parir com uma sage-femme é mais barato que com um médico. Há um interesse em investir mais numa sage-femme (interesse financeiro). Permanecemos num modelo hospitalocêntrico que influencia no modo de organização da gravidez e do parto (na França há uma valorização do anestesista e da peridural) (Relato de entrevista individual/PRO/FRA/01).

Em no Brasil isso também emerge nas falas e revelam a captura a essa lógica:

E o SUS, na minha cabeça, tenta fazer alguma coisa desse tipo. Ninguém paga nada, todo mundo tem direito, e quem põe o dinheiro? Isso custa, “Ah não, mas cobra tanto imposto da população”. Escuta esse imposto da população mal está dando para pagar os velhos (se refere aos aposentados). Então o que acontece com o país? Está escrito na constituição, saúde é direito do cidadão e dever do Estado. Bom, você vai dividir miséria... dividindo miséria, você vai dividir o pior que se pode, o pior do que se tem. Ah, se você organizasse por competência de pagamento ou suporte de prestação de serviço e pagamento pelos serviços que está sendo suportado para pessoa, eu não tenho dúvidas que isso aqui seria um espetáculo! (PRO/BRA/01)

O discurso do profissional acima me toca bastante, sobretudo, no que envolve a minha condição de brasileira e defensora do SUS que vivencia um momento extremamente duro,

marcado pelo cotidiano teste da democracia por um (des)governo que incentiva a violência (num dos países mais violentos do mundo), desvaloriza as questões ambientais (abrindo caminho para o agronegócio), desqualificando as questões indígenas, dos pobres, homossexuais, transexuais e da mulher, com ações preocupantes em relação as questões reprodutivas, com o incentivo a demarcação da superioridade entre regiões brasileira e muitas outras coisas. A fala supracitada é, no meu entendimento, a confirmação do que reflete Hardt e Negri (2014) ao tratar das figuras subjetivas da crise, em que aponta como exemplo, os líderes neoliberais no mundo promovendo uma desenfreada promoção de ênfase nas crises e utiliza como estratégia exatamente o acirramento dos endividados, dos securitizados, dos representados e dos midiaticizados. Seria, nesse caso, o representado, o qual, por sua vez, promove uma despotencialização política. É relevante atentar para o fato de que no processo de transformação, o homem burguês de outrora transicionou para o indivíduo representado de forma jurídica e com um evidente esvaziamento de conteúdo valorizando, portanto, as ações corporativas.

A discussão em torno da inovação ganha destaque nas questões relacionadas ao desenvolvimento econômico e social no contexto das políticas públicas. Na saúde, o debate em relação à inovação, do mesmo modo, se estrutura a partir da lógica de melhorias das condições de vida e manejo com problemas de saúde. Toda essa discussão é viva seja no âmbito governamental, empresarial ou acadêmico (MAGALHÃES, 2015). Assim, as inovações estão relacionadas com o impacto econômico e, portanto, fortemente ligadas às tecnologias duras. Sem dúvidas, tal relação provoca desfechos seja nos processos de trabalho no âmbito da saúde e na produção do cuidado. Com relação ao contexto dos nascimentos, da mesma forma, há o reflexo dessa lógica “inovadora”, embora haja plenamente espaço para a valorização das questões debatidas em torno do corpo da mulher, sua autonomia e necessidades envolvidas. Não posso negar que a desinstitucionalização dos nascimentos por cesariana pode por um lado se inserir na discussão como uma ação inovadora preocupada com os resultados, eficiência e efetividade, tão valorizados pela NGP. Por outro lado, não se pode negar o caráter potente (e possível) de consideração dos contextos subjetivos na discussão em torno dessa desinstitucionalização.

Merhy (1997) apresenta com base nos trabalhos de Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves (1994) os conceitos de tecnologias duras (caracterizada pelos instrumentos e máquinas), leves (conhecimento técnico, por exemplo, a epidemiologia) e leves (as relações estabelecidas entre os indivíduos). A produção de cuidado em saúde exige o uso das tecnologias, mas a

grande questão em torno disso é exatamente a prevalência da tecnologia dura sobre as demais, o que provoca diversas dificuldades no agir em saúde.

Embora eu reconheça que haja uma ampla utilização do termo inovação ao longo dos anos, proponho delinear que no presente contexto, a inovação se constitui como uma mudança técnica ou uma nova forma de atuar no processo de trabalho relativo à promoção da saúde ou à prevenção de agravos à saúde, que produz efeitos na situação epidemiológica de uma determinada população. Na Saúde Pública, as inovações exigem características relacionadas: às interações entre diferentes grupos (governo, universidade, centros de pesquisa, laboratórios) favorecidos, logicamente, pelas ações interdisciplinares e intersetoriais. Na prática, muito frequentemente, valorizam muito mais as questões organizacionais e de processos que os desfechos que realmente considerem as especificidades das mulheres, os contextos e as necessidades em questão, afinal tende a valorizar o impacto das ações nos indicadores de saúde. Apesar disso, é válido destacar que as estratégias que valorizam as tecnologias leves possuem potencial robusto para os resultados associados ao bem estar social, apesar de nem sempre estarem relacionados aos ganhos mercadológicos.

A partir desse entendimento é possível compreender que as práticas intervencionistas na assistência ao parto também podem ser (e muito frequentemente são) compreendidas como inovadoras, afinal podem refletir em resultados relacionados à lógica de produtividade. Entre essas podemos citar: episiotomia de rotina, uso da occitocina, partos cesarianos sem indicação, enema, tricotomia, revisão rotineira, exploração do útero ou lavagem rotineira do útero após o parto, entre outras medidas. Nossa proposta é justamente dar visibilidade à perspectiva de compreensão a inovação com um desinvestimento em tecnologias que implementam ações relacionadas às práticas altamente intervencionistas para àquelas associadas às tecnologias leves e ao bem estar populacional.

FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS, PRÁTICAS PROFISSIONAIS E A EDUCAÇÃO DAS MULHERES

No aparelho formador de profissionais que assistem à mulher no período gravídico puerperal é possível visualizar a resistência em suas próprias práticas, marcadas pela limitação ou invisibilização da mulher enquanto sujeito e direitos. Diniz e colaboradoras (2016) discutem a ocorrência de audiências públicas que tratam dos abusos em relação às intervenções (a temática cesariana é um dos principais focos) e violência obstétrica no Brasil.

Associado a isso, tais audiências criticam a permanência de um ensino acrítico que supervaloriza as técnicas e intervenções que não consideram as especificidades femininas.

O ensino de obstetrícia no Brasil, tradicionalmente, requer que o aluno realize um certo número de procedimentos para que seja avaliado. Em outros países, a episiotomia e o fórceps, por exemplo, são treinados, preferencialmente, em modelos sintéticos e peças específicas, ao passo que, no Brasil, muitos profissionais relatam começar seu treinamento das habilidades cirúrgicas nas pacientes, via de regra usuárias do SUS (DINIZ et al., 2016, p. 255).

No Brasil, assim como em muitos lugares do mundo, existe uma luta conduzida por movimentos sociais que reivindicam pela dignidade das mulheres na busca pela transformação da lógica de naturalização da ideia de que os profissionais da saúde são munidos de permissividade para acessar os corpos das mulheres (sem consentimento). Dentro dessa lógica, as atividades de formação como: episiotomia, toques vaginais repetidos, descolamento de membranas, manobras de kristeller e até indicações dos partos cesarianos, são executadas a critério desses profissionais (DINIZ et al, 2016). Isso é tão grave e impactante que a OMS publicou uma declaração destacando a realidade do excesso de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto nos serviços de saúde no mundo inteiro. O documento chama atenção para o fato de que as “adolescentes, mulheres solteiras, mulheres de baixo nível socioeconômico, de minorias étnicas, migrantes e as que vivem com HIV são particularmente propensas a experimentar abusos, desrespeitos e maus-tratos” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014, p. 1).

No Brasil e na França, todas essas questões são colocadas em pauta para discussão. Sobre isso, sobretudo no contexto brasileiro, há o reconhecimento da resistência por parte de alguns profissionais em modificar suas condutas, afinal estão habituados a desenvolver as ações com base em suas próprias conveniências. Apesar disso, por outro lado, algumas falas revelaram transformações nas práticas profissionais ocorridas ao longo dos anos.

Mas isso tudo depende também de cada profissional, em relação a esse comprometimento com o serviço [...] tem aqueles que são médicos antigos, profissionais antigos, que muitas vezes não mudam sua conduta e batem na mesma tecla de que é aquela forma, então a gente

tem uma grande dificuldade sim, principalmente com os médicos (PRO/BRA/03).

De fato a gente tem mudado muito o trabalho nesse sentido. Sou formada há 30 anos então até um tempo atrás toda gestante, 15 ou 20 anos atrás, toda gestante que internava para parto normal era tricotomia de rotina, feito indução, colocado soro e hoje não é mais. Hoje a gestante chega, a gente conversa o que ela pretende, na medida do possível a gente não faz nenhuma atuação se não for realmente necessário. Não induz parto, deixa evoluir espontâneo, não faz a tricotomia de rotina, não coloca medicação. Analgesia, se ela solicita ai a gente faz, se ela não solicita, ela vai ter o parto totalmente natural, ai a episiotomia só se for necessário no caso. Mas tudo isso conversado com a mulher, tudo isso esclarecido com a mulher [...] tem tido um avanço, claro que ainda não é o ideal, que a gente tem muitos profissionais que ainda seguem a linha antiga. Porque, assim, na experiência dele, ele tem mais segurança de fazer o que ele sempre fez do que modificar algumas (PRO/BRA/02).

Essas transformações no âmbito do trabalho demarcam o modo como a dinâmica institucional atravessa e impregna as práticas desenvolvidas. Isso exemplifica como o processo de institucionalização/desinstitucionalização provoca as mudanças nas práticas e vice-versa. Ocorre que as práticas e os dispositivos profissionais, muitas vezes, se conduzem por um movimento de individualização, as quais, de alguma forma, se reforçam pelas ordens institucionais. O discurso da eficácia, conforme aponta Monceau (2014), sustenta a tendência à desvantagem de individualização. Encontra reforço no discurso moral que confunde respeito do indivíduo e tratamento individualizado.

Sobre a formação na França as falas convergem em citar as ações realizadas pelas sage-femmes e isso está associado ao contexto dos nascimentos nesse país. Reconhece também, como já referido anteriormente, que a interferência médica no processo promove um aumento na medicalização das ações.

O modelo francês de sage-femme é um pouco particular, pois a formação é bem específica... elas são quase autônomas na formação.

Se uma gestação é completamente normal, sem nenhuma patologia, a mulher pode totalmente ver uma sage-femme do início ao fim da gravidez, incluindo o parto e os primeiros cuidados do novo nascido. As maternidades públicas na França são as que mais realizam os partos e o foco é o parto vaginal. Há uma intenção de diminuir os partos no serviço privado. Diz que a sage-femme que realiza seu trabalho sem interferência médica medicaliza muito menos o cuidado. A diferença entre o privado lucrativo e o público é que o hospital público a sage-femme se ocupa dos partos e no privado os médicos fazem isso (as sage-femmes fazem a preparação). Elas são auxiliares dos médicos. (Relato entrevista individual/PRO/FRA/01).

Apesar dessa realidade, é relevante esclarecer que a organização do serviço vai influenciar no modo de atuação desse profissional e, portanto, nas disputas existentes, no grau de intervenções, nos discursos para orientar/convencer as mulheres, no respeito da autonomia dessa mulher e nas ações ofertadas no cuidado. Logicamente os dois países inseridos na presente investigação possuem suas especificidades que vão marcar diferenças nesse processo, como por exemplo, a categoria profissional responsável pelo acompanhamento das mulheres no parto e sua inserção no serviço.

Disse que sua experiência no hospital foi muito positiva, pois tinha uma boa relação com os internos e com os médicos da chefia. Vivenciou a experiência de trabalhar numa clínica também e lá foi mais difícil. Na opinião dela, a mulher fica mais solitária e no momento do parto, a sage-femme aciona o médico que fará o parto. O que ela destaca é que na clínica a sage-femme não faz quase nada (compreendo que ela afirma isso com base nas suas competências aprendidas na sua formação), mas apesar disso era melhor paga do que no hospital (que faz tudo). Afirma também que cada médico tem seu jeito de trabalhar, então isso requer adaptação ao ginecologista que você acompanhará e isso é muito complicado para uma sage-femme. Existem casos que após o parto deixam tudo bagunçado e a sage-femme que é responsável em organizar e limpar. Desde a paciente até

a sala. Então isso dá uma impressão de ser assistente e não uma profissional (PRO/FRA/05).

Então, aqui como é hospital amigo da criança (discutido na parte I da tese), a gente não separa o bebê após o nascimento. Exceto em casos em que o bebê não está bem. Nasce com algum desconforto respiratório, por exemplo, mas fazemos isso somente com prescrição médica (PRO/BRA/04).

Depende muito da indicação do médico no momento. O hospital por fazer parte desses projetos, eles tem alguma coisas a serem exigidas, então eles pedem sempre os indicadores. Eles tem acesso total aos indicadores do hospital: quantas episódios, quantas ações não farmacológicas... e a gente tenta diminuir esses indicadores, então, por isso, elas estão vindo muito mais orientadas. Então elas sabem o que têm direito à analgesia, elas pedem analgesia, elas sabem que têm direito às ações não farmacológicas, então elas pedem para ir para o chuveiro, aquilo que tem na instituição, você vê que elas fazem questão: “não, não quero ir para o chuveiro, tem bola? Então eu quero ir para bolsa, eu quero caminhar, não quero ficar só deitada” (PRO/BRA/05).

As falas acima sugerem também a influências da NGP, em sua lógica neoliberal, na busca de se inserir em diversos espaços sociais, inclusive nos processos educacionais. Molina (2014) confirma isso ao chamar atenção, por exemplo, para as chamadas “boas práticas profissionais” as quais são introduzidas ao setor da saúde e são trabalhadas ainda no processo formativo dos estudantes. É relevante considerar que tais “boas práticas” estão focadas em padronizar atos no processo de atuação dos profissionais. Entretanto, o processo de cuidar é um acontecimento subjetivo que pode, muitas vezes, exigir ações além do previsto na lista criada. Outro elemento é a capacidade de controle que a NGP, nas especificidades da área em questão, assume no processo de adaptações demandadas pela sociedade. As ações acabam sendo conduzidas a partir da priorização de resultados, como na criação de protocolos, por exemplo, sem valorizar, muitas vezes, a relevância da análise das práticas profissionais

implementadas e/ou os processos subjetivos intrínsecos. No processo da presente pesquisa isso foi identificado, nos dois países, em vários momentos.

O hospital é gerenciado como hospital amigo da criança, então eles têm algumas normas a serem seguidas. Existem os direitos das mulheres e do bebê. Essas informações são passadas. Na verdade, eles próprios estipulam uma meta, o próprio sistema, eles tem, vamos dizer, uma pontuação para quem fizer abaixo daquela meta (PRO/BRA/05).

A gente tem que fazer o relatório com número de atendimentos. Todo setor tem que fazer, todo mês. Teve um ano que eu fui orientada a fazer 200 atendimentos por mês no hospital inteiro e que isso seria menos prejudicial para o serviço em relação ao SUS (PRO/BRA/06).

Ela repete que a quebra dos protocolos são realizadas em casos altamente específicos e reitera que a vida do hospital não é compatível com essa presença permanente do marido no hospital (Relato de entrevista individual/PRO/FRA/03).

“Sage femme/cadre de santé: Et maintenant, ça l’est. Sauf que, quand on en discute, quand il y a une discussion entre les médecins le matin, quand on présente le dossier, si, par exemple, une patiente veut une césarienne parce qu’il y a un risque minime, mais que le protocole, il dit « tentative voie basse », certains médecins n’entendent absolument pas la parole de la patiente. Le protocole, il dit « Voilà, ça sera voie basse. » Terminé. Point barre. Tu es d’accord avec moi ?

Gynécologue: Oui, et moi, je pense qu’en fait, ce qui est très important, c’est d’avoir eu une vraie discussion entre un praticien et une patiente...” (Grupo de profissionais – 01/Hospital/FRA)

SAÚDE E EDUCAÇÃO NO CONTEXTO DA SAÚDE MATERNA

A preparação para o parto ocorre de maneiras bastante específicas em cada um dos países. Na França, as atividades de preparação para o parto são realizadas nos serviços PMI, nos serviços hospitalares e são reembolsadas pela “*securité sociale*”. A discussão é conduzida com temas específicos e as estratégias para desenvolvimento são variáveis (como veremos adiante na fala das mulheres). No Brasil, as ações de educação no período gravídico e puerperal são realizados em alguns serviços de atenção básica e nos serviços hospitalares, bem como em consultórios privados e conveniados. Em ambos os países o Estado interfere nas ações desenvolvidas.

Os profissionais dos dois países revelam em suas falas as características dessa preparação:

(profissional do serviço hospitalar) Acontece que o serviço recebe essas mulheres muito tarde (há uma inscrição)... a partir do 6º mês, então a preparação para o nascimento é pouca. Isso é uma necessidade colocada pela lei francesa que institui isso com os cuidados reembolsados a todas as mulheres que vão parir, 6 sessões são de preparação para o nascimento. Essas preparações são realizadas praticamente em todos os lugares pelas *sage-femmes*... (PRO/FRA/01).

No serviço público, metade das instituições, 46 unidade de saúde, metade delas realizam exames, grupos de gestantes, durante o pré-natal. Nós não temos grupos de concepção, isso realmente não é feito, mas é uma coisa que pretendemos fazer. 23 unidades, mais ou menos, realizam grupos de gestantes, onde a orientação das consultas de pré-natal, desenvolvimento da gravidez, cuidados com o bebê, parto, tipo de parto, presença do marido é realizado, então, assim, metade dessas unidades (PRO/BR/02).

Ainda em relação ao dito na fala anterior, no Brasil, mesmo quando não há uma preparação inclusiva no consultório do convênio: respeitosa, que priorize o protagonismo da

mulher na vivência do parto há uma educação/formação embutida para submissão, para aceitação da cesárea ou ainda para a desqualificação ideológica do parto vaginal.

Em relação ao contexto francês, o modo de distribuição das sessões de preparação para o parto foi explicitadas no eixo I da presente tese. Nas falas dos participantes do estudo, a temática preparação é evidenciada em muitos momentos (tanto positivamente quanto negativamente). Em relação aos aspectos positivos apontados, são provenientes das mulheres que vivenciaram o parto vaginal, sem intercorrências e, por isso, demonstram satisfação. Por outro lado, àquelas que vivenciaram uma cesariana, ficam explícitos, de forma unânime, entre as participantes da pesquisa, sentimentos de falha, despreparo e necessidade de mudança.

Alors, si, c'est vrai que la maternité, à (diz o nome do serviço), il y avait des cours de préparation à l'accouchement. Ah, oui, c'était nul. C'était dans un amphithéâtre... Moi, je trouve qu'en fait, globalement, les cours de préparation à l'accouchement se font trop tard. Je trouve... Ils proposent à partir du septième mois. (MÈRE/FRA/02)

Et elle (la sage-femme), c'était sympa mais il manquait des trucs. Et la césarienne était très très peu évoquée, même pas du tout. Et moi, je trouve que, dans les préparations, justement, sans être alarmiste, on pourrait en parler un peu plus, dire « Ça peut arriver... Vous inquiétez pas, quand on le fait, en général, c'est qu'il y a de bonnes raisons... voilà... C'est pour votre santé et, souvent, celle de l'enfant, etc. Et c'est quand même un accouchement, etc. ». (MÈRE/FRA/01)

Pariu por cesariana. Chegou no hospital aproximadamente 10 horas da manhã, mas só pariu às 05 horas da manhã do dia seguinte. Para ela foi uma tragédia exatamente porque ela jamais havia pensado em parir assim. Interrogo se no curso preparatório não haviam abordado a temática, e ela afirma que é apenas citado, mas ela jamais imaginaria que o desfecho seria esse (Relato entrevista individual/MÈRE/FRA/07).

Sobre a gravidez tudo se passou bem, tanto com a sage-femme e com o ecografista. Em relação às informações recebidas tudo ocorreu bem, segundo ela. Não tem a impressão de algo ter faltado nesse processo. Repete várias vezes que foi muito bem acompanhada. Sobre a via final de parto refere que no curso preparatório a temática é exatamente a via de parto. A profissional explicou detalhadamente como o bebê chegaria, inclusive, seu esposo participou desse momento; sobre o parto cesariano ela diz que lembra ter conversado sobre isso com a sage-femme, mas superficialmente. Ela pariu por via vaginal (Relato entrevista individual/MÈRE/FRA/08).

Mais uma vez é submetida a um parto cesariano. Reafirma que é uma experiência traumatizante para a mulher. Nesse momento, após eu interrogar o acompanhamento, afirma que ele é excelentemente realizado para os partos vaginais e só. No que envolve o parto cesariano, não se sentiu minimamente acompanhada. No curso eles demonstram as posições para o parto vaginal e dizem que em caso de complicações ocorrerá um parto cesariano, mas não explicam o processo. Mesmo no seu caso que esteve no curso por duas vezes e que tenha afirmado na segunda ocasião sobre sua experiência cesariana anterior, os profissionais não aprofundam a discussão. Ela diz que os participantes dos grupos, em geral, são mães e pais que vivem a primeira gestação, então vivenciam a expectativa do parto vaginal (Relato entrevista individual/MÈRE/FRA/09).

Entre as mulheres francesas que participaram da pesquisa, uma delas chama atenção, pois participou de um curso preparatório para o parto cesáreo, realizado num serviço hospitalar. Acontece que, segundo ela, trata-se de um curso preparatório gratuito e não incluído nas sessões reembolsadas pela *securité sociale*.

