UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

BEATRIZ CICALA PUCCINI

Consciência Política e Humanização do Parto:
a luta pelo direito à formação de obstetrizes na Universidade de São Paulo

São Paulo
2018

PUCCINI, BEATRIZ C.	Consciência Política e Humanização do Parto: a luta pelo direito à formação de obstetrizes na Universidade de São Paulo		Mestrado IPUSP 2018
------------------------	--	--	---------------------------

BEATRIZ CICALA PUCCINI

**Consciência Política e Humanização do Parto:
a luta pelo direito à formação de obstetrizes na Universidade de São Paulo**

(versão corrigida)

Dissertação apresentada ao Instituto de
Psicologia da Universidade de São Paulo
para obter o título de Mestre em Ciências.

Área de concentração: Psicologia Social

Orientador: Prof. Dr. Alessandro Soares
da Silva

São Paulo

2018

Nome: Beatriz Cicala Puccini

Título: Consciência política e humanização do parto: a luta pelo direito à formação de obstetrizes na Universidade de São Paulo

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof^a. Dr^a. Nadia Zanon Narchi

Instituição: Universidade de São Paulo

Julgamento: _____

Prof^a. Dr^a. Aline Reis Calvo Hernandez

Instituição: Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Julgamento: _____

Prof. Dr. Martin Jayo

Instituição: Universidade de São Paulo

Julgamento: _____

*Dedico este trabalho aos meus filhos, Pedro e Carolina,
e ao Fernando, companheiro de uma vida.*

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais Cecília e Walter e sogros Gilda e Braz pelo apoio incondicional e constante socorro afetivo e material a mim e minha família ainda hoje, tempo que, em meus sonhos, seria de retribuição a toda sua generosidade e a seu amor.

Às queridas comadres, pela irmandade: Mariana Aron, que me apresentou a Psicologia Política e me dá a mão em muitos passos neste caminhar acadêmico; Tatiana Romão, parceira de tantos fazeres, pelo incentivo ao ingresso no mestrado; Andrea Perosa, pelo socorro na finalização, mesmo à distância.

Ao Alessandro Soares da Silva, orientador e exemplo, pela confiança nos meus fazeres e pelo carinho e acolhimento nas correções necessárias.

Ao Grupo de Estudos e Pesquisas em Psicologia Política, Políticas Públicas e Multiculturalismo (GEPSIPOLIM) que acolheu e orientou este trabalho, em especial ao Renato Barbosa e à Kátia Pirotta por seus preciosos apontamentos.

À Nadia Zanon Narchi, pela leitura e correção do primeiro esboço desta pesquisa, pela inestimável contribuição e pelo incentivo.

À memória de minhas avós, Anna e Theresa, exemplos de integridade e da força feminina na construção de um mundo mais amoroso e são.

Às minhas primas Mayra e Camila e suas lindas famílias, a quem doulei em seus primeiros partos e que, corajosa e amorosamente, trouxeram seus pequenos ao mundo e aos nossos corações com o respeito e a luz que desejaram.

À Aninha, minha irmã, companheira e amiga, pelo incentivo aos meus projetos mesmo quando lhe parecem incompreensíveis. Obrigada pela voz, pelo colo e pela união mesmo na distância.

Ao Luiz Cicala, tio e amigo, por me transmitir o amor pelo conhecimento e o encantamento pela política como instrumento para a transformação da realidade.

À querida prima Isabel Trezine Gomes, enfermeira obstétrica e amiga, pela inspiração que me traz desde menina na paixão pelo nascimento e na crítica a um modelo tecnocrático que a afastou da prática profissional precocemente.

Aos meus tios e tias, Wagner, Marisa, Waldemar, Margareth, Walmir, Selma e Eliane, aos primos Victor e Thaís, pelo apoio moral e material que garantiram um semestre escolar de meu filho numa iniciativa amorosa e inesperada.

Aos meus filhos Pedro e Carolina, pela paciência e generosidade com que respeitaram meu tempo de estudo e escrita, abraçando comigo os meses de dedicação exclusiva ao mestrado que minimizaram nossa renda familiar significativamente.

Ao Alexandre Cicala, primo e irmão da infância distante, pelo socorro na tradução do resumo, enviado em tempo do velho continente.

Aos entrevistados que abriram suas agendas e seus corações em preciosos encontros: Carla Azenha, Dilce Rizzo Jorge, Dulce Rosa Gualda, Eduardo, Jacqueline Brigagão, Liz, Lucia Cristina Florentino, Maristela Urasaki e Raphael Cruz.

Ao Grupo de Apoio à Maternidade Ativa (GAMA), onde conheci incríveis mulheres, profissionais e militantes da humanização e me formei doula em outubro de 2014.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela bolsa concedida, indispensável à conclusão deste estudo.

Agradeço às mulheres que se levantam contra as arbitrariedades praticadas diariamente contra seus direitos, seu corpo, sua autonomia e sua vida.

“A necessidade, para a ciência, de se auto-estudar supõe que os cientistas queiram auto-interrogar-se, o que supõe que eles se ponham em crise, ou seja, que descubram as contradições fundamentais em que desembocam as atividades científicas modernas e, nomeadamente, as injunções contraditórias a que está submetido todo cientista que confronte sua ética do conhecimento com sua ética cívica e humana”.
(Edgar Morin, 2005, p. 35).

RESUMO

PUCCINI, Beatriz Cicala. (2018). *Consciência política e humanização do parto: a luta pelo direito à formação de obstetrizes na Universidade de São Paulo*. (Dissertação de Mestrado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

O ressurgimento da obstetrícia como profissão autônoma após mais de três décadas do fechamento do último curso de formação direta no Brasil apresenta-se no contexto das necessárias políticas de humanização da assistência à saúde materno-infantil, quando o país responde pelos piores índices de resultado, sendo um dos mais violentos do mundo e com o maior percentual de cesarianas desnecessárias. Diante desse quadro e da observação de que corporações profissionais autárquicas representativas da medicina e da enfermagem parecem se opor à disseminação de novas práticas encampadas pelo Ministério da Saúde por meio de diretrizes e regulamentações em consonância com organismos internacionais de referência na área, este trabalho busca analisar os elementos formadores da consciência política de integrantes do movimento da obstetrícia na Universidade de São Paulo, trazendo as vozes de ex-alunos e docentes da Graduação em Obstetrícia da Escola de Artes, Ciências e Humanidades (EACH-USP) e representantes da Associação de Alunos e Egressos do Curso de Obstetrícia da Universidade de São Paulo (AO-USP) por meio de entrevistas semiestruturadas em que se buscaram elementos para a compreensão de seu papel na luta por uma identidade positiva da profissão, a melhoria na atenção à saúde da mulher no país e à afirmação de seus direitos fundamentais instituídos pelo Sistema Único de Saúde na Constituição de 1988. A compreensão da formação da consciência política acerca do movimento da obstetrícia à luz das dimensões propostas no Modelo da Consciência Política de Salvador Sandoval contribui para a clarificação dos elementos macro e micro políticos que agem contra e a favor do movimento de humanização do parto e nascimento e sua importância para a superação da realidade de violência e desrespeito aos direitos femininos no campo da assistência à saúde. Com a proposição do novo curso, pôde-se construir um espaço de formação baseado nos princípios da humanização, que norteiam as práticas em saúde em muitos países, recorrendo-se às melhores tecnologias disponíveis nas ciências biomédicas e humanas, contribuindo para um olhar inovador em nosso país quanto à formação de profissionais aptos a exercer uma assistência de qualidade e não violenta.

Palavras-chave: Graduação em obstetrícia. Humanização do parto. Assistência à saúde da mulher. Corporativismo. Consciência política.

ABSTRACT

PUCCINI, Beatriz Cicala. (2018). Political conscience and humanization of childbirth: the struggle for the right to the training of midwives at the University of São Paulo. (Masters dissertation). Institute of Psychology, University of São Paulo, São Paulo.

After more than three decades of closure of formal obstetrician studies, in a moment of desperate need for humanization policies in mother-child health assistance, we see the option of autonomous obstetrics reappearing when Brazil lives the worst record of unnecessary cesarean procedures. Amidst this scenario, and the observation that government representatives of medical and nursing departments seem to oppose the dissemination of the new practices approved by the Ministry of Health, in alignment with international organizations that are a reference in this area, this study will analyze the elements which build the political consciousness of members of the obstetrician movement in the University of São Paulo by bringing to light the voices of former students and professors of the grad course Graduação em Obstetrícia da Escola de Artes, Ciências e Humanidades (EACH-USP) and representatives of the obstetrician course student association – Associação de Alunos e Egressos do Curso de Obstetrícia da Universidade de São Paulo (AO-USP). Data was collected through semi structured interviews where we sought to find elements to understand the strive for a positive identity of this profession, the improvement of the care for women health and the affirmation of their fundamental rights instituted by the Central health Constitution of 1988. The comprehension of the formation of the political consciousness in light of the dimensions proposed in Salvador Sandoval's Political Consciousness Model, contributes to the clarification of macro and micro political elements that act against and in favor of the birth humanization as well as its importance to overcoming the reality of violence and disrespect to human rights in the health assistance field. With the proposition of the new course, it was possible to construct a training space based on the principles of humanization, which guide health practices in many countries, using the best available technologies in the biomedical and human sciences thus contributing to an innovative look in our country regarding the training of professionals able to provide quality and non-violent assistance.

Keywords: Graduation in obstetrician. Birth humanization. Assistance to women's health. Corporativism. Political consciousness.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
1. ELEMENTOS PARA UMA HISTÓRIA DA OBSTETRÍCIA	15
1.1. O parto e o nascimento da ciência obstétrica	18
1.2. O parto e a obstetrícia no Brasil	23
2. FORMAÇÃO DE PARTEIRAS E DE OBSTETRIZES: ENTRE GRITOS E SILENCIAMENTOS	38
2.1. Os contextos de criação e as propostas pedagógicas	45
2.2. O caso da Escola de Parteiras de São Paulo	48
2.3. O caso da graduação em obstetrícia na Universidade de São Paulo: desde 2005	50
3. A CONSCIÊNCIA POLÍTICA COMO MODELO ANALÍTICO DA PARTICIPAÇÃO POLÍTICA E DAS AÇÕES COLETIVAS	56
3.1. Construindo a ideia de uma consciência política	58
3.2. Consciência política em Sandoval	62
4. CAMINHADA METODOLÓGICA	72
5. HUMANIZAR: ESCUTANDO A VOZ DE QUEM LUTA POR UMA NOVA VISÃO DE SAÚDE PARA AS MULHERES	81
5.1. Identidade coletiva	81
5.2. Crenças, valores e expectativas sociais	87
5.3. Sentimentos de eficácia política	97
5.4. Sentimentos de justiça e injustiça	105
5.5. Identificação de adversários e sentimentos antagônicos	111
5.6. Vontade de agir coletivamente / ação / metas de ação coletivas	116
5.7. O Movimento da Consciência Política	125
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	139
REFERÊNCIAS	146
ANEXO: TCLE	155

INTRODUÇÃO

Durante minha formação em psicologia, na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, tive a oportunidade de estagiar no Amparo Maternal, instituição que acolhe mulheres grávidas em situação de vulnerabilidade, em um abrigo anexo à maternidade. Por meio da Pastoral Universitária, acompanhei durante dezoito meses mulheres abrigadas. Foi essa a minha primeira experiência de estágio em psicologia e não pude contar com uma supervisão docente no primeiro ano – era acompanhada por uma enfermeira e um padre. Em 1999 realizei estágio na Penitenciária Feminina da Capital PFC, anexa ao antigo Complexo do Carandiru, em que presas grávidas e puérperas permaneciam com seus bebês no cárcere, – o pavilhão da saúde nessa época fora quase totalmente reservado para essa finalidade. Dessa vez com supervisão docente da Isabel Kahn Marin e a parceira Renata Gentile, pude sentir a impotência frente à injustiça social a que é submetida a grande maioria das mulheres pobres e pretas presas. A realidade desse novo grupo que visitávamos semanalmente não era muito diferente daquela encontrada no abrigo. Estavam cumprindo pena ou esperando julgamento por delitos que mais denunciavam seu estado de vulnerabilidade e pobreza que sua periculosidade, e ocupando o lugar que a sociedade lhes reservara: uma *inclusão perversa* (Sawaia, 2002).

As experiências do trabalho em grupo – e, na penitenciária, também de atendimento individual – foram permeadas pelos relatos de violência de todos os matizes. Violência familiar, conjugal, racial e, em especial, a violência obstétrica apareciam em meio a todas as outras. Mulheres nos relatavam seus partos, de como eram tratadas aos gritos, impedidas de qualquer participação não submissa no nascimento de seus filhos. Na prisão as parturientes eram, muitas vezes, algemadas durante o parto, sofriam com episiotomias tão extensas que tinham para si que essa era uma forma de punição pelos seus delitos.

Há quase vinte anos, não me era possível vislumbrar que a violência obstétrica tinha um viés próprio, que abrangia mulheres de todas as classes sociais e etnias sendo, no entanto, potencializada por outras formas de violência. Minha imaturidade e inexperiência tiveram influência nessa falha diagnóstica, mas também o absoluto silêncio sobre uma realidade, mantida em segredo por uma classe profissional hermética e pelas próprias mulheres que, após experiências traumáticas

de parto sentiam-se solitárias em seu sofrimento, impedidas de expor sua intimidade pelos costumes pudicos de uma sociedade hipócrita e machista.

Em 2004 nasceu meu primeiro filho em um parto dito normal dentro de um modelo de assistência tecnocrática. Mesmo em um hospital conceituado e confortável não considerei a experiência satisfatória. Em 2012 minha filha nasceu em casa. Não poderia imaginar o quão difícil seria sustentar essa decisão perante a sociedade: familiares e amigos, perplexos, não compreendiam os motivos de uma opção tão “radical”. E minha batalha pelo direito à escolha, ao arbítrio sobre nossos corpos e à nossa própria história e a de nossa família estavam apenas começando. Tantos questionamentos me aproximaram do campo da humanização do parto e nascimento, movimento do qual fazem parte mulheres, parteiras, obstetrizes¹, doulas, enfermeiras, terapeutas holísticos diversos e alguns médicos, participantes de fóruns de discussão e grupos de apoio. Em 2014 me formei doula. Compreendi que modificar o quadro de violência diagnosticado por organismos internacionais e nacionais nos sistemas público e privado de saúde no país é uma meta para muitos atores sociais, e que os movimentos de humanização são parte relevante desta força política.

Acrescento ainda outra parte de minha história: o meu próprio nascimento foi marcado pela violência obstétrica. Relatos do primeiro parto de minha mãe, em 1977, são aterrorizantes, e somente agora, ao finalizar este trabalho, permito-me ligar os pontos históricos que culminaram em minha motivação para a pesquisa. A cena mais marcante narrada de tempos em tempos – sempre que algum bebê nascia na família, a história como que regurgitava – é: “a enfermeira dizia: – faz força que meu plantão tá acabando, assim você vai matar seu filho! Tá olhando bem para aquele relógio? Quando marcar sete horas eu vou embora, é melhor fazer mais força”. Nasci às dezenove horas daquele três de janeiro, obedecendo aos comandos da enfermeira. Mas minha mãe foi cortada e costurada sem anestesia, contraiu uma infecção que a deixou acamada pelos vinte dias subsequentes, e em nossas primeiras fotografias seu abatimento é notório. Essa experiência fez com que, um

¹ O termo obstetriz é utilizado, hoje, para designar profissionais dos sexos masculino e feminino. Sendo a terminação própria do gênero feminino originalmente, foi adotado pelos profissionais formados no curso de graduação em Obstetrícia, de ambos os sexos, para diferenciá-los dos especialistas da medicina: obstetra, e da enfermagem: enfermeira obstétrica ou enfermeira obstetra.

ano depois, viajasse a Bragança Paulista para esperar pelo parto de minha irmã, confiado ao primo obstetra.

Das histórias vividas e deste início de minha prática profissional resultou uma questão que ainda me acompanha: poderá a psicologia contribuir para modificar tais práticas e tal violência? A psicologia política tem contribuído sobremaneira para minha compreensão de como nossa relação com o parto e nascimento é determinada pela história – do capitalismo, do feminismo, da medicina, da obstetrícia – mas também como ela é determinante dessa própria história, num movimento dialético.

Crenças e valores sociais são formados pela memória coletiva, pela vivência pessoal e comunitária, pela própria história da cultura. Por isso, para a psicologia política, *“a separação de aspectos sociológicos de aspectos psicológicos e emotivos só pode ser feita de maneira artificial e resulta na fragmentação da análise desses fenômenos e consequentemente em um olhar parcial e incompleto”*. (Lacerda Jr., 2016, p.50).

As mudanças almejadas são psicopolíticas, pois envolvem aspectos culturais da ordem da intimidade tanto quanto da ordem pública, e mobilizam atores diversos em prol de uma nova compreensão dos sistemas de opressão que operam aquém da consciência, determinando práticas mais éticas nas instâncias psicossociais e políticas que regem desde as relações familiares até a relação dos indivíduos e grupos com o Estado. É preciso que haja a conscientização das mulheres sobre seus direitos para modificar radicalmente a realidade de violência, e os profissionais da obstetrícia e da enfermagem obstétrica tiveram e têm um papel essencial para a modificação do quadro atual de violência nos serviços de saúde materno-infantis.

O objetivo geral desta pesquisa é estudar a produção da consciência política decorrente do processo de luta política em torno da consolidação da profissão de obstetriz a partir da experiência da Escola de Artes, Ciências e Humanidades (EACH) da Universidade de São Paulo (USP).

Dessa questão derivam os seguintes objetivos específicos:

- I. Historiar o movimento pela humanização do parto no Brasil a partir das experiências de formação em obstetrícia na Universidade de São Paulo;
- II. Compreender as especificidades da formação em obstetrícia e sua relação com a humanização do nascimento a partir da entrevista de professores e ex-alunos que compuseram e compõem esses cursos;

III. Analisar a participação política de dirigentes da Associação de Obstetrícia do Brasil e egressos (AO-USP).

No primeiro capítulo: Elementos para uma história da Obstetrícia, contextualizam-se as práticas correntes na assistência ao parto e nascimento nos dias atuais, buscando sua compreensão como produto da história humana e apresentando os principais modelos adotados no Brasil.

No capítulo 2: Formação de Parteiras e de Obstetrizes: entre gritos e silenciamentos, retoma-se a história dos cursos propostos pela Universidade de São Paulo para a formação profissional na assistência obstétrica, partindo da proposta de 1912, ligada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FM-USP), passando por seu desmonte em 1970 e o novo curso de Graduação proposto pela EACH-USP em 2005.

O terceiro capítulo apresenta o Modelo de Análise da Consciência Política, proposto por Salvador Sandoval na década de 1980, como ferramenta para a compreensão da multidimensionalidade dos fatores que compõem a consciência política dos profissionais envolvidos na assistência à saúde da mulher e sua potência de ação frente às ameaças apresentadas pelo corporativismo das classes profissionais hegemônicas neste campo de atuação.

Em Caminhada metodológica, no capítulo quarto, descrevem-se o caminho percorrido para a construção desta pesquisa e as referências que guiaram as entrevistas semiestruturadas, assim como se apresentam os entrevistados.

O capítulo 5: Humanizar: escutando a voz de quem luta por uma nova visão de saúde para as mulheres, é constituído pela análise das entrevistas realizadas, em que se utilizam as dimensões da consciência política propostas por Sandoval como categorias analíticas que fundamentam a compreensão do movimento e dos indivíduos dele participantes.

O conjunto da pesquisa nos permite pensar acerca da condição da mulher e de suas lutas, de seus processos de tomada de consciência em um mundo marcado por uma lógica patriarcal (Saffioti, 1969). O movimento de defesa da obstetrícia e da humanização do parto é majoritariamente formado por mulheres, mas também inclui homens.

Capítulo 1.

ELEMENTOS PARA UMA HISTÓRIA DA OBSTETRÍCIA

A ideia de que o parto é um evento traumático está disseminada em nossa sociedade. Utiliza-se o termo “parto” metaforicamente para designar algo muito difícil e doloroso. Sem negar a complexidade envolta no nascimento e os riscos inerentes ao seu processo, admite-se que o nascimento interessa a todo ser humano. Todos nós nascemos.

O nascimento é historicamente um evento natural, considerado mobilizador e marcante na vida da mulher e da família. Até mesmo as primeiras civilizações atribuíram a este acontecimento inúmeros significados culturais que sofreram e sofrem transformações através das gerações. A experiência do parto varia amplamente de uma cultura para outra. Toda sociedade possui regras que controlam o nascimento, quer especificando o local de sua ocorrência, quer determinando quem atende a parturiente ou indicando comportamentos a serem adotados, durante o trabalho de parto. (Mamede, Mamede & Dotto, 2007, p. 332).

Segundo Maldonado (1997), até o século XVII o parto era assunto de mulheres. A presença da parteira e da mãe da parturiente era fundamental, como a grande variedade de talismãs, orações, receitas mágicas para aliviar a dor nas contrações, que proporcionavam clima emocional favorável para a mulher. Nas culturas pré-modernas, “as relações com a natureza e com a sucessão das gerações eram coordenadas pelas formas tradicionais da prática e por códigos éticos de inspiração religiosa”. (Giddens, 1993, p. 199).

Os aspectos fisiológicos que envolvem o nascimento são fortemente primitivos, sucessivas descargas hormonais vão pouco a pouco promovendo contrações, necessárias à abertura do colo uterino. O sistema límbico é intensamente ativado, mobilizando emoções também primitivas. Aspectos físicos e psicológicos precisam ser resguardados para que um parto de baixo risco evolua naturalmente, com muito pouca ou nenhuma intervenção técnica. Mas parir é muito mais que um evento fisiológico.

Para entender o processo de parturição é preciso considerar os contextos sociais e culturais e a individualidade psicopsicológica da parturiente, os quais influenciam na maneira como ela interpreta as diferentes sensações físicas do trabalho de parto. Dessa forma, dar à luz não é simplesmente um ato fisiológico. O parto representa um fenômeno sociocultural porque redefine a identidade da mulher e afeta suas relações com os grupos com quem mantém contato, além de ocorrer num contexto em que

estão incluídos os valores, as crenças, as práticas, os cuidados e o seu próprio significado de ser mulher/mãe. (Mamede et al., 2007, p. 332).

Dulce Maria Gualda (2017), retomando a história do nascimento através dos tempos, faz-nos lembrar que nos primórdios da humanidade éramos nômades, o que trazia condições especialmente adversas para o momento do parto. A mulher era, provavelmente, levada a realizar os próprios cuidados, por vezes com a ajuda do companheiro.

A mulher paria de cócoras ou de joelhos, cortava o cordão umbilical com pedra afiada ou com os dentes e instintivamente lambia todo o recém-nascido. Este era colocado junto ao seu peito com um sling² de pele animal para ser aquecido, confortado e transportado na busca de alimentos e nos processos de migração. (pp. 27-28).

Com a evolução da agricultura e a fixação dos primeiros grupos em vilas, as comunidades tornaram-se mais complexas e em sua organização, as mulheres mais velhas tiveram importante papel nos cuidados relativos ao parto e nascimento. “Seu papel era dar conforto e apoiar a parturiente sem interferência”. (Gualda, 2017, p. 28).

Pedras eram utilizadas para que a mulher pudesse se apoiar. Bancos e cadeiras de parto das mais variadas formas vieram em sua substituição, e a posição que permitia o balanço pélvico parece ter sido adotada durante vários milênios. Tais artefatos “Foram fabricados e usados até meados do século XVII enquanto o parto foi considerado próximo à natureza”. (GUALDA, 2017, p. 28).

Por milênios, mulheres mais experientes ou com reconhecida competência pertencentes à própria família ou comunidade foram as assistentes por excelência do trabalho de parto. Uma rede de solidariedade era acionada no que se denominou *parto social* (Wertz & Wertz, 1977) para os cuidados emocionais, práticos e espirituais envolvidos no nascimento.

Há controvérsias sobre a passividade da assistência prestada à parturiente nos primórdios da civilização. Dulce Maria Gualda (2017) se refere ao antropólogo Michaelson³ para questionar o parto primitivo como natural e sem dificuldades:

² Sling é um tecido usado – inclusive contemporaneamente – para transportar bebês e crianças pequenas junto ao corpo da mãe.

³ MICHAELSON, K. L. *Childbirth in America: anthropological perspectives*. Massachusetts: Bergin e Garvey, 1988.

Há indícios que nas sociedades que faziam uso de tecnologia leve as mulheres não eram poupadas de trabalhos de parto laboriosos e estavam sujeitas a manobras, eram submetidas a rituais e procedimentos muitas vezes com consequências nefastas. Muitas sociedades permitiam que as parteiras realizassem pressão abdominal para auxiliar a saída do feto ou da placenta e outras recomendavam a tração do cordão após o parto. (Gualda, 2017, p. 29).

A pressão abdominal referida é denominada, hoje, “manobra de Kristeller” e é contraindicada pela Organização Mundial de Saúde e pelo Ministério da Saúde no Brasil, assim como a tração do cordão, que pode ocasionar hemorragias.

Apesar da relativa diversidade entre as práticas de parto, parece haver um perfil bem definido das parteiras, que:

Desenvolviam seu trabalho numa perspectiva cultural e atendiam as expectativas das mulheres. [...] Eram mulheres mais velhas, na pós-menopausa, uma vez que mulheres no período menstrual eram consideradas poluídas. Eram mães de pelo menos dois filhos para que tivessem experimentado na própria carne as dores do parto. Tinham que ter costumes irrepreensíveis, boa disposição física e disponibilidade de tempo para acompanhar longas horas de trabalho de parto. [...] Eram tipicamente analfabetas e desprovidas de treinamento formal. O seu conhecimento era empírico e repassado através de fontes orais pelas mães, avós ou parteiras mais experientes. (Gualda, 2017, p. 30).

Interessante notar que o perfil atribuído às parteiras da antiguidade contempla aspectos morais e um preparo vivencial, além de condições físicas adequadas. A partir do século XVII, a supremacia feminina sobre o território do nascimento passa a ser ameaçada pela atuação masculina. Descendentes dos cirurgiões barbeiros, uma classe médica sem formação científica e desprestigiada, passa a considerar a prática de partos interessante do ponto de vista financeiro, e inicia-se a atuação cirúrgica para a “extração de fetos mortos do canal de parto e cesáreas pós-morte”. (Gualda, 2017, p. 30).

As acusações às parteiras em função de sua colaboração para a realização de abortos ou de proteção às relações ilegítimas tem início com a entrada dos homens na cena do parto, assim como a criação do fórcepe, “considerado uma das descobertas mais importantes da arte obstétrica, fator de domínio masculino nas práticas de parto”. (Gualda, 2017, p. 31).

Com a crescente atração de médicos – inclusive os formados em universidades – pela ciência obstétrica, as mulheres foram sendo relegadas à posição de assistentes da figura masculina, que passa a dominar a cena do nascimento.

A desconfiança em torno do papel da parteira pairou durante muito tempo. Nos séculos XVI e XVII, as parteiras sofreram com a caça às bruxas da Inquisição, pois acreditava-se que estavam em missão do diabo, já que usavam ervas, poções e rezas para ajudar o parto. Quando eram acusadas de infração, eram mortas em fogueira. Muitas mulheres morreram durante a Inquisição e metade delas era parteira. Surgiram leis regulando sua atividade com exigência de instrução e exames para realizar batismo e confissões de morte na ausência de um padre, bem como notificar casos de aborto, partos de mães solteiras e uso de anticoncepcionais. Esta perseguição afastou as mulheres da prática de partos ou as conduziu à obscuridade. (Gualda, 2017, p. 31).

Com a associação das parteiras à bruxaria e à prática de abortos, criou-se uma sombra sobre sua identidade, que parece ter influência em toda a história subsequente da prática obstétrica por parteiras tradicionais. O imaginário social é produzido por elementos culturais que não se curvam à razão e geram crenças e valores sociais sem qualquer base científica. Tal imaginário foi largamente propagado por instituições com grande poder discursivo:

A Igreja medieval já havia colocado as parteiras no lugar de feiticeiras e bruxas – principalmente pela suspeita de sua relação com o infanticídio e o aborto – a medicina iluminista selou sua aliança com o Estado e difundiu a associação entre parteiras e sujeita (Maia, 2010, p. 31).

Entre os séculos XVI e XVII, o cirurgião passa a fazer parte da assistência ao parto, mesmo que ocasionalmente, e o vai tornando uma complexa arte médica. Nesse momento nasce a posição de decúbito dorsal, para facilitar o trabalho do médico. Instrumentos como a cama obstétrica, argolas e correias imobilizadoras, luzes e o fórcepe inauguram a medicalização do parto que passa a ser disseminada nas classes aristocráticas em meados do século XVIII (Maldonado, 1997).

1.1. O parto e o nascimento

O parto está imbuído de representações que se relacionam com as histórias de diferentes culturas. Há todo um atravessamento de significados, e em última instância é o símbolo da vida, o ponto de ruptura do processo fisiológico que garante a preservação da espécie humana, ou que a garantiu até meados do século XX, quando intervenções cirúrgicas e medicamentosas passaram a ser possíveis com maior segurança. A história da obstetrícia como intervenção profissional nos nascimentos remonta ao século XVI, mas apenas nos últimos 120 anos desenvolveram-se tecnologias e todo o aparato médico-científico que cerca o

nascimento hoje, e as intervenções ficaram mais seguras graças ao surgimento dos antibióticos, anestésicos e técnicas eficazes de assepsia.

No final do século XVIII, surge a Medicina Social e sua disciplina sobre os corpos, norteadas pelos princípios higienista e sanitarista que respondiam às necessidades impostas pelo novo capitalismo. Diante dos cuidados necessários à educação das crianças para o trabalho, à mulher foi imposta a tarefa desses cuidados, chegando-se a criminalizar as mulheres que não amamentassem seus filhos. (Foucault, 1993). A própria família torna-se uma instância *medicalizada-medicalizante*, responsável por manter a higiene e a saúde dos seus membros.

Giddens (1993) observa como a modernidade centra-se na questão de gênero, importante para nossa análise.

Com o desenvolvimento das sociedades modernas, o controle dos mundos social e natural – o domínio masculino – ficou centralizado na ‘razão’. Assim como a razão, guiada pela investigação disciplinada, foi separada da tradição e do dogma, também foi separada da emoção. Como eu já disse, isso não presumia tanto um processo psicológico maciço de repressão quanto uma divisão institucional entre razão e emoção, divisão esta que seguia de perto a linha dos gêneros. (Giddens, 1993, p. 218).

Se à mulher foi delegado o cuidado da prole, ao homem foi atribuído o manejo da ciência e da tecnologia médica, que passa a reger a assistência ao parto e nascimento. Cindem-se razão e emoção também nos cuidados obstétricos.

A era moderna trouxe consigo o tecnicismo da ciência com enormes benefícios para a saúde humana, no entanto deixou de considerar tudo que não fosse da ordem da razão. Abandonam-se os efeitos calmantes naturais como luz baixa, banhos, liberdade de movimentos e acolhimento emocional que exerciam antes efeitos terapêuticos moldados por milênios pelas culturas ao redor do mundo. Assim, as subjetividades, traduzidas em bem-estar emocional, afetividade, cuidado psicológico, enfim, tudo o que as mulheres da antiguidade viviam em seus partos foi também desqualificado: “os *médicos vão ganhando controle do espaço e redefinem o conceito de nascimento como crise para o qual as mulheres civilizadas seriam inaptas para lidar, necessitando de tratamento médico*”. (Gualda, 2017, p. 32).

Determinante da medicalização do nascimento, os partos hospitalares ganharam força na década de 1870, na Europa. Apesar do desconhecimento das práticas de assistência ao parto – território feminino por excelência nas sociedades medievais – os médicos e cirurgiões foram pouco a pouco construindo, no ideal popular, a ideia de sua superioridade. A história da obstetrícia caminhou lentamente

da casa para o hospital, visto que houve grande resistência por parte das gestantes. “*O domínio da parturição pela medicina foi lento, difícil, conflituoso, heterogêneo e incompleto*”. (Maia, 2010, p.45). Essa construção culminou na hospitalização do nascimento. Entretanto, não solucionou a questão da alta morbidade e mortalidade materna e neonatal. Ao contrário, inicialmente causou o aumento desses índices em toda a Europa, graças à contaminação de instrumentos e falta de higiene adequada das mãos do cirurgião, que ocasionaram um surto de febre puerperal. O fenômeno foi solucionado no final do século XIX com a higienização das mãos dos médicos: água e sabão.

O nascimento da obstetrícia científica foi marcado por uma série de intervenções, uso de instrumentos e substâncias que se mostraram tão danosos quanto úteis. Se o fórcepe era usado para salvar a vida de mulheres e crianças foi também responsável por graves danos às mães e seus bebês, assim como o éter ou clorofórmio ocasionavam danos respiratórios quando utilizados em excesso. Os instrumentos compartilhados eram fontes de infecções.

Além dos resultados das intervenções dos obstetras não serem os desejados, diversos estudos norte-americanos apontavam que os índices de mortalidade mais baixos eram os das localidades onde as parteiras atuavam. Num levantamento de 1911, os dados indicavam que os obstetras perdiam o dobro de mulheres em relação à parteira, como resultado de infecção puerperal. Até duas décadas mais tarde os obstetras foram responsáveis pela manutenção de taxas elevadas de mortalidade materna. (Gualda, 2017, p. 34).

Vê-se que durante as primeiras décadas em que médicos obstetras passaram a assistir partos os resultados foram desastrosos. Em comparação com o trabalho das parteiras a mortalidade materna era “o dobro”!

Os questionamentos quanto às melhores práticas de parto e nascimento e das excessivas intervenções teve início na década de 1940 nos EUA, com o movimento do parto natural, divulgado inclusive em revistas femininas, contribuindo para a amplificação do debate para a sociedade leiga. As principais questões referiam-se ao uso do fórcepe e de drogas, indução do trabalho de parto e separação imediata entre mãe e bebê, além de condutas hospitalares arbitrárias (Gualda, 2017). Esse movimento ganhou força na década de 1960, com o apoio das feministas.

O movimento do parto natural abriu as portas para as formas alternativas ao controle médico do nascimento, além de apresentar uma filosofia de parto natural, e não médica, propondo práticas apropriadas a cada situação ao invés de práticas baseadas em pressupostos ideológicos e técnicos. (Gualda, 2017, p. 37).

Temos atualmente um debate acalorado sobre a melhor forma de nascimento, e sobre quem efetivamente a determina. Dentre os que se pretendem modelos: o parto normal, a cesariana e o parto humanizado são possivelmente os principais termos utilizados para descrever o nascimento no Brasil. No entanto, Robbie Davis-Floyd, uma antropóloga americana estudiosa do nascimento e das maiores referências mundiais no tema, delimita os modelos em: tecnocrático, humanizado e holístico. Ao explicitar as diferenças entre os três modelos, observa que cada um está baseado em doze crenças. O parto dito normal e a cesariana são, para ela, faces de um mesmo modelo tecnocrático, centrado na figura do profissional da assistência – único responsável pelo parto – e no aparato tecnológico, compreendendo o corpo da mulher como uma máquina, o bebê como um produto e o hospital como uma fábrica. O modelo tecnocrático é hegemônico, baseado no modelo cultural dominante: *“use of an ideology of technological progress as a source of political power. It thus express not only the technological but also the hierarchical, bureaucratic and autocratic dimensions of this culturally dominant reality model”* (Davis-Floyd, 2000, p.8), e não admite a existência de outras modalidades.

Davis-Floyd (2000) apresenta uma hipótese, a partir de seus estudos antropológicos, de que a não superação de práticas desaconselhadas na assistência obstétrica deve-se à crença em seu valor cultural. Apesar de sabermos, há pelo menos três décadas, que os protocolos obstétricos têm pouca ou nenhuma comprovação científica, eles continuam sendo realizados. O modelo humanizado surge como reação ao modelo anterior, os humanistas desejariam tornar a tecnomedicina mais relacional, mais recíproca e empática, compreendendo o paciente como um ser biopsicossocial. A responsabilidade é repartida entre equipe de assistência e paciente, admitindo-se a relação mente-corpo (ainda conceitos separados, mas que interagem), aproximando-se da saúde pública por focar a prevenção, a promoção da saúde e a educação pública. O modelo humanizado admite a existência de outras modalidades. Haveria ainda o modelo holístico, radicalmente oposto ao modelo hegemônico, que considera a influência da mente, do corpo, do espírito, das emoções e do ambiente no processo de cura. Considerando a unicidade corpo-mente-espírito que se constituem em um sistema energético conectado a outros sistemas energéticos, aproximando-se da teoria do caos e da sistêmica. Inclui uma grande variedade de abordagens, das terapias

nutricionais à medicina chinesa. Privilegia a intuição, busca curar a pessoa inteira em seu inteiro contexto, crê na unidade entre profissional e cliente e na convivência de múltiplas modalidades de cura, que é protagonizada pelo cliente.

Apesar da precisão e riqueza que essa abordagem nos apresenta, opta-se neste trabalho por considerar separadamente a cirurgia cesariana e o parto vaginal ou normal, assim como abarcar os modelos humanizado e holístico em uma mesma categoria – ao menos a priori. Isto porque, no Brasil, observam-se diferenças importantes na oferta de serviços de assistência que preconizam a cesárea em detrimento do parto vaginal e vice-versa. Assim como, por serem contra hegemônicos em um meio político hostil e polarizado, a humanização e as abordagens holísticas caminham juntas na luta pela liberdade de participação e pela busca da consciência sobre o parto e o nascimento.

Estatísticas comprovam que as cirurgias cesáreas ocorrem em proporções alarmantes em todo o mundo, contrariando as evidências científicas que, desde a década de 1980, indicam graves riscos à imunidade dos recém-nascidos e de suas mães, com índices três vezes maiores de mortalidade para o bebê e ainda maior para a mulher, além de agravar complicações de todos os tipos, quando realizadas de forma eletiva (Leal, 2013; Libertad, 2016; Oliveira, 2015; Salgado, 2012; Tischer, 2014).

A cesariana é um ato médico por princípio e não há possibilidade de participação efetiva da parturiente. Trata-se de uma cirurgia de grande porte, com todos os riscos associados a ela. São cortadas sucessivas camadas musculares e a recuperação é bastante dolorosa, exigindo analgésicos, antibióticos, maior tempo de internação, curativos e acompanhamento clínico especializado por um período prolongado, além de causar desconforto e menor capacidade física num momento em que o recém-nascido exige atenção e cuidado em tempo integral, ocasionando inúmeros prejuízos para a vinculação entre mãe e bebê, dificuldades no aleitamento e piores resultados na saúde do bebê e da mãe (Cardoso & Barbosa, 2012; Oliveira, 2015; Tischer, 2014).

Apresentada como alternativa a uma parturição violenta e traumática, a cesariana tem-se tornado um produto a ser consumido pelas mulheres e vendido pelos médicos.

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), e evitar sua utilização excessiva em outros, como a Austrália, com taxas de mais de 30%, mas, ao mesmo tempo, com uma taxa de mortalidade materna de menos de 3/100 mil, e o Brasil, que tem taxas de 44% de cesarianas e uma mortalidade materna de 70/100 mil nascidos vivos. (Parente et al, 2010, p. 486).

Apesar de beneficiar cerca de 10 a 15% das mulheres e seus filhos, para os quais a cesariana é necessária e evita morbidades e até a morte, há um grande contingente de mulheres que poderiam parir de forma mais satisfatória se fossem postas em prática técnicas milenares promotoras de saúde e bem-estar, como permitir que a mulher caminhe. Mamede et al. (2007) afirmam que a deambulação e a livre posição no trabalho de parto e parto trazem uma série de benefícios para mãe e filho e podem evitar intervenções prejudiciais à sua saúde.

1.2. O parto e a Obstetrícia no Brasil

No início do século XIX, com a chegada da família imperial ao Brasil, os primeiros cursos de medicina são autorizados e, em 1808 são instalados na Bahia e no Rio de Janeiro. Ambos contemplavam o ensino da obstetrícia, mas por quase um século os estudantes tinham contato apenas com teorias, pois não havia serviços ambulatoriais para o exercício e a aprendizagem da prática. Quando, finalmente, foram criados, houve grande resistência das mulheres em se oferecer para o treinamento. Assim, artifícios foram utilizados com o objetivo de atrair mulheres aos ambulatórios.

Houve todo um esforço por parte da corporação médica em construir uma imagem do médico que inspirasse confiança na população. Porém, isto ainda foi pouco para conseguir levar as mulheres à presença do obstetra e muito menos, ainda, para convencê-las e se abrirem para eles. A partir desta problemática, o discurso médico criou como que um "jogo" com a população feminina do Brasil Império. Jogo, porque, por um lado, o discurso médico, em harmonia com os demais discursos presentes no momento, utilizando as estratégias que lhe eram permitidas pelas circunstâncias, forjou para a mulher uma nova subjetividade, que, entre as alterações imediatas que possibilitou à esta, garantiu-lhe um novo papel na sociedade, abrindo-lhe as portas para uma vida social mais intensa, esboçando-lhe nova configuração dentro do lar, da família, tornando-a, enfim, um ser bem mais vivo que a mulher da sociedade patriarcal da colônia. Porém, o ponto de apoio deste discurso que criou a mulher da sociedade imperial foi a sexualidade feminina. Sexualidade que foi descrita a fundo, com acurada precisão fazendo a mulher um ser frágil e inconstante, a quem somente os médicos poderiam orientar, por serem os únicos que a conheciam. Deste "jogo" surgiram "o mito do amor materno", a "mãe dedicada", "boa esposa", "a rainha do lar", as histéricas, as mundanas e toda uma série de tipos femininos que ocupariam a literatura médica e o imaginário social do século XIX. (Brenes, 1991, p. 145).

A autora, ao revisitar a história da parturição no Brasil, toca em um ponto nevrálgico para a compreensão do discurso médico-científico: o esquadrinhamento da sexualidade feminina e suas implicações para a constituição da “mulher da sociedade imperial”, com suas qualidades necessárias ao imaginário social que se estava desenhando. Anayansi Brenes publica em 1991 os resultados de seu estudo sobre as particularidades da Arte Obstétrica no Brasil do século XIX. Foram revistas 83 teses médicas obstétricas produzidas na Bahia e no Rio de Janeiro.

Verificou-se que, tradicionalmente, esta Arte era realizada por mulheres denominadas "aparadeiras" ou "comadres", que assistiam as mulheres, seja no trabalho de parto e nos cuidados pré e pós-parto, quanto em outras circunstâncias, tais como doenças venéreas e abortos; A entrada dos médicos-parteiros nesta prática inaugurou, não só o esquadrinhamento do corpo feminino, como a produção de um saber anatômico e fisiológico da mulher, a partir do olhar masculino. (Brenes, 1991, p. 135).

Vê-se que as parteiras, denominadas aparadeiras ou comadres no século XIX, cuidavam da saúde feminina para além da assistência ao parto.

Professores das Faculdades de Medicina da Bahia e do Rio de Janeiro reclamavam por toda a segunda metade do século XIX a criação de maternidades onde fosse possível treinar seus alunos, que se formavam sem nunca ter presenciado um parto. Após muita resistência do provedor e das irmãs da Santa Casa, que consideravam o parto um evento indecente, temiam a aproximação com as parteiras, consideradas perigosas por seus conhecimentos sobre anticoncepção e práticas de aborto e desejavam evitar contato com o público que as procuraria, composto por mulheres pobres e prostitutas, finalmente instalou-se uma clínica-maternidade no Rio de Janeiro, em 1884. Mas as condições de higiene e assistenciais eram terríveis:

Segundo o diretor da Faculdade, a oposição das freiras era tão grande que ele estava persuadido de que as religiosas se serviriam de todos os meios para que as mulheres que fossem dar à luz nessa enfermaria nunca mais voltassem. A narração dos sofrimentos infringidos pelas freiras fazia que nenhuma mulher viesse a pedir qualquer socorro. (Mott, 2002, p. 201).

Além da preocupação com a formação de médicos em Clínica Obstétrica, no final do século XIX passa-se a considerar a necessidade de um local para atendimento das mulheres pobres e, em 1894, funda-se a Maternidade de São Paulo. Pode-se pensar que após a abolição da escravidão um grande contingente de mulheres que antes estavam sob a responsabilidade de um “senhor”, passam a

demandar atendimento hospitalar em seus partos, dada a falta de condições de moradia.

Na década de 1920, médicos que atendiam parturientes em domicílio faziam listas tão extensas de insumos necessários, com mais de trinta itens, como se quisessem transportar o hospital para casa. Depreende-se daí sua dificuldade em assistir partos em residências pobres.

Se, até o início do século XX, o parto era realizado no domicílio da parturiente – apenas as gestantes indigentes e desclassificadas socialmente recorriam aos hospitais – a partir dos anos 30 esses estabelecimentos passam a ser recomendados com mais veemência pelos médicos como um lugar ideal e seguro para as mulheres darem a luz, independentemente da condição social e da indicação clínica. (Mott, 2002, p. 197).

Até o início do século XX, os partos permaneceram residenciais, o que evitou a contaminação de mulheres e as altas taxas de morbidade por infecções como o ocorrido na Europa, no episódio que ficou conhecido como febre puerperal.

Nas situações em que a parteira ficava diante de um caso complicado, ela procurava primeiro reconhecer o que estava acontecendo, para, em seguida, sair em busca de outra parteira mais experiente. Apenas em último caso, ela buscava auxílio de um cirurgião. Desse modo, a presença de um cirurgião no parto era vivenciada com ansiedade pela mulher, pois indicava a gravidade da situação. (Mamede et al., 2007, pp. 332-333).

Na década de 1930 o médico Edgar Braga analisa dezoito mil fichas de gestantes atendidas no município de São Paulo num período de oito anos, e conclui que *“85% foram atendidas por curiosas, 10% por parteiras diplomadas e 5% em hospitais e maternidades”* (Mott, 2002, p. 207). Em 1945 o aumento dos partos hospitalares era significativo: *“70,4% foram feitos em domicílio, 29,5% em hospitais (5% das crianças nasceram mortas e a natimortalidade nos hospitais foi maior)”* (Mott, 2002, p. 207). Entre as décadas de 1930 e 1940 são criadas doze maternidades em São Paulo, com a maioria dos leitos destinados a clientes pagantes.

Até a década de 1950, serviços de assistência obstétrica domiciliar são organizados em diversos municípios brasileiros. Parteiras leigas ou curiosas – apesar da proibição legal de sua atuação – eram chamadas a assistir partos de mulheres pobres, supervisionadas pelas instituições. Médicos tinham que fornecer uma permissão para a parturiente obter o atendimento, atestando um prognóstico favorável ao parto sem distócia e condições ideais de saúde. Os dados apontados

por tais experiências são surpreendentemente positivos, com baixas taxas de mortalidade materno-fetal.

Apesar do diagnóstico favorável feito pelos médicos sobre a assistência obstétrica domiciliar, tanto no que diz respeito aos custos, ao combate à infecção, à mortalidade materna e neo-natal, às parteiras leigas, às vantagens para o ensino da Clínica Obstétrica, como para resolver a falta de leitos nas maternidades, esses serviços foram considerados uma forma de atendimento alternativo – apenas para as mulheres pobres – e acabaram sendo encerrados. A hospitalização do parto passava a ser vista como um ideal a ser atingido, um exemplo a ser seguido. Significava, para a maioria dos médicos, sinônimo de civilização (Mott, 2002, p. 213).

O corporativismo médico influenciou sobremaneira a hospitalização do parto, como atestado pela autora, contrariando todas as evidências quanto às vantagens do parto domiciliar. Assim construiu-se a associação entre assistência hospitalar e modernidade, valor compartilhado ainda hoje por grande parte da sociedade.

Até meados do século XX a cesariana relacionava-se a altas taxas de mortalidade materna, e somente nas décadas de 1960 e 1970 tornou-se segura o suficiente para ser popularizada. A partir de sua popularização parece ter havido um encantamento com a possibilidade de evitar o parto. O índice de cesarianas em relação ao total de nascimentos realizados no Brasil em 1970 foi de 14,6%, em 1980 passa a 31% (Faúndes & Cecatti, 1981). Desde esse estudo, o índice de cesáreas entre mulheres de classes socioeconômicas mais favorecidas era maior.

Dada a desigualdade nas condições de acesso aos serviços de saúde nesse período, segundo Faúndes e Cecatti (1981), apenas as mulheres mais ricas foram beneficiadas pela evolução da cesariana, o que ajudou a construir alguns mitos sobre a cirurgia. O fator socioeconômico vinculado à prática tornou-a desejada por parte das mulheres, que acreditaram na promessa de um parto sem dor e sem riscos. Da mesma forma a classe médica foi seduzida pela aparente facilidade da cirurgia, que passou a consumir um tempo menor de sua agenda.

Há relatos de mulheres que recebem anestesia sem desejar, assim como outras que desejam e não a recebem. Para além de toda a questão técnica – quais procedimentos são realmente necessários, quais podem ser eficazes e quais deveriam ser evitados – percebe-se que a mulher não é ouvida nem informada, suas expectativas não são consideradas, e muitas gestantes não têm ideia dos procedimentos aos quais será submetida. Nesse contexto, a maior parte das mulheres já não sabe parir, afastadas que foram da cena do nascimento. Já não presenciam partos de outras mulheres e não têm qualquer experiência anterior que

as aproxime dessa realidade. Desde a década de 1980 há registros disso que se afirmam ainda hoje.

O cuidado pré-natal, em geral, não prepara a mulher grávida psicologicamente para o parto. O medo e insegurança que toda mulher grávida sente são mais estimulados do que prevenidos no pré-natal que ela recebe e no contexto social em que ela passa a sua gravidez. Portanto, o medo da dor no parto é exacerbado com as primeiras contrações uterinas, requerendo um apoio psicológico para a mãe. Isto praticamente inexistia hoje no Brasil, uma vez que no atual sistema de saúde a figura da parteira quase desapareceu. (Faúndes & Cecatti, 1981, p. 156).

Observa-se o distanciamento da mulher da cena do parto como um fator associado à sua hospitalização. Com o “desaparecimento” da figura da parteira, o pré-natal passa a ser realizado por médicos que, segundo os autores, mais estimulam que previnem o medo e a ansiedade. Uma das funções da assistência feita pelas parteiras desaparece com elas: o acolhimento emocional. Faúndes e Cecatti (1981) reconhecem, em seus estudos, a importância do fator cultural e do imaginário popular nas decisões médicas relativas ao tipo de parto e sua influência na disseminação da cesariana como via preferencial.

Outro fator cultural importante é o conceito popular de que o parto vaginal é mais arriscado para o feto do que uma cesárea. Assim, um mau resultado neonatal é muitas vezes atribuído ao fato do médico não se ter decidido por uma cesárea, ao invés de um parto vaginal. Se uma morte neonatal ocorre após uma cesárea, será considerado que ocorreu “apesar” da “sábia” decisão de se realizar uma cesárea, mas nunca associada ao tipo de parto. Por outro lado, se um recém-nascido morre depois de um parto com fórceps, a morte será sempre atribuída ao uso de fórceps e não às circunstâncias que levaram a esta indicação de extração fetal. Esta crença popular torna-se um fator importante na decisão do obstetra quanto ao tipo de parto. (p. 155).

Pode-se notar que a decisão pela cesariana parece proteger a classe médica de questionamentos. Se um mau resultado após um parto vaginal pode significar a responsabilização do médico, o mesmo resultado após uma cesariana é a comprovação de que ela era mesmo necessária. Assim, a cirurgia é salvo-conduto em todos os casos. Esse entendimento, aliado a outros múltiplos fatores – como a economia de tempo, possibilidade de agendamento, o ambiente controlado apenas por ele etc. – pode ajudar a compreender a preferência da classe médica pela via cirúrgica de nascimento.

As políticas públicas na área da saúde foram construídas de forma mais democrática a partir da década de 1990, com a implantação do SUS coordenada às novas diretrizes baseadas em orientações e acordos internacionais recomendados pela OMS e pela ONU. Monteiro e Vilela (2009) analisam especialmente o Programa

Nacional de DST e Aids, primeiro a ser implantado nesse período pós-democratização e que mobilizou usuários, famílias e profissionais da assistência para a construção coletiva de direitos cidadãos. A saúde materno-infantil vem tomando contornos democráticos recentemente, a partir da popularização da ideia do direito à saúde e da participação dos cidadãos na construção de suas práticas.

Entre 2014 e 2015, ao participar de algumas audiências públicas para compreender em que termos havia o diálogo do poder público com a população nesse campo, marcou-nos a forte presença de gestantes, mães, doulas, militantes e profissionais da assistência à saúde da mulher na defesa de práticas baseadas em diretrizes internacionais.

Valores culturalmente arraigados estariam impedindo uma modificação efetiva de antigas práticas sem base em evidências científicas? A partir da percepção do abismo entre a aceitação das recomendações internacionais pelos órgãos macro políticos e os atendimentos efetivamente realizados no país, tanto nos equipamentos de saúde públicos como nos privados, nasce um movimento de mulheres que busca por meio da democratização das informações e da ação fraternal, comunitária e política a humanização do parto, cujos objetivos convergem para a consciência da mulher sobre seus direitos, sobre o seu corpo e o parto, buscando a melhoria da qualidade dos atendimentos e o respeito aos direitos sexuais e reprodutivos, considerando a importância do momento do nascimento para a identidade da mulher em relação à maternidade e seu próprio papel nesse evento que é, a um só tempo, fisiológico, sociocultural e psicopolítico.

Observam-se, nas últimas décadas, distintas práticas de assistência ao parto convivendo simultaneamente, desde a mais medicalizada, baseada num modelo tecnocrático de atendimento médico-hospitalar em que todas as decisões são protagonizadas por médicos especialistas, até as mais humanizadas, em que obstetras, enfermeiras ou parteiras compartilham as decisões e a responsabilidade sobre o processo com a parturiente e abrem espaço para outros profissionais capazes de reduzir o sofrimento da mulher com terapias alternativas e apoio emocional, o que diminui a necessidade de intervenções medicamentosas.

Parto normal é hoje aquele que ocorre no ambiente hospitalar, com múltiplas intervenções médicas e um monitoramento detalhado de dados clínicos, por uma equipe composta de obstetra e/ou enfermeira, assistentes de enfermagem, podendo haver um anestesista. Inúmeros protocolos são seguidos, a mulher permanece

deitada, negam-lhe alimentação – e muitas vezes até água! – recebe ocitocina sintética intravenosa como medida de rotina – o chamado sorinho – e uma cinta é amarrada em sua barriga para medir as funções vitais do feto – o tococardiograma. Há muita luz e ar condicionado em baixas temperaturas, o que tornaria o ambiente mais estéril e seguro. Conforme o efeito da ocitocina se produz, as contrações tornam-se extremamente dolorosas. (Gribosky & Guilhem, 2006; Maia, 2010). Essas condições desfavorecem a evolução fisiológica do processo, tornando necessárias outras intervenções, em efeito cascata. Já em fase adiantada de dilatação pode-se recorrer à anestesia peridural. Pode-se ainda, a propósito de acelerar o nascimento: romper a bolsa amniótica precocemente, utilizar fórceps ou vácuo-extrator e a quase totalidade das mulheres é, ainda hoje, submetida à episiotomia – um corte no períneo, região muscular localizada entre a vagina e o ânus – para facilitar a passagem do bebê, o que pode trazer enormes prejuízos à saúde sexual das mulheres, às vezes por longos períodos. (Lino, 2010; Salgado, 2012; Tischer, 2014; Maia, 2010). Algumas dessas práticas correntes e utilizadas no chamado parto normal – normal para quem? – são textualmente desaconselhadas pela OMS e pelo Ministério da Saúde por causar sofrimento desnecessário sem qualquer evidência científica que ateste sua eficácia. (Leal, 2013).

Estudos em escala mundial atestam que procedimentos como a episiotomia ocorrem em taxas que variam entre 4 e 100% nos países pesquisados.

Nos estudos realizados em serviços de saúde brasileiros entre os anos 1998 e 2007, as taxas desse procedimento se mantiveram entre 54,9% e 89,99% nos estabelecimentos onde os partos eram assistidos, exclusivamente, por médicos. Estudos internacionais, entre 1997 e 2007, com a participação desses mesmos profissionais na assistência ao parto demonstraram que as taxas de episiotomia variaram de 04 a 100%. (Sousa et al., 2016, p. 329).

Considerando a enorme discrepância de sua aplicação, com que base científica estaria tal procedimento respaldado? A partir de perguntas como essa, diversas práticas correntes puderam ser questionadas e vêm sendo forjadas novas formas de compreender e assistir o processo parturitivo.

Retoma-se hoje o debate sobre o melhor local para o nascimento. Nem sempre nascemos em hospitais, e esse parece ser um importante aspecto da luta política nesse campo, pois a hospitalização do parto foi o marco do domínio médico sobre a obstetrícia, e atualmente representa grande resistência às mudanças propostas pelo movimento de humanização das práticas.

A resistência às práticas não medicamentosas permanece nos ambientes hospitalares brasileiros, nas equipes de assistência e até mesmo nas mulheres que, desconhecendo a fisiologia do parto, abstêm-se de opinar ou propor alternativas, submetidas que estão pela vulnerabilidade em que se encontram neste momento, e imersas numa cultura que valoriza a tecnologia médica, como atestado por Gribosky e Guilhem (2006).

No espaço hospitalar existe uma série de obstáculos para se implantar uma metodologia de assistência que promova o parto normal e, nesse ambiente, a equipe de saúde parece que não aceita com tranquilidade a mobilidade da mulher; e ela própria sente-se pouco à vontade para decidir qualquer coisa a respeito do seu parto. (p. 112).

Condições ambientais e de preparo emocional da mulher e da família parecem ser realmente determinantes para uma avaliação satisfatória e as evidências científicas vêm confirmando a importância de tais aspectos para a saúde dos envolvidos. (Hotimsky, 2007; Libertad, 2016; Oliveira, 2015; Hattner, 2009).