[Mãe] Então... diante disso... que eu sabia que ia induzir o parto e aí tem uma probabilidade maior de fazer uma cesariana, eu resolvi fazer o curso... me inscrevi na preparação, é com uma médica de lá, então ela explica todo o processo e depois a gente visita o centro cirúrgico.

Então ela fala tudo que você vai sentir... é muito boa a preparação. Estava marcada para às 17h, eu fui, eu era a única pessoa na sala. Eu achei engraçadíssimo. Risos. Eu acho que isso mostra muito bem assim a falta de...enfim... essa coisa como a gente tem no Brasil. Toda essa questão do parto normal, esse medo... que tem gente que nem pensa na possibilidade de ter um parto normal no Brasil. (MÈRE/FRA/03)

Compreendo que a ausência de pessoas nesse momento preparatório sinaliza (e reforça) algumas coisas: o sistema de saúde francês não valoriza a preparação para o parto cesariano, conseqüentemente, a sociedade francesa, em geral, se sente frustrada/desamparada/desassistida quando vivencia esse parto, sobretudo o de urgência. Esse tipo de parto representa, como já referido anteriormente, 20% dos nascimentos na França. Somado a isso, a existência de uma associação que acolha mulheres que vivenciaram o parto cesariano também demarca um contexto interessante em relação ao país. De acordo com Molina (2014), o campo social e médico-social na França, desde sua criação, engloba lógica de ordem e racionalidade. Possui uma composição heterogênea com atores públicos e privados, os quais são administrados pelo Estado. Após algumas reformas, as associações se inserem nessa organização sob a gestão de coletivos que financiam, na forma de subcontratação, as missões de serviços públicos. Ou seja, tal conjuntura sugere, ao meu ver, que a associação Césarinne, na França, assume a responsabilidade do resultado provocado pela falha da assistência às mulheres que vivenciam a cesariana. Tal esclarecimento ofertado pela autora me causa surpresa em relação ao trabalho desenvolvido pela associação, pois apesar do inquestionável esforço e no trabalho interessante desenvolvido com a sociedade francesa, se constitui como tomar para si a responsabilidade deveria ser do Estado Francês.

Eu compartilho minha impressão de que há uma fragilidade na preparação para o parto cesariano na França. Concordo completamente. Diz que há pouco tempo o colégio departamental de sage-femmes realizou uma jornada e o tema foi sobre a preparação para o nascimento. A associação pensa que as mulheres são pouco preparadas para o nascimento por cesariana. Esse tipo de nascimento representa 20% de nascimentos na França, refere ser nada em relação ao Brasil, mas efetivamente a norma na França é a via vaginal e tal

temática provoca pânico entre as mulheres que necessitarão de uma cesariana exatamente por jamais esperarem vivenciar isso e serem pouco preparadas. As mulheres não sabem o que é o bloco operatório, o protocolo da maternidade não é explicado, mulheres são separadas de seus maridos e, segundo ela, isso deve ser prevenido, senão pode provocar uma desordem emocional. Além disso, algumas mulheres podem ser separadas de seus bebês. Sobre isso, a ordem de sage-femmes explicou que tal aspecto não é razão para a mulher se incomodar, pois existem coisas muito maiores e mais complexas na cirurgia (Relato entrevista individual/PRO/FRA/02).

O contexto brasileiro, na cidade de Ribeirão Preto, em relação ao processo de preparação para o parto, é possível inferir que ocorrem, de modo geral, nas consultas individuais, nos grupos de gestantes (quando existem e quando as mulheres participam), nas maternidades e outros espaços no serviço privado. Os profissionais que acompanham essas mulheres são médicos (nas consultas individuais) e enfermeiras (nos cursos preparatórios). Após 32 semanas de gestação, as usuárias são acompanhadas no serviço que vão dar a luz. Nesses locais, os cursos preparatórios ocorrem e são realizados por enfermeiras. As mulheres sustentam a concepção de estarem bem preparadas e satisfeitas, sejam àquelas que utilizam exclusivamente o serviço público, exclusivamente o serviço privado ou àquelas que são atendidas no pré-natal no serviço privado, mas o parto é realizado no público.

Ah, eu gosto muito da (diz o nome da enfermeira da unidade de saúde). Quando eu tenho alguma coisa eu corro logo lá nela. [...] Os grupos de gestantes falam sobre a gestação, aí depois tem sobre amamentação, como cuidar do neném (MÃE/BRA/03).

(sobre a existência de grupos de gestantes): Tinha, eles (o pessoal da unidade de saúde do bairro) falaram que tinha, mas eu não quis ir não (MÃE/BRA/02).

Aí eu fiquei grávida e aí eu comecei a procurar saber como eu ia fazer pré-natal, parto... e eu fui na rede municipal, minha amiga é enfermeira de lá, conversei com ela e tudo. Ela me explicou tudo, né

... faz o plano, faz o pré-natal na rede municipal já que você quer ter parto normal, depois qualquer coisa se você optar por ter cesariana tem hospital que faz também, né, mas faz por aqui. Aí comecei a fazer por lá e gostei, pela rede municipal. Fiz todo meu pré-natal na rede municipal, alguma coisa ou outra eu fazia no particular, quando não dava pra fazer no municipal, mas acabei fazendo lá. E quando eu fui ter a (diz o nome da filha), na minha cabeça era ter o parto natural, sem cirurgia sem nada (MÃE/BRA/04).

É possível perceber, a partir da fala anterior, que a estratégia encontrada por essa mulher que desejava o parto por via vaginal foi se manter no serviço público.

(Sobre as orientações recebidas nas consultas) É a gente conversava sobre o básico, né? Então como estava tudo bem e teoricamente eu estava fazendo o que era correto, não sei, eu tinha uma preocupação com a alimentação, eu não fazia o que todo mundo sabe que é errado fazer, pelo senso comum mesmo. Era muito prático e não teve uma orientação extra (MÃE/BRA/05).

A partir dos trechos trazidos é possível compreender, de modo genérico, que o processo de orientações das mulheres brasileiras na fase gravídica é variável e imprecisa. Muitas, embora desejassem pelo parto vaginal do início do acompanhamento são coagidas a aceitarem a lógica dos profissionais que as atendem (em sua maioria valorizam as ações intervencionistas e parto cesariano). Outras mulheres garimpam seus próprios caminhos na busca da assistência que desejam (seja altamente intervencionista ou não) em diferentes sentidos: seja para as usuárias do serviço público que custeiam o parto cesariano ou as que são acompanhadas no serviço particular, mas migram para o público em busca de uma vivência distante da lógica dos serviços privados. Existem ainda àquelas que recusam o processo de orientação não participando dos grupos ou segundo recomendações dos profissionais. Essas diferenças são marcadas pelo contexto social e econômico em que estão inseridas. Isso quer dizer que entre as participantes brasileiras, quanto maior o poder aquisitivo, maior foi à realização de partos cesarianos. Poucas usuárias do SUS, participantes da pesquisa, vivenciaram o parto vaginal por acreditar completamente no processo, mas sim falta de opção e de recursos financeiros para custeá-lo.

No diálogo a seguir é possível perceber a desconexão entre as informações transmitidas no acompanhamento da gestação e no processo do parto em si. Além disso, a força com que a lógica dos partos cesarianos está implantada no cotidiano das mulheres brasileiras. Outro elemento muito impactante situa-se no processo de acolhimento dessas mulheres: além da fragilidade no processo de sensibilização (não somente no acompanhamento, mas também no atendimento para o parto) sobre o desfecho vaginal. Para piorar ainda mais o processo, esse mesmo serviço que um momento diz que as orientações dadas no acompanhamento da mulher não têm valor e que vai seguir os protocolos do serviço, é o mesmo que vai aceitar o pagamento pela intervenção cirúrgica.

“[Mãe 04] Algumas pessoas criticam quando você tem cesária, eu acho que você não vai ser mãe por causa que você fez cesárea...

[Mãe 01] Porque você tinha que ter sentindo dor...

[Mãe 04] É...

[Mãe 01] Para você saber, para você dá valor...

[Mãe 04] E eu acho desumano que o SUS faz, na minha opinião.. Eu já vim com encaminhamento de que eu não tinha passagem, eu não tinha tamanho, nada, dilatação... eu estava com 42 semanas e a (diz o nome do serviço que a recebeu para o parto) queria me internar para ter o parto normal. Ou seja, eu ia sofrer para ter, mas eu não iria ter. Por que vai fazer eu sofrer se eu não vou ter normal? Então, para mim foi muito... é esse trauma que eu não quero ter mais filho... porque eu cheguei lá com 42 semanas, eu não tinha convênio, então eu fiz depois que estava grávida. Então não tinha direito a parir. Eu cheguei na sala com 42 semanas e a minha médica do pré-natal prescreveu que eu não tinha passagem que não tinha dilatação, tudo certinho... e eu cheguei lá. Eles disseram: “isso aqui não serve para a gente. Você vai ser internada e a gente vai induzir o parto normal”.

[Mãe 01] Meu Deus.

[Mãe 04] Eu já comecei a chorar, fiquei desesperada porque se a médica passa para mim uma coisa que ela me acompanhou... liguei para meu esposo, quer dizer, se eu não tivesse dinheiro para pagar a minha cesárea, eu teria sofrido 24 horas... 03 dias... ou meu filho teria morrido, ou eu... ou ele teria feito cocô antes, ou seja, uma coisa

desnecessária porque se eu cheguei lá já tratei uma cesária porque que eles não fizeram? Então eu acho que isso é muito desumano” (SOCIAL 2 – 01/BRA).

Meu entendimento é que a indução realizada nesse contexto, não é apenas do processo de parturição, mas uma indução inescrupulosa de um pagamento por uma ação de saúde em que corpos são dominados por uma lógica de financiamento. Isso é confirmado exatamente ao deparar com a seguinte fala:

[Entrevistada 5] é porque eu sou pobre, eu vou sofrer... eu não posso escolher ter uma cesárea, eu vou sofrer porque eu sou pobre... é cultural mesmo! o outro lado de achar que a cesárea é uma coisa vista para uma pessoa que tem mais dinheiro, que pode pagar...

[Entrevistada 7] Que é melhor, né? Que a gente tem essa orientação durante o pré-natal... (SOCIAL 02 - 02/ BRA).

Por outro lado, não posso deixar de destacar, confirme disposto no trecho a seguir, a existência de profissionais sensibilizados pela condição das mulheres e famílias. Chamam atenção para o contexto social e seus atravessamentos na vida dessas mulheres que estão dentro dos serviços.

“[Profissional 05]: Eu acho que depende muito. Não dá para definir que o grupo vai fazer totalmente a mudança. Porque tem umas que a gente passa a informação e que era aquilo que estava faltando, mas tem outras que não é só a informação que estava faltando, tem outras coisas que influenciam também.

[Pesquisadora]: Você consegue pensar em alguma coisa, assim, que falta também, além da informação? Que não basta só passar a informação.

[Profissional]: Outras preocupações também, né? Porque às vezes, por exemplo, já vi gestante que vem para cá e aí ela está acho que na oitava gestação, ela está preocupada em ficar aqui... pelo tempo que ela ia ficar aqui, quem que ia cuidar dos filhos dela, por exemplo.

[Pesquisadora]: Que estavam em casa.

[Profissional 05]: É. Então às vezes a gente está falando... passando algumas informações, ela está preocupada com outras coisas, né? E outra, você vê que ela está interessada em aprender tudo, em colocar tudo o que a gente está passando e era só aquilo que ela precisava. Outras já têm um monte de outras coisas na cabeça, que precisa saber o que é o momento que a pessoa está pela mudança desse comportamento, né? Porque a gente sabe que só a informação, ela não muda o comportamento. A pessoa tem que estar pronta para o recebimento e realmente ter uma mudança de comportamento a respeito dessa gestação, desse cuidado... nem sempre ela está, às vezes ela está com outras coisas na cabeça que realmente influenciam, ela está preocupada com outra coisa. Então por isso às vezes ela não consegue atingir o apoio mesmo, às vezes ela não se sente apoiada... pelo que a gente olha dos encontros, eu vejo isso. E em relação à alimentação, né? A gente percebe que às vezes vem esse companheiro, vem esse marido... tem o companheiro que fala: "não, eu vou ajudar ela, vou começar a não comprar determinadas coisas" e tal, e ela se sente apoiada de alguma forma. Tem maridos que olham e falam: "não, mas você não come, mas eu vou continuar levando refrigerante todo dia para a casa...", então quando tem esse apoio da família em ajudar essa mulher a ter escolhas saudáveis, a gente percebe que ajuda mais, né? E acredito que para as outras coisas também, porque deve ter cada uma a sua própria percepção do parto, do cuidado... (OUTRA INSTITUIÇÃO - 02/BRA).

Proponho-me aqui a retomar a realidade francesa, mas abordar nesse momento quais estratégias alguns serviços, mais precisamente, os profissionais desses serviços, utilizam para minimizar essa fragilidade no processo de orientação das mulheres que necessitam de uma intervenção cesariana para seus partos:

Se está na sala de parto e percebe o desenrolar para um parto cesariano, ele utiliza o feeling...a primeira situação, mais difícil, estressante, degradação do estado de saúde da mãe ou do feto que necessita uma cesariana imediata. Ele informa a mulher, diz que talvez

seja difícil para ela, mas que será explicado depois. Assume as posturas clínicas e organizacionais, chama o obstetra, o bloco cirúrgico, anestesista, a enfermeira do bloco, enfermeira anestesista, outro colega para suporte e talvez pediatra. Normalmente são situações extremamente delicadas, existem situações em que as coisas são explicadas, mas outras, com mais risco, que não permite. Na segunda situação, urgência moderada, é possível ter cerca de 20 minutos que são utilizados para dialogar com a mulher. Explica a situação do bebê e sua falha em relação à evolução do trabalho, explica que chamará o médico, e se continuar com essa falha no avançar do trabalho de parto, há necessidade de retirar o bebê por cesariana. Nesse caso o procedimento adotado é menos brutal, menos rápido o que permite estar mais atento à mulher, o casal. Em uma terceira situação não existe urgência para assistência cesariana, pode ser associado à estagnação da dilatação, falha da evolução do trabalho de parto... nesses casos há, em média, uma hora para anunciar à paciente que foi feito tudo que era possível e meia hora depois será dito que ela será encaminhada para a cesariana. Nessas três situações o exercício da humanidade é valorizado de modo que seja menos traumático possível para a mulher. Quando não há tempo de preparar a mulher, a equipe organiza um tempo para encontrar o casal após o nascimento por cesariana para que seja discutido e explicado e avaliar a necessidade de trabalhar sobre isso, acionar psicólogo, trabalhar o pós-parto. Acrescenta que tenta conversar com os pais/parceiro/outra mãe (a outra pessoa que está acompanhando), afinal pode ser impressionante também para essas pessoas (Relato de entrevista individual/PRO/FRA/04).

Em relação a esse mesmo processo, no Brasil, houve uma discussão em um dos grupos de profissionais que tratou exclusivamente das questões relacionadas à peculiar lógica cesariana do país e de uma maneira implícita reconhecendo a força que seus discursos e práticas refletem no senso social do parto.

[Profissional 04]: Como abordar as gestantes desde o primeiro dia do pré-natal. Tem que fazer de uma maneira que mostre para ela que vale a pena o parto normal, que ele não é um bicho de sete cabeças, que é uma coisa que o médico não vai pôr a mulher para ficar sofrida, tem um bom senso, e que o ideal seria primeiro o parto normal. Para já entrar na cultura popular que é melhor do que o cesáreo. É isso que eu acho que nas políticas de saúde do governo, não sei como o governo teria que fazer, para já incutir na cabeça das jovens, das jovencinhas, lá na escola, talvez, na professora na escola, começar já a incutir a cultura do parto normal. (OUTRA INSTITUIÇÃO – 02/BRA)

Da mesma maneira que o eixo anterior existe aspectos que necessitariam ser abordados dentro dessa discussão, numa perspectiva mais ampliada sobre as condições de trabalho dos profissionais, sobre a inexistência da obstetrizes nos serviços incluídos nessa pesquisa (e outros temas) que contribuiriam para a discussão em torno do nascimento, como os resultantes das práticas e discursos dos profissionais.

Proponho-me, assim, a fazer uma pausa momentânea a presente discussão que constituem a realidade desses países com uma reflexão inspirada no que diz Molina (2014) sobre o trabalho social. Se as tensões surgirem entre as novas lógicas e ferramentas gerenciais, de um lado, e os profissionais da saúde, de outro, o que está em jogo em termos de autonomia e redefinição do significado dado ao trabalho?

EIXO 3: NASCIMENTO POR CESARIANA: um analisador da institucionalização do nascimento

Gostaria de iniciar esse eixo de discussão retomando a ideia sobre a capacidade que a cirurgia cesariana possui de salvar mães e bebês quando adotadas em condições apropriadas. Intencionei, durante todo esse trabalho, explicitar elementos, a partir da realidade do Brasil e da França, que possam embasar um pensamento crítico sobre a temática, considerando os contextos em que a intervenção é incorporada nas práticas profissionais e a capacidade de provocar desfechos singulares nas mulheres. Associado a isso, intencionei também dar visibilidade a elementos que emergem no caminhar da pesquisa e marcam o processo de (des)institucionalização dos nascimentos por cesariana no Brasil e na França em seus componentes educativos e sanitários. Para isso, utilizei o referencial teórico da sócio-clínica institucional como suporte para vivenciar os desdobramentos da ação de pesquisar.

Penso ser importante situar, da mesma maneira, mais uma vez, o que estou chamando de (des)institucionalização. A relação das forças instituídas e instituintes provocam muito a dinâmica social por um período e promovem constantes mudanças, a institucionalização. Tais mudanças se constituem singularmente. Lourau (2001) discute que a complexidade intrínseca nesse processo nos propõe pontos sobre esse processo, entre os quais, a dificuldade de manejo da instituição, em virtude da sua extensão, pode provocar a autodissolução. Essa autodissolução pode, segundo Monceau (1997), ser o desaparecimento das formas sociais, mas também do processo permanente de degradação que altera o seu funcionamento. Diante desse dinamismo, a chamada desinstitucionalização seria a resistência aos antigos procedimentos da institucionalização.

Dito isso, é importante situar que o contexto brasileiro foi, portanto, meu ponto de partida para os primeiros passos dessa construção. É um país extenso em território geográfico, em diversidade cultural, social, política e conseqüentemente diverso em concepções e muito paradoxal em sua organização. Dado o caráter plural do país e as especificidades da condição feminina, as vivências de cada mulher são únicas, por isso, é salutar relativizar as generalizações. No que envolve os nascimentos, o país carrega a alcunha de epidêmico nos nascimentos por cesariana. A França, por sua vez, se insere na discussão como um país que apresenta, em relação ao Brasil, uma baixa taxa¹²⁶ de nascimento cesáreo, embora haja uma

¹²⁶ As taxas de nascimentos por cesariana em Ribeirão Preto é, em 2017, de 53% (DATASUS, 2019). No contexto Francês, em 2014, na Île-de-France 22,6%, Val d'Oise 23,1% e Hauts-de-Seine 22,4% (VINCELET et al., 2016).

preocupação sobre o considerável aumento dos números entre 1981 (10,9%) e 2016 (20,4%) (VINCELET *et al.*, 2016). Conduz uma dura crítica ao processo de medicalização do parto e em relação às questões dos direitos da mulher e a sua saúde reprodutiva.

Na presente investigação, a instituição central tomada por referência é a “saúde materno-infantil”, a qual integra a instituição “educação em saúde”. O nascimento por via cesárea se constitui/constituiu, nesse processo, analisador de algumas questões (algumas já discutidas anteriormente) inclusive desse processo de institucionalização.

É relevante considerar, conforme apontados ao longo dessa produção, que as mulheres que reivindicam pela cesariana trazem nessa solicitação/desejo elementos intrínsecos importantes. Por isso, considerar a racionalidade envolvida nesse desejo, é necessário. Em adição a isso, o sentido da experiência é variável e complexo.

Um deles existente nos dois países é o forte discurso em relação às práticas desenvolvidas pelos profissionais: tudo é feito (ou deve ser feito) para garantir a segurança da mulher e para que o bebê possa nascer com saúde. Exatamente sustentados nesse discurso, a instituição saúde reforça sua legitimação, a qual é apoiada na intencionalidade de alcançar esse objetivo, o que concede a percepção e valorização dos atos médicos enquanto disciplina científica e da ciência como sinônimo de progresso. Como consequência ocorre, geralmente, o enquadramento institucional (oficial ou não), o qual pode adentrar o espaço dos discursos acessados por essas mulheres. O discurso oficial e a definição de papéis nas ações em relação ao nascimento ganha contornos no processo de transmissão dos valores na coletividade em que pertencem as mulheres e profissionais.

O protocolo de cesariana na França assume a lógica de um procedimento cirúrgico, ou seja, as mulheres são separadas de seus maridos durante o nascimento, outras são separadas dos bebês após o seu nascimento e isso é extremamente frustrante. Essa passividade: a mulher é colocada de modo alongado, ela é cortada de ter sensações, não sentem a parte de baixo do seu corpo (Relato entrevista individual/PRO/FRA/02).