Tendo em vista os modelos coexistentes de assistência ao parto, observamos que há diferenças importantes entre o setor público e o privado, demonstrando que, a depender do modelo de financiamento dos serviços, podem-se encontrar resultados discrepantes quanto às ocorrências dos tipos de parto e a satisfação das mulheres quanto ao atendimento prestado. Enquanto no setor privado as taxas de cirurgias cesarianas alcançam índices alarmantes – o Brasil é campeão mundial nesse ranking – no setor público verificam-se índices de insatisfação relacionados ao excesso de intervenções que tornam as experiências de parto vaginal, apesar de mais frequentes, mais traumáticas e dolorosas.

Maria do Carmo Leal coordenou uma pesquisa empreendida pela Fundação Oswaldo Cruz em 2013 intitulada *Nascer no Brasil: Inquérito nacional sobre parto e nascimento*, em que foram entrevistadas 23.894 mulheres em todo o território nacional com a finalidade de formar um panorama da assistência obstétrica. Participaram da pesquisa 266 hospitais de médio e grande porte localizados em 191 municípios. A coleta de dados se deu entre fevereiro de 2011 e outubro de 2012.

O Ministério da Saúde (Leal, 2013) aponta para a normalidade do desrespeito aos direitos humanos durante o atendimento obstétrico no Brasil. Enquanto 52% dos brasileiros e das brasileiras nascem atualmente por meio de cirurgias cesarianas, na rede privada de atenção à saúde este percentual é de 88% quando a recomendação

da OMS é 15% como limite aceitável de cesarianas em relação ao total de nascimentos.

Segundo Salgado (2012), a cesariana a pedido da mulher torna-se justificativa para as altas taxas encontradas no Brasil de acordo com o discurso dos médicos. No entanto, esse argumento não reflete a realidade das pesquisas sobre os desejos das mulheres. Ao contrário, *“a escolha é respeitada quando o desejo é pela cesariana, quando é pelo parto normal, não”*. (p. 23).

Vivemos uma realidade paradoxal. Embora o Ministério da Saúde recomende a adoção de práticas humanizadas na atenção à saúde, seguindo as orientações da Organização Mundial de Saúde – a Rede Humaniza SUS é um exemplo de movimento que envolve coletivos de trabalhadores e usuários ao redor desse objetivo – estas diretrizes não são seguidas pelos serviços e profissionais que atendem a população. Em 1993 criou-se a Rede pela Humanização do Parto e Nascimento – REHUNA, que aponta a humanização da atenção à gestação e ao parto como única saída para reduzir a violência.

Para além da decisão sobre a via de parto, uma série de desrespeitos aos direitos estabelecidos constitucionalmente foram praticados em 95% dos atendimentos realizados no Brasil entre 2011 e 2012. Para citar alguns, 18,7% das mulheres tiveram o direito a um acompanhante de sua escolha respeitado durante todo o atendimento e apenas 25,2% tiveram acesso à alimentação. (Leal, 2013).

Indicações da OMS apontam para um quadro preocupante em todo o mundo em relação à violência de gênero no atendimento obstétrico. Recente pesquisa realizada em 34 países constatou que a violência obstétrica ocorre em todo o mundo, em diferentes modos e intensidades (Bohren et al., 2015).

O desrespeito durante o atendimento obstétrico parece estar relacionado às práticas interventivas da medicina que se reproduzem sem que haja comprovação de sua eficácia. A partir da Medicina Baseada em Evidências⁴, surgida nas últimas décadas do século XX, entra em pauta a necessidade de humanizar as práticas médicas em geral. Castiel e Póvoa (2002) discutem o conceito em seu artigo,

⁴ A denominada ‘medicina baseada em evidências’ (MBE) originou-se do movimento da epidemiologia clínica anglo-saxônica, iniciado na Universidade McMaster no Canadá no início dos anos noventa. É definida em termos genéricos como o “processo de sistematicamente descobrir, avaliar e usar achados de investigações como base para decisões clínicas” (Evidence Based Medicine Working Group, 1992 apud Castiel & Póvoa, 2002).

considerando a multidimensionalidade da saúde humana e do direito à participação na decisão das técnicas terapêuticas baseada na melhor informação disponível sobre riscos e prognósticos cientificamente comprovados.

Procedimentos e técnicas tradicionais foram submetidos a análises científicas nunca antes exigidas, criando-se novos modelos de atenção à saúde em todos os níveis de complexidade que consideram afinal a autonomia do sujeito assistido pelo sistema como uma questão ética fundamental. (Medeiros & Stein, 2001).

Como afirma Davis-Floyd (2000), cesarianas eletivas e partos vaginais violentos são duas faces de um mesmo modelo tecnocrático. A necessidade de acelerar o processo, reduzir o espaço físico ocupado, limitar ou impedir acompanhantes em fases críticas do seu desenvolvimento, respeitar protocolos antigos e sem comprovação científica, atender a conveniência da agenda profissional dos médicos, além de manter intocada a hierarquia entre os componentes da equipe de assistência são algumas das questões determinantes da dificuldade em se humanizar a assistência ao parto.

No Brasil, o modelo tecnocrático de assistência ao parto realiza, na dualidade entre as esferas pública e privada, a plenitude de suas duas possibilidades legítimas: um parto “normal” intervencionista e traumático e o excesso de cesarianas, respectivamente. Enquanto os serviços públicos, aos quais tem acesso a população de menor poder aquisitivo, oferecem às suas mulheres o parto normal traumático, os serviços privados, com os quais as usuárias estabelecem uma relação de consumo, oferecem a cesariana como marca de diferenciação e de “modernidade”. (Maia, 2010, p. 49).

A violência está entranhada nas práticas ineficazes e na própria relação das mulheres com o parto e com os profissionais que o assistem, seja na esfera pública ou na rede particular. A assimetria de poder na relação é dada não apenas pelo saber técnico da classe médica, mas também pelo despreparo das mulheres para exercer o protagonismo no seu parto, como observaram Faúndes e Cecatti (1981) e como atesta Carla, uma de nossas entrevistadas:

Porque o problema da assistência da mulher é tão difícil da gente conseguir melhorar porque as mulheres chegam completamente desprovidas de poder, completamente desprovidas de vontade, de desejos, ela chega lá pronta pra ser cortada, pra ser acolhida, ela não é preparada pra escolher e falar: eu quero isso. Quando ela chega lá e pede alguma coisa, o que ela pede é cesárea, porque tem medo da dor. Ela não tem noção nenhuma, não tem esclarecimento nenhum do que é risco, do que é perigoso pra ela, pro filho dela. (Carla Azenha, em entrevista concedida em 19 de outubro de 2017).

Contrariando a hegemonia do poder neste campo, há um movimento pela humanização do parto que ultrapassa os círculos médicos e obstétricos,

protagonizado por mulheres que se unem para promover seus direitos e os de outras mulheres. O trabalho desses grupos é bastante amplo, e baseia-se na disseminação das informações disponíveis, no aconselhamento de grupos de mulheres e casais, na formação de doulas, profissionais que se dedicam a acompanhar a mulher em todo o processo de gravidez, parto e puerpério, criação de redes, comunidades.

O parto humanizado tende a recuperar algumas das condições ambientais que estiveram presentes na cultura ocidental desde os primórdios da história humana até poucas décadas atrás, e que permitem a evolução fisiológica do trabalho de parto, conferindo maior autonomia à mulher em todo o processo. Luzes baixas, apoio emocional e acompanhamento familiar, liberdade de movimentos. Banhos quentes e massagens têm-se mostrado muito eficazes no alívio da dor. (Mamede et al., 2007; Oliveira, 2015; Rattner, 2009). Uma equipe preparada para proporcionar o apoio emocional pode envolver uma obstetritz, uma enfermeira obstétrica ou uma parteira (em alguns casos o médico), além de uma nova atriz que adentra a cena: a doula, profissional responsável por preparar a mulher durante a gestação para o que ocorrerá no parto e acompanhá-lo oferecendo métodos e técnicas não medicamentosas para alívio da dor. São realizados acompanhamento e previsões de evolução do trabalho de parto e soluções pertinentes em cada caso, a partir do histórico pessoal e familiar da mulher e da gestação. A partir deste acompanhamento, a gestante constrói um plano de parto, que indicará aos profissionais as intervenções consentidas e preconizadas por ela própria.

Trata-se, assim, de recolocar o papel feminino no parto e nascimento, considerando-se que a cultura moderna distanciou as mulheres desse processo.

O comportamento humano ignora, muitas vezes, tais mecanismos fisiológicos do parto, pois, frequentemente, a cultura os reinterpreta de tal modo que as ações resultantes podem ser inadequadas. Um exemplo dessa reinterpretação é a incorporação de práticas relacionadas ao controle do parto centradas na figura dos especialistas, acarretando mudanças no comportamento da parturiente e permitindo que o mecanismo do parto seja afetado mais por fatores externos e sociais e menos por fatores internos provenientes da própria fisiologia feminina. (Mamede et al., 2007, p. 334).

Depreende-se que as intervenções da tecnologia modificam de tal maneira a fisiologia do parto que esta já não é conhecida pelas mulheres e tampouco pelos médicos. Preparar-se para o parto pode significar uma religação com sua história familiar, buscando-se a reconexão com seu próprio corpo.

Há que se cuidar para não culpabilizar as próprias mulheres pela violência de gênero. Reconhecer que cumprem um papel importante na manutenção dessa violência, no entanto, é fundamental para modificar esse quadro. Segundo Saffioti (1969), não nos cumpre reconhecer sua responsabilidade, mas compreender seu papel insidiosamente imposto pelas contingências no desenvolvimento da sociedade capitalista.

Existe, ainda, uma resignação em função do desconhecimento do processo fisiológico do parto por parte das mulheres. Esta postura dá sustentação aos mecanismos de subordinação e opressão assumidos pelas mulheres no contexto hospitalar e, conseqüentemente, as leva a uma situação de vulnerabilidade feminina, refletida na ausência de seus direitos no processo parturitivo. Esse é apenas mais um dos reflexos decorrentes das práticas sociais de gênero, amplamente questionados pela bioética feminista. (Gribosky & Guilhem, 2006, p. 110).

Modificar as correlações de forças neste jogo em que o poder é assimétrico e exercido por múltiplos atores e instituições não é tarefa simples. As instituições tendem a se perpetuar, e são resistentes a mudanças. Não se espera que parta de uma instância superior a decisão de modificar uma prática arraigada socialmente. Ainda mais se ela tem profundas raízes culturais e está pulverizada em múltiplas instâncias que a sustentam. O poder tem aqui o sentido que lhe deu Foucault (1993), o de poder sem rei, muito apropriado para nossa percepção de como o poder médico não está restrito à figura médica, mas disseminada socialmente, nas instituições, nas famílias, nos planos de saúde, nas próprias equipes de assistência, na arquitetura dos hospitais, no instrumental técnico, de maneira que não é possível para qualquer pessoa leiga questionar esse poder-saber.

Outro ponto nevrálgico para se compreender as dificuldades em superar o modelo tecnocrático de assistência está no financiamento público e privado da saúde e sua relação com os hospitais, inclusive os privados. A remuneração pelos serviços prestados é passível de lucro dependendo da complexidade da intervenção. Quanto maior a complexidade, maior o lucro sobre o procedimento.

quanto mais invasivo e de mais alta tecnologia for um procedimento, mais alto seu valor de tabela e maior seu potencial de ser lucrativo, de forma que se estimulam o desperdício, o intervencionismo e os investimentos irracionais e acrícos em tecnologia, mais voltados para o aspecto mercadológico do que para a eficiência e resolubilidade dos serviços hospitalares ou para os interesses da saúde pública. (Maia, 2010, p. 62).

Maia (2010) investigou dez hospitais gerais na cidade mineira de Belo Horizonte e chegou a três principais modelos de assistência aos partos. O modelo

mais tecnocrático, centrado na ação dos médicos e refratários às ações de humanização são os estabelecimentos privados que não atendem SUS, assim como a cooperativa, que se tornaram hospitais de alta complexidade. Neles não há espaço para enfermeiras obstétricas, a não ser para aconselhar o aleitamento e, quando muito, é permitida a presença de um acompanhante, mas sempre com o aval do médico. Os hospitais públicos são heterogêneos, estão em diferentes graus em relação à humanização de suas práticas, sendo todos de grande porte e alta complexidade, com quadros gerenciais antigos e um corpo clínico mais fechado. Os hospitais filantrópicos que atendem ao SUS são os mais flexíveis em relação às práticas humanizadas. Sua maior autonomia de gestão parece ser um ponto positivo, são comprometidos com as normativas governamentais e os modelos da saúde pública. Um deles é pioneiro em implantar as condições para a humanização: enfermeiras assistem aos partos de baixo risco com autonomia, há um programa de doulas voluntárias, permitem-se acompanhante e liberdade de movimentos e se oferecem alternativas não farmacológicas para o alívio da dor.

Maia (2010) observa, ainda, a correlação entre altos índices de morbidade e mortalidade na assistência obstétrica ao modelo tecnocrático empregado.

A manutenção dos altos índices de morbidade e mortalidade materna em ambientes hospitalares tem sido relacionada com um modelo de assistência ao parto que pratica intervenções excessivas e padronizadas, muitas delas sem comprovação de benefícios e outras comprovadamente danosas ou ineficazes. (Maia, 2010, p. 46).

Partindo desses dados, o Ministério da Saúde, apoiado em organismos internacionais de referência, vem transformando os protocolos da assistência por meio de novas legislações com o objetivo de melhorar os resultados na saúde materno-infantil.

A legislação é imprescindível, mas tem-se mostrado insuficiente para modificar a realidade. Muitas das novas leis e resoluções que visam atualizar a assistência são conquistas democráticas, resultados de mobilizações populares. A lei 8090/90 (BRASIL, 1990b) instituiu o Sistema Único de Saúde – SUS, versando em seu artigo sétimo sobre a integralidade⁵ da assistência.

⁵ Segundo Daphne Hattner, fundadora da Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (REHUNA), a *assistência integral* [ao parto] considera toda a riqueza das dimensões: pessoal, emocional, sexual, psicológica, espiritual.

A lei federal 11.108/05 (BRASIL, 2005a), conhecida como a lei do acompanhante, proposta pela deputada Luiza Erundina, garante às mulheres o direito à presença de um acompanhante durante o trabalho de pré-parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, alterando a Lei nº 8.090 (BRASIL, 1990b) que o instituiu. Isto porque o simples fato de estarem acompanhadas de alguém de sua confiança parece promover melhores condições psicológicas de enfrentamento da dor, assim como evitar atitudes desrespeitosas no tratamento à parturiente. No entanto, há dificuldades no cumprimento da legislação.

Mesmo frente aos benefícios apresentados, algumas instituições públicas e privadas têm restringido a mulher e sua família de vivenciar este momento de forma plena, desrespeitando o direito assegurado pela Lei nº 11.108/2005. Muitas vezes a falta de conhecimento do dispositivo legal também tem contribuído para que muitas mulheres não usufruam deste direito, o que tem levado as mesmas a irem desacompanhadas às maternidades. [...] apesar da presença do acompanhante estar prevista na legislação, esta ainda não vem sendo cumprida na maioria dos hospitais públicos. (Souza & Gualda, 2017, p. 206).

Alguns dos problemas na aplicação da lei derivam da necessidade de destinar recursos para custear a permanência do acompanhante. Por isso seguiu-se a Portaria 2.418/05 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005b) delimitando o pós-parto imediato em dez dias. A Lei Federal 11.634/07 (BRASIL, 2007) dispõe sobre o direito ao prévio conhecimento e vinculação à maternidade.

A participação dos Conselhos Municipais de Saúde e do movimento pela humanização do parto foi decisiva na formulação da legislação vigente, principalmente para o debate ocorrido em inúmeras audiências públicas, que culminou na edição da Resolução Normativa 368 (BRASIL, 2015) da Agência Nacional de Saúde em janeiro de 2015, determinando o fornecimento à gestante de um cartão para que sejam registradas todas as consultas, exames e dados importantes sobre o pré-natal, o uso do partograma como medida obrigatória, além de dispor sobre o direito à informação à gestante, pelos planos de saúde particulares, dos índices de cesariana realizados no ano anterior em cada equipamento de saúde e pelos médicos conveniados.

Outras leis foram criadas e modificadas. A lei 13.257/16 (BRASIL, 2016) vem alterar o 8º artigo da Lei Federal 8069 de (BRASIL, 1990a), o Estatuto da Criança e do Adolescente, instituindo a seguinte redação:

É assegurado a todas as mulheres o acesso aos programas e às políticas de saúde da mulher e de planejamento reprodutivo e, às gestantes, nutrição adequada,

atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e atendimento pré-natal, perinatal e pós-natal integral no âmbito do Sistema Único de Saúde. (BRASIL, 2016).

A Lei Municipal 16.602/16 de São Paulo, conhecida como lei das doulas e proposta por Juliana Cardoso, dispõe sobre a permissão da presença de doula durante todo o período de trabalho de pré-parto, parto e pós-parto imediato, bem como nas consultas e exames de pré-natal, sempre que solicitado pela parturiente, nas maternidades, hospitais e demais equipamentos da rede municipal de saúde. Entretanto, sua aplicação ainda é baixa, seja pela falta de conhecimento das mulheres sobre seus direitos, como pela exigência de muitos dos equipamentos de saúde de treinamento prévio destas acompanhantes profissionais para permitir sua entrada no momento do parto. O projeto de lei estadual 250/13 de autoria da deputada estadual Leci Brandão visa garantir o direito ao acompanhamento de uma doula a toda parturiente no Estado de São Paulo, e ainda aguarda votação pela Assembleia Legislativa.

Observa-se um lento caminhar na mudança de práticas que são culturalmente construídas, naturalizadas e aceitas por grande parte da sociedade. Profissionais do sistema de saúde, usuárias e familiares vêm encontrando espaço de ação política por meio dos Conselhos, participando de audiências públicas e, portanto, do debate sobre direitos reprodutivos. Tal participação pode ser um passo importante para a mudança da cultura que media nossa relação com o parto e nascimento no Brasil.

A formação direta em obstetrícia, que prescinde da formação prévia em medicina ou enfermagem, de acordo com a própria regulamentação da enfermagem como profissão (BRASIL, 1986) foi retomada em 2005 com a implantação de uma graduação específica na Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo, após 35 anos. Poderá a graduação em obstetrícia favorecer melhores práticas obstétricas e a humanização do parto e nascimento? Eis o tema do próximo capítulo.

Capítulo 2.

FORMAÇÃO DE PARTEIRAS E DE OBSTETRIZES: ENTRE GRITOS E SILENCIAMENTOS

Historicamente, a preparação formal⁶ de parteiras era território comandado por médicos que, no século XVII começam a produzir manuais para sua capacitação e no século XVIII passam a comandar escolas de formação que se disseminaram por toda a Europa (Martins, 2004).

Dilce Rizzo Jorge (1975b), em sua tese de Livre Docência, descreve a legislação brasileira sobre o exercício profissional da obstetrícia, retomando documentos do século XVI em diante encontrados em bibliotecas das Universidades Federais de São Paulo, da Bahia, de Pernambuco, da Faculdade Nacional de Medicina da Universidade do Brasil, Faculdade Livre de Medicina de Porto Alegre, da Escola de Medicina e Cirurgia do Hospital Hanemanniano do Brasil, da Faculdade de Medicina do Paraná, da Faculdade Fluminense de Medicina e da Escola Paulista de Medicina, enfim, todos os cursos de parteria e enfermagem obstétrica ligados a universidade e, portanto, que obedeciam às normas e legislações federais.

A legislação referente ao ensino e ao exercício profissional das obstetrizes (parteiras) – uma das mais antigas do Brasil – é muito ampla e se ressentia da falta de uma coordenação geral, para que na prática sua evolução seja mais facilmente compreendida. A revisão da literatura pertinente revelou apenas pequenas citações sobre parteiras em livros de Obstetrícia e História da Medicina no Brasil. A legislação não é citada, como também não o são os cursos de formação de parteiras que existiram no País. Essa ausência de tratamento sistemático não ocorre apenas em tempos remotos, mas é também contemporânea; exemplo disso está no fato de o Curso de Obstetrícia de São Paulo não ter sido citado no livro de Ernesto de Souza Campos, História da Universidade de São Paulo, editado pela Comissão do IV Centenário da Cidade de São Paulo em 1954, embora sua criação datasse de 42 anos antes. [...] A legislação federal das parteiras teve início muito mais cedo o que torna esta profissão uma das mais antigas do Brasil. Essa legislação remonta aos idos de 1521, quando eram concedidas “cartas de examinação” para as pessoas que desejavam exercer a “arte de partejar”. Os exames para concessão dessas cartas obedeciam às mesmas exigências dos físicos, cirurgiões, sangradores e boticários. (Jorge, 1975b, pp. 15-16).

As parteiras tiveram negligenciadas suas histórias profissionais desde os primórdios, como expõe Jorge em sua tese. Mesmo com uma ampla legislação que

⁶ O preparo informal das parteiras sempre ocorrera, realizado por mulheres da família ou comunidade.

a regulava e que se modificou ao longo dos séculos desde 1521 até os dias atuais, os livros de obstetrícia e de história da medicina não refletem sua história.

A autora teve, como um dos objetivos em seu trabalho, “*mostrar a luta das obstetrizes por uma legislação própria, tanto do exercício profissional, como do ensino*” (Jorge, 1975b, p. 16). Seus escritos são preciosos por trazerem à tona a história da profissão a partir de documentos oficiais, muitos dos quais se encontravam perdidos em arquivos mortos malcuidados ou relegados aos cupins nas universidades de diversos Estados do país e, graças ao seu garimpo, puderam ser reproduzidos – alguns até mesmo copiados à mão devido ao avançado estado de deterioração.

Em seu estudo sobre a história da assistência ao parto entre 1830 e 1960, Maria Lúcia Mott descreve o início da profissionalização da obstetrícia no Brasil. Até o final do século XIX as mulheres pariam em domicílio, assistidas por uma parteira leiga e, apenas eventualmente, diplomada.

Algumas parteiras, entre elas muitas estrangeiras que começaram a emigrar para o Brasil a partir da década de 1820, além de atenderem em domicílio, recebiam também parturientes em suas casas. Com o passar dos anos, essa forma de atendimento se ampliou, e os locais de atendimento passaram a ser conhecidos pelo nome de casas de maternidade. [...] Apesar da importância do serviço e socorro prestados às mulheres, muitos médicos desqualificavam esses estabelecimentos, tidos como suspeitos, locais onde a clientela era composta por mulheres de má fama e praticavam-se abortos, até que, nas primeiras décadas do século XX, foram proibidos por lei de funcionar. (Mott, 2002, p. 199).

Mott retrata a desqualificação a que foram submetidas as “casas de parto” comandadas por parteiras até que fossem proibidas. A histórica participação das mulheres nos partos e nascimentos ocorre sob a tutela da medicina, exercida quase exclusivamente por homens, e a formação profissional para as práticas de assistência ao parto no Brasil tem início em 1832, de acordo com Brenes (1991).

Em 1832 que tem início o ensino oficial de Obstetrícia para mulheres, nas duas primeiras faculdades médicas. Na do Rio de Janeiro, diplomou-se em 1834 a mais célebre das parteiras, francesa de nascimento, Maria Josefina Matilde Durocher (1808-93), que era conhecida como Madame Durocher. Foi a primeira mulher a ser recebida, como membro titular, na Academia Imperial de Medicina, em 1871. Madame Durocher vestia-se como homem porque, explicava, exercia uma profissão masculina (p. 139).

Nota-se que o exercício da obstetrícia foi vinculado à medicina até 1955, e só então, a partir da primeira regulamentação profissional da enfermagem, torna-se de exercício privativo da enfermagem.

Até 1955, num total de 434 anos, a legislação do exercício profissional da parteira estava contida na legislação do exercício da medicina. Esta situação foi modificada quando surgiu a lei nº 2604, de 17 de setembro de 1955, “que regula o exercício da enfermagem profissional”. Este novo dispositivo legal tornava privativo o exercício da enfermagem obstétrica na qualidade de obstetriz. (Jorge, 1975b, pp. 37-38).

Houve um intervalo de tempo entre 1949 e 1955 em que, apesar do exercício da obstetrícia permanecer ligado à regulamentação da medicina, a enfermagem passa a ter também o direito a exercer a profissão obstétrica, mediante curso de especialização ou complementação da formação, o que gerou uma gama de protestos, conflitos entre as classes e debates acalorados.

O embate entre obstetrizes e enfermeiras é historiado por Jorge (1975b) a partir da legislação e de matérias jornalísticas.

De 1832 até 1949 toda a legislação do ensino de parteiras estava contida na legislação da medicina [...] A 6 de agosto de 1949, foi promulgada a lei 775, “que dispõe sobre o ensino da enfermagem no país e dá outras providências”. Esta lei mudava completamente o que vinha sendo feito havia 428 anos e criou problemas entre parteiras e enfermeiras, porque determinava textualmente no artigo 22:

“Aos atuais cursos de enfermagem obstétrica será facultada a adaptação às exigências da presente lei de modo que se convertam em cursos de enfermagem destinados à formação de enfermeiras e de auxiliares de enfermeiras especializadas para a assistência obstétrica”. (pp. 65-66).

Desde a data da promulgação da referida lei 775 até 1950, o professor Raul Briquet, então Diretor do Curso de Enfermagem Obstétrica da Universidade de São Paulo, enviou cartas ao Diretor da Faculdade de Medicina da USP⁷, Prof. Dr. Renato Locchi, prestando informações sobre o curso dirigido por ele que persistia nesta Universidade enquanto outros eram extintos Brasil afora (Jorge, 1975b), e argumentando pela necessidade de uma lei que impusesse limites à atuação de *“parteiras auxiliares”, que deveriam ser restritas à zona rural, razão pela qual “não se providenciou para o funcionamento de cursos de parteiras auxiliares”*. (Jorge, 1975b, p. 69). A partir da regulamentação do exercício da enfermagem nesta lei de 1949, *“Inconformadas as parteiras com o encerramento dos demais cursos, trabalharam pela modificação do artigo 22 e em 1952 o Deputado Novelli Júnior apresentou o Projeto de Lei que tomou o número 2.650/52”* (Jorge, 1975b, p. 69), que modificava o referido artigo, mantendo os cursos de enfermagem obstétrica e criando

⁷ Estas cartas foram encontradas em arquivos da Escola de Obstetrícia do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e transcritas por Dilce Rizzo Jorge em sua tese de Livre Docência, em 1975.

o curso de Obstetriz com duração de 36 meses com exigência para admissão do 1º ciclo do curso secundário⁸, e o curso de parteira com duração de 18 meses exigindo aprovação do exame de admissão ao 1º ano ginasial⁹. Criava também cursos de especialização e pós-graduação, com exigência além do diploma de obstetriz, o certificado de conclusão do 2º ciclo do curso secundário. (Jorge, 1975b, p. 69).

Observa-se que uma das diferenças primordiais entre as profissões dá-se justamente nas condicionantes de sua formação. Até a época deste debate legislativo sobre o tema, a exigência para ingresso no curso de Obstetrícia era aprovação do exame de admissão ao 1º ano ginasial, enquanto para Enfermagem era necessário ter o 1º ano do curso secundário. Pode-se conjecturar que, sendo extremamente necessárias num Brasil ainda com características rurais e com seu trabalho culturalmente propagado, aceito pela população mesmo sem qualquer formalização, às parteiras era já uma grande exigência o que até algumas décadas atrás se chamou primário completo, pois as mulheres não tinham acesso livre à escolarização, principalmente considerando-se as camadas mais vulneráveis economicamente e a realidade rural dos municípios no interior do país. Mas esse parece ser um ponto importante de disputa, que gerou sentimentos de injustiça na classe da enfermagem.

Apesar da aprovação unânime na Câmara de Deputados, o PL segue para o Senado onde é novamente modificado para se obrigarem os cursos de enfermagem obstétrica a transformarem-se em cursos de especialização, com o apoio da Associação Brasileira de Enfermagem e protestos do Sindicato das Parteiras, que viram nele a possibilidade da extinção dos cursos para parteiras.

Em torno desse projeto houve grande polêmica entre enfermeiras e parteiras; de um lado as parteiras com o firme propósito de manter os cursos de obstetrícia anexos às clínicas obstétricas e com legislação separada da enfermagem, alegando que no mundo inteiro o ensino da obstetrícia era da responsabilidade dos professores de clínica obstétrica (influência europeia). De outro lado as enfermeiras também com o firme propósito de tornar o curso de especialidade da enfermagem (influência norte americana) depois de concluído o curso de enfermagem geral. (Jorge, 1975b, p. 70).

Travou-se, assim, uma guerra jurídica em que deputados e representantes de órgãos de classe das duas categorias, parteiras e enfermeiras, promovem reuniões e congressos para debater a diplomação de parteiras e enfermeiras obstétricas.

⁸ O curso secundário adquiriu posteriormente a denominação “colegial” e, hoje, é chamado “ensino médio”.

⁹ O curso ginasial é o correspondente ao que hoje se denomina “ensino fundamental II”.