Então, uma equipe básica para uma maternidade... uma equipe básica são dois ou três obstetras, independente do volume de nascimentos, eu vou ter que ter alguém na porta recebendo os pacientes, um ou dois fazendo os partos (vaginal ou cesáreas). Um neonatologista para

receber as crianças ou pediatra, bom que seja neonatologista, porque, olha entubar criança não é fácil não, recém-nascido, né? Nem para pediatra. E um anestesista, esse time tem que estar completo. Agora dependendo do limite que você vai aceitar você pode colocar obstetrix tranquilamente. Por exemplo, uma casa de parto, você eventualmente nem precisa ter médico, mas você também tem que considerar que ela não vai fazer cirurgia... (Entrevista individual/PRO/BRA/01)

AUTOREFERENCIALIDADE

Na institucionalização, o presságio inicial da instituição está ameaçado ao apagamento, afinal existem forças contraditórias entre ele e o processo de condução no tempo e no espaço. Essas contradições, em geral, são compreendidas como obstáculos que dificultam o seu pleno funcionamento e o seu processo de simplificação. A autoreferencialidade, inevitavelmente, se instala nesse contexto e se caracteriza como um condutor que pela centralização/valorização de si (e dos seus interesses) promove a institucionalização.

Ao reconhecer o caráter complexo desse processo, proponho um esforço em visualizar a seguinte situação: Se em um momento, o parto vaginal esteve instituído e foi provocado pela proliferação da lógica cesariana instituinte, forças opostas disputavam e refletiu numa mudança da lógica do parto no Brasil. Por isso, num processo de institucionalização, a taxa de cesáreas cresceu descontroladamente ao longo dos anos e permaneceu acima dos 50% dos nascimentos nos serviços públicos (e muito mais nos serviços privados) durante muito tempo (OCCHI et al., 2018). Nesse caminho, foi atravessado, por outro lado, pelas estratégias de organismos nacionais, internacionais e de movimentos sociais em prol da implantação de medidas para a transformação dessa realidade. Reconheço que a proposição desse desenho é restrito e pontual, afinal se trata de um processo altamente complexo. Mas, mesmo de modo geral, é possível visualizar a lógica em que a cesariana, em seu caráter agora instituído, foi provocado pela revalorização dos nascimentos vaginais (nesse caso, instituinte) o que desenha o “caminho” para a desinstitucionalização do parto cesáreo. Compreender o caráter dialético desse processo “desinstitucionalizante” consiste em considerar seu potencial mutacional, apesar do intenso embate de forças diversas.

Na França, a lógica instituída do desfecho do nascimento é o parto por via vaginal. As temáticas em relação à medicalização do parto e as intervenções no corpo da mulher são abordadas com bastante intensidade nos espaços de discussão. A intervenção cesariana, por sua vez, ocorre, em geral, em situações de riscos envolvidos e são eventos traumáticos para aquelas que vivenciam. Existe um debate crítico, nesse país sobre a cesariana por demanda da mulher. No percurso da pesquisa, alguns profissionais reconhecem a existência de locais em que “se pega no bisturi com maior facilidade”. Por isso, tal realidade solicita um olhar cuidadoso sobre o que poderá estar por trás disso. Seria o embate das forças instituintes e instituídas nessa realidade!

Sobre a “cesariana por demanda materna”, ela afirma que é comum os profissionais associarem essa solicitação à mulher, mas, na verdade, existem diferentes causas: medo do parto vaginal, por exemplo. A mídia busca compreender essa realidade e ela entende que isso reflete muita coisa, pois representa muito pouco do real. Em revanche, a partir do momento que fazem essa demanda, num primeiro momento são julgadas pelas outras mulheres, e ela pode encontrar dificuldade para encontrar uma equipe que possa as entender. Paradoxalmente existe atualmente um grande número de nascimentos por cesariano na França, em relação à preconização da OMS, **o quer dizer que existe certo número de maternidade e alguns profissionais que pegam o bisturi um pouco mais fácil** (Relato entrevista individual/PRO/FRA/02).

Essa lógica institucionalizante/desinstitucionalizante, em relação às cesarianas, pode ser constatada nas falas dos profissionais brasileiros quando afirmam:

De alguns anos pra cá isso tem modificado, tem modificado bastante, as mulheres são muito mais ouvidas, os médicos tentam, porque eles também têm dificuldades, tentam organizar o que elas, as necessidades dela com a capacidade deles de resolver as necessidades. Mas vem melhorando de uma maneira muito significativa. Problema, ai nós temos no Brasil hoje ainda, um problema onde as pessoas acreditam que maternidade é uma coisa, como eu te disse, muito

simples e, portanto, qualquer beco serve pra uma maternidade, ou seja, a estrutura de uma forma geral é baixa, de baixa qualidade e qualquer pessoa é capaz de assumir um parto. O que significa que também, a estrutura das pessoas, a capacidade das pessoas, a formação das pessoas, também não é lá da melhor. (PRO/BRA/01).

E na mesma entrevista o profissional continua:

As mulheres, as feministas precisavam ter essa notícia pra compreender que não adianta, a lógica não é eu exibir bandeira, a lógica é eu conseguir qualificação pro meu grupo que eu tô pretendendo defender e ficam brigando por bobagem (PRO/BRA/01).

A argumentação das falas anteriores reconhece o processo de mudanças que ocorrem no Brasil, as solicitações requeridas aos profissionais, as dificuldades em lidar com as forças existentes, mas reafirma a lógica do saber estruturado-estruturante mediada fortemente pela tecnologia dura e leve-dura. Essa fala demonstra de forma profunda uma característica frequente no processo de institucionalização já apontado: contradições entre o projeto inicial e seu desenvolvimento no tempo (e espaço), os quais não são percebidos dessa maneira, mas como obstáculos à racionalidade e funcionalidade. Logo em seguida, o mesmo indivíduo completa sua fala, dando seguimento ao raciocínio já iniciado, explanando sua concepção em relação às lutas dos movimentos sociais feministas que reivindicam por direitos sexuais e melhores condições assistenciais (esse grupo é, inclusive, uma força atuante nesse embate).

A fala de outros profissionais entrevistados demonstram a instalação da autorreferencialidade ao afirmarem:

Olha, eu acho que essa rede de serviço, ela funciona muito bem pra gestante, pra gestante funciona... (PRO/BRA/07).

(faz referência ao serviço “hospital” da presente pesquisa) Ela tem profissionais que se interessam pelo assunto (nascimento humanizado), que são preocupados com isso, então eu acho que as “boas práticas” elas tão muito disseminadas (PRO/BRA/08).

Um movimento que fala assim “Vamos desconstruir isso, vamos revalorizar de novo”, né? O próprio sistema de saúde brasileira cria estratégias pra tentar diminuir essa quantidade de intervenções que existem, né? (PRO/BRA/04)

Em relação à autoreferencialidade, a primeira fala revela que apesar do país vivenciar uma luta pela mudança das práticas desenvolvidas, frente aos excessos de intervenções, sustenta uma ideia de condição ideal, supervalorizando-a. A segunda fala demarca o reconhecimento das ações desenvolvidas por um dos estabelecimentos estudados em relação à implantação das ações humanizadas e a luta pela minimização dos indicadores de nascimentos por via cesárea. Valoriza as ações pelas “boas práticas” assumidas pelos profissionais, o que revela a lógica da padronização das ações ofertada para a assistência. A terceira fala confirma o dito anteriormente em relação às demandas e as estratégias adotadas pela transformação da realidade dos nascimentos no Brasil.

EM QUE A REALIDADE BRASILEIRA INTERROGA DA REALIDADE FRANCESA? E O CONTRÁRIO?

Os reflexos da complexidade da institucionalização podem ser percebidos nas falas das mulheres brasileiras entrevistadas, seja pela reprodução da lógica hospitalocêntrica do controle ou pela vivência de um parto vaginal, dentro dos preceitos da humanização:

eu tenho tanta aversão a dor, que eu acho que eu não sei assim... pra mim o parto tem que acontecer no hospital, se tiver qualquer coisa erradas, mesmo que seja humanizado, que seja montada a estrutura dentro do hospital. Eu não sei... eu não tenho muitas informações, mas as que eu tenho, eu tenho receio. Eu nunca teria um filho em casa, jamais! (MÃE/BRA/03).

Constata-se a partir do trecho anterior que o modo como se desenhou uma valorização da segurança fornecida pelo hospital por meio do conjunto de regras e técnicas oferecidas. Embora não seja um desdobramento imutável e entendido de forma unânime como ideal,

certamente seja valorizado pela organização do trabalho no hospital e o reconhecimento da expertise científica ainda que contrariado pelos efeitos iatrogênicos que podem decorrer.

humrum... do primeiro eu fiz pelo SUS e ela nasceu na (diz o nome do serviço) em Ribeirão Preto e lá eu não tenho que falar mal... é... são pessoas super atenciosas é é... foi um parto humanizado, o que eu acho ótimo... então, quer dizer, tudo eles deram orientação de como acelerar as contrações eu tive que caminhar... e tudo mais, né? só no finalzinho que, né... a gente não aguenta, né... aí eles te dão opção da anestesia... E É LÓGICO que eu quis [risos] (MÃE/BRA/02).

O parto atualente é um evento em que não há garantia da autonomia das mulheres. Isso é apontado por estudos realizados no mundo inteiro, como reflexo do fortalecimento da medicalização do parto que provoca uma impressão (mas na verdade é uma construção) de requerimento de intervenções. Entre as coisas que pude apreender no caminhar dessa pesquisa, tal contexto vai contribuir para o delineamento de uma impressão de incapacidade e dependência às intervenções. Dada a inclinação dos profissionais a elas, pode, num primeiro momento, provocar a invisibilização de resistências ao que propõem. Diante dessa informação, acho relevante considerar que os profissionais também são socializados em função de valores instituídos. Tratei sobre a inserção desses valores no cotidiano das práticas no eixo 1 da presente tese. Assim, essas pessoas reproduzem lógicas impregnadas de valores e objetivos da instituição saúde também como maneira de garantir seus espaços.

A relação entre as mulheres e esses profissionais define, a todo tempo, papéis daqueles que (estão convencidos que) sabem o que necessita a mulher vulnerável e impotente (e que deseja intervenção). Essa relação se desdobra, frequentemente, em expectativas mútuas, seja de transformação, seja de reafirmação dessa lógica, que reverberam em comportamento esquivo, violências, esvaziamento de sentido, entre outras coisas.

As vivências nesse processo de pesquisar, me provocaram a valorizar o pensamento de que há a expressão de resistências através dos discursos e práticas por parte das mulheres e dos profissionais. Sobre isso, a sócio-clínica institucional trabalha o conceito de resistência pelo aprofundamento de três movimentos em relação à permanência da instituição: institucionalização, autodissolução e transdução (MONCEAU, 1997). Em muitos momentos dessa tese os conceitos de institucionalização e autodissolução foram evocados, por isso tenho a impressão que não preciso retomá-los aqui. No entanto, no que refere à transdução gostaria

de esclarecer que envolve o movimento pelo qual um acontecimento ou uma partícula propaga, pouco a pouco, uma desorganização dos campos de forças, criadora de formas novas (GUILLIER, 2003). Esses três movimentos dinâmicos se relacionam entre si e refletem na instituição. Nesse processo existem instâncias que constituem os momentos dialéticos: ofensivo (busca por um novo poder), defensivo (a autodissolução domina a institucionalização e tende a destruição do poder) e integrativo (tende à assimilação para evitar o desmanche). Por isso, compreendo que no contexto da pesquisa aqui evidenciada, a análise pelas resistências existentes vai contribuir no entendimento do processo de desinstitucionalização. As resistências aqui evidenciadas são baseadas no fenômeno abordado por Monceau (1997) consideradas como analisadores das contradições institucionais. É, portanto, uma força social que se atualiza em oposição a outra força social chamada potência. Os atos de resistência não se delineiam isoladamente e podem ser revolucionárias ou conservadoras.

Nos dois países, a temática “plano de parto” apareceu nas falas dos profissionais. Quase a totalidade de mulheres francesas participantes da pesquisa revelou ter elaborado um plano com os profissionais que as acompanharam na gestação. Já no Brasil, as participantes não adotaram o referido plano. Os profissionais brasileiros, quando falavam sobre isso, demonstraram dificuldade em compreender a lógica das mulheres que optam pelo plano, embora alguns reconheçam que trata de uma reivindicação frente aos excessos cometidos pelos profissionais.

“[Entrevistada 2] mas hoje em **dia o pessoal está perdendo a noção do que que é ser mãe**, do que que é entrar, do que que é ter um filho. Hoje em dia elas chegam para ter filho com **plano de parto**, elas querem que você siga esse roteiro. Isso não existe! Esse plano de parto, isso não existe!

[Entrevistada 9] Você acham que isso é natural? Isso não é!

[Pesquisadora] O que seria esse plano de parto? Explica para mim, gente. Como assim? Ela chega...

[Entrevistada 3] Eu vi aqui um plano de parto. Ela chega aqui com um documento formal, assinado... **uma tinha até alguma coisa de juiz**.

Ai ela fala como é que ela queria que fosse o parto dela.

[Pesquisadora] É assinado pela justiça... é feito pela justiça, é isso?

[Entrevistada 4] Tem até, você consegue até pela internet o modelo. O plano de parto é... ela explica ali no papel tudo que ela quer e que ela não quer de procedimentos com ela e com a criança.... tem a questão do uso da ocitocina sintética, puncionar ou deixar ela com acesso, colher sangue... quem elas querem que deixe perto... quem é que quer que pegue o neném... não ter a episiotomia...

[Entrevistada 7] Entra o modismo... porque tá na moda agora a **doula**, né? Você vê que muitas nem ficam com o marido. Eu estou falando porque eu trabalho em outro serviço... Não fica ninguém da família. Daí fica uma pessoa que você nunca viu na sua vida, contrata, paga caro, você deixa de ter seu marido ou sua mãe para colocar uma doula porque está na moda. Uma pessoa que você nunca viu na sua vida, você não tem um vínculo, num momento tão especial que é ser mãe. Porque para mim foi, né? Então tem gente que está perdendo a essência, né?

[Entrevistada 1] Mas eu acho que às vezes elas trazem algumas coisas para o plano de parto como se fosse feito indiscriminadamente. Tipo: ocitocina, a episio (episiotomia)... tem indicações, né?

[Entrevistada 3] Mas quantas vezes... não está sendo feito com ela... não é feito rotineiramente. Estou falando da realidade daqui, não tem outro lugar porque eu não trabalho em outro lugar.

[Entrevistada 3] **Isso surgiu porque realmente tava tanto o abuso de Cesáreo, quanto o abuso de uso de medicamentos ocitocina, isoprostol, soro e tudo... o uso indiscriminado sem indicação real para a pessoa entrar no trabalho de parto.** Acho que tudo surgiu... pois por causa disso estava tendo problemas, tava tendo problema com a mãe, com bebê e isso foi surgindo... estudos e o pessoal começou a mostrar que realmente nem sempre é necessário um ocitocina, nem sempre é necessário..." (HOSPITAL - 1/BRA)

Diante do diálogo acima, coaduno da ideia apontada pela profissional participante do grupo que diz sobre a adoção do referido plano como uma resistência às práticas desenvolvidas rotineiramente nos serviços assistenciais. Frente a essa situação, alguns profissionais brasileiros expõem seus incômodos a essa resistência das mulheres. Nesse

mesmo diálogo, outro elemento de crítica (e julgamento) foi a participação das doulas no cuidado à mulher. Tais elementos reforçam o caráter assimétrico entre os profissionais e as mulheres marcado pela incompreensão dos aspectos subjetivos envolvidos na motivação delas adotarem caminhos que fogem das expectativas desses profissionais. É lúcido considerar que o potencial provocador das mulheres que transgridem as orientações começa a exigir adequações nas práticas profissionais implementadas.

Na França, no que envolve o discurso dos profissionais em relação ao plano de parto, tem-se:

O plano de nascimento é feito mais por burgueses (que reivindicam sua autonomia). Há uma discussão com a mulher sobre esse projeto e para construção dele. Há uma negociação. Ele diz que isso incomoda a equipe, pois é uma passagem do paternalismo medical a autonomia da paciente. Isso é muito complicado para o profissional. Diz que seus colegas são muito sensíveis à opinião das pessoas em relação a eles próprios (Relato entrevista individual/PRO/FRA/01).

Compartilha que nas gestações (duas) elaborou um plano de nascimento juntamente com seu médico. Disse ter sido bem aconselhada, bem acompanhada... (MÈRE/FRA/09).

A fala do referido profissional marca uma aproximação com a realidade brasileira no que envolve o incômodo dos profissionais e atitude de resistência conservadora. Chama atenção sobre a sua utilização como garantia da autonomia da mulher e o respeito pelos profissionais. Entre as mulheres entrevistadas individualmente, todas elaboraram o referido plano juntamente com os profissionais que as acompanharam o que sugere ser uma solicitação disseminada na sociedade francesa ou ainda uma prática incorporada no processo de preparação para o parto. É possível perceber que essa resistência é real, embora se insira de modos diferentes nos dois países. Isso põe em análise o embate entre a resistência revolucionária que resiste a uma opressão contra a resistência conservadora que tende a preservação de hábitos já instituídos.

Os embates entre forças instituintes e instuídas, associados a outros elementos como as demandas sociais, as lutas dos movimentos sociais e lutas feministas, os interesses

profissionais, a lógica da NGP e seus desdobramentos, podem repercutir na conformação de estratégias de legais que conduzem as práticas. No contexto brasileiro, em que as intervenções profissionais facilmente realizam partos cesáreos é confrontada por decretos legais (no âmbito dos serviços públicos e privados) que definem estratégias para a realização dos referidos partos:

Antes de 38 (semanas) eu não posso agendar uma cesárea, assim sem motivo, sem indicação obstétrica. Por lei eu não posso agendar. Acima de 39 semanas, por lei, por recomendação da ANS, a mulher tem esse direito. Então fica muito difícil para o médico ir acima desse direito, mesmo que eu tente convencer. Mas em geral se o médico do pré-natal não a convenceu, muito difícil de convencer na hora (PRO/BRA/02).

A fala reitera também a força com que as práticas e discursos profissionais refletem nas expectativas e desejos das mulheres que vão parir. Embora a lógica impressa no discurso seja de convencimento da mulher e dê uma impressão de reforço da ideia de paternalismo, demarca o reconhecimento da potência das estratégias de educação na preparação para o parto na definição da sua via final. Através da fala percebe-se que a forte medicalização ocorre na França, porém de modo diferente da existente no Brasil. Isso reflete num outro entendimento das mulheres, inclusive em relação às possíveis resistências a adotarem.

Nos dois países, dentro das suas especificidades, o parto domiciliar aparece nas palavras ditas pelos participantes.

«Intervenante : (como desdobramento das suas duas experiências anteriores com o parto decide parir em domicílio) Mais, pour moi, ça, c'est vraiment aussi quand on va chez les professionnels et, notamment, mon médecin traitant qui savait très bien... qu'on connaît bien... et qui... La première réaction, quand je lui ai dit que j'accouchais à domicile, il m'a envoyée voir pour la première échographie le plus gros spécialiste échographe qui est connu sur toute l'Île-de-France... voilà... parce qu'accoucher à la maison, pour lui, c'était le risque. Donc risque, il faut prévenir, donc il m'a envoyée voir un gynéco...» (SOCIAL 1 - 1/FRA).

Sobre violência obstétrica, na sua vivência (de 02 partos vaginais em serviços hospitalares), retoma a discussão sobre a saída do bebê e da placenta (que se deu com muitas intervenções). Ela tem a impressão que isso ocorre quando as pessoas tomam decisões por você. Ela diz ter aceitado coisas por falta de experiência. Na sua segunda experiência, as manobras para saída da placenta e a massagem realizada, na opinião dela, são atos de violência. Ela se sentiu persuadida a aceitar, pois “seria a melhor opção”. Segundo ela, isso provocou mais mal que o nascimento em si. Se sentiu violada... pois foram feitas coisas no interior do seu corpo sem que ela soubesse. A sage-femme, na reeducação perineal, fez uma manobra em seu períneo que a fez se sentir mal. Ela entende que esses exemplos são pequenas violências que influenciou na escolha de parir em casa (MÈRE/FRA/06).

Na França, como apontado nas falas acima, a mulher opta pelo parto domiciliar também como estratégia de resistência às práticas rotineiras nos serviços hospitalares. É possível compreender que, em consequência dessa decisão, existe outra forma de resistência, devolvida por parte dos profissionais, em acompanhar esse momento fora das instalações hospitalares. Compreendo que isso reforça fortemente a lógica dada ao parto como uma prática hospitalar controlada e não uma vivência da mulher. Outra fala confirma isso ao tratar do percurso formativo dos profissionais:

Diz que existe um curso preparatório específico para os partos domiciliares [...]. Ressalta que nas escolas de sage-femmes são ensinados os partos hospitalares (os quais, segundo ela, são muito diferentes dos partos domiciliares) (Relato entrevista individual/PRO/FRA/05).

Sobre isso, no contexto brasileiro, os partos domiciliares são caros e não foi vivenciado por nenhuma das mulheres que participaram dos grupos ou das entrevistas individuais. Os profissionais, por sua vez, mencionaram suas opiniões sobre esse espaço para o nascimento. O Brasil não dispõe de dados oficiais sobre o atendimento ao parto domiciliar

planejado. O Sistema de informações sobre Nascidos Vivos engloba todos os nascimentos ocorridos fora do ambiente hospitalar, seja os domiciliares planejados ou não (KOETTER, 2018). Na França, assim como no Brasil, os partos ocorrem em sua maioria em serviços hospitalares: 97,6% dos partos em 2016, entre os quais 0,5% foram em domicílio com assistência de médico ou sage-femme e 01% sem assistência (INSEE, 2019). As críticas, assim como na França, estão voltadas para as tecnologias duras disponíveis para a assistência à mulher e a compreensão que tive, a partir das falas, é que o parto deve ser um ato controlado e tutelado ao profissional:

Olha, eu acho que o Brasil ainda não está preparado para parto domiciliar, você pode ter intercorrências graves que não há tempo hábil de resolver, não há tempo hábil de resolver (PRO/BRA/02).

tão fazendo, na minha opinião hoje, uma loucura, que é fazer parto domiciliar. [...] Você imagine bem, você vai dar a luz na tua casa, é fantástico, deve ser maravilhoso, família envolvida, todo mundo preparado, todo mundo compreendido, tudo bacana, com uma doula ajudando, maravilha. Deu crise, urgência, o que você faz? (PRO/BRA/01).

A forte medicalização no parto e o crescimento das taxas de cesariana contribuem para que as mulheres questionem o modelo obstétrico vigente nos países e busquem informações em busca da sua autonomia através de uma escolha informada (KOETTER, 2018; CURSINO, 2018). Saliento que esse desfecho, apesar da OMS recomendar que as mulheres façam essa escolha baseadas em seu sentimento de segurança, seja em casa, casa de parto ou hospital (OMS, 1997), no Brasil é o parto domiciliar é escolhido por pessoas com alto poder aquisitivo, pois o SUS não oferta esse tipo de parto no seu quadro de procedimentos:

As mulheres podem decidir por assumir os possíveis riscos, resistir e criar estratégias para reivindicar os seus desejos (reconheço que esses desejos também são construídos a partir de diferentes elementos: práticas e discursos dos profissionais, vivências específicas, cultura, entre outros). Embora haja dificuldades diversas, na França, isso parece ocorrer mais livremente que no Brasil.

O PODER E AS RELAÇÕES: AS VIDAS CONTROLADAS E A TRANSFORMAÇÃO DAS INSTITUIÇÕES

A partir do que foi dito até esse momento, percebe-se o quanto a responsabilidade materna se confunde com as recomendações prescritas pelo sistema de saúde. Isso é reforçado ainda mais porque a expressão das necessidades do campo dos sentimentos, medos e ansiedades são fragilmente compreendidas como prioridade. Nessa perspectiva cabe aqui retomar uma reflexão proposta pela socióloga Maria de Koninck (1990) ao trabalhar com a normalização da cesariana como resultado da relação mulheres e experts. Ela propõe um pensamento sobre a relação da inserção da técnica no domínio da reprodução com a mudança social. Afirma que a mudança no sistema de interações é resultado da maneira com que a técnica é desenvolvida no processo de transformação. O modo como a normalização da técnica é difundida tem mais influência do que a técnica em si, pois se constitui como reflexo da construção de uma mentalidade tecnológica portadoras de uma relação de autoridade implícita em uma mediatização. Isto se dá exatamente pela relação de desigualdade entre os profissionais e as mulheres.

Esses elementos expostos aqui reforçam a ideia apontada por Lourau (2014) ao evidenciar o caráter analisador corpo. Nesse contexto, o corpo feminino é um território de disputas entre as técnicas desenvolvidas por aqueles que estão habilitados para intervirem neles, pelas mulheres que reivindicam pela sua autonomia e o sistema de objetos conduzidos por um pensamento econômico no sistema institucional. A ciência hegemônica, depositária e dispensadora da racionalidade delineada como o novo sagrado que vai lutar pela sua sobrevivência (através das suas próprias contradições). subjetividade alienada nas práticas sociais.

Em relação às práticas assistenciais (na preparação do parto e no parto em si) desenvolvidas nos dois países e como já apontadas anteriormente, demarcam diferenças significativas que possivelmente influenciam no desfecho dos nascimentos. Na França, as *sage-femmes*, em geral são as profissionais que acompanham as mulheres nesse momento. Como reconhecidamente apontado nas falas dos próprios profissionais, há um diferenciação na tendência dos desfechos, os quais estarão diretamente relacionados com eles. As *sage-femmes* francesas, por motivos óbvios, vão reivindicar seus espaços (e buscar ampliá-los) de trabalho demarcados pelas ações as quais são habilitadas. Outro aspecto que é também reflexo dessa atuação dessa categoria profissional é ao quantitativo de obstetras na França. Há uma significativa queda no quantitativo desses profissionais e certamente está associado a questões

econômicas também referidas anteriormente. O parto com uma sage-femme, sem dúvidas, gera menos custo do que um parto liderado por um médico. Assim, há um maior interesse em investir na formação dessas profissionais. Mesmo diante desse cenário há uma permanência do modelo hospitalocêntrico que influencia no modo de organização da gravidez e do parto. Tal contexto sugere atenção para possibilidade de que em breve possa haver uma disputa mais evidente entre as ações desenvolvidas pelas doulas e pelas sage-femmes. Na fala dos próprios profissionais participantes da pesquisa revelam os aspectos supracitados:

Explica que foram as próprias sage-femmes, por uma razão econômica e desenvolvimento da profissão, que solicitaram o aumento das ações técnicas em seu campo do que as ações humanas. Fala do desenvolvimento industrial e como reflete nas ações de saúde: exames ganham espaços e os fazem esquecer do aspecto psicológico, por exemplo, no acompanhamento. Isso pode ser feito um paralelo com a ruptura com a família. Existem famílias que vivem na mesma cidade, próximas uns dos outros, aos poucos seus filhos se emancipam e vão morar longe, isso vai repercutir no menor acompanhamento social do seu entorno, em relação ao convívio familiar. Nesse sentido, tendo em vista que a sage-femme está cada vez mais ocupada com as ações hospitalares e médicas, não pratica as ações psicológicas, vai deixar o “mercado” de doulas assumir isso. Salienta que acha extremamente perigoso uma ação de saúde que não é controlada, mas reflete sobre os motivos da sua existência. A sage-femme fazia o acompanhamento psicológico, guiava o processo de gestação mulher a mulher, mas perdeu... então acredita que essa prática existe porque houve uma fragilização das ações entre as sage-femmes (Relato entrevista individual/PRO/FRA/04).

Acredito que esse contexto interroga uma reflexão sobre ao cenário brasileiro na assistência materno-infantil. As práticas, geralmente, são desenvolvidas por médicos, o que certamente se conecta com as ações as quais estão habilitados a desenvolver. As “enfermeiras obstetras” e as obstetras disputam (desigualmente) um espaço de atuação com os médicos. No Brasil, portanto, as ações são dominadas pelo saber médico, ao quais reivindicam, ao todo

tempo, esses espaços. O ensino e a formação desses profissionais, sem dúvidas, são relevantes para o reforço ou a transformação dessa lógica.

As obstettrizes¹²⁷ são profissionais aptas a trabalhar na promoção integral da saúde no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) e das premissas da humanização do parto e do nascimento (NARCHI, SILVA e GUALDA, 2012). Nesse território de disputas, essas profissionais enfrentam uma enorme dificuldade justificadas pelo modelo biomédico, centrado nas ações hospitalares e condutoras do sistema de saúde no país. Além disso, os limitados espaços de atuação, como as escassas casas de parto ou centros de parto normal (mesmo que intra-hospitalares). Ressalto que nos serviços hospitalares envolvidos na pesquisa não permitem a atuação de enfermeiras obstetras ou obstettrizes no parto.

A graduação em obstetrícia no Brasil é resultado do contexto da saúde materno-infantil, da realidade com que os partos eram realizados, das lutas pelo exercício dos direitos sexuais e reprodutivos. Reconhecem-se no mundo que a qualidade das ações prestadas pelos profissionais que assistem a mulher é indicador que diferencia a qualidade do cuidado prestado. Assim, a formação das obstettrizes foi retomada (existia no Brasil até a década de 1970) e se anpara em um modelo de atenção que supere o biomédico (NARCHI, SILVA e GUALDA, 2012). Ocorre que as enfermeiras obstetras (profissionais graduadas em enfermagem e especialistas em obstetrícia) são uma categoria diferente das obstettrizes, o que provoca uma disputa. A própria formação das enfermeiras é permeada pela lógica medicalizante. Há, assim sendo, uma dificuldade de inserção no mercado de trabalho, por parte das obstettrizes, seja por seu caráter inovador e de formação ainda não reconhecida amplamente pela sociedade. Paradoxalmente, a OMS e o MS brasileiro reconhecem que os profissionais habilitados para o atendimento ao parto normal são enfermeiras obstetras, obstettrizes e médicos (WHO, 2006; BRASIL, 2017).

O nascimento por cesariana também revela elementos ocultos nas práticas e discursos dos profissionais, conforme descrito com maior profundidade no eixo 2 de análise. O processo de institucionalização do nascimento por cesariana, em suas tensões e contradições, revela frequentemente discursos marcados pelo reconhecimento dos excessos cometidos, porém justificados pelo desejo das mulheres e pela lógica do sistema de saúde. Segundo Lourau (2001, p.24) “um modo de trabalhar contra o inimigo que é a aceitação do instituído seria multiplicar as possibilidades de esboçar a análise coletiva das implicações de cada um nas

¹²⁷ As pessoas graduadas em Obstetrícia recebem uma formação geral voltada para o compromisso com a cidadania e a busca de soluções de problemas contemporâneos e uma formação específica que integra dimensões biológicas, psicossociais e culturais no processo de cuidado e assistência às mulheres, suas famílias e comunidade (NARCHI, SILVA e GUALDA, 2012)

tensões, nas contradições (...)” (evidencio aqui que o instituído não somente imposto para o exterior, mas o construído em seu interior também). O autor está chamando atenção, no meu entendimento, para o potencial transformador que os diálogos entre diferentes agentes no interior da instituição podem contribuir para a sua melhoria.

Em adição a isso, ao refletir sobre a atualidade da temática mulher no Brasil, assumo que mesmo enquanto mulher que acredita na força do feminismo em sua capacidade de instrumentalizar as pessoas no desenvolvimento do próprio pensamento crítico em relação à força do patriarcado (o qual nos propõe um delírio alienante). Isso ilustra as forças em disputa nesse processo de institucionalização/desinstitucionalização reveladas nas contradições que se configuram ao longo dos dias. Uma desenfreada produção de ilusões que são legitimadas, pouco a pouco. Nos últimos dias foi aprovado, na Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo no Brasil, o projeto de lei¹²⁸ que incentiva o parto cirúrgico sem indicação médica na rede pública. Isso quer dizer que as gestantes do referido estado terão o direito de optar pelo parto cesariano no SUS a partir da 39ª semana de gestação. O próximo passo será sua aprovação na instância governamental do Estado de São Paulo. Mencionei e discuti, algumas vezes, ao longo da presente tese a fragilidade da atenção dispensada aos grupos informativos e educacionais na preparação da mulher para o parto. A referida aprovação fortalecerá as forças já atuantes em prol do processo de institucionalização dos nascimentos por cesariana no Brasil enfraquecendo, possivelmente, as lutas de resistência dos movimentos sociais, bem como as discussões no âmbito mundial em relação à urgência nas mudanças da lógica instituída. Seria desse modo, a institucionalização jurídica da cesárea sendo continuada durante sua desinstitucionalização. Isso ratifica os argumentos que utilizo na discussão dos elementos intrínsecos em relação aos nascimentos no Brasil.

A Associação de Obstetrícia e Ginecologia do Estado de São Paulo (SOGESP) se posiciona contra o referido projeto sob a justificativa de ausência de evidência científica e o estímulo de taxas indiscriminadas de cesáreas que podem trazer riscos à mãe e ao bebê. Por outro lado, o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP) defende o projeto sob a alegação da garantia da autonomia da mulher no SUS (defendem que isso é garantido nos serviços privados). Isso confirma que o projeto, de modo imprudente, se ampara numa bandeira feminista pela autonomia da mulher.

¹²⁸ Sugiro a leitura da matéria que trata sobre o projeto: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2019/06/sem-evidencia-projeto-pro-cesarea-no-sus-vai-a-votacao-em-sp.shtml>

A luta por práticas humanizadas no parto, seja por via vaginal ou cesariana, deve ocorrer em todos os campos, mas é lúcido reconhecer que a permanência de uma perspectiva frágil de atenção à mulher e ao bebê, marcada por excessivas intervenções, deficiência na preparação para o parto, ações que priorizam o funcionamento dos serviços e que desqualificam os anseios da mulher vão, no final das contas contribuir para a permanência de práticas controladoras e que pouco reverberam positivamente nas vivências delas.

No que envolve o processo organizativo dos estabelecimentos de saúde (e as práticas implementadas pelos que aí atuam), há de se considerar que influencia no contexto dos dois países. Na França, a sage-femme se divide em várias salas de parto. Esse profissional que lá está para acompanhar a mulher se vê numa demanda de administrar o processo. Isso reforça o lugar central ao profissional, pois é quem utiliza a técnica. Consequentemente pode provocar facilmente a desvalorização do protagonismo da mulher nesse processo e o excesso de intervenções médicas.

Relata que na França uma sage-femme se divide em várias salas de parto. Segundo ela, efetivamente isso deve extremamente frustrante, pois a profissional está lá exatamente para acompanhar a mulher, o percurso da maternidade e do nascimento e se vê, portanto, sob um trabalho extremamente administrativo (Relato entrevista individual/PRO/FRA/02).

...e aí a gente chamou a sage-femme e chegou uma médica. Ela falou: “olha, todas as sage-femmes estão ocupadas agora”. Ela estava no plantão para qualquer cesárea, na verdade, né? Ai ela falou: “mas, bom eu sei fazer parto, né? Então eu vou começar, eu vou fazer então...” aí ela começou o meu parto (MÈRE/FRA/03).

você pediu a ela para fazer uma posição que ela não estava acostumada... (PÈRE/FRA/02).

Ela perguntou... “tem alguma posição que você queira fazer?” e aí eu falei que queria de lado. Aí ela falou: “de lado? Olha, de lado, não sei não, hein? Eu nunca fiz de lado...” (MÈRE/FRA/03).

A última fala descrita reforça essa incoerência entre a resposta aos desejos da mulher e as técnicas profissionais de diferentes categorias. O profissional médico, o qual habitualmente

não assume partos vaginais no contexto francês, demarca/induz seu modo de operar no momento exato do parto, num ato que já era assustador para a mulher em questão (por tratar de uma brasileira que vai dar a luz num país diferente do seu), acaba por aniquilar a sua autonomia, instala mais tensão seja na própria mulher, como no seu marido presente no momento. Seria, como afirma Delory-Momberger (2001), o sujeito não cessando de se instituir como sujeito, pois é um objeto incessante de sua própria instituição.

As práticas profissionais participam, portanto, das transformações institucionais ligadas às políticas. Num contexto mundial, a NGP implanta gradativamente uma lógica com foco em resultados, a qual vai invadir os mais diferentes campos: social, econômico, educacional, pesquisa, saúde e outros.

A saúde materno-infantil brasileira tem sido foco de crítica de diferentes perspectivas de pesquisa, sobretudo com indicadores quantitativos. Isto se constitui, num primeiro momento, como resultado das iniquidades sociais e de gênero marcantes no Brasil e pela organização do sistema de saúde brasileiro, os quais refletem na atuação de profissionais. Tais práticas, por sua vez, têm sido questionadas pelos movimentos sociais e grupos contra a violência em saúde que questionam também o processo formativo. Em relação aos movimentos de luta reconheço a existência de desdobramentos positivos. Sobre isso, por exemplo, posso citar o despacho ministerial oriundo inclusive das pressões da classe médica brasileira sobre o não uso do termo “violência obstétrica”. Isso se desdobrou em um debate na sociedade, incluiu o Ministério Público e o MS voltou atrás reconhecendo o direito legítimo da mulher usar o termo que melhor represente sua vivência no parto (CHANGE.ORG, 2019).

É possível constatar, a partir do que se evidenciou nos três eixos, que a complexidade está disposta em todos os campos da instituição. A instituição não se reduz a seus instituídos, nem a saúde materno-infantil. Ela se transforma pela invenção de novas práticas, novos dispositivos e, muitas vezes, na renovação de indicadores organizacionais. Existe uma luta para se manter viva e, no processo permanente de institucionalização, algumas contradições ficam explícitas, enquanto outras permanecem ocultas. Minha intenção foi bucar dar-lhes visibilidade!

CONSIDERAÇÕES SOBRE A TERCEIRA PARTE

A terceira parte da presente tese se delinea pela apropriação dos dados produzidos e o delineamento de minha argumentação sobre a transformação das forças sociais em formas sociais, ou seja, o processo de institucionalização e desinstitucionalização do nascimento por cesariana propriamente dito em articulação com os elementos educativos e de saúde.

Os nascimentos por via cesariana foram discutidos diferentemente nos dois países, mas demarcam pontos interessantes em relação, por exemplo, à condição feminina. Face à medicalização, que é igualmente construída no social, mulheres demandem por um nascer naturalizado como ora parto natural, ora cesáreo. O reconhecimento e a comprovação, pelos elementos apreendidos na tese, das potencialidades em que os discursos e práticas dos profissionais envolvidos (frequentemente amparados na ideia de promoção da segurança) na assistência à mulher são muito importantes para a leitura crítica aqui dessas práticas. Nesse processo, estar atento para o apontado em relação à formação dos profissionais, as orientações fornecidas às mulheres, concepções naturalizadas, foi especialmente relevante para o entendimento do contexto da articulação da saúde e educação na saúde materna.

Finalmente, a sustentação ofertada pelo referencial da sócio-clínica institucional dos fenômenos, os quais me esforcei em ofertar maior visibilidade no eixo 3, emergiu a autoreferencialidade, resistências, pela evidencia dos elementos que que as realidades desses países se interrogam entre si, bem como a problematização sobre a força de transformação das instituições, essas foram reveladoras do grau de densidade da temática. Além disso, eu enquanto pesquisadora pude reconhecer como a minha sobreimplicação em relação à temática pode fragilizar o processo analítico. Apesar disso, reconhece-la é/foi/será libertador, pois reforça a relevância de nos autorizar a escrever e criticar, bem como receber críticas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na presente tese tratei sobre o processo de transformação que o parto sofreu ao longo dos anos a partir da passagem de evento social para evento fisiopatológico. A institucionalização e a desinstitucionalização, em seu caráter mutante, confirma que não se trata do fim da instituição, mas a marca de uma crise (na desinstitucionalização algo se institucionaliza).

Nesse percurso me baseei nos eixos analíticos: Nascimento por cesariana: um analisador da condição feminina face à medicalização; nascimento por cesariana: um analisador das práticas e discursos profissionais e nascimento por cesariana: um analisador da institucionalização do nascimento. Abordei como a cesárea é reconhecida pelas mulheres brasileiras e francesas, os elementos que cruzam esse reconhecimento e sustentam o pensamento sobre o parto. A discussão sobre a condição feminina permite uma melhor compreensão desse processo, pois envolve o contexto muito além do parto em si, solicita o entendimento do lugar da mulher na sociedade em questão. A cultura aparece, por sua vez, como elemento definidor das práticas voltadas às mulheres. Dito isso, é importante compreender que não são as ações violentas ou não violentas que criam a cultura, mas o contrário. A cultura vai possibilitar a aceitação em diferentes níveis, por parte da sociedade (e das próprias mulheres), dos contextos em que vivem.

O nascimento como analisador das instituições saúde materno-infantil e a educação no âmbito da saúde, tomado como ponto de partida para a condução do presente estudo, confirma a peculiaridade pulsante pela atuação de forças diversas. A sociedade está em constante mudança, as quais são produzidas por fatores variados. Dessas mudanças surgem solicitações as quais desafiam, algumas vezes, o funcionamento habitual dos sistemas envolvidos.

A profecia inicial da institucionalização da cesariana é marcada pela promessa da segurança depositada nas mãos dos profissionais, na ocorrência de um parto sem dor e a promessa de uma vagina intacta. É sabido que tais expectativas falharam, mesmo que isso não garanta a extinção da ocorrência das intervenções no parto. Trata-se de um processo institucional (e não racional) em que a questão é a manutenção do poder medical.

Em seu processo de institucionalização, em linhas gerais, o parto cesariano passa a ser conduzido pelos saberes práticos invasivos (inclusive àqueles dispensáveis e iatrogênicos), que garantem comodidade, lucro ao profissional e a indústria farmacêutica. São, de certa maneira, naturalizados e refletem nos desdobramentos: vulnerabilidade da mulher e do bebê

frente ao processo cirúrgico em si, dificuldade na implementação de cuidados humanizados, submissão da gestante e bebê às rotinas rígidas.

O Brasil e a França, nas suas especificidades, demarcam realidades ora com marcas de avanços, ora de retrocessos em relação: às ações de saúde implementadas, às lógicas que organizam essas ações na prática profissional e, ao mesmo tempo, em suas capturas no processo. É preciso pensar nas forças de manutenção do instituído atuantes nesse institucionalizar-se/desinstitucionalizar-se, pois na reflexão se podem localizar quais são os limites do controle institucional sobre as pessoas. As resistências, advindas de diferentes origens, se organizam e provocam interferências no funcionamento das instituições. A aparente resistência dos profissionais, por exemplo, em refletir sobre suas práticas é algo que resulta das capturas implantadas na lógica social na ilusão de um cuidar concretizado pelo poder do saber científico, pela garantia de uma ideia induzida de segurança desenhada sobre interesses diversos. As mulheres, da mesma maneira, tentam resistir às práticas instituídas, seja pela adoção de planos de parto, na decisão de viver um parto domiciliar, na adoção de condutas que transgridam ao roteiro instituído pelos profissionais (e pela rede assistencial instituída) e ainda no fortalecimento de movimentos sociais. É indispensável reconhecer que as experiências marcadas por violências sistêmicas vigoram de modos diferentes nos mais diversos campos: social, político, cultural e econômico e são reflexos das desigualdades historicamente contruídas.