Notícias e notas jornalísticas do Correio da Manhã e do O Globo da década de 1950 são transcritas para descrever a luta entre as categorias pelo direito ao exercício profissional. O argumento das parteiras de que o curso de especialização era insuficiente para o justo preparo da atividade autônoma da obstetrícia por parte das enfermeiras era rebatido pelo argumento inverso, de que a formação em obstetrícia, por exigir menor formação prévia não configurava ensino superior, o que não as colocava em iguais condições para o exercício dos cuidados obstétricos (Jorge, 1975b). No dia 12 de agosto de 1957, o jornal Folha da Noite, de São Paulo, publica:

Um projeto de lei do Executivo Federal coloca em choque enfermeiras e obstetrizes – As parteiras querem que sejam restaurados os cursos que existiram até 1949, mas o ministro da Educação e Cultura propõe a encampação desta especialização pelas escolas de enfermagem. [...] Embora ainda não tenha transparecido na imprensa senão em forma de breves comunicados – desenrola-se em todo o país uma “guerra fria” entre enfermeiras e obstetrizes. (Jorge, 1975b, p. 85).

A referida “guerra fria” entre enfermeiras e obstetrizes segue desde 1949 e tem seu ápice em 1958, por ocasião do I Congresso Nacional de Obstetrizes, ocorrido no Rio de Janeiro entre 25 e 29 de maio. Segundo Jorge (1975b), neste Congresso compareceram diversas enfermeiras, entre elas três religiosas que foram ao jornal *O Globo* acusar suas rivais de difundir práticas anticoncepcionais e provocar abortos, além de alegar falta de procura pelos seus serviços. No dia seguinte médicos e obstetrizes correm ao mesmo jornal protestar contra as alegações anteriores, argumentando

que o Conselho Internacional de Obstetrizes, por um acordo firmado por 50 países, considera enfermeiras e obstetrizes com funções nitidamente delimitadas, não podendo admitir portanto, que uma enfermeira – como a freira Marie Domineuc – interfira em assuntos ligados às obstetrizes que exercem uma livre profissão. (p. 87).

Apesar do respaldo do Conselho Internacional de Obstetrizes e o referido acordo entre 50 países, os sucessivos ataques e defesas da liberdade profissional das obstetrizes continuaram, sendo noticiados pelos jornais até a edição do Parecer 303 de 1963 que inovou as regras para o ensino da enfermagem e da obstetrícia.

O currículo mínimo para os dois cursos, para enfermagem de saúde pública para a enfermeira e para a obstetriz, assim como a possibilidade de articulação dos cursos de enfermagem e obstetrícia por meio de um tronco comum de dois anos e um 3º ano diversificado, podendo a enfermeira completar o curso de obstetrícia com mais um ano de estudos e, analogamente, a obstetriz completar o curso de enfermagem. (Jorge, 1975b, pp. 90-91).

O que se pretendia era um acordo de paz. O Parecer 303/63, criando iguais condições para a formação em ambas as áreas, na verdade decretou o fim de uma

profissão tal como desenhada pela história até então, já que exigia uma educação formal anterior muito maior para o ingresso no curso de parteiras, equiparando-o em exigência com a enfermagem. Em 1964 o curso de Obstetrícia passa a exigir o curso secundário completo, configurando-se, a partir de então, curso de nível superior. Em sua tese de Livre Docência, Dilce Rizzo Jorge, ao organizar toda a legislação que regulamentava o exercício profissional das parteiras no Brasil, descreve as exigências para ingresso nos cursos de formação, assim como o currículo proposto, a duração, os títulos conferidos e sua denominação desde 1832, compondo um quadro muito interessante e didático como se reproduz em seguida.

Quadro 2.1 – Quadro demonstrativo da evolução do ensino de parteiras (obstetrizes) de 1832 a 1972

ANO	DENOMINAÇÃO DO CURSO	TÍTULOS CONFERIDOS	EXIGÊNCIAS PARA ADMISSÃO	CURRÍCULO
1832	Curso Particular para parteiras	Diploma de Parteira	Idade mínima - 16 anos. Ler, escrever e contar corretamente.	Era ministrado pelo lente de Partos. A lei não especificava as disciplinas.
1854	Curso Obstétrico	Carta de Parteira	Leitura e escrita, as quatro operações de aritmética e Francês. Idade mínima - 21 anos. Consentimento dos pais ou maridos.	Partos, moléstias de mulheres peçadas e recém-nascidos. Frequência em ambos os anos da cadeira de Partos do 4º ano médico; o mais na respectiva clínica da Santa Casa de Misericórdia, fazendo-se os exercícios em Enfermaria especial ou debaixo da Direção do respectivo lente em uma casa de Maternidade. Duração: 2 anos.
1879	Curso de Obstetrícia e Ginecologia	Parteiro ou Mestre em Obstetrícia	Maior de 18 anos, sendo homem. Menos de 30 e mais de 18, sendo mulher. Aprovação em: Português, Francês, Aritmética, Álgebra e Geometria.	Anatomia descritiva, Física Geral, Química Geral, Fisiologia, Obstetrícia, Farmacologia, Clínica Obstétrica e Ginecológica. Duração: 2 anos.
1884	Curso de Obstetrícia e Ginecologia	Parteira	Português, Francês, Aritmética e Elementos de Física, Química e História Natural.	Anatomia descritiva em Geral e dos órgãos gênito-urinários da mulher. Fisiologia em Geral e dos órgãos gênito-urinários da mulher. Farmacologia e higiene das parturientes. Obstetrícia. Clínica Obstétrica e Ginecológica. Duração: 2 anos.

Continua

ANO	DENOMINAÇÃO DO CURSO	TÍTULOS CONFERIDOS	EXIGÊNCIAS PARA ADMISSÃO	CURRÍCULO
1891	Curso de Parteira	Certificado de Parteira	Português, Francês ou Inglês, Aritmética Geometria elementar.	Anatomia da bacia, Descritiva e Topográfica e dos órgãos gênito-urinários, respeito à mulher. Obstetrícia, salvo a Patologia e a grande intervenção operatória. Prática do parto natural e a pequena intervenção obstétrica. Frequência nas cadeiras de Obstetrícia e exercícios práticos de Anatomia descritiva e topográfica. Internato na Maternidade pelo prazo de dois anos terminando com um exame prático. Duração: 2 anos.
1901	Curso de Obstetrícia	Diploma de Parteira	Português, Francês, Inglês ou Alemão. Aritmética até proporções inclusive.	Anatomia descritiva e médico cirúrgica da Bacia e dos Órgãos gênito-urinários da mulher. Obstetrícia. Clínica Obstétrica, limitada à prática do Parto natural e à pequena intervenção Obstétrica. Duração: 2 anos.
1931	Curso de Enfermagem Obstétrica	Certificado de Enfermeira Obstétrica	Prova de maioridade. Prova de sanidade e de idoneidade moral. Certificado de curso completo das Escolas Primárias do Distrito Federal, ou de Habilitação em Estudos equivalentes. Exame vestibular quando não atendida essa exigência.	Noções de Anatomia e Fisiologia. Noções de Fisiologia do aparelho genital feminino, Obstetrícia normal, Prática de Enfermagem nos dois anos, Noções de Puericultura - cuidado do recém-nascido, Cosinha dietética, Cuidados domiciliares referentes à Clínica obstétrica e à Higiene pré-natal. Duração: 2 anos.
1963	Curso de Obstetrícia	Diploma de Obstetriz ou Enfermeira Obstétrica	Curso Secundário completo. Vestibular.	Currículo mínimo. Fundamentos da Obstetrícia, Enfermagem Médica, Enfermagem Cirúrgica, Enfermagem Obstétrica e Ginecológica, Ética e História da Obstetrícia, Administração, Gravidez, Parto e Puerpério normais, Gravidez, Parto e Puerpério patológicos, Assistência à gestante, à Parturiente e à puérpera, Assistência ao recém-nascido, Podendo acrescentar matérias complementares obrigatórias ou facultativas. Duração: 3 anos.

ANO	DENOMINAÇÃO DO CURSO	TÍTULOS CONFERIDOS	EXIGÊNCIAS PARA ADMISSÃO	CURRÍCULO
1972	Habilitação em Enfermagem Obstétrica ou Obstetrícia	Obstetiz ou Enfermeira Obstétrica	Curso Secundário completo. Vestibular. Curso de graduação em Enfermagem.	<u>Parte pré-profissional</u> - Biologia - incluindo noções de citologia, Genética, Embriologia e Evolução. Ciências morfológicas - incluindo Anatomia e Histologia, Ciências Fisiológicas - incluindo Bioquímica, Fisiologia, Farmacologia e Nutrição; Patologia - compreendendo processos patológicos gerais, Imunologia, Parasitologia e Microbiologia. Ciências do comportamento, incluindo noções de Psicologia e Sociologia. Introdução à Saúde Pública incluindo Estatística vital, Epidemiologia, Saneamento e Saúde da Comunidade. <u>Tronco Profissional Comum</u> - Introdução à enfermagem, Enfermagem Médico-Cirúrgica e Enfermagem Materno-Infantil e Enfermagem Psiquiátrica e Enfermagem em doenças transmissíveis, Exercício da Enfermagem - incluindo Deontologia médica e Legislação Profissional. Didática aplicada à Enfermagem, Administração aplicada à Enfermagem. <u>Habilitação em Enfermagem Obstétrica ou Obstetrícia</u> - Enfermagem Obstétrica, Ginecológica e Neo- Natal, Administração de Serviços de Enfermagem em Maternidades e Dispensários pré-natais. Duração: 4 anos.

Fonte: JORGE, 1975b, pp. 94-95.

Não se pretende, aqui, discutir o currículo dos cursos de formação propostos ao longo da história profissional das obstetrizes, mas sim ilustrar a evolução do ensino que acompanhou as modificações na regulamentação profissional. Trata-se mais detidamente dos cursos de formação oferecidos pela Escola de Parteiras de São Paulo adiante.

2.1. O caso da Escola de Parteiras de São Paulo

A formação de parteiras se iniciou em São Paulo em 1901 na Escola de Farmácia, Odontologia e Obstetrícia de São Paulo (EFOO). Desde então e até 1911 formaram-se aí 17 parteiras.

Em 1912 foi fundada a Escola de Parteiras de São Paulo, anexa à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), por iniciativa de Sylvio Azambuja de Oliva Maya, então diretor da Maternidade de São Paulo e professor da EFOO. Em fevereiro de 1971 a Escola de Parteiras foi integrada à Escola de Enfermagem (EEUSP). Em um trabalho de 2011, Riesco, Tsunechiro e Leister

reconstituem a história da Escola de Partejas por meio de suas atas. Tendo sido projetada pela elite paulista em consonância com o movimento higienista fortalecido na virada do século XIX para o XX, seu objetivo era primar pela saúde pública para formar cidadãos sadios e protegê-los, num contexto em que se passa a considerar a população como “*um bem, um capital, um importante recurso da Nação*” (p. 165). Nessa época, sob a condição de dependência econômica em relação aos homens, a principal função social das mulheres era a maternidade, o que não as impedia de exercer, principalmente nas camadas mais populares, atividades fora do lar, inclusive como parteiras leigas.

Em 1931 o reconhecimento do curso foi renovado com a exigência de se alterar a sua denominação que passou a Escola de Obstetrícia e Enfermagem Especializada de São Paulo, para que se cumprissem as legislações em vigor à época. O ensino da enfermagem adentrou a grade curricular, mesmo sendo integralmente ministrado por médicos. Em 1937 há nova alteração da nomenclatura, para Escola de Obstetrícia e Enfermagem Obstétrica de São Paulo. Novas denominações vão-se seguindo: Curso de Enfermagem Obstétrica (1939), Escola de Obstetrizes (1953) e Escola de Obstetrícia (1962). O título conferido também sofreu variações na nomenclatura: parteira até 1930, parteira e enfermeira especializada até 1938, parteira e enfermeira obstétrica até 1963. De 1964 em diante, passa a ser denominada obstetriz (Riesco et al., 2011b; Jorge, 1975b).

As recorrentes modificações curriculares, na denominação dos cursos e das profissionais formadas poderão ter dificultado a consolidação da profissão e de um campo autônomo de conhecimento. Mas também podem ter resultado da pressão de outros grupos profissionais e políticos interessados em impedir a autonomia da obstetrícia.

A formação humana além da técnica, presente nos cursos de graduação em obstetrícia, sinalizam uma realidade mais próxima dos objetivos da humanização. Dilce Riso Jorge aponta, em publicação de 1975 na qual analisa o papel da docência na formação em obstetrícia, como ponto fundamental para a qualidade da assistência, a formação humana:

Outro aspecto que deve ser salientado é a tendência atual de destacar o prestígio científico. Há o perigo das obstetrizes se tornarem ótimas técnicas e cientistas e menos humanas. A formação que a docente deve dar às futuras obstetrizes não deve ser somente técnica e cientista, mas imbuí-las de espírito de humanidade, o que é altamente necessário para a qualidade de assistência que a profissional irá oferecer à comunidade. (Jorge, 1975a. p. 73).

Em 1971 o curso de formação de parteiras é integrado à Escola de Enfermagem, sob a alegação de que o Estatuto da USP não permitia a coexistência de cursos com a mesma finalidade no mesmo município. Entretanto, o momento da fusão coincide com a grande expansão dos cursos de medicina obstétrica e larga hospitalização da assistência ao parto. Sobre a pressão sofrida por docentes e alunas da Escola, Gualda, Narchi e Campos (2013) afirmam que o grupo era pequeno e insuficiente para o atendimento de toda a demanda assistencial e, também, para resistir e enfrentar o conflito com outras classes profissionais.

This occasion was marked by a great expansion in the obstetrical medical major programme, which promoted hospital deliveries. At the time, there were very few midwives – neither enough to attend to the demands for care during birth, nor enough to resist pressures and conflicts with other professions. (Gualda, Narchi & Campos, 2013, p. 1078).

Em entrevista concedida para esta autora, Dilce Rizzo Jorge afirma que a extinção do curso de formação direta de obstetrizes se deu em razão de lutas políticas internas à Universidade de São Paulo. A sua transferência para a Escola de Enfermagem foi utilizada como moeda em troca do apoio da Escola de Enfermagem ao então professor Bussâmara Neme, que pleiteava o cargo de diretor da cadeira de Ginecologia e Obstetrícia na Universidade.

As enfermeiras queriam acabar com o curso de obstetriz e pensando bem, o professor catedrático queria muito subir, ele era muito encenqueiro e queria muito pegar a cadeira de obstetrícia da USP, porque ele era médico da cadeira. E ele estava sempre do lado das enfermeiras para passar o curso de obstetrícia para a escola de enfermagem.

Entrevistadora: Como se fosse uma troca?

Sim, porque o curso de obstetrícia funcionava no 10º andar da faculdade de medicina e as aulas eram na faculdade de medicina, eram nos anfiteatros, tinha aula, era um curso completo. Entendeu? Mas não tinha um prédio à parte como tinha a enfermagem. E a enfermagem veio e quis avançar logo no curso de obstetrícia. Acabaram pegando a formação da obstetriz para elas. Mas era a disciplina de obstetrícia que regia o curso. Aí as coisas foram mudando, passando, houve muita briga, muita coisa, mas elas acabaram vencendo e o curso de obstetrícia foi para a escola de enfermagem e virou enfermagem obstétrica. (Dilce Rizzo Jorge, entrevista concedida em 17/10/2017).

A despeito da extinção do curso, a profissão de obstetriz nunca deixou de existir. As profissionais formadas até a década de 1970 continuaram atuando nas décadas seguintes. Entre 2000 e 2001, Riesco et al. entrevistaram 10 obstetrizes formadas até 1972 na Universidade de São Paulo, com o objetivo de “descrever e analisar a educação e atuação profissional de obstetrizes”, e concluem: “Os

discursos revelam um encantamento com a profissão, que sobrevive ao sentimento de resignação pela “quase extinção” das obstetrizes, em São Paulo” (Riesco et al., 2011, p. 9).

Acho que a minha turma foi uma das últimas da Escola de Obstetrícia, que ficou na Escola de Enfermagem. Eu acho que foi por a escola não ter investido na enfermagem obstétrica e, com o aumento do número de médicos, acabou perdendo-se o espaço. [...] Estamos nesta fase de transição. Ainda falta muito. O que a obstetriz faz, a enfermeira obstétrica é capaz de fazer. Não tem diferença. É a mesma função, só muda o modo de você chamar, obstetriz ou enfermeira obstétrica. Não tem diferença. Estamos no caminho certo. A briga ainda vai ser grande, mas acho que vamos vencer. Eu poderia estar numa posição cômoda, trabalhando num hospital, não esquentando a cabeça, sem correr riscos, sem stress. Mas eu estou na luta, na Casa do Parto, porque eu vejo que posso abrir o caminho para as futuras enfermeiras obstétricas. (Riesco et al., 2011a, p. 15).

Esse trecho de entrevista realizada com uma obstetriz formada pelo antigo curso de obstetrícia mostra sua compreensão quanto à ocupação dos espaços democráticos de trabalho. Interessante ela dizer que trabalhar num hospital seria “cômodo” e “sem correr riscos”. A instituição assumiria os riscos, haveria uma chefia e outra, numa hierarquia que atenuasse as responsabilidades individuais? Certamente o trabalho numa casa de parto é menos hierarquizado, pois o formato da gestão mais democrática é necessário ao modelo da humanização no qual se baseia. Por outro lado assume uma postura de combate ao modelo tecnocrático, mostrando disposição de “abrir o caminho para as futuras enfermeiras obstétricas”.

A disputa política pela primazia da assistência obstétrica entre medicina, enfermagem e obstetrícia como campos independentes de atuação não está encerrada.

2.2. Os contextos de criação e as propostas pedagógicas

A formação dos profissionais responsáveis pela assistência obstétrica é um dos pontos importantes para que se compreenda a luta política travada atualmente em torno da humanização do parto no Brasil. Há que se argumentar: mas quem seria contra a humanização? Algo que é, aparentemente, um contrassenso, tem-se tornado presente na discussão com a sociedade e entre grupos e movimentos feministas, porém com uma forte resistência da corporação médica, que tradicionalmente trabalha pela manutenção do conhecimento técnico no campo da medicina, como algo inatingível, codificado e, portanto, restrito aos especialistas.

Médicos são, por vezes, adversários do movimento, mesmo conhecendo evidências que o qualifiquem positivamente, não detêm a expertise para tratar de um parto natural. Sua formação o prepara para intervir, conduzir ou “fazer” um parto. O médico, às vezes, não conhece a fisiologia de um parto natural, pois todo o seu treinamento se dá numa realidade de sucessivas intervenções que a modificam.

A formação dos profissionais traz elementos para a compreensão da diferença entre os papéis desempenhados. Medicina e enfermagem distinguem-se pela sua história, pelo grau de autonomia, pela forma de contratação do trabalho, e pela questão de gênero. A enfermagem demorou a ser exercida por profissionais, pois trata do cuidado, considerado como uma vocação familiar, maternal, e ainda hoje tem seu espaço disputado com os assistentes e técnicos sem formação universitária (Maia, 2010).

Na discussão acerca da profissão médica, uma das questões centrais tem sido o processo recente de mudança de uma atuação autônoma e liberal para o aumento do assalariamento da categoria e da burocratização do processo de trabalho. A enfermagem, por sua vez, passa ao largo desse debate, pois nunca foi uma profissão liberal. Suas principais questões se referem à busca de identidade para uma profissão tipicamente feminina e desprestigiada na relação hierárquica e desigual com a medicina. (Maia, 2010, p. 67).

Assim como a enfermagem é uma profissão majoritariamente feminina, a medicina se mantém, em grande parte, masculina, com exceção de algumas especialidades. Apesar das enormes diferenças históricas e culturais entre as profissões, a obstetrícia pode ser exercida tanto por médicos quanto por enfermeiras. Enfermeiras e parteiras reivindicam reconhecimento do seu saber nesse campo, tanto quanto os médicos diminuem seu interesse pela especialidade, devido à grande concorrência e constante queda da demanda. Com os novos modelos mais humanizados de assistência, a enfermeira obstétrica e a obstetritz têm ganhado espaço no mercado de trabalho, inclusive como profissionais liberais nos casos de atendimento de partos domiciliares.

Observando a configuração do campo de batalha formado, podemos dizer que, via de regra, medicina e enfermagem estão em posições opostas nesta luta. Entretanto, os cursos de enfermagem parecem seguir de perto as práticas médicas interventivas, corroborando-as nas equipes multidisciplinares que atuam em hospitais e maternidades. Daphne Rattner (2015), em audiência no Senado Federal, faz um importante depoimento sobre sua formação acadêmica:

Existe uma publicação da OMS [que em 2016 completou 20 anos] que define quatro grupos para atenção ao parto: 1. Práticas benéficas que devem ser incentivadas; 2. Práticas que são danosas, inefetivas e que devem ser abandonadas; grupo 3. Práticas para as quais precisamos de mais pesquisas para saber se são benéficas ou danosas; e grupo 4. Práticas que têm sido utilizadas inadequadamente. E eu gostaria de dar o meu depoimento. Eu me formei médica há muitos anos e quando fui olhar essa publicação da OMS, tudo o que eu havia aprendido como rotina de atenção ao parto normal estava no grupo B: práticas que são consideradas danosas, inefetivas e que deveriam ser abandonadas. E, vejam, o problema não é que eu me formei. O problema é que muita gente se formou com esse ideário e, principalmente, o problema mais sério é que essa forma de atender partos vaginais continua sendo ensinada em faculdades de medicina e de enfermagem. (Rattner, 2015).

Rattner aponta para um problema contemporâneo: a formação profissional não tem acompanhado as grandes mudanças nas diretrizes da assistência, o que traz um descompasso entre o que propõe a legislação e o que de fato ocorre nos equipamentos da saúde. Os programas de formação profissional nas áreas da medicina obstétrica e da enfermagem exercem um papel primordial na perpetuação de práticas ineficazes e danosas, amplamente empregadas hoje no Brasil em serviços públicos e particulares, e são territórios estratégicos para a mudança dessa realidade.

O movimento pela humanização do parto, ao propor o compartilhamento do poder decisório com a mulher, a família e outros agentes da assistência, afronta o poder do médico como único capacitado para assistir o nascimento. Observamos a identidade das obstetrizes de uma nova geração se formar ao mesmo tempo em que surge a identidade coletiva da obstetrícia, apoiado pelo movimento de humanização do parto, e por movimentos feministas, em consonância com as novas diretrizes da assistência. Este parece ser o grande salto em direção à humanização da assistência dado pelo novo curso de Obstetrícia da USP.

2.3. O caso da Graduação em Obstetrícia na Escola de Artes, Ciências e Humanidades da USP: desde 2005

No contraponto da classe médica, obstetrizes e muitas enfermeiras-obstétricas vêm participando de um movimento amplo e difundido socialmente pela humanização do parto e nascimento. O curso de graduação em obstetrícia proposto pela Escola de Artes, Ciências e Humanidades EACH-USP a partir de 2005, após 35 anos da fusão do antigo Curso de Parto da Faculdade de Medicina FM-USP com a Escola de Enfermagem EE-USP, aponta para um projeto de humanização das

práticas em obstetrícia, partindo de um currículo que preza pela formação humana tanto quanto técnica, possibilitando que se vislumbre um caminho para a superação de antigas e contestadas práticas já não reconhecidas pela ciência e abrindo espaço para que novas práticas se afirmem.

O novo curso teve sua grade curricular elaborada primordialmente pela Profa. Dra. Dulce Maria Gualda, docente da Escola de Enfermagem com larga experiência de atuação, docência e pesquisa na área, que prezaram pela formação humana e social além da excelência técnica, com o objetivo de preparar os novos profissionais para o trabalho com famílias e comunidades, e considerando a diversidade de aspectos socioculturais presentes no parto e nascimento. Na justificativa de seu projeto político-pedagógico, observa-se:

A formação de Obstetriz oferece à sociedade um profissional capaz de promover e oferecer cuidados de saúde a mulheres, especialmente durante a gestação, parto e pós-parto. Essa atenção é realizada no sentido de promover e preservar a normalidade do processo de nascimento e atender as necessidades físicas, emocionais e socioculturais das mulheres no contexto de sua família e comunidade. (EACH, 2016, p. 8).

O perfil dos profissionais formados pelo curso demonstra que sua atuação excede em muito a assistência ao parto. Trata-se de um profissional preparado para cuidar da saúde da mulher como um todo, considerando os aspectos socioculturais deste público, suas famílias e comunidades.

O egresso do Curso de Obstetrícia - a(o) Obstetriz - exercerá seu trabalho na educação e na promoção da saúde das mulheres, das famílias e da comunidade, com foco especial na atenção à maternidade e no gerenciamento do cuidado e de serviços de atenção à saúde das mulheres. Esse tipo de trabalho inclui medidas de acolhimento, promoção da saúde, educação, aconselhamento e assistência durante a gestação, parto e pós-parto; de esforço para a preservação da normalidade do processo de nascimento e de assistência direta ao parto normal de baixo risco; de prevenção, detecção e realização de medidas de emergência nas complicações, até que ocorra a atenção por equipe multiprofissional especializada; de provisão de cuidados às mulheres após o parto, bem como aos recém-nascidos e lactentes. (EACH, 2016, p. 4).

Apesar de seus amplos objetivos, que poderão agregar valor a toda a rede de atenção à saúde da mulher, contribuindo para melhores resultados em relação à morbidade e mortalidade materno-infantil que estão aquém do desejável no país, vem-se desenvolvendo uma luta em que parte dos *corpus* profissionais que poderiam ser beneficiados, assim como toda a sociedade, se opõe à formação direta dos profissionais obstetizes, pois estão voltados à reserva de mercado e não ao melhor desenvolvimento da saúde populacional. Há que se considerar que forças

econômicas muito poderosas agem no sentido de manter a hegemonia das práticas tecnocráticas da medicina ocidental.

Destaca-se o confronto de interesses econômicos e políticos no interior do campo da saúde e a consequente luta pela ocupação dos diferentes espaços institucionais por representantes desses interesses. Esses confronto e luta se desenvolvem seja no campo macroanalítico, seja no microanalítico, do poder, isto é, tanto nos ministérios e no Congresso como nos hospitais, ambulatorios e unidades municipais de saúde. Os discursos e os saberes das diversas corporações profissionais envolvidas na questão da saúde (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos) também têm sido um foco de luta política no cruzamento dos níveis macro e microanalítico de disputa pelo poder de traçar diretrizes, impor posições e conquistar hegemonia. (Luz, 1991, pp. 84-85).

Destaca-se que a autora, ao descrever o confronto entre as classes profissionais na área da saúde, pontua seu enraizamento em campos de poder microanalíticos, referindo-se à diferença entre o que a legislação formula (macropolítica) e o que é executado nos hospitais e centros de saúde (micropolítica).

A Organização Mundial de Saúde recomenda que a assistência aos partos de baixo risco seja realizada por obstetrizas e enfermeiras, diante dos melhores resultados para a saúde materno-infantil deste modelo de atendimento. Ainda assim, a graduação em obstetrícia da USP sofreu sucessivos ataques dos Conselhos de Enfermagem.

Ainda hoje não há um Conselho próprio da profissão, o que poderia torná-la autônoma em relação à medicina e à enfermagem. Assim é em muitos países europeus e alguns latino-americanos, em contraponto ao modelo norte-americano. Por outro lado, médicos reivindicam exclusividade de seus saberes e a enfermagem divide-se entre o apoio e a crítica à atuação de obstetrizas. Sua regulamentação é feita pelos Conselhos de Enfermagem (COFEN e COREN), órgãos que se mostraram contrários em um primeiro momento ao reconhecimento da formação direta em obstetrícia e parecem oferecer resistência em apoiar seus associados com esta formação direta.

Em um episódio de 2008, o Hospital Sapopemba proibiu a entrada de estagiários do curso de Obstetrícia da USP, alegando solicitação de cancelamento do convênio com a EACH pelo professor da Faculdade de Medicina da USP responsável pela supervisão de médicos e enfermeiros obstétricos daquela instituição. O professor Marcelo Zugaib, apontado pela equipe como responsável pelo cancelamento do convênio, negou o ocorrido, mas em entrevista à Folha de

São Paulo ¹⁰ demonstrou enorme desprezo pelo curso e pelos profissionais envolvidos.

Em 2008, quando se formou a primeira turma, o Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo recusou-se a registrar e emitir carteira profissional aos novos obstetristas formados, impedindo-os de atuarem profissionalmente e causando prejuízos indelévels, como a impossibilidade de assumir vagas em instituições para as quais haviam prestado concurso público. Tal embate estendeu-se por pelo menos três anos e, apesar das liminares que foram sendo conquistadas pelo coletivo que se fundou neste momento crítico, a imagem da profissão e do curso foram marcadas pela exposição negativa na mídia.

Enfermeiros e enfermeiras obstétricas encontram, também, dificuldades para uma atuação autônoma, visto que hospitais e maternidades preconizam o atendimento médico do parto, sendo tolhida a atuação destes profissionais, quase sempre sob a supervisão de um médico. Dados de 2010 mostram que os partos assistidos por enfermeiras obstétricas e obstetristas nos hospitais somavam apenas 9%: “In terms of the work force in the area of maternity care in Brazil, in 2010, 98.9% of births occurred in hospitals and were mostly (89%) attended by doctors”. (Victoria et al., 2011, apud Gualda, Narchi & Campos, 2013, p. 1078).

The number of nurse midwives or midwives working in this area is unknown, however it is known that only 9% of births occurring in hospitals are attended by these professionals. The number of births at home or in birthing centres, attended by traditional birth attendants, nurse midwives, midwives, or doctors, is insignificant. This is despite a recent growth in the number of Brazilian women seeking this type of care, as they are unsatisfied with the biomedical and interventionist model that they perceive causes institutional violence and abuse of power in care relationships. (Perseu Abramo Foundation, 2010, apud Gualda, Narchi & Campos, 2013, p. 1078).

O estudo mostra a realidade brasileira em que 89% dos partos são assistidos por médicos, apesar de todos os esforços do Ministério da Saúde em atender a OMS em sua recomendação pela inserção de outros profissionais na assistência ao parto de baixo risco.

O Conselho Federal de Enfermagem emitiu, em 2010, o parecer nº 124, contrário ao registro e inscrição de bacharéis em obstetrícia. Diante da repercussão

¹⁰ <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff1608200810.htm>

deste, emitiu uma nota em março de 2011 reafirmando sua posição contrária à inscrição destes profissionais naquela autarquia, que foi publicada em jornais de grande circulação. Apesar de decisão judicial posterior que resguarda o direito ao registro profissional e inscrição em órgão de classe, seria legítimo questionar: o que impede que campos analogamente discriminados em relação ao poder da medicina como a Obstetrícia e a Enfermagem se unam em prol de direitos e reconhecimento profissional, ainda mais quando estes se relacionam diretamente aos direitos humanos e reprodutivos das mulheres? Talvez falte à enfermagem encampar os objetivos da humanização que encontramos na proposta de curso da Graduação em Obstetrícia, como a compreensão de que há um “sistema flexível de alternativas” para a assistência.

Considera-se que o processo de nascimento será mais humano na medida em que houver maiores possibilidades de alternativas obstétricas para que as mulheres e famílias se sintam mais satisfeitas, e o trabalho dos obstetras se torne mais gratificante. É nesse sentido que se reporta o sistema flexível de alternativas. As necessidades das mulheres e suas famílias variam muito. Para algumas, ir ao hospital e ter todo o aparato médico parece ser o melhor. Já para outras, estarem fora dele, no ambiente doméstico, ou mais semelhante a ele, com assistência de profissionais qualificados que deem segurança e demandem retaguarda para emergência, parece ser o mais indicado. (Gualda, 2017, p. 38).

Segundo Gualda (2017), podem-se enumerar alguns objetivos comuns a todos que almejam mudanças na forma de nascimento vislumbrando um sistema baseado em flexibilidade de alternativas, segurança e qualificação:

(1) Segurança da mãe e da criança; (2) diversas formas de alívio da dor sem que haja comprometimento da experiência; (3) condições de ambiente que favoreçam o relacionamento da mãe com o bebê e os demais membros da família, levando em conta a perspectiva cultural dos envolvidos. (p. 38).

Estes são pontos importantes e considerados diretrizes do movimento de humanização do parto. Dulce Gualda foi redatora da proposta do curso de Graduação em Obstetrícia da Universidade de São Paulo, partícipe da Escola de Artes e Humanidades desta Universidade, e uma estudiosa dos movimentos do parto natural e pela humanização das práticas obstétricas e foi coordenadora desta graduação pelos primeiros quatro anos do curso, até que se formasse a primeira turma.

Um dos objetivos deste estudo é observar, nos discursos de obstetrizes, ex-alunos e docentes da Graduação em Obstetrícia, a presença dos sentimentos de identidade coletiva relacionada ao exercício profissional, os sentimentos de

antagonismo entre as corporações profissionais médica x enfermagem obstétrica x obstetrícia, de injustiça pela sua desvalorização profissional e pelo não reconhecimento de sua histórica atuação neste campo, metas antigas e atuais de ação coletiva, vontade de agir coletivamente e as próprias ações que foram encampadas no passado e hoje.

Capítulo 3.

A CONSCIÊNCIA POLÍTICA COMO MODELO ANALÍTICO DA PARTICIPAÇÃO POLÍTICA E DAS AÇÕES COLETIVAS

Na psicologia social dos movimentos sociais o enfoque é dirigido a analisar aqueles determinantes da dinâmica interna e externa dos movimentos sociais que interferem na forma de participação que as pessoas assumem frente às ações coletivas e os movimentos sociais. Esta ótica psicológico-sociológica pressupõe um enfoque integrado que analisa os fatores e os processos que determinam as formas e os motivos individuais das pessoas agirem em situações de mobilização coletiva. (Costa, 2006, p. 164)

A diversidade de temas relacionados e atores interessados na cena do nascimento torna inevitável uma abordagem multidisciplinar ao se problematizar a humanização do parto na atualidade.

Sendo a medicina um território historicamente masculino e tendo excluído as mulheres da cena do nascimento – ou destinado a elas um lugar de *inclusão perversa*¹¹ – a humanização poderá representar o retorno das mulheres a um lugar de poder – e de autonomia sobre seus próprios corpos. Retomando a história social da obstetrícia ocidental, podemos observar o quanto aspectos culturais e econômicos foram determinantes do cenário atual, em que imperam a desinformação e a violência como normativas de um *status quo*, amparadas em falsas certezas científicas.

Pode-se tomar, como ponto de partida, a defesa feminista do direito ao corpo e sua intimidade. Mas não de forma a desconsiderar os efeitos do Estado sobre os espaços privados, pois, como refere Giddens (1993), toda política é pública, dado que regula a vida privada e os espaços de intimidade por meio da lei. Aí está um dos nós que se nos apresentam, guiando nosso olhar para as políticas públicas no campo da saúde da mulher e sua multideterminação.

Em seu trabalho sobre o Programa Nacional de DST e AIDS, Monteiro e Vilela (2009) analisam a construção coletiva de uma política pública na área da saúde, a primeira a ser democraticamente implementada após a criação do SUS. A profunda articulação entre democracia e cidadania observada pelas autoras

¹¹ Conceito cunhado por Bader Sawaia em capítulo do livro *As Artimanhas da Exclusão*, organizado por ela, ao descrever a condição subjetiva de pessoas em situação de alta vulnerabilidade social, questionando a noção de exclusão social, já que o que se observa é uma inclusão social, ainda que indigna e violenta, pois necessária à manutenção da ordem do sistema capitalista.

relaciona-se à consciência dos seus direitos e à capacidade de apropriação dos bens socialmente criados. Faz-se aqui um paralelo com o movimento pela humanização do parto, em que o primeiro passo parece ser a apropriação dos conhecimentos acumulados pela cultura sobre o processo parturitivo. Talvez seja esta uma das grandes contribuições do retorno da obstetrícia como formação direta no Brasil. Democratizar a profissão que informa e assiste a comunidade como um todo, que se aproxima da realidade diversa – cultural e socioeconomicamente – das mulheres e suas famílias, promovendo a saúde integral.

A luta das obstetrias para a manutenção do curso e da profissão que retorna, após mais de trinta anos sem formação direta, em 2008 quando se formou a primeira turma graduada na Escola de Artes, Ciências e Humanidades da USP, mobilizou atores externos ao curso e à Universidade como: mulheres simpatizantes da humanização do parto, trabalhadores do SUS, alguns enfermeiros e médicos que passaram a militar pelo direito ao compartilhamento das escolhas terapêuticas e procedimentais em relação à saúde materno-infantil, vereadores e juízes que foram acionados para apoiar a causa do curso e, mais adiante, integrantes de comunidades assistidas¹² e profissionais dos serviços públicos e privados de saúde.

A mobilização social tem caráter pedagógico, enquanto promotor da informação e do debate. De acordo com Sandoval (1989),

os indivíduos têm a oportunidade de romper temporária e parcialmente com alguns dos mecanismos de submissão e viver, no movimento social, experiências coletivas que, por sua vez, são pedagógicas no sentido de que o indivíduo tem a oportunidade de vivenciar outras formas de agir frente a seus problemas. (p. 70).

O debate sobre as melhores práticas de parto e nascimento foi amplificado para a sociedade, e não mais restrito aos círculos profissionais médico e assistencial. A mobilização de mulheres e a luta pelo poder sobre seus corpos e sua história tem tomado contorno político e sustentado um debate rico, capaz de aprofundar uma análise psicopolítica e aguçar a percepção da formação de uma consciência política nos atores envolvidos.

O primeiro ponto que se deseja esclarecer é que Sandoval (1989, 2001, 2015) desenvolve um método de análise para a compreensão da participação nos

¹² A propósito da reinauguração da Casa Ângela, foram mobilizadas lideranças locais e envolvida a comunidade que passou a ter acesso ao serviço da Casa de Parto para o acompanhamento da população local, numa proposta de assistência integral à saúde da mulher e da família.

movimentos sociais. O percurso e as ações da Obstetrícia como profissão não configuram exatamente um movimento em termos estritos. Mas pode-se considerar que tomam parte num movimento pela humanização do parto, que por sua vez é parte de um amplo movimento pela humanização da assistência à saúde, vigente não apenas no Brasil, mas com caráter mundial.

Segundo Alessandro Soares da Silva (2012), os aspectos éticos envolvidos na participação em movimentos e ações sociais são importantes para a consolidação da participação democrática, já que esta participação subsidia a construção de novas políticas públicas.

O entrelaçamento existente entre aspectos éticos que orientam a participação são determinantes do comportamento e da ação humana que sujeitos individuais e coletivos apresentam. Não é à toa que tantos autores tratam com destaque o tema da ética como um tema que traz em si uma dimensão psicopolítica. [...] pretendemos pensar a inclusão de novos atores sociais como parte dos que constroem o ciclo das políticas públicas, fazendo com que elas se consolidem como um canal real de mudança e justiça social. (Silva, 2012, p. 200).

Compartilhando da visão de Alessandro Silva sobre a importância de pensar a inclusão de novos atores para a construção das políticas públicas, pauta-se a análise da participação das obstetrizes na construção de novas práticas e na consolidação das políticas que já estão presentes na legislação, embora haja dificuldades em sua execução.

3.1. Construindo a ideia de uma Consciência Política

A Psicologia Política tem uma longa história e não é possível, neste trabalho, recordá-la toda. Para Le Bon (1921), o primeiro psicólogo político teria sido Maquiavel que, em seu O Príncipe, analisa elementos que lhe parecem necessários a um bom governo, seja do ponto de vista do contexto histórico ou das características de seus líderes. Le Bon é o primeiro autor a atribuir importância à publicidade e à propaganda como fatores de mobilização popular. (Moscovici, 1985). Por falar diretamente aos líderes, foi banido da academia. Mas seu livro Psicologia Política se torna um manual para as escolas de guerra. Ele chegou a ser acusado de contribuir com o nazismo/fascismo – o que seria impossível após a própria morte ocorrida em 1931 – pois suas ideias sobre a ciência das massas serviram às práticas nazistas.

Serge Moscovici, em seu livro *La era de las multitudes: um tratado histórico de psicología das masas* (1985), busca reconstruir a história disciplinar da Psicologia Política, e observa que Freud foi o melhor discípulo de Gustave Le Bon e Gabriel Tarde, que consideravam a religião como a estrutura básica de qualquer crença coletiva. Freud propõe uma compreensão do comportamento das massas focada no indivíduo, que estaria predisposto a ser liderado por alguém.

Assim, a Psicologia Política nasce da percepção de que fatores externos e, também, internos aos indivíduos concorrem para determinar as ações coletivas, que serão foco de muitos estudos sociológicos a partir da segunda metade do século XX. Se a Psicologia Política se coloca como uma área inter e transdisciplinar, pois tem origem e se desenvolve na ciência política, na sociologia, e na psicologia social, ela perpassa muitas outras disciplinas como a comunicação social, o direito e a educação, não sendo propriamente uma área da psicologia, mas relacionando-se com ela.

As maiores influências no pensamento de Sandoval são Charles Tilly, Alain Touraine e William Gamson. A partir destas três referências – e com alguma crítica a elas – ele constrói seu modelo para análise da consciência política com o objetivo de compreender como ocorre a participação nos movimentos sociais.

Tilly foi um cientista político, sociólogo e historiador norte-americano, e para ele o movimento social surge no ocidente após 1750 como uma síntese de três elementos: campanha ou “elaboração de reivindicações coletivas direcionadas a determinadas autoridades”; repertório, que consiste no “emprego de combinações dentre as seguintes formas de ação política: criação de associações e coalizões para finalidades específicas, reuniões públicas, desfiles solenes, vigílias, comícios, demonstrações, iniciativas reivindicatórias, declarações para e nos meios de comunicação de massa, e panfletagem” e demonstrações de VUNC¹³ por parte dos participantes. (Tilly, 2010, pp. 136-137).

¹³ O termo VUNC soa estranho, mas representa algo bastante familiar. Demonstrações de VUNC podem assumir a forma de declarações, slogans ou rótulos que implicam valor, unidade, números e comprometimento: Cidadãos Unidos pela Justiça, Signatários do Compromisso, Defensores da Constituição, e assim por diante. Além disso, as representações coletivas expressam-se muitas vezes por meio de formas peculiares reconhecíveis pelos públicos locais, como por exemplo: valor: comportamento sóbrio; roupas asseadas; presença de clérigos, dignatários e mães com crianças; unidade: emblemas, faixas, bandeiras ou vestimentas combinadas; marchas em formações organizadas; canções e cantos; números: contagem de participantes; número de assinaturas em

O trabalho de Tilly pressupõe que as transformações dos espaços de poder e as correspondentes trocas na forma de ação coletiva implicam na criação de novos significados, novas organizações, novas identidades e um espaço social (sociedade civil) na qual esses podem aparecer. (Costa, 2006, p. 152).

Com essa definição de movimento social, Tilly nos coloca frente às novas formas de organização e de ação política provenientes da dinâmica e veloz possibilidade de trocas e comunicação em tempos de informatização dos meios.

Touraine, sociólogo francês dedicado a estudar os movimentos sociais no que ele chama de sociedade pós-industrial, nega que exista uma pós-modernidade e considera que os movimentos sociais constituem uma nova forma de organização social que se sobrepõe às classes e aos partidos políticos, pois possibilitaria emergir um sujeito da ação. Sua crítica ao pensamento de Marx funda-se na compreensão de que as condições sociais externas ao indivíduo não são suficientes para explicar as ações coletivas: *“a idéia de movimento social se opôs ao pensamento que coloca a razão de ser das condutas coletivas nos problemas estruturais de um certo tipo de sistema, geralmente definido em termos econômicos”*. (Touraine, 2006, p. 20). Para ele, um movimento social é:

a combinação de um conflito com um adversário social organizado e da referência comum dos dois adversários a um mecanismo cultural sem o qual os adversários não se enfrentariam, pois poderiam se situar em campos de batalha ou em domínios de discussão completamente separados – o que impediria, por definição, tanto o conflito e o enfrentamento quanto o compromisso ou a resolução de conflito. (Touraine, 2006, p. 19).

Assim, Touraine inscreve o movimento social numa cultura de referência, tal como condiciona sua existência a um conflito ou adversariedade para com outro grupo formado nesta mesma cultura. Por outro lado, enfatiza a subjetividade do indivíduo que participa, o que coloca em análise a consciência de si como componente primordial da ação coletiva.

Falamos sobre movimento social significa colocarmo-nos no ponto de vista dos atores, isto é, dos atores que são, ao mesmo tempo, conscientes do que têm em comum, ou seja, dos mecanismos de conflitos e dos interesses particulares que os definem uns contra os outros. (Touraine, 2006, p. 20).

petições; quantidade de mensagens dos partidários; capacidade de encher as ruas; comprometimento: enfrentamento do mau tempo; participação visível de idosos e portadores de deficiências; resistência à repressão; sacrifícios, subscrições e/ou atos de benemerência ostensivos. (Tilly, 2010, p. 137-138).

Importa destacar aqui o esquema proposto por Touraine, ainda na década de 1960, em que a consciência operária seria resultado de três dimensões básicas: Identidade, oposição e totalidade. A identidade diz respeito à sua percepção do pertencimento a uma classe e não a outras; a oposição é a percepção das relações entre as classes, considerando a classe de pertencimento em oposição às classes dominantes, no caso dos operários; e a totalidade se refere à percepção da sociedade como um sistema de dominação, em que importam a dinâmica e a distribuição de bens. (Costa, 2006, p. 156).

É a partir do esquema de Touraine que Sandoval inicia a construção do seu modelo. Apesar de reconhecer que esta era a melhor definição da consciência já elaborada, ele argumenta faltar ao esquema uma quarta dimensão: a *predisposição para a intervenção*. Para Sandoval, a percepção do indivíduo quanto ao repertório de ações que lhe está disponível é ponto crucial para desencadear a ação.

Gamson, outra influência importante na obra de Sandoval, é um sociólogo norte-americano que, partindo de pesquisas de opinião pública, dedica-se a estudar a consciência política no apoio às mobilizações para ações coletivas. Encontra três recursos que seriam utilizados pelos indivíduos para a consolidação da consciência política a respeito de determinado tema: o discurso midiático; crenças na transcendência da questão, que a naturalizam; e experiências de vida. (Pudenzi, 2014). O autor elabora, a partir de seus estudos, três componentes que seriam necessários para o engajamento em ações coletivas: injustiça, identidade e agência. O quadro de injustiça apenas se caracteriza, para Gamson, quando há uma causa objetiva para o sofrimento ou dano sofridos e, portanto, quando o adversário é identificável. Identidade, para o autor, é a definição de um “nós” em oposição a um “eles” em uma demanda por transformação da realidade. O conceito de agência refere-se à consciência da possibilidade de modificar a realidade por meio de ações coletivas, sendo utilizado por Sandoval para conceituar a *eficácia política*.

Sob a influência, também, das Teorias da Identidade propostas por Henri Tajfel (identidade social) e Alberto Melucci (identidade coletiva), Sandoval constrói sua noção de *identidade coletiva* tal como uma dimensão da consciência política. Para Tajfel identidade social é, ao mesmo tempo, resultado e produto das ações do grupo, podendo ter sua existência condicionada à ação em determinados momentos, inscrevendo-se no campo psicológico:

(...) a identidade social dum indivíduo concebida como conhecimento que ele tem de que pertence a determinados grupos sociais, juntamente com o significado emocional e de valor que ele atribui a essa pertença só podem ser definidos através dos efeitos das categorizações sociais que dividem o meio social do indivíduo no seu próprio grupo e em outros. (Tajfel apud Silva, 2002, p. 98).

Destaca-se que para Tajfel importa, sobretudo, o significado emocional que o sujeito atribui ao próprio pertencimento. Sandoval abraçará este ponto para desenvolver seu modelo.

Para Melucci o aspecto político é fundante da identidade coletiva, ele se sobrepõe a todas as outras formas de visão do mundo para permitir a sua existência, configurando uma concepção mais sociológica da identidade grupal.

A Identidade Coletiva proposta por Alberto Melucci inscreve-se na construção de grupos que aglutinam-se e se mantêm por razões eminentemente políticas. Enquanto na identidade social a política ocupa um papel secundário na vida do grupo, na identidade coletiva o papel da política é primário, é fundante. (Silva, 2002, p. 104).

Assim, o autor concebe a identidade coletiva vinculada à ação política, por meio de sindicatos, partidos ou movimentos sociais. Sandoval observa tais conceitos para forjar sua *identidade coletiva*, como uma das dimensões da consciência política, que alia a ótica dos sentimentos sobre si e o valor de seu pertencimento ao grupo, presente na teoria de Tajfel, à ideia de uma identidade coletiva que é política por definição como coloca Melucci, pois se constrói no embate com outros grupos antagônicos e pela possibilidade de agir para alcançar objetivos comuns. Da crítica às teorias de Tajfel e Melucci nasce uma perspectiva psicossociológica da identidade coletiva em Sandoval, uma das dimensões que considera em seu modelo da consciência política.

3.2. Consciência política em Sandoval

Salvador Antônio Meireles Sandoval é um historiador e sociólogo americano radicado no Brasil desde o final da década de 1970, professor aposentado da Universidade de Campinas (UNICAMP) e professor do Programa de Estudos Pós-graduados em Psicologia Social na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), onde coordena o Núcleo de Pesquisa em Psicologia Política e Movimentos Sociais (NUPMOS). Após discorrer brevemente sobre a origem teórica

do modelo construído pelo autor para análise da consciência política, apresenta-se aqui o próprio modelo.

O modelo analítico de estudos da consciência política foi desenvolvido por Salvador Sandoval na década de 1980 a propósito do estudo do movimento sindical operário e será aplicado para compreendermos as motivações para a participação ou não participação no movimento da obstetrícia. Em seu primeiro desenho, foi composto pelas sete dimensões: identidade coletiva; crenças, valores e expectativas sociais; identificação de adversários e sentimentos antagônicos; sentimentos de justiça e injustiça; sentimentos de eficácia política; metas de ação coletiva; vontade de agir coletivamente. “Consciência política é um construto de dimensões psicossociais de significações e informações que permitem ao indivíduo tomar decisões a respeito das melhores alternativas de agir dentro de contextos políticos e situações específicas” (Pavón-Cuellar, 2016, p. 34). O modelo nasce como uma ferramenta para a análise da participação e da não participação nos movimentos, por meio de ações individuais e ou coletivas.

Recentemente Sandoval alterou o diagrama, retirando dele os *sentimentos de justiça e injustiça*, por considerar que não seria esta uma dimensão propriamente, já que tais sentimentos perpassam todas as dimensões propostas. Não se trata, portanto, de eliminá-la, mas de reconsiderar seu lugar na formação da consciência política de indivíduos e coletivos.

Figura 1 – Modelo de Sandoval para análise da consciência política.

A escolha profissional, a história familiar e sua origem cultural, o percurso formativo e a inserção no mercado de trabalho, assim como todas as dificuldades vividas pelas primeiras turmas do curso de Obstetrícia para a concessão do registro profissional são elementos importantes em nossa análise, pois se relacionam para formar a consciência política dos profissionais.

Privilegiar um aspecto sobre o outro seria distorcer a realidade e truncar o esforço de conhecimento científico, uma vez que o fenômeno se dá na interseção entre os fatores estruturais, as relações sociais interativas, as visões de mundo com seus preconceitos de fundo cultural e as reflexões conscientes de custos e benefícios de participar. (Sandoval, 1989, p. 68).

As sete dimensões não ocorrem separadamente, mas são aspectos que levam ou não ao fenômeno da participação em movimentos sociais ou ações coletivas, e que ocorrem de forma integrada, podendo ser consideradas separada ou conjuntamente a partir dos dados obtidos e da realidade que se pretende analisar.

Melucci, Tajfel, Gamson e outros autores reconheceram a importância dos processos de identificação coletiva para mobilizar ações no cenário social. Sandoval compreende que o sentido mais restrito que se deve dar ao conceito de *identidade coletiva* como uma dimensão do seu modelo é relativo à “*forma como os indivíduos estabelecem uma identificação psicológica de interesses e sentimentos de solidariedade e pertinência para com grupos específicos que constituem os atores coletivos no cenário político*”. (Sandoval, 2015, p. 203). Percebe-se que, para o autor, é na associação a outras dimensões que ela se constitui.

Sendo o modelo uma teia teórica focada na compreensão dos processos participativos, ou melhor, dos elementos que produzem, conduzem, indivíduos a participar, a identidade surge como uma dimensão associada a outras e que nos ajudam a capturar essas complexidades múltiplas. (Pudenzi, 2014, p.76).

A identidade coletiva das e dos obstetrizes está sendo reafirmada a cada momento histórico em que é posta em xeque. Na visão de Sandoval e por meio das palavras de Soraia Ansara (2008) podemos compreender como se dá a sua formação e como esta mesma identidade coletiva se relaciona com muitas das dimensões da consciência política. Sobre a identidade coletiva, Ansara afirma:

Nesse processo, o indivíduo desenvolve um sentimento de pertença ao grupo, valorizando esses laços, criando confiança e credibilidade na capacidade do grupo e expectativas com relação a manter ou quebrar a solidariedade grupal e ainda atribuindo valor à reação de outras pessoas dentro e fora do grupo. Dessa maneira, as pessoas passam a compartilhar interesses comuns, que as levam às reivindicações coletivas, de modo que atribuem valor às metas grupais e à mudança social como benefício pessoal e coletivo, instrumentalizando-se para alcançar a mudança desejada. (Ansara, 2008, p. 48).

Assim, a relação entre a identidade coletiva e outras das dimensões da consciência política é construída de modo a formar uma teia de multideterminações que caminham juntas.

As crenças, valores e expectativas com relação à sociedade consistem na ideologia, na visão de mundo do indivíduo, que se forma nas experiências pessoais e, também, na relação que se estabelece com os vários grupos dos quais participa ao longo da vida. (Sandoval, 2015). Ao mesmo tempo em que esta dimensão pode mostrar valores cristalizados para o indivíduo, pode também ser modificada ao longo de um processo de conscientização.

Desde os valores tecnológicos exaltados pela ciência moderna que estabelecem uma hierarquização das práticas biomédicas e assistenciais até os preconceitos com uma antiga profissão que sofreu inúmeros ataques corporativos ao longo de sua história, esta dimensão é fundamental para nossa análise.

Interesses coletivos e adversários antagônicos são a terceira¹⁴ dimensão do modelo. Para Sandoval (2001) a questão do antagonismo é fundamental para mobilizar ações. Imprescindível é a visibilidade do adversário para unir esforços em torno de uma ação contrária. Se a identidade coletiva se forma a partir do reconhecimento da pertença a um grupo em contraposição a outros, é pertinente que os interesses deste coletivo sejam antagônicos aos de grupos adversários. Esta percepção de que existem adversários coletivos na sociedade é uma das chaves para mobilizar a participação das pessoas em ações objetivas. “*Sem a noção de um adversário visível é impossível mobilizar indivíduos em ações coletivas e coordenadas contra um objetivo específico, seja ele um indivíduo, um grupo ou uma instituição*” (Sandoval, 2015, pp. 204-205).

Conflitos entre corporações profissionais permeiam a análise das ações coletivas que foram focalizadas nas entrevistas e na revisão da bibliografia disponível sobre a obstetrícia e a formação direta no Brasil. O reconhecimento dos adversários reais e potenciais é importante para a construção de metas de ação e para o sentimento de eficácia política no campo da humanização da obstetrícia.

¹⁴ A numeração das dimensões é meramente didática e não tem por objetivo hierarquizá-las, mas apenas organizar a exposição do Modelo de Sandoval para o leitor. Da mesma forma a organização será utilizada na análise dos dados sem caracterizar maior ou menor importância a cada uma das dimensões.

Eficácia política é a quarta dimensão da consciência. Diz respeito aos sentimentos do indivíduo quanto à sua capacidade de agir sobre uma situação. Ele é tanto maior quanto menor forem suas crenças em forças transcendentais. Sandoval baseia-se na *teoria da atribuição de Hewstone*¹⁵. Quando a natureza ou divindades são consideradas responsáveis por uma situação, o indivíduo tende a sentir sua impotência e não vê como poderia contribuir para a modificação da realidade. Outra forma de apequenar a potência de ação é considerar-se isoladamente como responsável pelo problema. Observa-se que a culpa aparece e a responsabilidade por uma situação social recai sobre um único indivíduo, diminuindo as chances de articulação de ações coletivas para o embate. É principalmente quando o indivíduo localiza no outro ou em outros grupos a força geradora do problema a ser combatido que ele se instrumentaliza para agir coletivamente contra o sofrimento.

Sentimentos de justiça e injustiça, apesar de excluídos do diagrama, representam ainda a quinta dimensão. Sandoval os compreende como os sentimentos quanto à reciprocidade social observada quanto a um arranjo social. “*Sempre que os indivíduos acreditam que o equilíbrio nas relações recíprocas se virou contra eles, compreendem essa ruptura na reciprocidade em termos de injustiça*” (Sandoval, 2015, p. 206). Importante referência para a construção teórica desta dimensão é a obra de Barrington Moore Jr: *The Social Bases of Obedience and Revolt*, de 1978. Da injustiça percebida nasce o protesto, a reivindicação e os próprios movimentos sociais.

Vontade de agir coletivamente é a sexta dimensão da consciência política no modelo, nascida dos sentimentos de injustiça e da crença na própria capacidade de ação. Klandermans¹⁶ tem influência na construção desta como uma dimensão do modelo para Sandoval. São focalizados nesta dimensão três aspectos que condicionam a participação em ações coletivas: custos e benefícios da lealdade ao grupo de pertencimento, como laços afetivos e interpessoais; custos e benefícios materiais resultantes da participação; e avaliação da capacidade de organização do movimento ou coletivo para agir (Sandoval, 2015). O autor compreende que “essas

¹⁵ HEWSTONE, Miles. *Causal Attribution: From Cognitive Processes to Collective Beliefs*. Londres: Basil Blackwell, 1989.

¹⁶ KLANDERMANS, Bert. *Mobilization and Participation: Social Psychological Expansion of the Resource Mobilization Theory*. In: *American Sociological Review*, 49, 1992.

escolhas são informadas e se tornam significativas para os indivíduos por meio de: seus sentimentos de eficácia política, suas percepções de interesses próprios e os adversários que eles enfrentam e, finalmente, seus sentimentos de justiça/injustiça” (Sandoval, 2015, p. 208). Essas outras dimensões associadas contribuem para a tomada de decisão quanto à participação.