Em relação à realidade dos nascimentos no Brasil é de profunda relevância lembrar-se de que somos o desdobramento de uma colonização que teve como base as relações racializadas com 388 anos sob um regime de escravidão legal contra 131 anos fora desse regime (legal). Ainda na linha de existência do país, no período republicano, vivenciou duas ditaduras, fatos estes que refletiram (e refletem até os dias atuais) na realidade das violências infligidas (e legitimadas legalmente) contra as mulheres. Esses fatos demarcam, ao mesmo tempo, lugares de desigualdade entre pessoas, inclusive entre homens e mulheres na sociedade. Em relação às mulheres brasileiras, dados apontam que ocorre 01 estupro a cada 11 minutos, 01 mulher é assassinada a cada 02 horas, 503 mulheres são vítimas de agressão a cada hora e existem 05 espancamentos a cada 02 minutos.

Diante desses fatos, a criação de normas internacionais é justificada e demonstra sua importância para a minimização desse problema, mas funcionam melhor se conjugadas com leis nacionais operantes e sensíveis às questões que envolvam violências e desigualdades no país de modo que sensibilize os homens também na luta pela cultura de violência produzida por eles e pelo Estado (em suas formas institucionais). Pensar no protagonismo da mulher

como categoria que valorize as ações educativas, sua autonomia econômica e financeira seria um passo importante nesse caminhar. Somado a isso, sensibilização no que envolve a equidade no trabalho (doméstico ou remunerado) (AGÊNCIA PATRÍCIA GALVÃO, 2019).

Os embates resultantes desse encontro dos espaços do comum provoca a análise das práticas profissionais, mas é necessário reconhecer que o saber também tem potencial para o silenciamento do mesmo modo que a representação de quem fala no grupo também silencia. Trata-se de uma luta contra as tensões que advém das “imposições universalizadoras do Estado”. Isso quer dizer que nossos sentimentos, emoções e ideias são, de alguma maneira, comandadas por ele. Assim, os desejos do Estado não são revelados como ordens, mas que provocam respostas da sociedade por compreender (as ações do Estado) como favores ao que é legitimado como permitido, tolerado, imposto ou proibido. Nesse processo o princípio da equivalência é estimulado pelo próprio Estado e desdobra-se no movimento em que cada força social busca seu reconhecimento pela adoção de elementos próximos aos propostos pelas instituições (LOURAU, 1978). As cesarianas “por solicitação das mulheres”, por exemplo, devem ser incessantemente interrogadas, afinal o desejo dessas mulheres é, como revelado ao longo da presente tese, construído com a contribuição de elementos como medo, insegurança ou busca de condições dignas de assistência. Pode ser compreendida como uma resistência ao imaginário construído de um parto doloroso, violento e desassistido.

No que envolve o sistema de saúde brasileiro apreende-se que não assegura o parto enquanto vivência para a mulher e família, o que reflete na realidade do país em relação aos nascimentos: número de cesárias, indicadores de mortalidade materna e infantil. O sistema de saúde francês, por sua vez, conduzido por outra lógica organizacional, parece assegurar esses partos, mas ao mesmo tempo revela estar desgastado pelo privilégio do lucro, da eficiência das ações e da racionalização das práticas. Associado a isso existem os outros elementos intrínsecos no funcionamento da instituição que delineiam o formato de cada país: noção de direitos da mulher, violência contra a mulher, discussão em relação aos marcadores de opressão de raça, gênero, sexualidade e classe social.

O protocolo de cesariana na França assume a lógica de um procedimento cirúrgico. Desse modo, conforme aponta Koninck (1990) a especialização progressiva da medicina favorece a transição da etapa da medicalização para a cirurgicalização. Isso não significa necessariamente que os profissionais aceitam facilmente essa tendência, mas são engolidos por ela. Assim as normas organizacionais são constituídas pela separação das mulheres dos seus acompanhantes e dos bebês, o que provoca muita frustração a elas. O parto cirúrgico é

vivenciado como um ato violento, que provoca pânico nas mulheres e compreendido como uma falha pela mulher também em virtude desse processo.

Outro elemento marcante para muitas francesas está na sensação de passividade seja pela posição em que a mulher é colocada no parto, na manipulação do seu corpo pelos profissionais ou na privação das sensações. Esses desdobramentos existentes na França interrogam a realidade brasileira marcada pela naturalização dos procedimentos que privam a autonomia da mulher. Nesse sentido, a realidade francesa, em relação ao nascimento por cesariana, é interrogada sobre as práticas desenvolvidas, sobretudo, na preparação da mulher, nos elementos que contribuem para a construção da noção (e desejo) do desfecho do parto e a influência das práticas e discursos profissionais nesse processo. O momento da intervenção cesárea promove uma espécie de falha psicológica que faz com que as mulheres francesas cedam às orientações dos profissionais. Da mesma maneira, a desinformação em relação ao que será feito (seja intervenção cesariana ou mesmo vaginal) promove a aceitação de quase tudo que é proposto pelo profissional. Isso reflete exatamente nas ações de tutela do corpo da mulher por eles, o que existe já em seu processo de formação profissional¹²⁹.

É importante destacar ainda a existência da “cesariana ativa (cesariana natural)” que é, mesmo que ainda de modo superficial, evocado pelos profissionais franceses e provoca o debate em relação à lógica de uma assistência que considere, mesmo dentro das limitações impostas pelo centro cirúrgico, a garantia da autonomia e protagonismo da mulher no parto. O procedimento técnico é parecido com o procedimento de uma intervenção cesariana clássica, porém a extração do bebê é realizada de modo que a mãe possa vê-lo/senti-lo nascer e, então, numa certa medida, participar ativamente desse momento (BRIEX, 2015). Salienta-se que tal temática, no processo da pesquisa, não foi discutido no Brasil, país que realiza um grande número de procedimentos cesarianos. Diante do exposto, ampliar a discussão criticamente em relação à cesariana ativa, nos dois países, contribuiria para o aprofundamento das questões em relação às práticas profissionais, a autonomia da mulher e suas relações com o profissional.

Na preparação para o parto comprovou-se a existência de uma assimetria entre esse momento e o parto em si. O fato é que as organizações são aparelhos vivos de produção que são permeadas por linhas de forças, como discutido ao longo da presente produção. Por isso, a problematização do processo do trabalho em saúde em geral, inclusive no âmbito materno-infantil, é necessária pela análise das práticas, pelo aprofundamento e tentativa de entendimento da existência entre o praticado e o cuidado produzido. Mais do que isso, o

¹²⁹ Sugiro a leitura do trabalho do médico francês que trata, entre outras coisas, do excesso de intervenções nas mulheres. <http://www.martinwinckler.com/spip.php?article1127>

reconhecimento de que esses espaços são permeados pelas diferenças e disputas ao invés da romantização e reivindicação por um ambiente harmonioso em sua constituição. Está evidente que as estratégias de resistências são também resultado dessa assimetria, o que confirma que os usuários possuem estratégias para desviar as redes instituídas, sendo assim criadores de suas próprias redes. Sendo assim, há uma questão em relação à temática: para que há a necessidade de educação? Qual seu sentido? Há de se considerar a existência, seja na França ou no Brasil, de caráter morto da informação propagada, vazia de sentido para muitas mulheres e casais, e de uma educação alienizadora, que aparentemente privilegia a adequação aos processos organizativos e normatizadores dos estabelecimentos. Isso se desdobra/desdobrará em algum resultado: as epidemias de cesáreas x incentivo ao parto vaginal, a excessiva manipulação dos corpos x adoção de planos de parto, o silenciamento das necessidades da mulher x criação de novas (e modernas) necessidades, negligenciamento dos saberes x garantia de direitos travestidos em uma autonomia da mulher e outros possíveis nessa seara grávida de possibilidades.

Diante desse contexto de vivências, cabe refletirmos sobre o caráter ativo da mulher e suas potencialidades. A progressão ou regressão disso vai estar em sintonia com o impregnar do processo de tornar cada vez mais medicalis as ações de saúde. Somado a isso, a lógica liberal atua duramente “dobrando” aos seus interesses as instituições evidenciadas. Ao afirmar isso, reconheço que as minhas implicações estão aqui impregnadas (e sobreimplicações também). Entretanto, não se pode negar que o domínio institucional exerce também uma força sobre o trabalho. Talvez por esse motivo ocorram as violências, as crises de identidade dos trabalhadores da saúde e adoção dos mecanismos de resistência. Essa expressão de resistência se concretiza nos discursos e práticas (seja numa esfera individual ou psicológica) que refusam aderir aos valores coletivos. Outra maneira se dá, no Brasil, pela judicialização das ações o que incita os médicos a agirem de modo a evitá-las e se situa como uma garantia de que as prescrições sejam seguidas.

Proponho novos estudos que valorizem as questões relacionadas ao fato de que o parto cesariano está frequentemente associado às questões individuais. Saliento a amplitude da discussão, a qual segue por âmbitos muito mais vastos (e não atingidos aqui neste estudo) como as relacionadas às mulheres negras, pobres, pessoas que vivem em “vazios assistenciais”, que vivem no sistema penitenciário, gestantes de fertilização in vitro, mulheres homossexuais e outros. Urge, diante do exposto, um esforço para se entender a saúde enquanto produção de vida e pensar as práticas profissionais como motores instituintes, o que poderia ser potente no processo de transformação dessas práticas.

É possível perceber, a partir do evidenciado nos três eixos discutidos na tese, a complexidade presente em todos os domínios das instituições estudadas. Elas não são reduzidas aos seus instituídos. Ela é transformada pela chegada de novas práticas, novos dispositivos e, frequentemente, pela renovação dos “indicadores organizacionais”. Existe uma luta para que seja mantido o instituído do nascimento por cesariana (como confirmado na aprovação de decretos no Brasil) em face de um instituinte (que se sustenta ns movimentos sociais, na tomada de consciência em relação à instituição saúde) que desdobra no processo de institucionalização. No início da presente pesquisa de doutoramento, eu estudava a institucionalização do nascimento por cesariana até então dominante no Brasil. Algum período após foi perceptível o delineamento de um processo de desinstitucionalização, o qual está no centro do meu trabalho em relação ao caso brasileiro. Sendo assim, nesse processo de institucionalização/desinstitucionalização, contradições tornam-se explícitas e outras permanecem escondidas.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. A agência reguladora de planos de saúde do Brasil. **Orientações às gestantes**. 2019. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/prevencao-e-combate/orientacoes-as-gestantes>> Acesso em: 07/05/2019.

AGÊNCIA PATRÍCIA GALVÃO. **Violência contra as mulheres em dados**. [internet]. 2019. Disponível em: <<https://dossies.agenciapatriciagalvao.org.br/dados-e-fontes/>> Acesso em: 28/082019.

ALMEIDA FILHO, N. Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.26, n.12, p.2234-2249, 2010. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010001200003>.

ALMEIDA, P.; FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. **Rev. Panam Salud Publica**, v.29, n.2, p.84-95, 2011.

ALONSO, B. D. et al. Caesarean birth rates in public and privately funded hospitals: a cross-sectional study. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.51, n.101, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2017051007054>.

ALTOÉ, S. René Lourau: a Análise Institucional como cultura e generosidade. **Mnemosine**, v.3, n.2, p. 298-302, 2007.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA. **Especial Abrasco sobre o aumento da mortalidade infantil e materna no Brasil**. ABRASCO online. 2018. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/institucional/especial-abrasco-sobre-o-aumento-da-mortalidade-infantil-e-materna-no-brasil/36777/>> Acesso em: 20/01/2019.

BADINTER, E. **Um amor conquistado**: o mito do amor materno. São Paulo: Círculo do Livro, 1980.

BARROS, F. C. et al. Caesarean sections and the prevalence of preterm and early-term births in Brazil: secondary analyses of national birth registration. **BMJ open**, v. 8, n. 8 e021538, 2018. DOI: [10.1136/bmjopen-2018-021538](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-021538).

BASAGLIA, F. O. **Scritti**: 1968-1980 (vol. 2). Torino: Giulio Einaudi. 1982.

BEAUVOIR, S. **O segundo sexo**: a experiência vivida. Trad. Sérgio Milliet. 3ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2016.

BEAUVOIR, S. **O segundo sexo**: fatos e mitos. Trad. Sérgio Milliet. 3ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2016.

BELLEGARDE, P. Institutionnalisation, Implication, Restitution: Théorisation d'une pratique associative. **L'Homme et la société**, n.147, p. 95-114, 2003/1.

BENAROUSSE, E. Fermeture des maternités : la proximité n'est pas un gage de sécurité. **Le journal des femmes**. 2019. Disponible sur:

<<https://www.journaldesfemmes.fr/maman/grossesse/2439058-fermeture-des-maternites-agnes-buzyn/>> Accès en: 13/05/2019.

BERTILLON, J. Du degré d'efficacité de la loi du 23 décembre 1874 (loi Théophile Roussel). **Journal de la société statistique de Paris**, v.43, p. 325-342. 1902. Disponible sur:

<http://www.numdam.org/article/JSFS_1902__43__325_0.pdf> Accès en: 22/03/2019.

BÉTRAN, A. P. et al. Interventions to reduce unnecessary caesarean sections in healthy women and babies. **The Lancet** v.392, p.1358-1368, 2018. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31927-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31927-5).

BLONDEL, B.; KERMARREC, M. **Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003**. 2011.

Disponible en: <http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les_naissances_en_2010_et_leur_evolution_depuis_2003.pdf> Accès en: 01/02/2017.

BODSTEIN, R. Atenção Básica na agenda à saúde. **Ciências e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.7, n.3, p. 401-412, 2002.

BOERMA, T. et al. Global epidemiology of use of and disparities in cesarean sections. **The Lancet**. v.392, p.1341-1348, 2018. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31928-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31928-7).

BOURDIEU, P. **La domination masculine**. Liber : Paris, 1998.

BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro: Editora Bertrand, 1989.

BOUSSARD, V. Travail d'organisation gestionnaire des cadres et mutation des entreprises publiques. **La nouvelle revue du travail**, [En ligne], 2 I 2013, mis en ligne le 30 mars 2013 : <http://nrt.revues.org/845> (consulté le 30 mars 2013).

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de educação popular e saúde**. Brasília: DF, 2007.

BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>.

BRASIL. DATASUS. **Indicadores de Mortalidade**. Taxa de Mortalidade infantil. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/c01b.htm>> Acesso em: 05/01/2019.

BRASIL. DATASUS. Sistema de informações sobre nascidos vivos. **Nascimentos por residência da mãe por tipo de parto**. 2019. Disponível em:

<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>> Acesso em: 30/08/2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde**. Financiamento da Saúde: novos desafios. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ofício nº 017/19 – JUR/SEC** referente à solicitação de posicionamento deste Ministério quanto ao uso do termo “violência obstétrica”. 2019. Disponível em:

<https://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&codigo_veri>

[ficador=9087621&codigo_crc=1A6F34C4&hash_download=3a1a0ad9a9529cf66ec09da0eaa100f43e3a71dadcb400a0033aeade6e480607ee223e8f2fb1395ed3ce25c6062032968378cd9f7a37a4dc6dfb5a3aa708709d&visualizacao=1&id_orgao_acesso_externo=0](https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/comunicacao/imprensa/comunicado-saude/2019/05/13/comunicado-saude-13052019)> Acesso em: 13/05/2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. PAISM: **Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher**. Ministério da Saúde, 1984. *Jornal da Rede Feminista de Saúde*, 28, 2006.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Partos podem ser realizados em qualquer hospital ou maternidade do SUS. 2017. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/noticias/saude/2011/10/partos-podem-ser-realizados-em-qualquer-hospital-ou-maternidade-do-sistema-unico-de-saude>> Acesso em: 10/05/2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 569** de 01 de junho de 2000. Estabelece princípios e diretrizes para a estruturação do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento. Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 569** de 01 de junho de 2000. Estabelece princípios e diretrizes para a estruturação do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento. Brasília: DF, 2000a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 11** de 07 de janeiro de 2015. Redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento, em conformidade com o Componente PARTO E

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.761** de 19 de novembro de 2013. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html> Acesso em: 10/10/.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Humanização do Parto e do nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Criança**: o que é, cuidados, políticas, vacinação, aleitamento. 2019. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/crianca>> Acesso em: 09/04/2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Coordenação Geral de Informação e Análise Epidemiológica. **Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do comitê de prevenção do óbito infantil e fetal**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal**: versão resumida [recurso eletrônico]. Brasília: DF, 2017.

BRESSER-PEREIRA, L. C. Da administração pública burocrática à gerencial. In: BRESSER-PEREIRA, L. C.; SPINK, P. K. **Reforma do Estado e Administração Pública Gerencial**. Fundação Getúlio Vargas, p. 237-270, 2007.

BRIEX, M. Césarienne naturelle. **Spirale**, v.76, n.4, p.86-89, 2015. DOI: <https://doi.org/10.3917/spi.076.0086>

BRUZADELI, D. S.; TAVARES, B. B. Expectation about childbirth type and the knowledge of the caesarean reason: comparison between puerpera adolescent and adult. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet], v.12, n.1, p.150-7, 2010. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/v12n1a18.htm>.

CAHEN, F. Le gouvernement des grossesses en France (1920-1970). **Revue d'histoire de la protection sociale**. v.7, n.1, p.34-57, 2014. Disponível em: <https://www.cairn.info/revue-d-histoire-de-la-protection-sociale-2014-1-page-34.htm>> Acesso em: 15/05/2019.

CAMPOS, G. W. S. Public health and collective health: field and core area for knowledge and practice. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.2, n.5, p.219-230, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n2/7093.pdf>> Acesso em: 02/09/2019.

CASTRO, M. et al. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. **The Lancet**. 2019. DOI : [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31243-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31243-7).

CECCIM, R. B. Permanent Education in the Healthcare field: an ambitious and necessary challenge. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v.9, n.16, p.161-77, 2004/2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a13.pdf>> Acesso em: 02/08/2019.

CENTRAL INTELLIGENCE AGENCY. **The World Factbook**. 2019. Disponível em: <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/>> Acesso em: 30/04/2019.

CENTRE DES LIAISONS EUROPEENNES ET INTERNATIONALES DE SECURITE SOCIALE (Cleiss). **Systèmes Nationaux de sécurité sociale – travailleurs salariés**. Disponible sur: https://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime_france0.html> Accès en: 21/03/2019.

CÉSARINE ASSOCIATION. **Évolution des taux de césarienne**. 2015. Disponible en: http://www.cesarine.org/avant/etat_des_lieux.php> Accès en: 01/02/2017.

CHANGE.ORG. Mulheres se unem na web contra violência obstétrica no Brasil. **CartaCapital**, 26 de jul de 2019. Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/blogs/change-org/milhares-se-unem-na-web-contra-violencia-obstetrica-no-brasil/>> Acesso em: 01/09/2019.

CODE DE SANTÉ. **Décret n° 92-143** du 14 février 1992 relatif aux examens obligatoires prénuptial, pré et postnatal. 1992. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=8A13FDDCB88F7775903EAE545502CE69.tplgfr41s_2?cidTexte=JORFTEXT000000540419&dateTexte=19920216> Acédée en: 10/05/2019.

COLLUCI, C. Estado de São Paulo registra recorde histórico de mortalidade materna. **Jornal Folha de São Paulo**, São Paulo, 29 jun 2019. Disponível em:

<<https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2019/06/estado-de-sp-registra-recorde-historico-de-mortalidade-materna.shtml>> Acesso em: 31/08/2019.

COLLUCI, C. Mortalidade materna sobe, e Brasil já revê meta de redução para 2030. **Jornal Folha de São Paulo**, São Paulo, 13 ago 2018. Disponível em:

<<https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2018/08/mortalidade-materna-sobe-e-brasil-ja-reve-meta-de-reducao-para-2030.shtml>> Acesso em: 31/08/2019.

CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES SAGE-FEMMES. **Histoire**. 2019. Disponible sur: <<http://www.ordre-sages-femmes.fr/>> Acèdée en: 29/03/2019.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **CFM apoia MS em decisão sobre o termo violência obstétrica**. 2019. Disponível em:

<http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=28210:2019-05-09-18-50-35&catid=3> Acesso em: 14/05/2019.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 1.627/2001**. 2001. Disponível em: <<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2001/1627>> Acesso em 07/05/2019.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 2.171** de 08 de janeiro de 2017. Regulamenta e normatiza as Comissões de Revisão de Óbito, tornando-as obrigatórias nas instituições hospitalares e Unidades de Pronto Atendimento (UPA). 2017. Disponível em:

<<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2017/2171>> Acesso em: 09/05/2019.

COSTA, A. M. Política de Saúde Integral da Mulher e Direitos Sexuais e Reprodutivos. In: GIOVANELLA, L. (Orgs.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, p. 979-1009, 2012.

COVA, A. Où en est l'histoire de la maternité ? **Clio. Histoire, femmes et sociétés** [En ligne], 21 | 2005, mis en ligne le 01 juin 2007, Disponible en: <<http://journals.openedition.org/cli/1465>> Accès em: 04/12/2018.

CURSINO, T.P.; BENINCASA, M. Parto domiciliar planejado no brasil: Uma revisão sistemática nacional. **Ciência & Saúde Coletiva** [periódico na internet], 2018. Disponível em: <<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/parto-domiciliar-planejado-no-brasil-uma-revisao-sistematica-nacional/16924?id=16924&id=16924>> Acesso em: 02/09/2019.

DASSO-JÚNIOR, A. E. “NOVA GESTÃO PÚBLICA” (NGP): a teoria de administração pública do estado ultraliberal. In: BRESSER-PEREIRA, L. C.; SPINK, P. K. **Reforma do Estado e Administração Pública Gerencial**. Editora: Fundação Getúlio Vargas, 2007.

DAVIS-FLOYD, R. E. The technocratic model of birth. **The Journal of American Folklore**, v.100, n.398, p. 479-495, Folklore and Feminism (Oct. - Dec., 1987). Disponível em: <<http://www.davis-floyd.com/wp-content/uploads/2016/10/Davis-Floyd-1987-The-Technological-Model-of-Birth.pdf>>. Acesso em: 01/02/2017.

DAVIS-FLOYD, R. E. The Technocratic, Humanistic, and Holistic Models of Birth . **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v.75, n. supplement 1, p. S5-S23, 2001. Disponível em: <<http://www.davis-floyd.com/wp-content/uploads/2017/02/Davis-Floyd-2001-The-Technocratic-Humanistic-and-Holistic-Models-of-Birth.pdf>> Acesso em 04 julho 2019.

DAVITIAN, C. et al. Continuous medical evaluation in a gynaecological and obstetrical unit: Our experience about scheduled caesarean. **J Gynecol Obstet Biol Reprod** (Paris), v.39, n.1, p.73-79, 2010. DOI: 10.1016/j.jgyn.2009.09.011.

DELORY-MOMBERGER, C. L'insitutionnalisation ou la « fabrique » du sujet. **Les cahiers de l'implication**, n.4, p.87-95, 2000/2001.

DI SADA, D. Le moment Agon. **Les cahiers de l'implication**, n.4, p.29-34, 2000/2001.

DI VITTORIO, P. Gestion ou révolution. L'expérience de Franco Basaglia, entre critique et politique. **Sud/Nord**, v. 25, n. 1, p. 85-96, 2010. DOI: <https://doi.org/10.3917/sn.025.0085>.

DINIZ, C. S. G. et al. A vagina-escola: seminário interdisciplinar sobre violência contra a mulher no ensino das profissões de saúde. **Interface** (Botucatu) [online], v.20, n.56, pp.253-259, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0736>.

DINIZ, D.; CARINO, G. Violência obstétrica, uma forma de desumanização das mulheres. **El País Brasil**. 2019. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2019/03/21/opinion/1553125734_101001.html> Acesso em: 13/05/2019.

DOMINGUES, R. M. S. M. **Acompanhantes familiares na assistência ao parto normal: a experiência da Maternidade Leila Diniz**. 2002. Dissertação (Mestrado em 2002). Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.30, supl.1, p.S101-S116, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01/02/2017.

DONZELOT, J. **A Polícia das famílias**. Trad. M. T. da Costa Albuquerque. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1980.

DUBESSET, M.; THEBAUD, F. Entretien avec Yvonne Knibiehler. **Clio**. Histoire, femmes et sociétés [En ligne], 21 | 2005, mis en ligne le 01 juin 2007. DOI : 10.4000/clio.1707.

DURKHEIM, E. **As regras do método sociológico**. 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

ENGELS, F. (1820-1895) **A situação da classe trabalhadora na Inglaterra**. São Paulo: Boitempo. 2010.

ENTRINGER, A. P.; PINTO, M. F. T.; GOMES, M. A. S. M. Análise de custos da atenção hospitalar ao parto vaginal e à cesariana eletiva para gestantes de risco habitual no Sistema Único de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.24, n.4, p.1527-1536, 2019. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000401527&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04/07/2019.

ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ. **La naissance**: caractéristiques des accouchements. 2016. Disponível em: <<http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche28-2.pdf>> Accès en: 01/02/2017.

FAISAL-CURY, A. The relationship between indicators of socioeconomic status and cesarean section in public hospitals. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.51, n.14, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102017000100212&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03/08/2019.

FALKENBERG, M. et al. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, n.19, v.3, p.847-852, 2014.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. **Organização Mundial da Saúde (OMS) lança 56 recomendações para tentar diminuir as cesáreas**. 2018. Disponível em: <<https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/402-organizacao-mundial-da-saude-oms-lanca-56-recomendacoes-para-tentar-diminuir-as-cesareas>> Acesso em: 12/04/2018.

FEUERWERKER, L. C. M. A produção do SUS como política. **Os modos de fazer política marcando a produção do SUS**. In: MERHY, E. E.; BADUY, R. S.; SEIXAS, C. T.; ALMEIDA, D. E. S.; SLOMP-JÚNIOR, H. Avaliação Compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. 1ª. Ed. Rio de Janeiro: Hexis, 2016.

FIOCRUZ. Pense SUS. **Universalidade**. 2019. Disponível em: <<https://pensesus.fiocruz.br/universalidade>> Acesso em: 31/08/2019.

FIORETTI, B.T.S. et al. Googling caesarean section: a survey on the quality of the information available on the Internet. **BJOG**, v.122, n.5, p.731–739. 2014. DOI: 10.1111/1471-0528.13081.

FIORI, J. L. Estado de bem estar social: padrões e crises. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.7, n.2, p.129-147, 1997. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/physis/1997.v7n2/129-147/pt>> Acesso em: 04/07/2019.

FONSECA, M. A. **Entre a vida governada e o governo de si**. In: JÚNIOR, D. M. A.; VEIGANETO, A.; FILHO, A. S. Cartografias de Foucault. Belo Horizonte: Editora Autêntica, 2011.

FORTUNA, C. M. et al. A socioclínica institucional como referencial teórico e metodológico para a pesquisa em enfermagem e saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 26, p.e2950017, 2017.

FORTUNA, C. M. et al. Movimentos da educação permanente em saúde, desencadeados a partir da formação de facilitadores. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.19, n.2, p.411-420, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000200025&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02/09/ 2019.

FORTUNA, C. M. et al. A análise de implicação de pesquisadores em uma pesquisa-intervenção na Rede Cegonha: ferramenta da análise institucional. **Cad. Saúde Pública** [online], v.32, n.9, e00117615, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00117615>.

FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro/São Paulo: PAZ&TERRA, 2018.

FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir**. Petrópolis: Vozes, 1977.

FRANÇA. **Loi n° 2005-706 du 27 juin 2005 relative aux assistants maternels et aux assistants familiaux**. Disponible sur:

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=282BB7B4BB3B7C855DB119BBEF187DD.tplgfr35s_2?idSectionTA=LEGISCTA000006125171&cidTexte=JORFTEXT000000812591&dateTexte=20050629> Acédée en: 10/01/2019.

FRANCE. Santé Publique France. **5 e rapport de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM) 2010-2012**. 2017. Disponible sur: <http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2017/11/5e_rapport_morts_maternelles_france_mieux_comprendre_mieux_p_revenir_2010-2012.pdf> Acédée en : 31/08/2019.

FREIRE, N. C. et al. Parto normal ou cesárea? A decisão na voz das mulheres. **Revista Baiana de Enfermagem**, v.25, n.3, 2011. DOI: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v25i3.6027>.

FREITAS, P. F. et al. O parecer do Conselho Federal de Medicina, o incentivo à remuneração ao parto e as taxas de cesariana no Brasil. **Cad. Saúde Pública** [online], v.31, n.9, pp.1839-1855, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00002915>.

FRÉOUR, P. Des disparités injustifiées en Europe. **Le Figaro**. Santé. 2015. Disponible en: <<http://sante.lefigaro.fr/actualite/2015/03/09/23486-cesarienne-disparites-injustifiees-europe>> Accès en: 01/02/2017.

FRITEL, X. Outbreak of cesarean sections and fear of birth injury. **Gynécologie Obstétrique et Fertilité**, Elsevier Masson, 2015.

GAGNAYRE, R. ; D'IVERNOIS, J. F. L'éducation thérapeutique : passerelle vers la promotion de la santé. **Adsp**, n. 43, p. 12-17, 2003.

GAUDENZI, P.; ORTEGA, F. O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização. **Interface (Botucatu)** v.16, n.40, p.21-34, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832012000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27/08/2019.

GODART, N. Em 20 ans, la moitié des maternités françaises a fermé. **BFMTV**. 2019. Disponible sur: <<https://www.bfmtv.com/economie/en-20-ans-la-moitie-des-maternites-francaises-a-ferme-1629774.html>> Acédée en : 13 mai 2019

GOMES, S. C. et al. Renascimento do parto: reflexões sobre a medicalização da atenção obstétrica no Brasil. **Rev. Bras. Enferm** v.71, n.5, p.2744-2748, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0564>.

GRILO DINIZ, C. S. et al. Disrespect and abuse in childbirth in Brazil: social activism, public policies and providers' training. **Reprod Health Matters.**, v.26, n.53, p.19-35, 2018. DOI: 10.1080/09688080.2018.1502019.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica**: cartografias do desejo. 4ª ed. Petrópolis: Vozes, 1996.

GUIHARD, P.; BLONDEL, B. Factors associated with cesarean section in France. Results from the 1995 National Perinatal Survey. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*, v.30, n.5, p. 444-543, 2001.

GUILLIER, D. Comentando as noções de implicação transdução de René Lourau. Trad Maria Livia do Nascimento. **Palestra** proferida em 2003.

HAUTS-DE-SEINE. **Le Département**. 2019. Disponible sur: <<http://www.hauts-de-seine.fr/>> Acédée en: 16/04/2019.

HEIMANN, S. La césarienne sur demande maternelle : quelle est la raie demande de la mère? **Rev. Méd. Périnat**. v. 2, p.8-11, 2010.

HÉRITIER, F. **Masculin, Féminin**. La pensée de la différence. Paris: O. Jacob, 1996.

HESS, R. Do efeito Mühlmann ao princípio de falsificação: instituinte, instuído, institucionalização. **Mnemosine**, v. 3, n. 2, p. 148-63, 2007.

HESS, R. Momento do diário e diário de momentos. In: SOUZA, E. C. & ABRAHÃO, M. H. M. B.(Orgs.). **Tempos, narrativas e ficções: a invenção de si**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2006.

HEYER, L. et al. Fermeture des maternités: la restructuration de l'offre dans ce domaine est une nécessité pour préserver la qualité et la sécurité des soins. **Syndicat national des anesthésistes réanimateurs de France**. 2019. Disponible sur: <http://www.snarf.org/05_espace_presse/_pgSecondaire.cfm?id=399> Acédée en: 13/05/2019.

HOGA, L. A. K. Estágio em uma casa de parto do Japão: relato de experiência. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v.9, n.18, p.611-620, 2005. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832005000300015>.

ILLICH, I. Clinical damage, medical monopoly, the expropriation of health: Three dimensions of iatrogenic tort. **Journal of Medical Ethics** I, p.78-80, 1975. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1154459/pdf/jmedeth00176-0027.pdf>> Acesso em: 01/08/2019.

INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DES ÉTUDES ÉCONOMIQUES (INSEE). **Bilan démographique**. 2018. Disponible sur : <<https://www.insee.fr/fr/statistiques/1892086?sommaire=1912926>> Acédée en: 21/03/2019.

INSTITUT NATIONAL DE PRÉVENTION ET D'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ (INPES). **Grossesse et petite enfance**. 2019. Disponible sur: <<http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/grossesse-et-petite-enfance/index.asp>> Acédée en: 29/03/2019.

INSTITUTE NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DES ÉTUDES ÉCONOMIQUES. **Fiches santé, éducation, recherche**. 2019. Disponível sur: <<https://www.insee.fr/fr/statistiques/3902401?sommaire=3902446>> Acêdee en: 16/04/2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Brasil em síntese. **Taxa de mortalidade infantil**. 2019. Disponível em: <<https://brasilemsintese.ibge.gov.br/populacao/taxas-de-mortalidade-infantil.html>> Acesso em: 05/02/2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Canais Cidades@**. Ribeirão Preto, São Paulo. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Canais Cidades@**. Panorama Ribeirão Preto. 2019. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/ribeirao-preto/panorama>> Acesso em: 24/01/2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo demográfico brasileiro 2000**. Estimativa populacional Ribeirão Preto, São Paulo: IBGE, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Países: Brasil**. 2019x. Disponível em: <<https://paises.ibge.gov.br/mapa/ranking/brasil?indicador=77830&tema=3&ano=2017>> Acesso em: 14/04/2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Países: França**. 2019z. Disponível em: <<https://paises.ibge.gov.br/dados/franca>> Acesso em: 16/04/2019.

KNIBIEHLER, Y. **Histoire des mères et de la maternité en accident**. 9^a Ed. Paris: PUF (collection Que sais-je?), 2000.

KOETTKER, J. G. et al. Práticas obstétricas nos partos domiciliares planejados assistidos no Brasil. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v.52, e03371, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342018000100460&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02/09/2019.

KYL, S. **O sistema de ensino francês**. 2014. Disponível em: <<https://guiadoestrangeiro.com/o-sistema-de-ensino-superior-frances/>> Acesso em: 30/07/2019.

L'ABBATE, S. **A saúde coletiva como instituição: aspectos da sua trajetória**. Aula na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo. 2016. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2108902/mod_resource/content/2/Aula%20Solange%20LAbbate.PDF> Acesso em: 29/08/2019.

L'ABBATE, S. Análise Institucional e Intervenção: breve referência à gênese social e histórica de uma articulação e sua aplicação na Saúde Coletiva. **Mnemosine**, v. 8, n. 1, p. 194-219, 2012.

L'ABBATE, S. Análise Institucional e Saúde Coletiva: uma articulação em processo. In: L'ABBATE, S.; MOURÃO, L. C.; PEZZATO, L. M. (Org.). **Análise Institucional & Saúde Coletiva**. São Paulo: HUCITEC, p. 31-88, 2013.

LANSKY, S. et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.30, supl.1, p.S192-S207, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300024&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01/02/2017.

LANSKY, S. et al. The Senses of Birth intervention to decrease cesarean and prematurity rates in Brazil. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, n. 145, p. 91-100, 2019. DOI: 10.1002/ijgo.12765.

LAPASSADE, G.; LOURAU, R. Chaves da Sociologia. Rio de Janeiro: Civilização brasileira, 1971.

LE FIGARO. **Sécurité Sociale**. 2019. Disponible sur: <<http://sante.lefigaro.fr/social/sante-publique/securite-sociale/qui-cree-securite-sociale>> Acédée en: 21/03/2019.

LE RAY, C. et al. Stabilising the caesarean rate: which target population? **BJOG.**, v.122, n.5, p. 690-699, 2015. DOI: 10.1111/1471-0528.13199.

LEGUIZAMON JUNIOR, T.; STEFFANI, J. A.; BONAMIGO, E. L. Escolha da via de parto: expectativa de gestantes e obstetras. **Rev. bioét.** (Impr.), v.21, n. 3, p. 509-17, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/bioet/v21n3/a15n21v3.pdf>> Acesso em: 01/08/2019.

LESIEUR, E. et al. Teaching and performing audits on caesarean delivery reduce the caesarean delivery rate. **PLoS one**, v.13, n.8 e0202475, 2018. DOI:10.1371/journal.pone.0202475.

LINO, H. C.; DINIZ, S. G. Cuide das roupinhas que do parto cuida eu - comunicação entre profissionais e pacientes e decisões sobre a via de parto no setor privado em São Paulo, Brasil. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.** [online], v.25, n.1, p. 117-124, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.7322/JHGD.96825>.

LOURAU, R. **A análise Institucional**. Petrópolis, RJ: Vozes. 2014.

LOURAU, R. Formes parsonniennes et bakouniniennes d'institutionnalisation. **Les cahiers de l'implication**, n.4, 2000/2001.

LOURAU, R. **René Lourau na UERJ**. Análise Institucional e Práticas de Pesquisa. Rio de Janeiro: Eduerj, 1993.

LOURAU, R. **L'État-inconscient**. Paris: Les éditions de minuit. 1978.

LÖWY, I. The birthing house as a place for birth: contextualizing the Rio de Janeiro birthing house. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.25, n.4, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702018000401161&tlng=en> Acesso em: 15/07/2019.

MAGALHÃES, P. R. **O que é inovação em Saúde Pública?** 2015. 62 f., Dissertação (Mestrado em 2015) - Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2015. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/18302/1/DISS%20POLIANA%20MAGALH%C3%83ES.%202015.pdf>> Acesso em: 20/06/2018.

MAIA, M. B. **Humanização do Parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010.

MARTINO, M. et al. Differential misclassification of confounders in comparative evaluation of hospital care quality: caesarean sections in Italy. **BMC Public Health**, n.14:1049, 2014. DOI: 10.1186/1471-2458-14-1049.

MATIAS-PEREIRA, J. Administração pública comparada: uma avaliação das reformas administrativas do Brasil, EUA e União Européia. **Revista de Administração Pública**, v.42, n.1, p.61-82, 2008.

MAYARD, D. W. Interaction and asymmetry in clinical discourse. **American journal of sociology**, v.97, n.2, p. 448-495, 1991.

MEIGNAN, P. **Au xive siècle, première césarienne réussie à la cour de bohême**. 2016. Disponible sur: <<https://www.radio.cz/fr/rubrique/faits/au-xive-siecle-premiere-cesarienne-reussie-a-la-cour-de-boheme>> Acèdee en : 11/04/2019.

MELO, F. A. B. **Análise de implicação profissional: um dispositivo disparador de processos de educação permanente em saúde**. 2017. 141p., Tese (Doutorado em 2017) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

MENEZES, M. V. S. **Organização dos Serviços de Atenção Básica à Saúde de Jequié: uma agenda a ser concluída**. 2006. 116f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva), UEFS, Feira de Santana, 2006.

MERHY, E. E. **A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência**. Campinas, DMPS/FCM/UNICAMP, 1997.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 4ª Ed. São Paulo: HUCITEC, 2014.

MILCENT, C.; ROCHUT, J. Tarification hospitalière et pratique médicale. La pratique de la césarienne en France. **Revue Economique, Presses de Sciences Po**, v.60, n.2, p.489-506, 2009.

MILCENT, C.; ZBIRI, S. Prenatal care and socioeconomic status: effect on cesarean delivery. **Health Econ Rev**. v. 8, n. 1, 2018. DOI: 10.1186/s13561-018-0190.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12ªed. São Paulo: HUCITEC, 2010.

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ. **Système de santé, medico-social et social**. 2017. Disponible sur: <<https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/systeme-de-sante-et-medico-social/article/systeme-de-sante-medico-social-et-social>> Acèdee en: 21/03/2019.

MJ CONSULTORIA. **Cinco fatos sobre a saúde do Canadá que você deveria saber**. 2016. Disponível em: <<http://mjconsultoria.com.br/fatos-sobre-sistema-saude-canada-que-voce-deveria-saber/>> Acesso em: 28/08/2016.

MOEBUS, R. L. N. A desobediência das parteiras. In: MERHY, E. E.; BADUY, R. S.; SEIXAS, C. T.; ALMEIDA, D. E. S.; SLOMP-JÚNIOR, H. **Avaliação compartilhada de cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes**. Rio de Janeiro: HEXIS, p.123-127, 2016.

MOLINA, Y. Nouvelle gestion publique et recomposition professionnelle dans le secteur social. **Pensée plurielle** n.36, p.55-66, 2014/2. DOI : 10.3917/pp.036.0055.

MONCEAU, G. (Org.) **L'analyse institutionnelle des pratiques**: une socio-clinique des tourments institutionnels au Brésil et en France. Paris: L'Harmattan, 2012.

MONCEAU, G. A socioclínica institucional para pesquisas em educação e em saúde. In: L'ABBATE, S.; MOURÃO, L. C.; PEZZATO, L. M. **Análise Institucional & Saúde Coletiva**. 1ª Ed. São Paulo: HUCITEC, 2013. p. 91-103.

MONCEAU, G. Ênquete sur les monographies d'intervention socioanalytiques (1962-1999). **Revue Les Études Sociales**, n.33, 2001.

MONCEAU, G. L'institution scolaire : morte ou vive ? **Les cahiers de l'implication**, n.04, p. 17-23, 2003.

MONCEAU, G. L'analyse institutionnelle des pratiques professionnelles: une démarche socio-clinique en formation, intervention et recherche. In: Dispositifs d'analyse des pratiques et d'intervention. Approches théoriques et cliniques du concept de dispositif, Publisher: L'Harmattan, Editors: Jean Chiami, Chantal Humbert, pp.159-182, 2014.

MONCEAU, G. Le changement objet et effet de la socio-clinique institutionnelle. Le cas d'une recherche-intervention dans le domaine de la parentalité. In: BROUSSAL, D.; BONNAUD, K.; MARCEL, J. F.; SAHUC, P. **Recherche(s) et changement(s): dialogues et relations**. Cépaduès Editions. 2018.

MONCEAU, G. Le concept de résistance en education. Pratiques de formation. **Analyses**, n.33, p.47-57, 1997.

MONCEAU, G. Pratiques socianalytiques et socio-clinique institutionnelle. **L'Homme et la Société**, n. 147-8, 2003.

MONCEAU, G. Socio-clinique institutionnelle et éducation : parcours, théorisations et méthodologie. 2009

MONCEAU, G. Transformar as práticas para conhecê-las: pesquisa-ação e profissionalização docente. **Educação e Pesquisa**. Universidade de São Paulo, v. 31, n. 3, 2005.

MOROSINI, M. V.; FONSECA, A. F.; PEREIRA, I. B. Educação em Saúde. In: Escola Politécnica Joaquim Venâncio. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2019. Disponível em: <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edusau.html>> Acesso em: 09/05/2019.

MOURA, A. H. A psicoterapia institucional e o clube dos saberes. In: CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: HUCITEC, p. 28-40, 2003.

NANDITCH, M. et al. Césarienne en France: impact des facteurs organisationnels dans les variations de pratiques. **Journal de gynécologie d'obstétrique et de biologie de la reproduction**, n.26, p.484-495, 1997.

NARCHI, N. Z.; SILVA, L. C. F. P.; GUALDA, D. M. R. Midwifery Training in Brazil: Context, Challenges and Perspectives. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.21, n.2, p.510-519, 2012.

NASCIMENTO da Rede Cegonha, e dispõe sobre os respectivos incentivos financeiros de investimento, custeio e custeio mensal. 2015. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0011_07_01_2015.html> Acesso em: 10/05/2019.

NEGRI, A.; HARDT, M. **Declaração – Isto não é um manifesto**. São Paulo: N-1 Edições, 2014.