Ação e objetivos do movimento social é a sétima e última dimensão, que aparece no diagrama como Metas e repertórios de ações e “refere-se ao grau em que os participantes percebem uma correspondência entre os objetivos do movimento social, suas estratégias de ação e seus sentimentos de injustiça, seus interesses e sentimentos de eficácia política”. (Sandoval, 2015, p. 208). Ela é a síntese das dimensões anteriores porque depende da coerência com que é compreendida pelo indivíduo, é a própria ação posta em xeque. *“Essa dimensão, em conjunto com as outras dimensões da consciência política, afeta as percepções das características da organização do movimento para construir uma predisposição psicopolítica para agir coletivamente”.* (Sandoval, 2015, p. 209).

Observa-se a militância de obstetrizes estendida para além da formação, pois o mercado de trabalho é, ainda, impermeável às práticas e políticas de humanização – como vimos nos primeiros capítulos deste trabalho. Participar do movimento pela obstetrícia significa militar pela humanização do modelo de assistência imposto pelos equipamentos de saúde e corporações profissionais.

A eleição do *Modelo da Consciência Política* de Sandoval (1989) como referência para a análise das entrevistas, neste trabalho, deve-se à sua enorme aplicabilidade e ao conjunto interdisciplinar de referências que delineiam seu constructo.

Temos o intuito de prover um modelo ou constructo analítico interdisciplinar para o estudo da consciência política como um fenômeno dos movimentos sociais, que emergem numa realidade social que, em sua natureza integrada e interativa, exige um enfoque interdisciplinar. (Sandoval, 2015, p. 180).

Pode-se traçar um paralelo entre o conceito de “sofrimento ético-político” desenvolvido por Sawaia (2002) e a violência sofrida no âmbito das práticas obstétricas hegemônicas, nas quais também vigoram a dominação, a inibição do desejo de liberdade e da sensibilidade ao sofrimento. Esta suposta exclusão da mulher da cena do parto mostra-se em verdade uma inclusão perversa, na medida em que seu papel de submissão ao sistema é de suma importância para a

manutenção deste mesmo sistema. Da mesma forma a enfermagem têm sido um ponto de apoio à manutenção do poder nas mãos dos médicos, pois exerce tradicionalmente um papel subjacente ao da medicina, seguindo prescrições e com pouca autonomia para a tomada de decisões. A enfermagem obstétrica, exercida por especialistas, é uma exceção a esta regra, já que a legislação garante autonomia para a execução de partos de baixo risco e procedimentos envolvidos neles que em outro contexto não seriam permitidos ao profissional da enfermagem. No entanto, o que se observa nos relatos que serão analisados no capítulo 5 é que as instituições onde se dá a assistência não favorecem essa autonomia.

O modelo de Sandoval (2015) contribui para a compreensão dos fatores multidimensionais que operam individual e coletivamente na mobilização pela justiça social. Enfatiza-se que a identidade coletiva das mulheres e o sentimento de eficácia política de sua participação no movimento pela humanização do parto relacionam-se intimamente, numa perspectiva de união em prol de uma causa justa e comum. Mas trataremos aqui, mais detalhadamente, do “movimento” da obstetrícia – considerando-se as ações coletivas e seus efeitos para a permanência do curso e fortalecimento da profissão.

Quando o Conselho Regional de Enfermagem (COREN) negou o registro profissional aos novos obstetizes, recém-formados pelo único curso brasileiro de obstetrícia, fez-se a luta pelo direito de exercer a profissão. Coleta de assinaturas, caminhadas, busca de assessoria jurídica, conversas e debates com vereadores e representantes governamentais e a fundação da Associação de alunos e egressos do curso de Obstetrícia da Universidade de São Paulo (AO-USP) foram algumas das ações coletivas empreendidas em defesa do curso e do direito a esta formação profissional. Houve um embate que mobilizou estudantes e docentes em torno de um objetivo comum.

As sete dimensões movimentam-se como numa ciranda em que cada passo largo remodela a forma do conjunto. A imagem tridimensional não comporta apenas o círculo, pois cada elemento adquire velocidade e direção próprias, numa órbita em que as dimensões se cruzam e interseccionam, tonando-se mais amplas ou restringindo-se a cada movimento. Quisera ser capaz de representar graficamente tais movimentos, em que emoção e razão se compõem continua e dialeticamente. O modelo de Sandoval vem sendo desenvolvido desde o final da década de 1980, não apenas pelo próprio autor, mas por seus discípulos. Sua sistemática revisão a cada

nova publicação favorece o detalhamento das dimensões e a compreensão de sua ampla aplicabilidade.

No entanto, sua representação gráfica não parece ter sido suficientemente desenvolvida de modo a demonstrar a interdependência entre as dimensões. A ideia de que as dimensões do modelo estão sempre inter-relacionadas e que seu desenvolvimento se dá por um contínuo processo de elaboração da visão de mundo, faz com que o desenho do diagrama seja, para este estudo, preferivelmente concêntrico, o que nos permite visualizar que as ações individuais e coletivas protagonizadas e o próprio movimento da obstetrícia resultante são impulsionadores de modificações contínuas nas dimensões destacadas.

Se pudéssemos incluir movimento na imagem, ela seria parecida a um modelo atômico, mas com variações orbitais de cada dimensão, de modo que se evidenciassem choques, fusões e mudanças a cada experiência humana. Talvez fosse possível desenvolver este gráfico, quem sabe sem muito esforço, a partir de tecnologias que nos estão inacessíveis nesse momento.

Reconhecendo nosso próprio limite e numa tentativa de aperfeiçoar o diagrama chegamos à proposta de uma mandala, em que as partes são encadeadas formando um núcleo-tema. É o mais próximo da nossa percepção do funcionamento do modelo que pudemos desenhar por enquanto.

É a partir da percepção das dimensões como camadas sobrepostas em que se forma um centro no qual todas as partes estão contempladas – apesar de não se limitarem a ele – que se inicia a análise das entrevistas.

Cada dimensão se toca e essa é a complexidade de analisar separadamente cada uma delas. Desta forma, compreendemos que a separação em tópicos é meramente didática, necessária ao recorte da pesquisa.

Figura 2 – Esboço para compreensão gráfica do Modelo para Análise da Consciência Política de Sandoval aplicado ao movimento da obstetrícia

Fonte: Sandoval (1989, 2001, 2015).

Encontramos em Paulo Freire (1985) uma consonância com a visão de Sandoval quanto ao importante papel da mediação entre a realidade e o humano para a formação da consciência.

O homem é homem e o mundo é histórico-cultural na medida em que, ambos inacabados, se encontram numa relação permanente, a qual o homem, transformando o mundo, sofre os efeitos de sua própria transformação. Neste processo histórico-cultural dinâmico, uma geração encontra uma realidade objetiva marcada por outra geração e recebe, igualmente, através desta, as marcas da realidade. [...] Assim como a tomada de consciência não se dá nos homens isolados, mas enquanto travam entre si e com o mundo relações de transformação, assim também somente aí pode a conscientização instaurar-se. (p. 52).

Ainda que reconheçamos diferenças entre as concepções da *consciência* em Paulo Freire e *consciência política* em Sandoval opta-se por tratar, aqui, das similaridades, com a finalidade de demonstrar que são complementares e não concorrentes as suas visões.

Freire (1979) constrói sua ideia de consciência como uma potência para a liberdade. Entre a consciência mágica, ingênua ou intransitiva – que muito se parece com um dos modos possíveis de vivenciar as crenças e valores sociais em relação à eficácia política nos indivíduos com forte apelo religioso do ponto de vista de Sandoval – e a consciência transitiva-reflexiva-crítica, último degrau em direção à liberdade humana para Freire, observa-se a gradação da consciência em níveis, algo que pode contribuir para a proposição de uma tipologia aplicável aos nossos entrevistados. Segundo o autor, a consciência intransitiva é própria das sociedades fechadas, a transitiva-reflexiva seria própria das sociedades em transição democrática – como a nossa! – e a transitiva-reflexiva-crítica própria das sociedades livres, ainda que compreendidas como utopia.

Assim, a consciência de cada indivíduo é determinante e determinada por sua realidade e ações no mundo, dialeticamente, numa contínua transformação retroalimentada. E é nesse caminhar da consciência que se pode libertar o ser humano da escrava submissão em direção ao fazer transformador.

Não apenas todos os indivíduos possuem graus de consciência sobre si e o mundo, como a educação deveria servir, a priori, à reflexividade e crítica. Apesar de não aprofundarmos os conceitos freireanos neste estudo, pretende-se utilizar esta espécie de métrica da consciência como uma aliada para a compreensão das consciências analisadas no quinto capítulo.

Capítulo 4.

CAMINHADA METODOLÓGICA

Desde meados de 2015, quando começou a ser escrito o projeto que originou este trabalho, tenho me dedicado a pesquisar sobre parto e nascimento. Pesquisar cientificamente tem significado, para esta autora, processar toda informação acessada – de um universo muito amplo disponível. Imagens, depoimentos, acompanhamento de mulheres, postagens e reportagens, grupos nas redes sociais e na vida, o cursar das disciplinas para a formulação de eixos e hipóteses foram importantes constituintes do caminho percorrido.

Delineou-se uma pesquisa qualitativa, descritiva, exploratória e interpretativa para a qual se trabalhou com um fluxo de dados e metadados para além do material obtido nas entrevistas: história, reportagens, grupos nas redes sociais, a própria experiência de mulher-pesquisadora.

Dados são atualizados, novas leis são editadas, acontecimentos sociais e políticos ocorrem em tempo real modificando o cenário de uma pretensa e precoce análise da realidade. Um dos livros que melhor sintetizam boa parte da história e da informação que se buscou para a construção do I e II capítulos desta dissertação foi lançado no dia 10 de novembro de 2017, poucas semanas após as últimas entrevistas serem realizadas e a três meses do prazo ideal para depósito. Ocorre que a cada fonte preciosa de informações modifica-se o próprio olhar da autora ao recortar o objeto.

Estudar alguma coisa historicamente significa estudá-la no processo de mudança; esse é o requisito básico do método dialético. Numa pesquisa, abranger o processo de desenvolvimento de uma determinada coisa, em todas as suas fases de mudanças – do nascimento à morte – significa, fundamentalmente, descobrir sua natureza, sua essência, uma vez que “é somente em movimento que um corpo mostra o que é”. (Vygotsky, 1984, p. 74).

De alguma forma a colocação de Vygotsky acompanhou toda a pesquisa, na medida em que o método dialético se sobrepõe às escolhas metodológicas que particularidades da pesquisa exigiram. A percepção de que não seria possível alcançar nosso objeto totalmente, pois que temos acesso a partes dos complexos processos de que é composta a história, nos permitiu recortá-lo parcialmente. A proposta de analisar, a partir do Curso de Obstetrícia da Universidade de São Paulo, a luta política das obstetrizes pela saúde da mulher e pela transformação de um

campo profissional hostil e instituições resistentes às novas perspectivas de assistência preconizadas pelo Ministério da Saúde e por todas as agências internacionais referenciadas, nos levou a olhar para esta luta a partir das identidades – seus pertencimentos e adversariedades –, os valores e crenças que as cercam, as ações coletivas e suas metas, sentimentos de injustiça e antagonismo, exercitando assim a ótica das dimensões da consciência política de Sandoval (1989), acreditando-se que esta pode ser uma contribuição ao movimento pela humanização do parto no Brasil.

Inicialmente procurou-se contextualizar o atual modelo obstétrico hegemônico no Brasil e no mundo, e apontar para a mudança iminente de seu paradigma frente às novas informações baseadas em evidências científicas, com o objetivo de compreender como o movimento pela humanização do parto deixa de ser assunto apenas das ciências médicas para se tornar um importante território de mobilização feminina na busca pela afirmação de seus direitos fundamentais.

Em seguida, o recorte do objeto. O quê, exatamente, se pretendia olhar e sob que perspectiva teórico-metodológica? Ao ingressar no mestrado não tínhamos ideia da importância do curso de Graduação em Obstetrícia existente na USP. Esta foi uma descoberta que alterou os rumos do trabalho, e de uma maneira positiva nos encaminhou ao interesse particular na formação e na consciência política dos formadores e dos formados em obstetrícia.

Também a compreensão das teorias que embasaram a construção do próprio modelo utilizado para a análise dos dados foi importante na caminhada, da qual fizeram parte as disciplinas de Psicologia Política ministradas por Alessandro Soares da Silva e pelos professores convidados Martin Jayo e Salvador Sandoval.

Em busca de compreender a formação da consciência política de obstetristas e enfermeiras obstétricas que atuam na assistência à saúde materno-infantil e sua relação com o movimento de humanização do parto e nascimento, realizaram-se entrevistas semiestruturadas que, segundo Minayo (2009), favorecem a apreensão de representações da realidade por meio das sensações, opiniões, crenças, ideias. Ao trabalhar com as dimensões da consciência política tal como proposta por Sandoval (1989), abordam-se questões subjetivas, importando as experiências e também as impressões do passado. Por isso é preciso acolher o que vem do entrevistado.

As aulas de Eclea Bosi serviram à construção de um olhar ampliado para a técnica de entrevista. A história oral pode ter função terapêutica por fazer emergir o sujeito da história como um ator. Algumas das entrevistadas protagonizaram partes da história que investigamos, e sua identidade profissional relaciona-se com os grupos com os quais se identificam, possivelmente em detrimento de outros grupos opositores existentes nas instâncias políticas e conselhos profissionais. Segundo Eclea Bosi (1987), numa entrevista tocamos a história viva, vivida pela pessoa. Assim como o dito tem um significado, o silêncio também tem.

Assim, a escolha de entrevistas semiestruturadas realizadas presencialmente e gravadas com o consentimento dos entrevistados foi importante ao permitir que se considerem as pausas e expressões não verbais como parte do material a ser analisado. Não obstante, uma das entrevistadas, Elizabete Franco Cruz, psicóloga social e docente do curso de Obstetrícia da USP, solicitou responder por escrito a entrevista, após diversas tentativas de agendamento sem sucesso. Tivemos que desmarcar mais de uma vez, às vésperas, por problemas com sua agenda, o que foi compreendido considerando-se sua intensa atividade na Universidade e em movimentos ativistas de diferentes matizes. Bete, Nádia, Jacqueline e Roselane foram atrizes fundamentais para as conquistas do movimento pela manutenção do curso e em sua adequação para que os formados pudessem gozar plenos direitos de atuação profissional. Muitas das batalhas foram protagonizadas por elas, como se verá na análise das entrevistas, de modo que, dada a relevância de Bete para a história estudada neste trabalho, abrimos esta exceção para receber suas respostas por escrito. A seu pedido elegemos as principais questões – aquelas que se relacionavam diretamente aos embates ocorridos a partir de 2008, portanto sua entrevista foi bastante reduzida em relação às outras e as respostas bastante sintéticas.

Entre agosto e outubro foram realizadas 9 (nove) entrevistas presenciais. A cada entrevista, a experiência como entrevistadora foi-se constituindo, e o sentimento de que se modificavam nosso olhar e nossa escuta a partir dos encontros foi constante. Dulce Maria Rosa Gualda, ilustre entrevistada que foi proponente do curso de Graduação em Obstetrícia da EACH, ao ser questionada sobre o período de fechamento do antigo curso de Obstetrícia da USP em 1970 e o contexto do ocorrido, faz referência à Dra. Dilce Rizzo Jorge, parteira com 95 anos completos que acompanhara e historiara o processo à época e que poderia nos

conceder uma entrevista. Com sua preciosa contribuição articulou-se uma visita à casa de Dilce que, acompanhada de sua sobrinha e colega Valdiléa, foi extremamente receptiva, contribuindo com a realização da nona e última entrevista presencial.

Segundo Ansara (2001),

A identificação com o grupo é fundamental para a reconstituição da memória, pois os grupos aos quais as pessoas pertencem, se por tarefa ou por escolha, são extremamente significantes na sua experiência de vida, a ponto da história do grupo social ser tratada, não raras vezes, como a própria história do indivíduo. Quando o indivíduo lembra um fato do passado, sua história se confunde com a história do grupo, há uma identificação com o grupo que determina até as formas de comportamento. (p. 38).

Buscando conhecer a memória política de eventos ocorridos em momentos diversos da história, especialmente por meio das entrevistas de Dulce Gualda e Dilce Rizo Jorge, pretende-se abordar o conceito tal como explicitado por Ansara (2012), que nos mostra a existência de uma memória política vista como dissenso, que se potencializa como forma de resistência e luta política capaz de fortalecer os movimentos sociais.

É importante marcar nosso interesse em dar voz à porção contra-hegemônica da luta, e trazer à tona a memória de um passado aparentemente “vencido”, contribuindo para a construção de uma história ainda não contada.

Os dez entrevistados foram escolhidos de modo a representar a diversidade geracional e formativa que compõe o movimento da obstetrícia, a incluir professores, ex-alunos, e obstetizes formados pelo curso de Graduação em Obstetrícia da Universidade de São Paulo. Segundo Walter Benjamin (1994), “*Articular historicamente o passado não significa ‘conhecê-lo como de fato ele foi’. Significa apropriar-se de uma reminiscência, tal como ela relampeja no momento de um perigo*” (p. 224). A apropriação a que Benjamim se refere contempla as ressignificações que a vida proporciona ao sujeito-narrador, assim como para Bosi a história contada por quem a vivenciou é viva, está em processo.

A elaboração de um roteiro de entrevistas teve por objetivo identificar e articular elementos da fala que nos proporcionassem a compreensão de como se forma sua consciência política em relação à humanização do parto e nascimento no Brasil e à importância atribuída aos cursos de obstetrícia ofertados pela USP para a concretização de um modelo humanizado na assistência obstétrica.

Não se pretende, entretanto, restringir a história contada, mas sim considerar um conjunto de questões como um guia para a condução das entrevistas. As dimensões da consciência política de Sandoval (1989) não se mantêm estanques e surgiram de diferentes elementos discursivos e em diferentes momentos, a partir da história vivida, da memória e das particularidades de cada um dos entrevistados, de sua implicação com o tema e da própria relação com nossa pesquisa e empatia com a pesquisadora.

As categorias estabelecidas com base nas dimensões do modelo de Sandoval: Crenças e valores sociais (A), Identidade coletiva (B), Sentimentos de justiça e injustiça (C), Identificação de adversários e sentimentos antagônicos (D), Metas de ação coletiva (E), Sentimentos de eficácia política (F) e Vontade de agir coletivamente (G), foram consideradas para a formulação das questões enumeradas a seguir.

Quadro 4.1 – Roteiro e categorias de análise

QUESTÕES FORMULADAS		CATEGORIAS / DIMENSÕES						
		A	B	C	D	E	F	G
1	Nome:							
2	Gostaria de utilizar um pseudônimo? (Qual?)							
3	Data e local de nascimento							
4	Qual a sua profissão?							
5	Em que instituição e ano se formou?	X						
6	Como seus familiares e amigos viram sua escolha profissional?	X						
7	Qual sua primeira lembrança do parto, do nascimento?	X						
8	Como você se aproximou da obstetrícia?	X						
9	Quais diferenças você vê entre a enfermagem obstétrica e a obstetrícia?	X	X	X	X			
10	O que significa ser obstetriz?	X	X					
11	Quais as relações da obstetrícia com a enfermagem, com a medicina e com a Saúde Pública? E com a USP hoje?			X				
12	A obstetrícia se relaciona com algum movimento?			X				
13	Você nota alguma mudança nessas relações? Quais?			X				

Continua

QUESTÕES FORMULADAS		CATEGORIAS ABORDADAS						
		A	B	C	D	E	F	G
14	Você teve ou tem algum tipo de atuação política? Qual?			X				
15	Como você vê a constituição da obstetrícia como campo de atuação profissional?			X				
16	Você teve algum tipo de participação nesse processo? Qual? De que tipo? Quais as principais dificuldades para que essa história fosse possível?		X	X	X	X	X	X
17	Essas dificuldades tiveram algum tipo de implicação na produção de uma consciência de classe dxs obstetrites?		X	X	X	X	X	X
18	Em que a obstetrícia se difere de outros campos da saúde no tocante à saúde da mulher?		X	X	X	X	X	X
19	O que sabe sobre a formação em obstetrícia na USP? Qual seu lugar nessa história?			X				
20	O que você sabe sobre o curso de formação de parteiras da USP em 1970? (E por que terminou?)		X	X	X	X	X	X
21	Há alguma ligação entre a experiência dos anos de 1970 e a atual formação em obstetrícia da USP?			X				
22	O que a faz sentir-se valorizada profissionalmente?		X	X				
23	Já se sentiu injustiçada em sua atuação profissional?		X	X				
24	A seu ver, como é vista a profissão de obstetrite na atualidade?			X				
25	Como ela é vista no campo da saúde?			X				
26	Como a nova geração de obstetrites vivencia os preconceitos?			X				
27	Há relatos na mídia do questionamento da legitimidade da formação em obstetrícia por conselhos médicos e da enfermagem. Como você acompanhou esse processo? (E na atualidade?)		X	X	X	X	X	X
28	Em sua opinião o que motivou a resistência dessas categorias profissionais à obstetrícia?		X	X	X	X	X	X
29	Quais foram e são os adversários da Obstetrícia e quais os aliados?				X			
30	Há algo que unifique obstetrites em torno a metas de ação coletiva?					X		
31	Quais foram as estratégias de luta e resistência às tentativas de fechamento do curso tal qual ele foi concebido?					X		
32	Qual o papel da AO-USP nesse processo?		X	X	X	X	X	

QUESTÕES FORMULADAS		CATEGORIAS ABORDADAS						
		A	B	C	D	E	F	G
33	Quais são os interesses que sustentam a resistência à consolidação e expansão do curso e da profissão de obstetriz?				X	X		
34	Quais as possíveis relações entre o movimento pela humanização na saúde e a proposição do curso Obstetrícia?		X	X	X	X	X	X
35	Quais foram os atores presentes nesse processo de luta pela consolidação da profissão e seus respectivos papéis?						X	X
36	Porque ainda hoje há apenas o curso de Obstetrícia da USP? (Quais as dificuldades em expandir esta profissão, dada sua importância para a humanização das práticas de assistência à saúde materno-infantil?)						X	X
37	Quais mudanças legais, sociais, culturais e políticas você observa que ocorreram desde que se criou o curso em 2005 e que podem beneficiar a consolidação da obstetrícia como profissão?		X	X	X	X	X	X

Fonte: *Roteiro de Entrevistas* desenvolvido para o presente estudo

Com o objetivo de compreender a identidade profissional das e dos obstetristas, elaborou-se a décima questão do roteiro: o que significa ser obstetriz? Boa parte de nossas entrevistadas tem outras formações: enfermagem, enfermagem obstétrica, psicologia, a elas esta pergunta não foi, necessariamente, formulada. Outras perguntas foram suprimidas na medida em que os temas eram abordados espontaneamente. Mais perguntas surgiram espontaneamente e não fazem parte do roteiro, que representou uma pré-estruturação para as entrevistas, que foram realizadas em horários e locais escolhidos por cada entrevistado(a), gravadas com seu expresso consentimento e, posteriormente, transcritas. Sua duração variou de 35 a 95 minutos.

Foram entrevistadas(os):

Carla Azenha, 55, obstetriz, natural de São Paulo, aluna da primeira turma de Graduação em Obstetrícia da EACH, atua como obstetriz concursada do Hospital de Taipas, equipamento da rede estadual de saúde de São Paulo. Foi integrante da diretoria da AO-USP e é Vice-Presidente da Federação de Obstetristas da América Latina. Entrevista realizada na praça de alimentação do Shopping Tatuapé, São Paulo, em 19 de outubro de 2017, às 10 horas.

Dilce Rizzo Jorge, 95, obstetriz formada pelo antigo curso da Escola de Obstetrícia ligada à Faculdade de Medicina da USP, extinto em 1970, enfermeira obstétrica, Livre Docente da Escola de Enfermagem Ana Neri da Universidade Federal do Rio de Janeiro em 1975, é professora aposentada da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Entrevista realizada sua residência, na Vila Olímpia, em São Paulo, em 27 de outubro de 2017, às 16 horas.

Dulce Maria Rosa Gualda, 72, obstetriz, natural de Bragança Paulista/SP, graduada pelo curso da Escola de Obstetrícia ligada à Faculdade de Medicina da USP, extinto em 1970, Professora Titular Aposentada do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e idealizadora do curso de Graduação em Obstetrícia da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da USP. Entrevista realizada na Escola de Enfermagem da USP, no dia 19 de outubro de 2017, às 15 horas.

Eduardo, 26, natural de Campinas, estudante de Medicina na Universidade Cidade de São Paulo (UNICID) e ex-aluno do curso de Graduação em Obstetrícia. Entrevista realizada no jardim da Faculdade de Saúde Pública da USP em 11 de agosto de 2017, às 13 horas.

Elizabete Franco Cruz, 53, psicóloga, natural de São Paulo/SP, é docente do curso de Graduação em Obstetrícia e do mestrado em Mudança Social e Participação Política na Escola de Artes, Ciências e Humanidades da USP, mestre em Psicologia Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo e doutora em Educação pela Universidade de Campinas. Entrevista respondida por escrito e enviada por e-mail no dia 13 de dezembro de 2017.

Jacqueline Isaac Machado Brigagão, 51, psicóloga, natural de Ituiutaba/MG, é docente do curso de Graduação em Obstetrícia da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da USP, mestre em Psicologia Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, doutora em Psicologia Clínica pela Universidade de São Paulo. Entrevista realizada na Biblioteca da Faculdade de Saúde Pública no dia 16 de agosto de 2017, às 16h30.

Liz, 31, obstetriz graduada pela USP, natural de São Paulo/SP, é professora de uma Universidade Federal, doutora em Ciências pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Entrevista realizada na lanchonete da Faculdade de Saúde Pública da USP no dia 6 de outubro de 2017, às 9h30.

Lucia Cristina Florentino Pereira da Silva, 57, enfermeira obstetra, natural de São José do Rio Preto/SP, é professora do Curso de Obstetrícia da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo, mestre e doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo. Entrevista realizada na Escola de Artes, Ciências e Humanidades da USP no dia 14 de agosto de 2017 às 10h30.

Maristela Belletti Mutt Urasaki, 56, enfermeira, natural de São Paulo/SP, é professora do Curso de Obstetrícia da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo, especialista em Enfermagem em Dermatologia, mestre em Enfermagem pela Universidade de São Paulo, doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de São Paulo. Entrevista realizada na Escola de Artes, Ciências e Humanidades da USP em 10 de agosto de 2017, às 12 horas.

Raphael Marques de Almeida Rosa da Cruz, 26, obstetritz formado pela USP, natural de São Paulo/SP, é professor contratado do Curso de Obstetrícia da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo e da pós-graduação na Universidade Anhanguera, obstetritz do Hospital Ipiranga e da Casa Ângela, mestre em Ciências pela Universidade de São Paulo. Entrevista realizada em um café na Avenida Paulista em 11 de agosto de 2017, às 8 horas.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) elaborado, disponível no Anexo I, não chegou a ser submetido à Comissão de Ética em Pesquisa, como pretendido, tendo cumprido, no entanto, todos os critérios formais para a submissão. O curto prazo para a realização das entrevistas e redação desta dissertação, assim como o entendimento de que todos os entrevistados são protagonistas e/ou participantes implicados da história das lutas políticas em torno da obstetrícia no Brasil e em especial na Universidade de São Paulo, e possuem plena capacidade intelectual e discernimento quanto aos possíveis riscos de sua participação nos faz pensar que poderemos ser perdoados pela falta. A totalidade dos dez entrevistados assentiu com esta hipótese e assinou sem ressalvas o termo no momento da entrevista. Dois de nossos entrevistados preferiram ter sua verdadeira identidade resguardada, e escolheram pseudônimos.

Capítulo 5.

HUMANIZAR: ESCUTANDO A VOZ DE QUEM LUTA POR UMA NOVA VISÃO DESAÚDE PARA AS MULHERES

Como se forma a consciência política das obstetrizes? O que as leva à ação política? O que as leva à inação? Qual sua percepção quanto aos ganhos e sansões por suas ações no campo político? Estas foram as principais questões que guiaram o desenvolvimento deste trabalho e a análise das histórias compartilhadas com a pesquisadora por meio das entrevistas. Buscou-se relacioná-las às dimensões elaboradas por Sandoval (1989, 2001, 2015) em seu Modelo de análise da Consciência Política.

5.1. Identidade coletiva

Quando um grupo percebe que tem características comuns, que possui um fim comum e que tais características e tal fim é que o faz ser um grupo enquanto tal e em contraposição aos demais grupos existentes, é que temos um grupo objetivo. (Silva, 2002, p.98).

Silva aponta para a relevância da percepção dos indivíduos quanto às suas características comuns para que tenhamos um grupo objetivo. Observarmos, no grupo entrevistado, um vínculo gerado com o campo profissional da obstetrícia e seu reconhecimento enquanto espaço de pertença. Pontos de convergência tornam-se muito importantes para o seu fortalecimento diante das lutas que se colocam.

Segundo Sandoval (2015), a identidade coletiva compreendida em seu sentido restrito da dimensão da consciência política diz respeito “*à forma como os indivíduos estabelecem uma identificação psicológica de interesses e sentimentos de solidariedade e pertinência para com grupos específicos que constituem os atores coletivos no cenário político*”. (p.203).