NUNES, E. **Principais sistemas de saúde no mundo**. S/A. Disponível em:
<<http://auditsaude.com.br/Sistemas%20de%20Sa%C3%BAde%20no%20Mundo%20.pdf>> Acesso em: 11/09/2016.

OCCHI, G. M. et al. Strategic measures to reduce the caesarean section rate in Brazil. **The Lancet**, v.13, n.392(10155), p.1290-1291, 2018. DOI: 10.1016/S0140-6736(18)32407-3.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Declaração da OMS sobre taxas de cesáreas**. 2015. Disponível em:
<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf> Acesso em: 01/02/2017.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **OMS lança nova recomendação sobre intervenções não clínicas para reduzir número de cesarianas desnecessárias**. 2018. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5783:oms-lanca-nova-recomendacao-sobre-intervencoes-nao-clinicas-para-reduzir-numero-de-cesarianas-desnecessarias&Itemid=820> Acesso em: 12/12/2018.

OSTERMAN, A. C.; RUY, R. As relações de poder nas consultas ginecológicas e obstétricas. IN: OSTERMANN, A. C.; MENGHEL, S. N. **Humanização, gênero e poder: contribuições dos estudos de fala-em-interação para a atenção à saúde**. Campinas: Editora Fiocruz, Mercado das Letras, 2012.

PAILLÉ, P.; MUCCHIELLI, A. **L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales**. 4a Ed. Paris: Armand Colin, 2016.

PARENTE, R. C. M. et al. A história do nascimento (parte 1): cesariana. **FEMINA**, v.08, n. 09, p. 481-486, 2010.

PIERRE, F. Obstetrics and patient's information: between the fairy tale and the fool's game, where do our routine practice and its evaluation stand? **Gynecol Obstet Fertil.**, v.35, n.9, p.753-756, 2007.

PILOTTI, A. **Masseurs-kinésithérapeutes salariés à l'ère numérique**. Ce que leurs usages du courrier électronique disent de leur professionnalisation, 2016 (thèse).

PIMENTA, L. F. et al. **Rev. pesquis. cuid. fundam.** (Online), v.6, n.3, p. 987-997, 2014. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3165/pdf_1347> Acesso em: 01/02/2017.

PIRES, D. **Divisão social do trabalho.** Dicionário da Educação Profissional em Saúde. FIOCRUZ. 2019. Disponível em: <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/divsoetra.html>> Acesso em: 30/08/2019.

PLAISANCE, E. KERGOMARD (Geneviève et Alain). – **Pauline Kergomard », Histoire de l'éducation** [En ligne], 89 | 2001, mis en ligne le 14 janvier 2009, consulté le 06 mai 2019. Disponible sur: <http://journals.openedition.org/histoire-education/882>.

POMMIER, J.; FERRON, C. La promotion de la santé, enfin ? L'évolution du champ de l'éducation pour la santé au cours des dix dernières années. **Santé Publique**, v.2, n.HS2, p. 111-118, 2013. DOI: <https://doi.org/10.3917/spub.133.0111>.

RATTNER, D.; MOURA, E. C. Nascimentos no Brasil: associação do tipo de parto com variáveis temporais e sociodemográficas. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife , v.16, n.1, p.39-47, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292016000100039&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01/02/2017.

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE. Ministère de l'emploi et de la solidarité. **Plan National d'Éducation pour la Santé.** 2001a. Disponível sur: <<http://www.reseau-asteria.fr/Documents/pneps2001.pdf>> Acédée en: 13/05/2019.

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE. Ministère delegue de la santé. **Comité Français d'Éducation pour la Santé.** 2001. Disponible sur: <<http://inpes.santepubliquefrance.fr/70000/dp/01/dp010228.pdf>> Acédée en: 13/05/2019.

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. **Femme & Santé** – feuille de route 2016. 2016. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/femmes_et_sante.pdf> Acédée en: 07/05/2019.

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE. Ministère des Solidarités et de la Santé. **Financement des établissements de santé.** 2017. Disponible sur : <<https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/financement/financement-des-etablissements-de-sante-10795/article/financement-des-etablissements-de-sante>> Acédée en: 26/07/2019.

RESS, R. Do efeito Mühlmann ao princípio de falsificação: instituinte, instituído, institucionalização. **Mnemosine** v.3, n.2, p.148-163, 2007.

REVISTA FÓRUM. **Contrariando A OMS, o Ministério da Saúde veta termo “violência obstétrica” por viés socialista.** 2019. Disponível em: <<https://www.revistaforum.com.br/contrariando-a-oms-ministerio-da-saude-veta-termo-violencia-obstetrica-por-vies-socialista/>> Acesso em: 13/05/2019.

RIBEIRÃO PRETO. **Comitê Municipal de Morte Materna e Infantil**. 2019. Disponível em: <<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/pdf/c-mmaternaefanttil.pdf>> Acesso em: 05/02/2019.

RIBEIRÃO PRETO. **Mortalidade infantil em Ribeirão Preto**. 2018. (Dados apresentados em reunião em 31 maio 2019).

RODRIGUES, H. B. C. Análise institucional francesa e transformação social: o tempo (e contratempo) das intervenções. In: RODRIGUES, H. B. C. & Altoé, S. (orgs.) **Saúde & Loucura** 8, p. 115-164. Análise Institucional. São Paulo: HUCITEC, 2004.

ROIZ, D. S. A Filosofia (Da História) De Cornelius Castoriadis (1922- 1997). **Revista de Teoria da História**, ano 1, n.2, 2009.

ROUSSET, F. **Traite nouveau de l'hysterotomie ou l'enfantement Caesareenne**. Paris, 1581.

SAINT-MARTIN, C. Clis, Ulis: la scolarisation collective des enfants en situation de handicap: on sait marcher droit mais de travers! **Grenoble**: PUG, 2019.

SAMSON, D. **Escrita e Trabalho de Institucionalização: o efeito Goody**. In: L'ABBATE, S.; MOURÃO, L. C.; PEZZATO, L. M. Análise Institucional & Saúde Coletiva. São Paulo: HUCITEC, p.131-146, 2013.

SANDALL, J. et al. Short-term and long-term effects of caesarean section on the health of women and children. **The Lancet**, v. 392, 2018.

SANDRIN, B. Promotion de la santé, éducation pour la santé en périnatalité. **Spirale**, v.37, n.1, p. 43-50, 2006. DOI: <https://doi.org/10.3917/spi.037.50>.

SANTANA, F. R. (co-tutelle avec l'Ecole de Sciences Infirmières de Riberao Preto/ Université de Sao Paulo) (27 avril 2016) : **La promotion de la santé et la prévention des maladies dans la formation professionnelle en soins infirmiers: projet de recherche socio-clinique en France et au Brésil**.

SANTANA, F. R. ; FORTUNA, C. M. ; MONCEAU, G. Promotion de la santé et prévention des maladies dans la formation professionnelle en soins infirmiers au Brésil et en France. **Education, Santé et Société**, v.3, p. 115-135, 2017.

SANTIANE. **Accouchement: prévoir des coûts et remboursements**. 2019. Disponível em: <<https://www.santiane.fr/mutuelle-sante/guides/accouchement-prevoir-couts-et-remboursements>> Acesso em: 26/07/2019.

SANTOS, F. R. **Adiponectina plasmática materna no período perinatal: efeito do tipo de parto e associação com sintomas depressivos**. 2016. 177 f. Tese (Doutorado em 2016) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2016.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado de Saúde. **Diretoria Regional de Saúde XIII – Ribeirão Preto**. 2019. Disponível em: <<http://www.saude.sp.gov.br/ses/institucional/departamentos-regionais-de-saude/drs-xiii-ribeirao-preto>> Acesso em: 08/05/2019.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto. Atenção Básica de Saúde. **Relatório anual de gestão da Atenção Básica de Saúde**. Ribeirão Preto, SP, 2014. Disponível em: <https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/pdf/2014relatorio_gestao.pdf> Acesso em: 24/04/2019.

SAVOYE, A. Análise institucional e pesquisas sócio-históricas: estado atual e novas perspectivas. **Mnemosine**, vol 3, n.2, p.181-93, 2007.

SAVOYE, A. Analyse institutionnelle et recherches socio-historiques: quelle compatibilité? **L'Homme & la Société**, v. 1, n. 147, p.133-150, 2003. Disponible sur: <<https://www.cairn.info/revue-l-homme-et-la-societe-2003-1-page-133.htm#>> Acédée au: 29/08/2019.

SETOR SAÚDE. **Saúde francesa atacará ineficiência e modelo de pagamento por volume**. 2018. Disponible sur: <<https://setorsaude.com.br/saude-francesa-atacara-ineficiencia-e-modelo-de-pagamento-por-volume/>> Acédée en: 21/03/2019.

SEWELL, J. E. Cesarean section a brief history. **National Library of Medicine**. 1993. Disponível em: <<https://www.nlm.nih.gov/exhibition/cesarean/index.html>>. Acesso em 03/07/2019.

SILVA, A. K. B.; PEREIRA, J. D.; CARVALHO JÚNIOR, J. V. Parto normal x parto cesáreo: escolha ou necessidade? **Rev. enferm. UFPE online**, v.5, n.4, p.1000-1006, 2011.

SILVA, A. L. S.; SANTOS, J. G. W.; MERHY, E. E. Ensaio sobre as parteiras. In: MERHY, E. E.; BADUY, R. S.; SEIXAS, C. T.; ALMEIDA, D. E. S.; SLOMP-JÚNIOR, H. **Avaliação compartilhada de cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes**. Rio de Janeiro: HEXIS, p.327-331, 2016a.

SILVA, A. L. S.; SANTOS, J. G. W.; MERHY, E. E. O encontro com a parteira ridente. In: MERHY, E. E.; BADUY, R. S.; SEIXAS, C. T.; ALMEIDA, D. E. S.; SLOMP-JÚNIOR, H. **Avaliação compartilhada de cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes**. Rio de Janeiro: HEXIS, p.173-178, 2016.

SILVA, L. R. A experiência na casa de parto Mohri-Japão. **Revista Cuidado é Fundamental Online**, v.6, n.3, p.987-997, 2014. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/359/367>> Acesso em: 01/02/2017.

SILVA, M. M. R. G. Parir é natural. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, v.10, n.2 [s.1], p.1-6, 2016. Disponível em: <<http://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1145>>. Acesso em: 01/02/2017.

SILVESTRE, D. R. et al. Via de parto orientada no pré-natal e a escolha da enfermeira no seu próprio parto. **Journal of Nursing UFPE on line**, v. 8, n. 12 [s.1], p. 4230-4236, 2014. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v8i12a10168p4230-4236-2014>.

SPONG, C. Y. Prevention of the first cesarean delivery. **Obstet Gynecol Clin North Am**, v.42, n.2, p.377-380, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4441950/?tool=pubmed>> Acesso em: 01/02/2017.

TABET, L. P. et al. Ivan Illich: da expropriação à desmedicalização da saúde. **Saúde debate**, v.41, n .115, p.1187-1198, 2017.

THOMAS, C. **Accoucher en France aujourd'hui**. Les enjeux de la profession de sage-femme et la position des femmes face à la naissance médicalisée. Anthropologie sociale et ethnologie. Université de la Réunion, 2016. Français.

THORWALD, J. **O século dos cirurgiões (mãos sujas)**. p. 223 – 246, 2005 [1956].

TIBURI, M. **Feminismo em comum para todas, todes e todos**. Rio de Janeiro: Rosa dos tempos, 126p, 2019.

TILMAN, F. **L'Analyse Institutionnelle**. Atelier de pédagogie sociale Le Grain. S/A.

VAL D'OISE. **Le département**. 2019. Disponible sur: <<http://www.valdoise.fr/>> Acédée en: 16/04/2019.

VALENTIM, S. (co-tutelle avec la faculté d'éducation de l'Université Fédérale Fluminense de Niteroi-Brésil) (29 mars 2016) : **Entre gestion et éducation dans la petite enfance au Brésil et en France : des implications professionnelles sous tension**.

VELHO, M. B.; SANTOS, E. K. A.; COLLACO, V. S. Parto normal e cesárea: representações sociais de mulheres que os vivenciaram. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v.67, n.2, p.282-289, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000200282&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01/02/2017.

VIDAL, C. **Féminin/Masculin**: mythes et idéologies. Paris: Belin, 2015.

VIE PUBLIQUE. **Les régimes de sécurité sociale**. 2019. Disponible sur: <<https://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/finances-publiques/protection-sociale/definition/comment-protection-sociale-est-elle-organisee-france.html>> Acédée en: 19/02/2019

VIELLAS, E. F. et al. Assistência Pré-Natal no Brasil. **Cadernos de Saúde**, n.30, suppl.1, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00126013>> Acesso em: 07/05/2019.

VINCELET, C. et al. La santé périnatale en Île-de-France: Tableau de bord d'indicateurs départementaux et régionaux en périnatalité et orthogénie. Mise à jour Mai 2016. **Observatoire régional de santé Île-de-France**, Périnat-ARS Île-de-France. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Department of Making Pregnancy Safer. **Strengthening midwifery toolkit**: developing a midwifery curriculum for safe motherhood. Geneva, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **L' éducation pour la santé: manuel d' éducation pour la santé dans l' optique de soins de santé primaires**. Genève: Organisation mondiale de la Santé. 2018. Disponible sur: <<http://www.who.int/iris/handle/10665/36961>> Acédée en: 09/05/2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience**. 2018.

WYNIĘCKI, A. et al. Enhanced recovery after Caesarean delivery: a practice survey in two French regions. *Ann Fr Anesth Reanim.*, v.32, n.3, p.149-156, 2013. DOI: 10.1016/j.annfar.2013.01.002.

ANEXOS E APÊNDICES

ANEXO A - ROTEIRO TEMÁTICO GRUPO FOCAL NO BRASIL (TRABALHADORES E PAIS)

Numero do Grupo: _____

Sessão: _____

Responsável pela coleta de dados:

Mediador: _____

Relator: _____

Observador: _____

Data da coleta de dados: _____ / _____ / _____

Local de encontro do grupo focal: _____

Hora: Início: _____ Fim: _____

Temas a serem investigados:

Para compreensão dos efeitos das práticas e discursos sobre a paternalidade para os pais e profissionais; pensou-se em disparar diálogos (*os temas a serem considerados nas discussões com os pais e os profissionais, se estão pensando diacronicamente*) retirar, em relação ao período perinatal e ao processo vivenciado pelos pais e pelos profissionais. Assim os temas abaixo são alguns balizadores para se fazer os grupos focais com os profissionais na perspectiva de elaborar o questionário para os pais.

1. Percepção e experiência relacionada à tomada de decisões no nascimento a partir:

- Instituições,
- Profissionais
- Próprios pais

2. Pessoas presentes e/ou significativas no período perinatal.

- Família
- Amigos
- Outros

3. Qualidade da relação terapêutica (acolhimento, humanização da assistência, cuidado)/Relacionamento entre/com profissionais (MD, RN, outros) e Pais

- Antes do nascimento
- No nascimento (trabalho de parto)
- Pós-natal

4. Elementos que evidenciam risco e segurança/proteção

- Antes do nascimento
- No nascimento (trabalho de parto)
- Pós-natal

5- Conceção sobre o nascimento como evento do ciclo de vida:

- Simbólica

- Significado e sentido
- Biopoder /Relações de poder
- Experiência e apropriação

6. Pré-requisitos existentes no cuidado aos pais e suas variações:

- Atendimento diferenciado a partir da concepção do profissional
- Natureza
- Fundamentações (científica, moral, social, etc.)

7- Intervenções médicas (triagem/acolhimento, medicina preventiva e curativa) e sociais

- Natureza
- Efeitos
- Incidentes
- Fundamentos; lógicas
- Biopoder/Relações de poder
- Estratégias de Cumprimento

8- Estratégias/Ações

- No momento do nascimento
- Com os pais
- Para se tornar um pai e vida conjugal
- Na vida familiar
- Na vida familiar e profissional, compromisso, lazer, etc.

9. Representações/Significados

- De que pais falamos? Quais sentimentos?
- Sobre o bebê? Quais significados?
- A criança está sob a responsabilidade de quem?
- Qual o lugar do pai?
- Qual o lugar da mãe?
- Qual o lugar dos especialistas?

Outras questões que considerar relevante

ANEXO B - ROTEIRO TEMÁTICO GRUPO FOCAL NA FRANÇA (TRABALHADORES E PAIS)

LES DECLENCHEURS THEMATIQUES POUR LES GROUPES DE DISCUSSIONS

Comme il s'agit de comprendre les effets des pratiques et des discours de la périnatalité sur le devenir parent, les thèmes à prendre en compte dans les échanges avec les parents et les professionnels sont à penser de façon diachronique, en reliant la période périnatale et la suite du processus vécu par les parents.

- 1- Comment les parents perçoivent et vivent la demande/pression de performance sur
 - Les établissements,
 - Les professionnels
 - Les parents eux-mêmes

- 2- Personnes présentes et/ou significatives lors de la période périnatale.
 - Famille
 - Amis
 - Autres

- 3- Qualité de la relation thérapeutique (alliance thérapeutique?)/relations entre/avec professionnels (md, rn, autre)-parents
 - en prénatal
 - en pernatal (travail, accouchement)
 - en postnatal

- 4- Risque et sécurité/protection
 - en prénatal
 - en pernatal (travail, accouchement)
 - en postnatal

- 5- Naissance comme événement des cycles de vie
 - Symbolique
 - Signification et sens
 - Enjeux de pouvoir
 - Expérience et appropriation

- 6- Prescriptions aux parents
 - Par qui?
 - Nature

- Fondements (scientifiques, moraux, sociaux, etc.)
- 7- Interventions médicales (dépistage, médicaments préventifs et curatifs) et sociales
- nature
 - effets
 - incidents
 - fondements ; logiques
 - transformation-augmentation/ diminution
 - Stratégies de compliance
- 8- Préparation/prévention
- À la naissance
 - Au devenir parent
 - Au devenir parent ET vie de couple
 - À la vie de famille
 - À la vie de famille ET profession, engagements, loisirs, etc.
- 9- Représentations
- Le/les parents, c'est qui?, ça fait quoi?
 - Le bébé, c'est quoi?, c'est qui?
 - L'enfant, c'est sous la responsabilité de qui?
 - Le père, quelle place?
 - Et la mère là-dedans maintenant?
 - Les experts...

APÊNDICE A – ROTEIRO PARA ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS REALIZADAS NO BRASIL (PAIS)

1 Identificação:

Código do entrevistado(a): _____ Idade: _____ Sexo: _____

País de origem: _____

Grau de escolaridade: _____

Ocupação: _____

Assistência à saúde: _____

Número de filhos: _____

Número de partos: _____

Estado civil:	Entre R\$ 1.000 e € 2.000	Entre R\$ 2.000,00 e R\$ 3.000,00	Mais que R\$3.000,00
Até R\$ 1.000			

2. Roteiro de entrevista temático:

2.1 Experiências com as práticas do pessoal da saúde

Antes da gravidez (pensamentos, desejos, idealizações)

Pré-natal (informação, decisão do parto durante a gravidez, via de parto final)

Participação da família no processo (responsabilidades coletivas e específicas)

Parto vaginal (espontâneo, induzido, decisão)

Critério para responder às demandas das mulheres e da família (autonomia das mulheres, exigências emocionais, intra parto, o desejo, a insegurança, as complicações da gravidez, respeito da sua demanda, respeito à pessoa, escuta no processo do nascimento)

Nascimento humanizado (o que quer dizer ?dificuldades, rede de cuidados, o trabalho, parto e pós parto)

Nascimento por parto cesariano (decisão, procedimentos adotados, cesariana)

Laqueadura de trompas

Puerpério

Violência obstétrica

2.2 Relações estabelecidas entre os sujeitos

As relações estabelecidas entre os atores sociais envolvidos (doulas, enfermeiras/enfermeiras obstetras, médicos, parteiras, etc.)

As relações estabelecidas na rede de saúde

A tomada de decisão de tornar-se pais (influências, definições, ações pedagógicas, trocas com outros pais e outros profissionais)

Os grupos de suporte (rede de pais e futuros pais, recursos online...)

2.3 Outros comentários

APÊNDICE B - ROTEIRO PARA ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS REALIZADAS NO BRASIL (TRABALHADORES)

1 DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

Código do entrevistado: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Local de trabalho: _____

Formação profissional: _____

Tempo de formação: _____

Qualificação profissional: _____

Tempo de atuação no serviço: _____

Tempo que atua nesta equipe: _____

Carga horária em serviço: _____

Tipo de vínculo: () Concursado () Cooperativado () Contrato () Comissionado

Outro(s) vínculo(s) empregatício(s): () SIM () NÃO

Qual (is)? _____

2 ROTEIRO TEMÁTICO:

2.1 Práticas da equipe de saúde

Antes da gravidez (conselho, recomendações, outros...)

Período pré-natal (informação, decisão da via de parto durante a gestação, via de parto final)

Participação da família no processo (responsabilidades coletivas e específicas)

Partos vaginais (espontâneo, induzido, decisão)

Crítérios considerados para o atendimento das demandas da mulher e da família (autonomia da mulher, demandas emocionais, acompanhamento durante o parto, desejo, insegurança, intercorrências na gravidez)

Partos cesarianos (ocorrência, decisão, procedimentos adotados, parto cesariano anterior)

Laqueadura tubária

Puerpério

2.2 Articulações estabelecidas entre sujeitos

Presença de pessoas significativas

Relações estabelecidas entre os sujeitos sociais envolvidos (doulas, enfermeiras obstetras, obstetras, médicos, parteiras, outros)

Relações estabelecidas na rede de atenção à saúde

A decisão de tornar-se pais (circunstâncias, influências, definições)

Grupos de apoio (rede de pais e futuros pais, recursos online...)

2.3 Outros comentários

APÊNDICE C - GUIDE D'ORIENTATION POUR LES ENTRETIENS SEMI-STRUCTURÉS EN FRANCE - PARENTS

1 IDENTIFICATION:

Code interviewé(e): _____ Age: _____ Sexe: _____

Pays d'origine: _____

Degré de scolarisation: _____

Occupation: _____

Assurance/Mutuel: _____

Nombre d'enfants: _____

Nombre d'accouchements: _____

État matrimonial: _____

Revenu moyen individuel et familial:

Jusqu'au €1.000	Entre €1.000 et €2.000	Entre € 2.000,00 et € 3.000,00	Plus que €3.000,00
--------------------	---------------------------	-----------------------------------	-----------------------

2 SCRIPT THEME:

2.1 Expérience avec les pratiques du personnel de santé

Avant de la grossesse (pensées, désirs, idéalisation...)

Période prénatale (information, décision d'accouchement pendant la grossesse, voie d'accouchement finale)

La participation de la famille de la femme dans le processus (responsabilités collectives et spécifiques)

Accouchement par voie bas (spontanée, induite, décision)

Souhaits des femmes et de la famille (autonomie des femmes, exigences émotionnelles, intrapartum, le désir, l'insécurité, les complications de la grossesse) et réponses apportées

Naissance humanisée (qu'est-ce que ça veut dire ? difficultés, réseau de soins, le travail, l'accouchement et post-partum)

Naissances par césarienne (décision de l'accident, les procédures adoptées, césarienne)

Ligature des trompes

Puerpéralité

Violence obstétricale

2.2 Connexions établis entre les sujets

Les relations établies entre les acteurs sociaux concernés (les doulas, infirmières / sages-femmes, obstétriciens, médecins, accoucheuses traditionnelles, etc.)

Les relations établies dans le réseau de santé

La prise de décision de devenir parents (circonstances, influences, définitions, échanges avec d'autres futurs parents, avec des professionnels...)

Les groupes de soutien (réseaux de parents et futurs parents, ressources en ligne...)

2.3 Autres commentaires

APÊNDICE D - FORMULAIRE DE CONSENTEMENT LIBRE ET ÉCLAIRÉ - PROFESIONNELS DE LA SANTE (GROUPE FOCAL)

1 IDENTIFICATION:

Code interviewé(e): _____ Age: _____ Sexe: _____

Lieu de travail: _____

Profession: _____

Durée de l'expérience professionnelle: _____

Qualification professionnelle: _____

Combien de temps travaille dans ce service: _____

Combien de temps travaille avec cette équipe: _____

Les heures de travail hebdomadaires: _____

Autre lieu de travaille? _____

2 SCRIPT THEME:

2.1 Pratiques du personnel de santé

Avant de la grossesse (conseil, recommandations, autres)

Période prénatale (information, choix du mode d'accouchement pendant la grossesse, voie d'accouchement finale)

La participation de la famille dans le processus (responsabilités collectives et spécifiques)

Accouchement par voie basse (spontanée, induite, décision)

Critères pris en compte pour répondre aux demandes des femmes et de la famille (autonomie des femmes, exigences émotionnelles, intrapartum, le désir, l'insécurité, les complications de la grossesse, respect de votre demande dans le processus de la naissance, l'écoute)

Naissances par césarienne (déroulement de la grossesse, les procédures adoptées d'accouchement, césarienne)

Ligature des trompes

Post-partum

2.2 Connexions établis entre les sujets

La présence des personnes plus significatives;

Les relations établies entre les acteurs sociaux concernés (les doulas, infirmières sages-femmes, obstétriciens, médecins, accoucheuse traditionnelles, etc.)

Les relations établies dans le réseau de santé

La prise de décision de devenir parents (circonstance, influences, définitions...)

Les groupes de soutien (réseaux de parents et futurs parents, ressources en ligne...)

2.3 Autres commentaires

ANEXO C - **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – Pais (grupo focal)**

Convidamos o(a) senhor(a) a participar da pesquisa: O nascimento como processo biopsicosocial: um estudo colaborativo interdisciplinar dos efeitos das práticas e discursos sobre a perinatalidade no tornar-se pais no Canadá, na França e no Brasil, sob a responsabilidade de pesquisadoras da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – EERP/USP Prof.^a Dra. Cinira Magali Fortuna, Profa. Dra. Maria José Bistafa Pereira e a pós-graduanda do Programa de Saúde Pública Simone Santana da Silva.

A pesquisa tem por objetivos: 1) Experimentar uma pesquisa de abordagem colaborativa, ou seja, com a participação dos pais e profissionais da saúde (médicos, assistentes sociais, enfermeiros, psicólogos, técnicos de enfermagem e outros), para a construção de uma forma de pesquisar em conjunto sobre o nascimento nos três países (Canadá-França-Brasil). 2) Destacar as diferenças e semelhanças: 2a- das práticas e falas perinatais, ou seja, no período próximo ao nascimento; 2b- das posições e atitudes dos profissionais em vários programas na assistência perinatal, ou seja, o que pensam, o que dizem e como fazem, os profissionais de saúde, no período antes e depois do nascimento; 2c- da experiência e cobranças relacionadas às as ações desenvolvidas pelos trabalhadores no período próximo ao nascimento, ou seja, as experiências e expectativas dos profissionais e dos pais em relação ao período antes, durante e após o nascimento. 3) Estabelecer as bases de um programa de pesquisa colaborativa, interdisciplinar (várias profissões), envolvendo vários países e a língua francesa e que lide com as novas questões que envolvem o nascimento e os seus efeitos sobre ser pais, ou seja, produzir conhecimentos para outras pesquisas a serem desenvolvidas nos três países, que envolva várias profissões, sobre o período antes, durante e depois do nascimento. Caso concorde, sua participação será a partir da sua própria vontade, por meio de um grupo focal, ou seja, um grupo composto por outros participantes, que será realizado em um local, dia e horário definido por todas as pessoas que participarem juntamente com o(a) senhor(a). Esse momento será registrado em um gravador e transcrito totalmente para depois ser analisado pelas pesquisadoras. Garantimos que todo material será utilizado somente para fins dessa pesquisa e será destruído em seguida. Imaginamos que o tempo médio dos encontros será de 60 a 120 minutos e será baseado num roteiro já construído, o qual as perguntas estão relacionadas diretamente com a sua experiência de ser pai/mãe. Serão agendados, com o grupo, três encontros no período de um ano. Existe risco de desconforto em falar sua opinião para as pesquisadoras/equipe de pesquisa e os outros pais presentes. Caso exista desconforto ou qualquer outro problema, pedimos que diga diretamente para as pesquisadoras, as quais pararão a conversa, pedirão desculpas pelo ocorrido e perguntarão ao(a) senhor(a) sobre alguma forma de diminuir ou aliviar tal desconforto, assumindo postura que possa resolver o quanto antes o problema. Assim que o(a) senhor(a) estiver se sentindo melhor, a pesquisadora perguntará sobre o interesse de continuar com no grupo, se deseja continuar em outro dia ou se deseja sair da pesquisa. Caso queira, o(a) senhor(a) também poderá dizer os desconfortos e constrangimentos que tenham relação com sua participação na pesquisa à coordenadora do projeto, a professora Cinira Magali Fortuna, através do telefone (16) 3315-3950. Se ocorrer algum dano que julgue ter relação com sua participação nessa pesquisa, poderá ser indenizado conforme as leis vigentes no país. Destacamos ainda que o(a) senhor(a) poderá desistir da sua participação no estudo a qualquer momento, caso julgue necessário, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo. Se aceitar o convite para participar da pesquisa, esclarecemos que não haverá pagamento por esta participação. Informamos ainda que o(a) senhor(a) não terá nenhuma despesa financeira. Sua participação é voluntária, com garantias de sigilo, privacidade e confidencialidade, ou seja, as informações fornecidas pelo(a) senhor(a) serão organizadas de modo que ninguém saiba que

são suas e os materiais gravados e registrados não serão divulgados ou compartilhados. O(a) senhor(a) não terá nenhum benefício direto ao participar deste estudo. Os benefícios desta pesquisa são indiretos e estão relacionados às possíveis reflexões sobre o funcionamento dos serviços no desenvolvimento da seu modo de pensar sobre ser pai ou ser mãe. Os resultados do estudo serão divulgados em congressos, publicações de revistas científicas em geral. Os resultados da pesquisa também serão divulgados para os participantes do estudo e sempre que desejar o(a) senhor(a) poderá ter acesso aos resultados.

Caso tenha qualquer dúvida, a qualquer momento, o(a) Sr(a). poderá tirar diretamente com as pesquisadoras responsáveis através do endereço Avenida Bandeirantes, 3900, prédio da EERP, sala 157, Ribeirão Preto - SP Brasil, telefone 16-3315-3950, 16-99779-0504 ou pelos e-mails simone_ssilva1@usp.br; ou fortuna@eerp.usp.br, e também pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa(CONEP), no endereço: SEPN 510 Norte, bloco A, 3º Andar, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde, CEP: 70750-521 - Brasília-DF, Brasil ou no Comitê de Ética em Pesquisa da EERP-USP, no endereço Avenida Bandeirantes, 3900, prédio da EERP (prédio principal), sala 38, Ribeirão Preto - SP, Brasil, (16) 3315-9197, cujo funcionamento é de segunda a sexta feira –horário comercial- das 8h às 17h. Caso concorde em participar, uma via deste termo assinada de consentimento será entregue ao senhor(a). Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EERP (Protocolo nº _____) que tem a finalidade garantir o respeito aos participantes da pesquisa em sua dignidade e autonomia, reconhecendo sua exposição, assegurando sua vontade de contribuir e participar, ou não, na pesquisa, através de manifestação expressa, livre e esclarecida. Eu _____ aceito participar da pesquisa: O nascimento como processo biopsicosocial: um estudo colaborativo interdisciplinar dos efeitos das práticas e discursos sobre a perinatalidade no tornar-se pais no Canadá, na França e no Brasil.

Ribeirão Preto, _____ de _____ de 201_.

Assinatura do participante

Dra. Cinira Magali Fortuna

Pesquisadora responsável

Profa.

**ANEXO D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO -
Trabalhadores da Saúde (grupo focal)**

Convidamos o(a) senhor(a) a participar da pesquisa: O nascimento como processo biopsicosocial: um estudo colaborativo interdisciplinar dos efeitos das práticas e discursos sobre a perinatalidade no tornar-se pais no Canadá, na França e no Brasil, sob a responsabilidade de pesquisadoras da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – EERP/USP Prof.^a Dra. Cinira Magali Fortuna, Prof.^a Dra. Maria José Bistafa Pereira e a pós-graduanda do Programa de Saúde Pública Simone Santana da Silva.

A pesquisa tem por objetivos: 1) Experimentar uma pesquisa de abordagem colaborativa, ou seja, com a participação dos pais e profissionais da saúde (médicos, assistentes sociais, enfermeiros, psicólogos, técnicos de enfermagem e outros), para a construção de uma forma de pesquisar em conjunto sobre o nascimento nos três países (Canadá-França-Brasil). 2) Destacar as diferenças e semelhanças: 2a- das práticas e falas perinatais, ou seja, no período próximo ao nascimento; 2b- das posições e atitudes dos profissionais em vários programas na assistência perinatal, ou seja, o que pensam, o que dizem e como fazem, os profissionais de saúde, no período antes e depois do nascimento; 2c- da experiência e cobranças relacionadas às ações desenvolvidas pelos trabalhadores no período próximo ao nascimento, ou seja, as experiências e expectativas dos profissionais e dos pais em relação ao período antes, durante e após o nascimento. 3) Estabelecer as bases de um programa de pesquisa colaborativa, interdisciplinar (várias profissões), envolvendo vários países e a língua francesa e que lide com as novas questões que envolvem o nascimento e os seus efeitos sobre ser pais, ou seja, produzir conhecimentos para outras pesquisas a serem desenvolvidas nos três países, que envolva várias profissões, sobre o período antes, durante e depois do nascimento. Caso concorde, sua participação será voluntária por meio de participação em um grupo focal, ou seja, um grupo composto por outros participantes, que será realizado em um local definido por todos integrantes do grupo, assim como o dia e horário. Esse momento será registrado em um gravador de áudio e transcrito na íntegra para posterior análise das pesquisadoras. Afirmamos que será utilizada somente para fins dessa pesquisa e será destruído posteriormente. O tempo estimado do encontro será de 60 a 120 minutos e será norteado por um roteiro previamente construído e que levará em consideração as suas condições. Serão agendados, com o grupo, três encontros. Existe risco de constrangimento do(a) senhor(a) ao participar do grupo frente ao possível desconforto em expressar sua opinião para o pesquisador/equipe de pesquisa. Caso haja algum desconforto citado ou qualquer outro, pedimos que comunique diretamente com a pesquisadora, a qual interromperá a entrevista, pedirá desculpas pelo ocorrido e perguntará ao(a) senhor(a) sobre alguma forma de amenizar ou aliviar tal desconforto, assumindo postura proativa. Assim que o(a) senhor(a) estiver se sentindo melhor, a pesquisadora perguntará sobre o interesse de continuar com no grupo, se deseja continuar em outro dia ou se deseja suspender sua participação na pesquisa. Caso queira, o(a) senhor(a) também poderá manifestar os desconfortos e constrangimentos decorrentes da participação na pesquisa diretamente à coordenadora do projeto, a professora Cinira Magali Fortuna, através do telefone (16) 3315-3950. Caso ocorra algum dano que julgue decorrente de sua participação nessa pesquisa, poderá haver indenização conforme as leis vigentes no país. Destacamos ainda que o(a) senhor(a) poderá retirar sua participação no estudo a qualquer momento, caso julgue necessário, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo.

Se aceitar o convite para participar da pesquisa, esclarecemos que não está previsto pagamento por esta participação, também não haverá nenhuma despesa financeira. Sua participação é voluntária, com garantias de sigilo, privacidade e confidencialidade das entrevistadas. O benefício do estudo se dará através da aproximação com uma questão

fundamental para o desenvolvimento de serviços e intervenções perinatais que terão impacto sobre a saúde física e mental das famílias. Além disso, sua abordagem de base colaborativa analisa as experiências de profissionais e pais, e com isso trará um valor significativo para o conhecimento sócio demográfico sobre as transformações da reprodução. Os resultados do estudo serão divulgados em congressos, publicações de revistas científicas em geral. Os resultados da pesquisa também serão divulgados para os participantes do estudo e sempre que desejar o(a) senhor(a) poderá ter acesso aos resultados da pesquisa.

Caso tenha qualquer dúvida, a qualquer momento, o(a) Sr(a). poderá tirar diretamente com as pesquisadoras responsáveis através do endereço Avenida Bandeirantes, 3900, prédio da EERP, sala 157, Ribeirão Preto – SP, Brasil, telefone 16-3315-3950, 16-99779-0504 ou pelos e-mails simone_ssilva1@usp.br; ou fortuna@eerp.usp.br, e também pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa(CONEP), no endereço: SEPN 510 Norte, bloco A, 3º Andar, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde, CEP: 70750-521 - Brasília-DF, Brasil ou no Comitê de Ética em Pesquisa da EERP-USP, no endereço Avenida Bandeirantes, 3900, prédio da EERP (prédio principal), sala 38, Ribeirão Preto - SP, Brasil, (16) 3315-9197, cujo funcionamento é de segunda a sexta feira –horário comercial- das 8h às 17h.

Caso concorde em participar, uma via deste termo assinada de consentimento será entregue a você. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EERP (Protocolo nº _____) que tem a finalidade garantir o respeito aos participantes da pesquisa em sua dignidade e autonomia, reconhecendo sua vulnerabilidade, assegurando sua vontade de contribuir e permanecer, ou não, na pesquisa, através de manifestação expressa, livre e esclarecida.

Eu _____ aceito participar da pesquisa:
O nascimento como processo biopsicosocial: um estudo colaborativo interdisciplinar dos efeitos das práticas e discursos sobre a perinatalidade no tornar-se pais no Canadá, na França e no Brasil.

Ribeirão Preto, _____ de _____ de 201_.

Assinatura do participante

Profa. Dra. Cinira Magali Fortuna

Pesquisadora responsável

ANEXO E – FORMULAIRE DE CONSENTEMENT LIBRE ET ÉCLAIRÉ – PARENTS ET PROFESIONNELS

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Chercheuse responsable du projet: Simone Santana da Silva

Adresse courriel: simone_ssilva1@yahoo.com.br

Téléphone: + 33 07 67 45 79 71

Vous êtes invité(e) à prendre volontairement part à un projet de recherche intitulé «Institutionnalisation de la naissance par césarienne au Brésil et en France: composantes éducatives et sanitaires». Cette recherche est réalisée dans le cadre d'une thèse de doctorat en cotutelle dirigée par Cinira Magali Fortuna, professeure à l'Ecole en Sciences Infirmières de Ribeirão Preto, Université de São Paulo et de Gilles Monceau, professeur à l'Université de Cergy-Pontoise. La directrice peut être jointe au + 55 16 36023476 ou par courriel à l'adresse : fortuna@eerp.usp.br. Le directeur peut être joint au + 33 1 41 21 74 71 ou par courriel à l'adresse: gilles.monceau@u-cergy.fr.

La recherche vise à analyser le processus d'institutionnalisation des naissances par césarienne au Brésil et en France dans la perspective de la socio-clinique institutionnelle; comprendre quels sont les éléments sociaux, historiques, économiques et professionnels qui influencent le processus d'institutionnalisation de l'accouchement par césarienne au Brésil et en France; expliciter les points de dialogue, de convergence et de divergence entre les réalités françaises et brésiliennes qui permettent d'éclairer le processus d'institutionnalisation/désinstitutionnalisation de l'accouchement par césarienne; décrire, à partir des analyseurs de l'influence des professionnels, les éléments qui contribuent à la construction de la parentalité; comprendre les pratiques professionnelles qui, en santé et en éducation, sont impliquées dans le processus de la naissance dans les deux pays.

L'interview sera programmé en date, lieu et heure définis par vous-même. L'interview sera enregistré numériquement avec votre permission et prendra environ 1 heure de votre temps. L'interview sera transcrit dans son intégralité par la chercheuse.

Si vous estimez que l'organisation du processus de recherche vous met en situation trop contraignante pour pouvoir exprimer vos opinions de manière satisfaisante, vous pouvez contacter la chercheuse qui étudiera avec vous les modalités d'interruption de votre participation aux entretiens, aux observations et aux temps de restitutions. Vous pouvez donc interrompre votre participation à cette recherche à tout moment si vous en éprouvez la nécessité, ceci sans préjudice. Si vous le souhaitez, vous pourrez ensuite entrer de nouveau dans le dispositif de recherche en vous adressant à la chercheuse. Si vous estimez être victime d'un dommage au cours de la recherche, vous pouvez adresser une réclamation au professeur Gilles Monceau, directeur de cette recherche doctorale pour la France au laboratoire EMA de l'Université de Cergy-Pontoise.

Si vous acceptez de participer à cette recherche, nous vous rappelons que cette participation est volontaire, gratuite, avec la garantie du respect du secret professionnel, de l'intimité et de la confidentialité des sujets de recherche. Votre participation contribuera à l'approche d'une question clé pour le développement des services et des interventions périnatales qui aura un impact sur la santé physique et mentale des familles. Votre accord à participer implique également que vous acceptez que le responsable du projet puisse utiliser aux fins de la présente recherche (articles, mémoire, essai ou thèse, conférences et communications scientifiques) les renseignements recueillis à la condition qu'aucune information permettant de vous identifier ne soit divulguée publiquement à moins d'un consentement explicite de votre part.

Vous pouvez contacter le responsable du projet au numéro + 33 0681658052 pour des questions additionnelles sur le projet. Vous pouvez également discuter avec les directeurs de recherche Cinira Magali Fortuna et Gilles Monceau des conditions dans lesquelles se déroule votre participation et de vos droits en tant que participant à cette recherche. Pour toute autre question vous pouvez contacter le Comité d'éthique de la recherche dans l'Ecole en Soins Infirmiers de Ribeirão Preto à l'Université de São Paulo au Brésil, au numéro + 55 16 3602-3386 ou à l'adresse: Avenida dos Bandeirantes, 3900, Campus Universitário - Bairro Monte Alegre. Ribeirão Preto - SP - Brasil. Si vous êtes d'accord pour participer, nous vous proposons un formulaire d'information et de consentement à signer.

Le projet auquel vous allez participer a été approuvé au plan de l'éthique de la recherche avec des êtres humains par l'Ecole en Soins Infirmiers de Ribeirão Preto à l'Université de São Paulo au Brésil (Protocole n° _____). Ce Comité d'éthique a pour but notamment de garantir le respect aux sujets de recherche dans leur dignité et leur autonomie, en reconnaissant leur vulnérabilité, et de s'assurer que leur volonté de contribuer à la recherche s'est exprimée de manière libre et éclairée. Votre collaboration est importante pour la réalisation de ce projet et nous tenons à vous en remercier.

Je reconnais avoir lu le présent formulaire de consentement et consens volontairement à participer à ce projet de recherche. Je reconnais aussi que le responsable du projet a répondu à mes questions de manière satisfaisante et que j'ai disposé de suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision de participer. Je comprends que ma participation à cette recherche est totalement volontaire et que je peux y mettre fin en tout temps, sans pénalité d'aucune forme, ni justification à donner. Il me suffit d'en informer le responsable du projet.

Signature du participant: Date:

Nom et coordonnées:

Je déclare avoir expliqué le but, la nature, les risques, les avantages du projet et avoir répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées.

Signature du responsable du projet: Date:

Nom et coordonnées:

Signature du directeur du projet pour la France: Date:

Nom et coordonnées