É na fronteira de outras modalidades profissionais da assistência obstétrica que se funda a identidade da obstetriz. Nalgum hiato entre a medicina e a enfermagem contemporâneas se coloca uma nova identidade coletiva que nasce com o movimento da obstetrícia a propósito da única formação superior na área em todo o Brasil nesse momento: a graduação em Obstetrícia na EACH-USP. Sem se descolar de sua longa história – afinal, a profissão é das mais antigas do mundo – e como resposta a essa própria história em que foi desmobilizada e desconstruída nos

embates com outros grupos é que surge o coletivo que responde desde o início à demanda por ações no campo político. E se afirma pelo que não é: não é medicina, não é enfermagem.

Vivemos um momento político delicado no Brasil. O país foi alçado a uma pseudodemocracia desde o golpe político-jurídico-midiático instaurado sob o pretenso processo de impeachment da presidenta legitimamente eleita Dilma Rousseff, consumado em agosto de 2016, resultado e amplificador da maior crise institucional vista desde a redemocratização em meados da década de 1980. Há implicações do golpe em todas as instâncias para a cidadania. Isto porque, quando a Constituição é desrespeitada e este desrespeito ganha corpo e voz na mídia, cria-se um clima de polarização em que as razões importam menos que a emoção, como num campeonato de futebol. Isso introduz num contexto político mais amplo a questão da inserção profissional das novas obstetrizes, que não pode ser considerada isoladamente. Também no campo da saúde e das políticas públicas, em que se inscreve o problema colocado por este trabalho, os indivíduos são instigados a se colocar de algum dos lados da questão.

A fala de Jaqueline Brigagão, psicóloga e professora do curso de graduação em obstetrícia, nos mostra um pouco da dimensão que a polarização dos posicionamentos políticos toma dentro dos serviços de saúde:

Pensa que a gente tá vivendo uma época do país dividido, então na minha leitura é assim: tem pessoas que ainda acham que nós somos inimigas deles, e vamos ser inimigas pra sempre. Então, eles não vão contratar nossos alunos e vão fazer o possível pra que os nossos alunos não se estabeleçam. Infelizmente... acontece isso. Infelizmente ainda existe muita resistência pra quem não fez enfermagem obstétrica porque a maioria das pessoas que contratam são enfermeiros obstétricos. Eles que são os chefes nos lugares. (Jacqueline Brigagão, entrevista concedida em 16/08/2017).

Este é um aspecto relevante, pois está na fronteira entre a identidade coletiva que vem sendo constituída pelas obstetrizes, a *identificação de adversários* – enfermeiros obstétricos são os chefes! – já que participar de ações que contrariam posições e interesses de classe dos enfermeiros obstétricos pode pesar como um risco para a empregabilidade.

Para Raphael, Liz e Carla, os três entrevistados que se formaram obstetrizes pelo curso de Graduação da EACH-USP, ser obstetriz é acompanhar mulheres em seus desejos e planos:

Ser obstetriz... Obstar, estar ao lado. Acompanhar. Estar junto. Topar. Topar os planos da mulher. (Raphael Cruz, entrevista concedida em 11/8/2017).

Mas acho que ser obstetriz é uma escolha muito mais de valores, o que é ser parteira né? É estar com as mulheres, né? Em tudo, nas escolhas delas, nas questões reprodutivas: se elas querem ou não querem ter filhos, enfim, eu acho que é estar pro que der e vier. (Liz, entrevista concedida em 06/10/2017).

Uma forma de fazer com que isso aconteça naturalmente, de ajudar a mulher a ter poder de parir sem precisar de nada que atrapalhe o bem estar dela. (Carla Azenha, entrevista concedida em 19/10/2017).

Essa convergência de definições da identidade profissional demonstra que o curso proporciona clareza quanto ao papel do profissional na humanização. Um grande diferencial da graduação em obstetrícia é o currículo. Em seu Projeto Político Pedagógico (EACH, 2016), observam-se os princípios preconizados pelo SUS, como humanização e integralidade:

O projeto político pedagógico do Curso de Obstetrícia busca articular três dimensões: a reflexão sobre a realidade social e a construção de conhecimentos, o compromisso social com o Sistema Único de Saúde (SUS) e com o cuidado integral em saúde, promovendo a saúde das pessoas, grupos e comunidade, e o comprometimento com as políticas de humanização do parto e do nascimento. Acrescenta-se que os pressupostos da Humanização do Cuidado em Saúde, em especial aqueles relacionados ao ciclo gravídico-puerperal e às recomendações da OMS, que preconizam o mínimo possível de intervenções na gestação, no parto e no pós-parto e que reconhecem a importância das evidências científicas e dos direitos das mulheres à informação e à tomada de decisão sobre suas necessidades de saúde, estão presentes transversalmente no projeto político pedagógico da formação em Obstetrícia. (EACH, 2016, p. 10).

Dulce e Cris, obstetrizes e enfermeiras de gerações anteriores definem o que é ser obstetriz:

Acreditar na natureza e respeitar suas regras; ter paciência e serenidade, mas estar sempre alerta e preparada para o inesperado; gostar de estar junto das pessoas, compartilhar de suas alegrias, suas dificuldades e compadecer de seu sofrimento; respeitar e defender as escolhas de pessoas, de famílias e de grupos, mesmo que sejam contrárias as suas; tornar cada momento vivido em oportunidade de aprendizado e de ensino; deslumbrar-se diante de cada nascimento e acolher com emoção a cada nova vida; agir ética e politicamente imbuída em convicções pessoais e profissionais; sentir-se plena no desempenho de seu papel... (Dulce Gualda, entrevista concedida em 19/10/2017).

Então, é re-assistir a mulher. É o colaborar para que ela tenha força suficiente para poder escolher quando ela quer ser mãe, né? Começa por aí. Se cuidar como mulher, escolher quando ela quer ser mãe e aí escolher como ela vai querer conduzir essa gestação e como ela vai querer esse parto. E dar suporte para ela depois do parto, que também não é fácil, como estamos falando. Então acho que é isso, essa assistência integral. É cuidar e ir além, não é só da mulher não. Acho que da família. Não é um PSF, mas é da família. (Lúcia Cristina Florentino, entrevista concedida em 14/08/2017).

Observa-se que as definições elaboradas por Dulce e Cris corroboram o Plano Político Pedagógico do curso, e se assemelham às definições dadas pela nova geração, convergindo para o apoio à mulher. Aparece como prioridade da obstetriz contribuir para a ampliação do poder decisório das mulheres a respeito de sua vida sexual e reprodutiva, seja por meio de sua capacidade de ação no mundo ou mesmo pela legitimação de seus desejos nesse campo. Assim, o desejo e a participação da mulher no manejo de sua própria saúde torna-se importante aliado da assistência obstétrica na busca por melhores resultados.

O próprio curso surge como uma resposta às políticas preconizadas pelo Ministério da Saúde, e sua formulação é pautada nas melhores diretrizes nacionais e internacionais que convergem para a necessidade de se modificarem as práticas para alcançar melhores resultados em saúde materno-infantil.

Se a autonomia da mulher para tomar decisões a respeito de sua própria saúde é uma prioridade para a obstetrícia, este viés é contra-hegemônico na formação em medicina, que carrega a prerrogativa da centralização do poder nas mãos do profissional. Raphael e Carla observam diferenças objetivas na formação e sua influência nas práticas hospitalares.

A medicina é muito intervencionista no geral. Por causa da formação deles, mesmo. Eles são poderosos, eles podem fazer tudo, eles devem fazer tudo. Eles estão lá pra salvar a vida, pra fazer acontecer. (Raphael Cruz, entrevista concedida em 11/8/2017).

Assim como a obstetrícia é um campo de atuação forjado no próprio direito das mulheres em participar de sua saúde, do ponto de vista de Raphael, a medicina é um campo baseado na centralização do poder de decidir, no protagonismo do profissional que, por excelência, é intervencionista.

Raphael vê a enfermagem obstétrica como um campo ainda ambíguo em relação à autonomia feminina, pois se a formação básica em enfermagem aproxima-se da medicina, a especialização traz o profissional ao campo da obstetrícia com suas novas configurações e distribuição de poder.

A enfermeira obstetra, tendo que generalizar, né, é mais um meio termo. Tem a formação de enfermagem que é auxiliar de médico, muito geralmente, mas tem a obstetrícia que hoje em dia tá mudando um pouquinho, então eles ficam num meio termo. E a obstetrícia que é um curso formado justamente pra mudar esse quadro. Inclusive tem alguns hospitais que eu... algumas gerentes de enfermagem que eu conversei aí falo: o que que o seu hospital tem pra melhorar o índice de cesáreas? Contratar obstetriz! (Raphael Cruz, entrevista concedida em 11/8/2017).

Interessante notar em suas falas que profissionais da enfermagem reconhecem a competência do profissional obstetriz e sua importância para a modificação do quadro intervencionista hegemônico na atuação hospitalar. Para melhorar (ou seja, diminuir) o índice de cesáreas, gerentes de enfermagem afirmam que se deve contratar obstetrizes! Carla aponta a mesma questão formativa profissional como responsável pelo caráter intervencionista da atuação médica no campo obstétrico.

Eu acho que a enfermagem obstétrica tem um viés patológico, assim como a medicina. Não é uma crítica à medicina em si, mas é da formação deles, é da formação da medicina procurar e identificar o que está errado pra corrigir. Essa é a função da medicina, ver o que está de errado, qual é sua doença qual é seu problema, e tentar ajudar e corrigir, é pra isso que serve a medicina na minha opinião. (Carla Azenha, entrevista concedida em 19/10/2017).

Identifica-se o caráter intervencionista da medicina como naturalizado, parte legítima da formação profissional e que, no entanto, não parece servir à assistência obstétrica com suas novas demandas e objetivos. Assim como Raphael, Carla entende que a enfermagem é, ainda, um campo intermediário em que intervenção e promoção de saúde estão presentes, como um híbrido entre medicina e obstetrícia, que seriam campos mais polarizados. Para Carla:

E a enfermagem também tem esse viés, ela ainda trabalha um pouco mais com prevenção e promoção de saúde, mas mesmo assim é muito de patologia, de procurar o que está errado e tentar ajudar. E na obstetrícia não, a gente procura ao máximo ver o processo fisiológico do parto e nascimento. É lógico que a gente tem o treinamento, que a gente tá ali também pra identificar o que pode estar acontecendo de errado, tentar intervir ou referenciar pro médico, no caso. Mas o foco da obstetrícia é encarar o parto como processo fisiológico e ajudar a partir disso, e não procurar nisso uma doença ou um problema que vai acontecer. (Carla Azenha, entrevista concedida em 19/10/2017).

Pode-se pensar que a identidade da obstetrícia se dá neste novo paradigma que rejeita antigos protocolos para forjar novas práticas mais humanizadas. É no seio da humanização que renasce a profissão. Por isso a importância das disciplinas de humanidades na grade curricular do curso a garantir que a compreensão das necessidades das mulheres e famílias assistidas seja ampliada para uma perspectiva que considere sua condição biopsicossocial.

O curso abarca disciplinas das ciências humanas: antropologia, sociologia, psicologia, com foco na qualidade da assistência que considere as necessidades das mulheres, suas famílias e comunidades, a partir da cultura em que estão inseridas. Pode-se pensar que também as e os profissionais estão inseridos numa

cultura que ainda valoriza a intervenção biotecnológica sistemática e protocolar, tão presente nas instituições hospitalares, e sua identidade é forjada justamente na luta pela modificação desse quadro. Claro está que a formação em obstetrícia incorpora a dimensão política da ação dessas profissionais, seja porque problematiza o lugar da obstetriz na saúde, seja porque essa discussão atravessa o espaço formativo da sala de aula no instante em que o exercício da profissão se deu por litígio com outros profissionais por meio das representações de classe.

Assim, a identidade é coletiva e as conquistas da classe se dão por meio das lutas enfrentadas desde os campos de estágio, as batalhas políticas e jurídicas pelo direito ao registro profissional até o reconhecimento do valor de seu trabalho após a formação. A união de estudantes e profissionais é apontada como importante para todo o processo de afirmação profissional.

As políticas do Ministério da Saúde, ao preconizarem ações condizentes com a formação específica, na opinião de Liz, contribuem para a união profissional e afirmação identitária da obstetriz:

Acho que se formou e tá se firmando por causa das lutas. Todo esse processo do movimento... a gente se uniu muito. Tem que se unir mais, é lógico que dentro do grupo tem obstetriz que não compartilha dos mesmos valores, é normal isso, mas a gente souou muito pra mostrar quem a gente é de verdade. Nas políticas do Ministério, porque que tá lá, porque que precisa estar, que tem demanda pra atuação. (Liz, entrevista concedida em 06/10/2017).

Liz reconhece que a luta contribui para a união do grupo, assim como a união contribui para a luta. E coloca o compartilhamento de valores como um elemento da união. O que reforça nossa hipótese de que os valores pautados sejam importantes para a identidade coletiva da obstetrícia contemporânea.

Raphael vê a questão da união como uma necessidade diante do pequeno número de profissionais formados ou com registro ativo. Interessante notar que ele diz: “o conselho deles”, quando o conselho é de todos os profissionais, inclusive dos obstetrites na medida em que a obstetrícia está contemplada na lei da enfermagem. Este é um tema que será retomado para recortar outras dimensões como a identificação de adversários e sentimentos antagônicos e sentimentos de injustiça.

A gente é uma classe muito unida. A gente tá quase comparado com o corporativismo médico. A gente costuma brincar um pouco (risos) porque a enfermagem é uma classe muito desunida. Mesmo o conselho deles, o COREN é muito... não apoia os profissionais. [...] Então, a gente é obrigado a se unir, né? Se a gente se separasse não rolava. Mesmo que a gente não tenha uma amizade, amigos mesmo, a gente... é esse negócio do... como é que eu falei? Do corporativismo. A gente tem que ter um... porque nós somos em muito poucos. Se você pegar o

registro no COREN deve ter no máximo, assim, 300, 350 obstetizes registrados que estão trabalhando, ou pelo menos ativos. Então 350 se unindo é muito pouco, né? (Raphael Cruz, entrevista concedida em 11/8/2017).

Observa-se que ele concorda com Liz no argumento da necessidade da união. Ela já não é uma opção, mas sim obrigatória diante das circunstâncias em que o grupo é numericamente inferior aos outros grupos profissionais na área de atuação. Por outro lado, pode-se perceber que Raphael fala da desunião da enfermagem, e da falta de apoio do COREN para com os profissionais enfermeiros – e não apenas os obstetizes. Apesar de não citar nominalmente o Conselho Regional de Medicina (CRM), ele demonstra o sentimento de que o corporativismo médico seria um modelo a ser seguido em relação à união dos pares, em contraponto aos enfermeiros que comporiam uma classe desunida.

De certa forma, a obstetrícia tende a se identificar mais com o corpus da medicina, em que a atuação profissional é autônoma e propositiva e não à enfermagem, a quem está associada por força da lei profissional. Essa identificação seria um modo de afirmação da autonomia profissional que ostenta a classe médica e a rejeição de um suposto modo mais subordinado que a enfermagem ocupa no âmbito de uma saúde *medicocêntrica* e *hospitalocêntrica*.

Assim, percebe-se que a obstetrícia contemporânea é constituída por um grupo heterogêneo, composto por diferentes gerações e com formação diversa. Sua identidade coletiva é formada a partir de valores humanistas e feministas, que considera a realidade sociocultural, emocional e política das mulheres assistidas como importantes aspectos para o melhor resultado de seu trabalho, contrapondo-se a outras classes profissionais que valorizam primordialmente a intervenção biotecnológica.

5.2. Crenças, valores e expectativas sociais

Além da *identidade coletiva*, que se coloca como cerne de nossa análise, a percepção das *crenças e valores sociais* é necessária para a compreensão do contexto em que se coloca esta investigação. Como discutido no capítulo 3, para Sandoval crenças e valores são determinantes de como uma pessoa avalia a importância da sua atuação individual ou coletiva. Quando a realidade é vista como resultado de poderes sobrenaturais o indivíduo tem menos chance de agir sobre ela,

que seria impotente diante dos desígnios divinos, por exemplo. De outra forma, se a crença na realidade como resultado unicamente de esforços pessoais, as chances de ações coletivas serem pautadas é menor. Quanto maior o valor atribuído à importância das relações de poder historicamente determinadas, como a democracia e a cidadania, maiores as probabilidades de empreendermos ações de enfrentamento das adversidades dentro do jogo democrático e como cidadãos.

Em nossa cultura ocidental globalizada, valoriza-se o tecnicismo e eleva-se a medicina ao status de deusa da modernidade. Médicos aprendem a intervir, são formados para salvar vidas, considera-se que são semideuses, e já não valorizam ou não compreendem os processos naturais e culturais envolvidos em um parto fisiológico. A fala de Eduardo, que abandonou o curso de obstetrícia para cursar medicina, nos mostra um pouco a deficiência formativa da medicina em relação à fisiologia de um parto:

Então eu percebi que aprendi mais sobre o corpo da mulher fazendo o curso de obstetrícia, do que nas aulas de obstetrícia no curso de medicina. Onde, teoricamente, o conhecimento deveria ser maior, mais aprofundado, porque a gente aprende as doenças e tal. Mas a fisiologia do corpo feminino... Tinha uma disciplina [no curso de obstetrícia] que era: a fisiologia do corpo feminino no pré-natal, parto e pós-parto. Sabe? Você ficava um semestre estudando isso, com a Ruth, que é uma professora brilhante, sobre o corpo humano, muito focado para a mulher. (Eduardo, entrevista concedida em 11/08/2017).

Eduardo aponta, também, para a falta de disciplinas de humanidades no curso de medicina onde refere aprender sobre doenças. E reconhece o valor de sua formação humana no curso de obstetrícia, o que deverá torná-lo “um médico melhor”.

Mas eu também não me arrependo da minha experiência na obstetrícia, foram anos muito importantes na minha formação. Acho que vou ser um médico melhor do que eu seria se não tivesse feito antes, tive uma base muito boa de ciências sociais na USP, entender o mundo de outra forma, sabe? [No curso de medicina] Não existe, você tem duas disciplinas no curso, uma no primeiro, outra no segundo semestre, que se chamam humanidades e o professor ensina uma vez por semana uns textos da medicina antiga e enfim, não tem isso, a gente aprende doenças. [...] O curso [graduação em obstetrícia] é muito bem estruturado, ele tinha um terço dividido para cada grande área do conhecimento. Então era um terço de humanidades, um terço de cuidado/assistência, e um terço de biológicas. (Eduardo, entrevista concedida em 11/08/2017).

De forma diversa a enfermagem é tida como uma profissão auxiliar da assistência – de tempos em tempos as corporações médicas tentam emplacar o impedimento definitivo da mínima autonomia permitida à enfermagem – e a outras

profissões da área da saúde, com o que ficou conhecido por “ato médico”¹⁷ – que se distancia do modo de trabalho da obstetriz, caracterizada como uma “livre profissão”.

Crenças e valores sociais são constituídos na vivência pessoal e formativa do indivíduo, na relação com a própria família, com a comunidade e com grupos e coletivos dos quais participa. Como o indivíduo vê o mundo, sua ideologia política, que avaliação faz da sociedade e de sua inserção nessa, constituem as crenças, valores e expectativas em relação à sociedade como uma dimensão da consciência política do indivíduo. Referem-se ao conjunto de

representações sociais sobre a natureza, as práticas e as finalidades das relações sociais que constituem a sociedade na qual se vive. [...] Embora essas representações sobre a sociedade sejam concebidas individualmente, elas são o produto das interações e experiências que os indivíduos têm com os vários grupos, instituições e contextos ao “viver numa sociedade”. (Sandoval, 2015, p. 204).

A diversidade de experiências dos entrevistados possibilitou que tivéssemos uma visão ampliada das representações sociais que baseiam as atividades políticas deste grupo formado por diferentes gerações de obstetrizes e docentes do curso de obstetrícia. Aquelas cuja formação precede o início do curso – docentes – tiveram papel fundamental na mobilização política que se fez necessária à defesa do direito ao exercício profissional, inclusive como articuladoras da união dos alunos em ações coletivas.

Sobretudo é possível inferirmos que, se há uma hegemonia no grupo entrevistado, ela se refere à crença na possibilidade de atuar politicamente para modificar uma realidade. O fato de que todos os entrevistados têm um alto grau de instrução formal e se posicionarem no cerne de uma luta que é presente no mundo todo e ligada aos direitos humanos e ao feminismo contribui para este aspecto que favorece a ação coletiva.

Sendo o curso de obstetrícia fundado na valorização da formação humana – o que justifica que duas de nossas entrevistadas sejam psicólogas: Jacque e Bete – a possibilidade de crítica ao episódio ocorrido entre 2008 e 2011 foi favorecida. A formação das docentes e sua experiência anterior com a militância, assim como sua

¹⁷ A Lei nº 12.842 de 2013 ou Lei do Ato Médico dispõe sobre o exercício da medicina, regulamenta procedimentos, exames e prescrições que são exclusivas destes profissionais. Após 12 anos de tramitação na Câmara e no Senado Federal e pressões do Conselho Federal de Medicina, foi aprovada. Vetos da Presidenta Dilma, principalmente quanto ao 4º artigo proposto no texto original, evitou que todos os outros profissionais da saúde fossem impedidos de realizar prescrições, encaminhamentos e manejar terapêuticas simples como aplicações de vacinas.

compreensão das forças políticas que ameaçaram o curso neste período foram alicerces para a reação a estas forças.

No eixo denominado de “*Ciências Humanas, Sociais e da Saúde*” do Projeto Político Pedagógico do curso, determina-se a ampliação dos referenciais da atenção à saúde materno-infantil:

Nesse eixo, amplia-se o referencial biológico da atenção à saúde materna e perinatal, incorporando-se a ele aspectos psicossociais, fundamentais para o pensar e o agir no campo da Obstetrícia. Neste contexto, os pressupostos teóricos da Psicologia, da Antropologia, da História e da Sociologia fazem parte do conteúdo curricular das disciplinas, possibilitando compreensão ampliada da saúde, o que inclui a cultura e o contexto social dos grupos e dos indivíduos. (EACH, 2016, p. 22).

Talvez essa face da formação profissional que consiste em agregar “*pressupostos teóricos da Psicologia, da Antropologia, da História e da Sociologia*” tenha sido, para os alunos, importante meio de prepará-los para o que viria a ser enfrentado em termos políticos para garantir seus direitos. A geração mais nova constituída por obstetrizes formados no curso: Raphael e Liz, assim como Eduardo que não chega a se formar, parecem ter tido no próprio curso uma formação política que os tira do senso comum.

Liz relata a resistência familiar à sua escolha profissional. A crença de que o parto não é mais necessário transparece, assim como o alto valor atribuído à cesárea. “*Mas teve muita resistência da família, de falar: mas como assim parto, parteira, todo mundo nasce de cesárea, tem a cesárea pra quê que você vai fazer parto?*” (Liz, entrevista concedida em 6/10/2017).

Raphael, que entrou na graduação ainda adolescente, acreditava que o curso de obstetrícia era uma abreviação da formação médica:

Aí fui ler o manual da FUVES, vi Graduação em Obstetrícia. Eu... será? Falei: ah, pra que eu vou fazer medicina e obstetrícia se eu posso fazer só obstetrícia? Posso fazer só cesárea, normal... Aí beleza, fui né?

Entrevistadora: Você achou que ia fazer cesárea?

Só cesárea! Pra quê parto normal? A gente nem sabia o que era parto normal. Aí entrei pro curso assim, sem saber o que era. (Raphael Cruz, entrevista concedida em 11/8/2017).

Novamente a cesariana aparece como a única forma reconhecida de nascimento. Raphael relata, ainda, que não gostava do curso nos primeiros semestres, e continuou a prestar vestibulares para medicina nos anos seguintes. Seu interesse pela profissão se consolidou a partir do 3º ano, quando se iniciaram os estágios:

Aí no 3º ano eu comecei a fazer estágio em UBS [Unidade Básica de Saúde], aí comecei a curtir porque a gente fazia consulta, fazia papanicolau, e entre a consulta do médico e a consulta que a gente fazia era a mesma coisa, então eu tava me sentindo ótimo, né? Vestindo jaleco, me achando. (Raphael Cruz, entrevista concedida em 11/8/2017).

Interessante notar que Raphael passa a “curtir” seu percurso formativo justamente quando vê similaridade entre as funções desempenhadas pela obstetrícia e pela medicina, e revela o orgulho que sentiu ao “vestir jaleco”.

Eduardo, que atualmente cursa medicina após três anos e meio de graduação em obstetrícia, fala do preconceito familiar com a profissão que se aproxima da enfermagem e da alegria da mãe quando ele altera seu rumo profissional, passando no vestibular para medicina.

Minha mãe não gostou muito, não. Ela queria que eu continuasse no cursinho tentando medicina. Ela acha que aquilo não teria muito a ver. Por fim eu fiquei, fiz 3 anos e meio do curso, até que eu prestei medicina, passei, e aí eu fui fazer medicina. [...] eu estava em uma fase de estágio da obstetrícia e a gente era meio enfermeiro e minha mãe ficava puta, ela dizia: “você não passou na faculdade para fazer enfermagem”, então tinha umas questões assim. [...] Enfim, quando entrei na medicina eles ficaram felizes e contentes, ficaram bem felizes. (Eduardo, entrevista concedida em 11/08/2017).

Este é um dos pontos que foram tocados durante as entrevistas. Pode-se pensar que o alto valor da medicina no imaginário social gera confiança no método disseminado de nascimento na atualidade: a cesariana. Gera também confiança nas escolhas das equipes de assistência, transferindo a responsabilidade de qualquer decisão, que poderia ser compartilhada pela família assistida, aos profissionais. A complexidade científica envolvida na assistência hospitalar em qualquer área de atenção à saúde – mesmo focando aqui na saúde da mulher e especialmente no parto, compreende-se que a especificidade do vocabulário e o repertório de condutas assistenciais disponíveis não são popularizados ou de fácil compreensão para leigos – dificulta a participação de pessoas sem formação na área da saúde em seu próprio atendimento.

Outra questão que se apresenta é o atual desconhecimento da profissão obstetriz. Raphael e Liz afirmam ter iniciado o curso sem clareza de sua proposta. Liz relata dificuldades de inserção nas equipes durante os estágios e que ainda hoje sua família tem dificuldades de compreender sua atuação:

Era um ambiente muito difícil dos estágios, foi bem difícil esse processo. As pessoas não entendiam muito o que a gente ia fazer, então perguntavam: você faz medicina? Ah não? É enfermagem? Mas o que você faz?

Entrevistadora: Até hoje tem isso?

Até hoje. Até hoje tem. Eu acho que tá melhorando, melhorou bastante mas até mesmo na família: ô, ela é médica. Gente, eu não sou médica. Ela é enfermeira. (Liz, entrevista concedida em 6/10/2017).

Liz fez parte da primeira turma do curso de obstetrícia, após décadas em que a formação direta não ocorreu, o que parece ter colaborado para que o desconhecimento da profissão, mesmo nas equipes de assistência, fosse a regra.

Carla evidencia o desconhecimento do público para com a obstetrícia e, ao mesmo tempo, o reconhecimento social do termo parteira:

Porque se você fala obstetriz as pessoas falam: ah, médica, enfermeira, então não, parteira! Mas aí a hora que vc explica sou parteira já não precisa de muita coisa. Algumas pessoas ainda pensam que é uma parteira tradicional, o que não me incomoda nenhum pouco, fazer essa alusão. Mas aí eu explico, parteira profissional, formada pela USP, tal. (Carla Azenha, entrevista concedida em 19/10/2017).

Interessante notar que o termo parteira não se perdeu na memória da população. Talvez porque obstetriz fosse pouco usado mesmo quando a formação direta ocorria regularmente, até o início da década de 1970. Sobre a variação da nomenclatura utilizada para designar o profissional da assistência obstétrica no próprio curso da USP discorremos no segundo capítulo deste estudo. Outro ponto é a suposição de que parteiras são profissionais por tradição, sem uma formação específica. É preciso explicar, e Carla explica com certo orgulho que é parteira profissional, formada pela USP. Há uma clara ressignificação por parte dos e das entrevistadas de elementos que estão cristalizados no imaginário da população e que são um valor societal, o que é visível na fala anterior de Eduardo: ser médico é sinônimo de sucesso e ser enfermeiro ou obstetriz, um sinônimo de fracasso para seus familiares, o que, em certa medida é compartilhado na sociedade.

Integrante de outra geração de obstetrizes, Dulce tem uma vivência diversa do campo profissional, ampliada pelo percurso iniciado na década de 1960. Há cerca de 50 anos, quando Dulce decide cursar obstetrícia, a profissão era popular em dois aspectos: 1. Todos sabiam o que fazia uma parteira e 2. O acesso à profissão era democratizado, já que havia menor exigência formativa para o ingresso no curso. Mesmo que também fosse relacionada a aspectos negativos no imaginário popular, era uma profissão conhecida. No Capítulo I abordamos a associação das parteiras ao aborto, o que contribuiu para desprestigiar a profissão, com referências da própria Dulce Gualda (2017).

Como os amigos viram a escolha profissional... é interessante, minha mãe odiou, achava que a enfermeira e a obstetriz era tudo prostituta, puta que saía, dava, tinha

uma fama má. A minha mãe. Enfermagem, essas profissões que lidam, o que acontecia é que você vivia no médico, trabalhava com médico, à noite, dentro do hospital, mexer com corpo, assim, achava que você ia sair, perder seus valores de recatos, que era mil novecentos e sessenta e alguma coisa, né? Mas aí, o que aconteceu, as minhas tias, que eram irmãs do pai, na hora que eu entrei na obstetrícia “que coisa maravilhosa, cuidar das pessoas e tal”, aí que começou a aliviar, aliviou bastante. (Dulce Gualda, entrevista concedida em 19/10/2017).

A reprovação da mãe de Dulce ao seu ingresso no curso de obstetrícia explicita, por um lado, a “má fama” da categoria – interessante que enfermeiras foram colocadas lado a lado com obstetrizes nesse apontamento – e, por outro, o machismo de uma época em que mulheres seriam levadas, por sua atuação profissional, a “perder seus valores de recatos”. O que teria “aliviado” a valoração negativa da profissão pode, também, ser compreendido à luz do papel atribuído ao feminino do “cuidado”.

Carla considera que uma das dificuldades em se melhorar a assistência à saúde da mulher é seu despreparo para participar do processo e fazer escolhas, e atribui essa passividade à crença de que os profissionais farão “o que é melhor pra mim”.

E aí ela chega lá: bom, eles vão fazer o que é melhor pra mim, e não é sempre, a gente sabe que não é sempre isso. Normalmente o que a gente vê na assistência é médico e a enfermagem fazer o que é melhor pra eles, e não pra quem tá sendo assistido. (Carla Azenha, entrevista concedida em 19/10/2017).

Nas palavras de Carla pode-se observar a confiança – da hipotética mulher assistida – depositada na ciência médica, reafirmando-se seu alto valor social, e também a relativização que ela, como obstetriz, faz das decisões tomadas pelas equipes de assistência. Esta relativização remete a outra questão importante: por que o melhor para a equipe não coincide com o melhor para a mulher assistida? Se os objetivos do trabalho em saúde fossem os melhores resultados na saúde das pessoas, os objetivos de todos seriam coincidentes.

Raphael, ao ser questionado sobre as diferenças entre a atuação profissional de médicos, obstetrizes e enfermeiros obstétricos na assistência aponta o poder médico e critica seu excessivo intervencionismo, ao mesmo tempo em que atribui a responsabilidade pela supermacia médica à formação que lhe é dada, “eles devem fazer tudo”, reafirmando assim a superioridade da medicina moderna em nossa sociedade.

A medicina é muito intervencionista no geral. Por causa da formação deles, mesmo. Eles são poderosos, eles podem fazer tudo, eles devem fazer tudo. Eles estão lá pra

salvar a vida, pra fazer acontecer. (Raphael Cruz, entrevista concedida em 11/8/2017).

Nesse sentido, o poder médico constitui uma crença societal que pauta tanto a vida das pessoas quanto determina o que é aceitável enquanto expectativa de cuidado e atendimento: é a partir do saber médico que se estabelece o que é e o que não é cuidar. Aparentemente a obstetrícia constitui um espaço emancipador, gerador de rupturas na lógica das crenças e valores sociais estabelecidos. Isso é claro quando observamos os depoimentos dos formados pela EACH pois a sua visão sobre o fazer em saúde se transformou ao longo do processo formativo, sendo visível sua percepção de um conjunto de crenças e valores sociais que busca aprisionar a obstetrícia na lógica medicocêntrica.

Pode-se constatar, a partir dos excertos de entrevistas expostos, a ideia do alto valor da medicina e a consequente crença social na classe médica. Assim como pensar na dificuldade em valorar algo que é desconhecido. Se os próprios alunos de obstetrícia conheceram a área de atuação apenas durante sua formação e familiares de obstetizes demonstram dificuldades de compreendê-la, pode-se pensar no grande desafio que representa democratizá-la e a importância para esses profissionais da constituição e fortalecimento de sua identidade coletiva.

Além das diferenças técnicas e teóricas, os cursos de Obstetrícia e de Enfermagem refletem diferentes valores culturais que remontam à sua própria história, e envolvem expectativas de desempenho que contribuem para a construção de suas identidades profissionais. Vê-se esse aspecto como um conjunto complexo de diferenças que se sobrepõe na fala de Jacqueline, professora de ciências humanas da graduação em obstetrícia na USP, que além de ministrar disciplinas teóricas, acompanha estagiários em hospitais com perspectiva a construir uma nova prática em equipes multidisciplinares:

Porque a teoria que eles usam é diferente das que a gente usa. Porque nós fazemos esse diálogo com as ciências sociais. Eu sou psicóloga social. Então a gente sempre tá falando ciências humanas e sociais. Então quando a gente pensa e ensina um aluno nosso a fazer entrevista, quando a gente pensa e ensina um aluno nosso a fazer o cuidado, é sempre numa perspectiva de tirar a verticalidade das relações de poder, que é muito diferente de quando, num curso de enfermagem, você tá aprendendo, muitas vezes, pra ser gerente de algum lugar, muitas vezes – não to falando que é sempre – mas muitas vezes não trabalha esse aspecto relacional e essa horizontalidade que a gente busca porque tem muita inspiração no movimento e nas políticas de humanização. (Jacqueline Brigagão, entrevista concedida em 16/08/2017).

A grade curricular de cada curso pode contribuir para a reafirmação ou contestação de valores. Se no curso de medicina vê-se uma área do conhecimento ligada às humanidades negada, com a valorização absoluta das técnicas interventivas e das doenças, não parece estranho que grande parte dos profissionais formados não valorizem os aspectos sociais e culturais do público assistido e mesmo não compreendam como importante a relação interpessoal envolvida na assistência.

Esse aspecto relaciona-se novamente com a identidade coletiva construída atualmente pelas obstetrizes. A profissão se afirma por ocupar uma lacuna deixada pela medicina tradicional que desvaloriza os aspectos sócio-culturais da realidade em que a assistência se dá.

Raphael aponta para o número de horas dedicadas à aprendizagem da assistência a um parto “natural”, bastante diferente nos cursos de enfermagem em relação ao de obstetrícia, ainda que se considere que o enfermeiro precisa fazer uma pós-graduação para atuar na área, mostrando que há diferenças nas expectativas dos futuros profissionais quanto à prática:

Porque a enfermagem tem que fazer 4 anos da enfermagem e 2 anos de obstetrícia. Só que esses 2 anos de pós-graduação em obstetrícia não são 2 anos integrais, é uma vez por semana, então se você compensasse daria uns 6 meses no máximo assim, num período noturno. Então tem muita formação de enfermagem, pouca humanização, pouco... é mais procedimento técnico. E a gente vê muito, a gente faz estágio com algumas escolas de pós em obstetrícia, e a gente via coisas absurdas tipo: quantos partos você acompanhou? Ah, aquele lá não vai contar porque não teve episódio, coisas do tipo, sabe? Ah não, aquele lá eu não partejei, só... porque partejar... não vou generalizar, mas pra muitos médicos e enfermeiros obstetras é fazer puxo dirigido, dilatar o colo, manopla, esse é o partejar no geral. (Raphael Cruz, entrevista concedida em 11/8/2017).

Raphael toca num ponto crítico da formação dos profissionais da assistência. Se a humanização parece importante para contextualizar a vida dos assistidos, ela importa também em escolhas procedimentais e seus valores. Quando Raphael diz ter ouvido que um parto acompanhado em estágio “não vai contar porque não teve episódio”, referindo-se à episiotomia, um corte entre a vagina e o ânus que foi indiscriminadamente utilizado nas últimas décadas e que é, hoje, contraindicado na maioria dos partos por trazer prejuízos à saúde sexual feminina sem que se tenha comprovado seus benefícios, trata-se da questão da continuidade formativa, da atualização dos profissionais quanto às melhores diretrizes na assistência. Se um profissional – da enfermagem ou da medicina, em estágio ou residência – ainda

expressa sua reverência a uma prática que é rechaçada pelos mais respeitados organismos nacionais e internacionais que versam sobre o tema, é porque lhe falta formação, informação, contato com profissionais que desenvolvam pesquisas na área em questão.

Jacqueline reconhece a diferença de carga horária, mas parece atribuir um peso menor a este fator em relação ao conteúdo trabalhado nas formações. A simples comparação entre as disciplinas e sua distribuição na grade curricular não retrata as enormes diferenças que estão no cerne das propostas de curso:

Então, eu nunca acho que é só a quantidade de horas que a gente tem, mas é o jeito que a gente trabalha nas disciplinas. A proposta é outra. Até eu dou uma disciplina que chama saúde mental. Na enfermagem tem uma que chama enfermagem psiquiátrica. Mas lá, eles têm um objetivo: eles vão ficar em ala psiquiátrica, eles vão conter paciente. Eles têm que saber como colocar uma camisa de força, como tirar uma camisa de força, os remédios que eles vão dar, qual que é a quantidade. Eu dou Saúde Mental pros meus alunos pra que eles entendam que uma mulher dessa pode estar dando à luz, e quando ela tiver dando a luz o que eu tenho que fazer. Então é diferente o que eu penso, eu não trato ela como uma doente mental, eu trato ela como uma mulher que tem uma necessidade especial e que tá aqui, sob os meus cuidados como parteira. [...] Então, tá vendo que tem uma grande diferença? Vc olha na grade e pensa: ó, saúde mental aqui tá dando a mesma coisa que lá. Mas não é. (Jacqueline Brigagão, entrevista concedida em 16/08/2017).

A colocação de Jacque é muito pertinente para destacar que a diferença na formação não poderá ser imposta, mas passa pela conscientização dos profissionais e docentes de determinada área do conhecimento. Ao mesmo tempo em que novas diretrizes são pautadas pela humanização e modificam-se as práticas na assistência à saúde, os cursos de formação podem ser muito refratários a estes novos modelos de atuação, mantendo um currículo voltado ao desenvolvimento biotecnológico que não enfrenta os novos paradigmas da ciência. Para realizar uma análise sobre este tema seria necessário acessar as ementas das disciplinas, conhecer seu respaldo teórico-metodológico, o que não é proposto nesse estudo. Ainda assim vale destacar que é recorrente, no ensino de saúde, um processo de cristalização no qual saúde mental, por exemplo, pode significar contenção. Saúde para quem? Jacqueline, por sua vez, faz a crítica a esses olhares, que perdem de vista a humanidade do sujeito a ser assistido. Não se trata de contenção, mas de potencializar o diferente e a diferença como valor. Rompe-se, assim, com determinados elementos cristalizados, próprios da sociedade do controle.

A capacidade crítica e reflexiva sobre a realidade e a crença na possibilidade de atuação política e sua efetividade estiveram presentes na fala de todos os entrevistados. Pode-se pensar que a própria formação proposta pelo curso tenha

ampliado esta capacidade de seus alunos Liz, Carla, Raphael e Eduardo para agir politicamente, e que a luta ocorrida a partir de 2008 tenha sido resultante e, também, importante aliada nessa formação. Sobre os professores entrevistados, observamos que as psicólogas sociais Jacque e Bete têm histórias pregressas de militância, o que pode ter contribuído para seu ingresso no corpo docente deste curso e certamente contribuiu para sua atuação nas lutas travadas. Dulce, obstetriz formada na década de 1960 no curso de obstetrícia, é a própria proponente e redatora do curso em questão, que prima por valores humanistas e em acordo com as mais atuais diretrizes da assistência, compreendendo a importância do momento histórico do qual é atriz. Cris e Maristela demonstram que sua militância foi-se constituindo na medida da necessidade do próprio curso em se manter e afirmar. Compreendem o curso como importante para a modificação da realidade de violência e atuam dentro e fora da Universidade para este fim, pois acompanham estágios em hospitais e vivem na pele todas as contradições que se apresentam nas equipes multiprofissionais de assistência.

5.3. Sentimentos de eficácia política

Opta-se por tratar dos sentimentos de eficácia política em seguida às crenças e valores, pois ela diz respeito às expectativas com relação à sociedade, determinantes dos sentimentos de eficácia política. Se as crenças e valores são de que a sociedade é um espaço democrático que permite aos indivíduos e atores de determinado cenário político intervir por meio de ações individuais e coletivas, então os sentimentos de eficácia política são altos.

Esse é o caso de todos os entrevistados. A compreensão da sociedade como produto histórico da própria ação humana e coletiva é fundamental à política e compartilhado pelos entrevistados, como se verá nos excertos trazidos. Agir coletivamente demanda um sentimento de que tal ação surtirá efeito, será produtiva em certa medida. Para isto, segundo Sandoval (2015), é necessário afastar as crenças na responsabilidade de forças transcendentais ou apenas individuais, o que destituiria do grupo o poder para alterar a sua realidade.

Carla é obstetriz formada em 2008 pela USP, e uma das raras mulheres em sua turma que chega ao curso com uma maior consciência sobre a profissão. Isto porque já era mais velha que seus colegas, mãe, com a maturidade necessária à

compreensão do papel político desempenhado pela obstetriz no atual cenário da assistência. Ela expressa sua impressão de que nas novas turmas que se formam no curso a politização é maior, pois muitas militantes são, atualmente, alunas.

É, por isso a demanda política. Por isso que a gente tá sempre: vai pra Brasília, vai pra não sei o quê, é uma loucura. Mas é um processo que precisa ser feito porque aconteceu exatamente o que você tá falando, a figura da obstetriz sumiu do cenário, então agora ela tem que ser recolocada aos poucos. Apesar disso, a lei que é de 98, tem a figura da obstetriz. É isso que garante o acesso jurídico, até. Mas, pra que a profissão ganhe corpo, continue, o que tá ajudando é o movimento de mulheres. Hoje, no curso de obstetrícia, nas novas turmas, são muitas militantes fazendo o curso, doulas fazendo o curso, então o movimento agora tem um caráter político mesmo, muito maior e muito produtivo. (Carla Azenha, entrevista concedida em 19/10/2017).

Maristela confirma esta impressão de maior politização das atuais alunas quando reporta a presença de muitas doulas nas turmas em que leciona: “Eu dou aula pra doula. [...] Semestre passado tinha 5 doulas na sala”. (Maristela Urasaki, entrevista concedida em 10/08/2017). E conta do seu trabalho em quebrar preconceitos destas alunas militantes com relação à enfermagem. Carla fala de sua atuação política como estratégia necessária para a recolocação da obstetriz no cenário nacional da assistência, reconhecendo que o hiato de trinta anos sem formação direta “sumiu” com esta figura profissional, e que colocá-la de volta é um processo, deve se dar “aos poucos”. Afirma que o movimento de mulheres contribui para que a profissão ganhe corpo. Carla não apenas participou da AO-USP até o último mandato da diretoria como desenvolve um trabalho político muito importante porque dialoga com as políticas do Ministério, com as corporações da enfermagem, como vice-presidente da Federação Latino-Americana de Obstetrícia.

Então, a AO é associada à Federação. Então eu mantenho um relacionamento direto até pra ajudar, daqui a pouco vem uma menina da AO aqui que eu vou passar pra ela, que vai viajar no sábado pra um curso sobre advocacia. Advocacia é como se fosse ensinar as pessoas a fazer lobby pra conseguir, com relação à política, à legislação, então vai ter um treinamento sobre isso, e eu tive uma reunião mês passado pra falar sobre regulação. A gente falou sobre regulação em todos os países da América Latina e tiramos alguns pontos principais, agora elas vão discutir advocacia.

Entrevistadora: E como está agora esse cenário, aqui na América Latina? Há outros países modificando suas práticas nesse sentido?

Muito pouca coisa. De prática, prática mesmo é pouca coisa. Isso é outra coisa que a gente discute na Federação, os problemas são muito iguais ao que a gente tem aqui no Brasil. O Chile, por exemplo, é um país onde as obstetrizes, as matronas, né, elas mandam no mercado. Elas fazem tudo, tudo! Lá não há enfermeiros obstetras, existe um único curso, deve haver umas 60 enfermeiras obstetras, as outras milhares são matronas e elas atuam em todas as áreas de assistência à saúde da mulher e do bebê. Não existe enfermeira neo, por exemplo,

lá. Só matrona neo. Então toda assistência passa pelas matronas no Chile. O melhor índice de assistência materna e neonatal é do Chile. O menor índice de mortalidade materna na América Latina é do Chile. A estrutura é fantástica que tem lá. (Carla Azenha, entrevista concedida em 19/10/2017).

Sua participação na Federação proporciona uma visão mais ampla dos problemas enfrentados, pois que contextualizados no cenário latino americano. Carla demonstra muita força e vontade de atuar politicamente. Sua compreensão de que o movimento de mulheres e da obstetrícia que se vê no Brasil se parece com os que ocorrem em outros países e, apesar das especificidades de cada região, é possível lutar pela melhoria das condições de saúde da mulher inspirando-se em exemplos próximos – como o do Chile, que tem os melhores índices da América Latina neste campo – a partir da própria atuação profissional das “matronas”, como são chamadas as obstetrizes nos países de língua espanhola. A rede da qual participa é amplificada pelo contato direto com a realidade de outros países irmãos e ela traz para a AO-USP essa experiência, como quando do relatado encontro que ocorreu em seguida à nossa entrevista, em que ela falaria à representante da AO sobre advocacia. Como ela mesma explica, é o termo utilizado para o lobby necessário às modificações da legislação dentro do âmbito parlamentar. A consciência de que é preciso influenciar o parlamento como uma força macropolítica para alcançar objetivos do movimento é explicitada em sua fala.

Cris fala das parcerias que são firmadas pelas docentes com outras universidades ao redor do mundo, e que estas conexões trazem reconhecimento para o curso e a profissão no Brasil. A busca de referenciais externos para o fortalecimento da luta reafirma a importância da formação direta que, único, o curso da EACH-USP representa para o cenário brasileiro.

Acho que tem já, está começando a ter um reconhecimento internacional do curso, tanto é que nós temos parcerias com vários, eu e uma outra colega, fomos para o Chile e fizemos uma parceria com a Universidade do Chile. A Nádia foi para Parma e fez na Universidade de Parma, na Itália, a Dora fez com a Universidade do Peru, então a gente já tem várias parcerias com outras universidades, e isso dá um reconhecimento internacional, também, da importância do nosso curso, né? (Lúcia Cristina Florentino, entrevista concedida em 14/08/2017).

Assim, Cris entende que sua própria atuação, como as de outras docentes, é capaz de gerar bons frutos, disseminando resultados do curso e contribuindo para seu reconhecimento internacional. Outra questão pontuada por Cris que traduz seus sentimentos positivos em relação à eficácia política é a abertura de vagas para

obstetriz em equipamentos públicos de saúde, por meio da inclusão da nomenclatura apropriada à formação direta nos editais de concursos.

Acho que a gente também conseguiu vagas que os concursos comesçassem a abrir, constando enfermeira obstétrica/obstetriz, agora mesmo tem um em Barretos, está aberto e ele saiu assim o edital, eu cheguei a ver, enfermeira obstétrica/obstetriz, é uma vaga mas não interessa, não é nem a quantidade, é o fato de já ter aberto, sem ter ninguém lá, sem ninguém que seja obstetriz esteja lá, fazendo uma atividade lá, mas abriu um concurso considerando a gente, e outros que abriram aqui, mais próximos a São Paulo, então acho que isso já mostra que está tendo uma captação do mercado. O mercado está absorvendo. (Lúcia Cristina Florentino, entrevista concedida em 14/08/2017).

Nota-se que ela diz “a gente também conseguiu” estas vagas em concursos, demonstrando que está clara a relação entre sua atuação e abertura destes concursos como resultado dela.

Raphael também menciona a abertura de concursos públicos que consideram a figura do obstetriz em seus editais como uma conquista importante, e mais ainda o desempenho destes profissionais em relação aos enfermeiros obstétricos, alguns dos quais admitem que é uma dificuldade concorrer com eles nesses concursos. Do ponto de vista de Raphael, esse é um atestado de qualidade para o curso.

Quando a gente conversa com enfermeiro que acaba virando amigo, trabalha junto, acaba gostando da gente, elas falam que é difícil fazer concurso com a gente, porque a gente sai sempre disparado em primeiro lugar. Que nem esse concurso pro Leonor, que chamou pra 3 hospitais que foi o Leonor, o Ipiranga e o São Matheus, das 30 primeiras pessoas, acho que 24 eram obstetrizes. E da minha sala nesse concurso tem pelo menos umas 12. Tão no Leonor, tão no Ipiranga, tão no São Mateus¹⁸. (Raphael Cruz, entrevista concedida em 11/8/2017).

Como resultado deste bom desempenho, obstetrizes estão ocupando vagas de trabalho em hospitais públicos estaduais como Leonor, Ipiranga e São Matheus que, para as primeiras turmas, foi inacessível. Outra manifestação de alta eficácia política da atuação destes profissionais e do próprio curso é a proteção jurídica que as políticas do Ministério proporcionam à profissão.

As novas políticas, as novas diretrizes. Com relação a todas essas... apoio à mulher, à gestação, ao parto. O Ministério da Saúde, a Rede Cegonha, o que foi feito. É o que mantém a gente. É o nosso respaldo legal. É o que a gente consegue discutir, falar ó, a gente sustenta isso. (Raphael Cruz, entrevista concedida em 11/8/2017).

¹⁸ Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros, Hospital Geral Ipiranga e Hospital Geral São Mateus, todos ligados à Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo.

Liz traz sua impressão quanto à eficácia política das ações empreendidas pelas obstetrizes formadas nas primeiras turmas, especialmente a atuação de Mariana Gervásio que, ao interpelar um juiz, conseguiu a parceria do Ministério Público necessária à luta pelo direito ao exercício profissional: “e aí o juiz falou: vou olhar pra causa de vocês, e entrou pelo Ministério Público. E aí foi 2013, 2014, que saiu a definitiva, não vou saber agora te falar com precisão a data”. (Liz, entrevista concedida em 6/10/2017). A Rede Cegonha (BRASIL, 2011), mencionada por Liz, é um importante instrumento macropolítico para as modificações almejadas, pois impõe a fiscalização dos serviços em sua adequação às diretrizes legais.

Dulce coloca a proposição do curso como um ato político, na medida em que foram enfrentadas instâncias institucionais dentro da USP e da própria Escola de Enfermagem, da qual era professora titular à época da elaboração do curso de obstetrícia. Ela narra detalhes de sua empreitada para incluir o curso no projeto da EACH, desde 2002 em diante. Muitas burocracias comuns na USP foram dispensadas para a criação do novo campus, pois era desejo do governador Geraldo Alckmin que tinha um prazo para inaugurá-lo ainda a tempo de que fosse um capital eleitoral em 2006.

Ah, teve [resistência], em tudo quanto é lugar. Teve os que fizeram e ajudaram e teve esses... enfim, daí foi, tramitou tudo e foi esse o começo do curso, então só em 2003, depois de um ano de vai, e volta, passa no conselho, vai e volta, daí tinha que mudar o estatuto da USP, vai e volta, então foi muito trabalho, muito trabalho. [...] A USP falava “são pessoas, nós não queremos instituições”. Então, por um lado, esse projeto tramitou rapidíssimo. E perdeu, porque, de repente, um pouco mais de discussão, um pouco mais de apoio, muitas coisas poderiam ter ficado melhor. Por outro lado, circulou, e essas coisas muito discutidas viram um ET, né? [...] E era isso que eles não queriam, porque eles tinham essa pressa de fazer esse curso. Na verdade, foi-se daí 2004, janeiro de 2004 a gente foi aprovado na CG. Nossa, eu lembro que eu comemorei muito, muito, muito, muito. (Dulce Gualda, entrevista concedida em 19/10/2017).

Assim, Dulce demonstra sentimentos de alta eficácia política mesmo por ações que não foram tão coletivas como poderiam, assumindo a responsabilidade na luta pela implantação do curso na EACH como alternativa à formação de especialistas enfermeiros e ao curso de formação integrada que a Escola de Enfermagem havia recusado retomar alguns anos antes.

Cris coloca a questão da docência como importante para a formação de profissionais “humanistas”, apostando na gradual modificação das práticas a partir da própria experiência formativa.

Porque é uma coisa gradual, e é um esforço diário que você faz, para você falar: “nossa, eu posso fazer melhor do que o que eu estou fazendo aqui”. Então acho que vai ser assim, quem vai ser melhor não são esses que estão trabalhando agora aqui, como professores, vão ser os alunos deles, que eles já foram formados assim. Eu já me esforcei e faço menos intervenção do que eu fazia, muito menos, mas ainda tenho alguns vícios, vamos dizer assim. Porque é como eu sempre fiz, então eu tenho que me esforçar para fazer diferente, ainda. Esses que já foram formados, por me verem fazer, ainda aprenderam também. (Lúcia Cristina Florentino, entrevista concedida em 14/08/2017).

Interessa notar que Cris, assim como Dulce, parece construir sua visão das conquistas políticas com maior historicidade, compreendendo a dinâmica da profissão dentro da Universidade como processual. Ela percebe que suas dificuldades são decorrentes da formação em outro tempo histórico, em que procedimentos hoje considerados inadequados eram vistos positivamente, como avanço científico.

Então aí começou as mulheres, o tal do amor livre, as mulheres querendo fazer, tudo estava bombando nessa época. Então, você vê, é todo um mundo que estava nascendo, e os direitos, as pessoas insatisfeitas com os direitos que eles estavam recebendo. E quem tinha direito, você lembra? Quem trabalhava. Se você não trabalhasse, você não tinha direito. (Dulce Gualda, entrevista concedida em 19/10/2017).

Quanto ao fechamento do curso de formação direta em obstetrícia, na década de 1970, quando foi integrado à Escola de Enfermagem para em seguida tornar-se uma especialização Dulce avalia que, aliados aos acordos políticos dentro da universidade, houve pressão dos movimentos sociais que concorreram para seu fim, visto que era uma época de lutas pela universalização do sistema de saúde público que não existia.

... se você for olhar mais ou menos, você vai ver que regula essa coisa da USP, eu sempre falo que ela foi retirada também pelos movimentos sociais, movimentos sociais no sentido de que a evolução, a gente não sabe se é uma evolução, mas se você for pensar, pensa na bioética, dados de 1960, do direito ao melhor para todos, então começou aí, entendeu? A saúde é uma questão da hospitalização, da universalização do sistema de saúde. Então foi tudo, é um momento que houve nessa história, que de repente a enfermeira obstétrica fazia mais o perfil de submissão. A obstetriz era antipática, sempre foi, entendeu? Sempre topetuda, “eu faço, eu mando”. (Dulce Gualda, entrevista concedida em 19/10/2017).

Para universalizar é preciso criar a disponibilidade dos serviços com as melhores tecnologias, que visava ampliar a demanda pelo atendimento hospitalar, além de outras questões a influenciar politicamente o cenário, como o surgimento dos planos de saúde privados. Dulce compreende a própria rivalidade entre obstetrizes e enfermeiras como histórica, quando afirma “obstetrizes e enfermeiras

sempre tiveram rixas do mundo inteiro, você não sabe o porquê, mas essa rixa existe", trazendo a rivalidade como elemento da cultura e constituído historicamente, embora diga "você não sabe o porquê", ela parece percorrer a história costurando os porquês. A atuação independente da obstetriz, a quem adjetiva "topetuda" seria uma das explicações para esta mesma rivalidade.

Outra questão colocada por Dulce que compõe o seu sentimento de eficácia política em relação à proposição do novo curso é o conselho dado por Davis-Floyd quanto à necessidade de cursos de graduação que incentivem a pesquisa na área: "quando a Davis Floyd veio, eu convivi muito com ela, ela falava 'é uma garantia ser universitário por causa de pesquisa, de pós-graduação, por causa de acesso a outras disciplinas, a interdisciplinaridade'". (Dulce). Este ponto será retomado adiante, pois amarra o que para ela compõe as metas de ação coletiva.

Carla, muito desenvolvida e atualizada das mais recentes pesquisas na área, admite que poucas delas são brasileiras. O que nos reforça a ideia de que é preciso expandir o campo da obstetrícia na academia, com pesquisas que fundamentem a humanização também aqui no Brasil. É importante dizer que essa ampliação do ensino atua, eficazmente, como um contraponto para crenças sociais cristalizadas e que atuam como um empecilho para a formação em obstetrícia mas, também, como um elemento que fortalece sua identidade coletiva. Dulce compreende o curso da EACH como um caminho também neste sentido. Enquanto não se tem pesquisas brasileiras realizadas por obstetrizes, as evidências existentes são médicas!

Para com esse negócio, evidências científicas, evidências científicas fora, lógico que você vai para a sua prática você usa, você explica para a mulher que nós temos evidências médicas, não temos evidências científicas, porque nós não produzimos, então vocês tem que produzir. (Dulce Gualda, entrevista concedida em 19/10/2017).

Depreende-se que de seu ponto de vista esta seria uma das metas do movimento, começar a investir energias para a criação de cursos de mestrado e doutorado na área da obstetrícia.

Bete Franco enumera o que considera que sejam as principais mudanças ocorridas na última década após a criação do curso na EACH: "Mudanças relevantes foram a conquista da ação civil pública, o fortalecimento das ações de humanização, especialmente com a política governamental (rede cegonha, PNAISM¹⁹ etc)". Bete

¹⁹ A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

apresenta, certamente, sentimentos de alta eficácia política. Ela encampou heroicamente parte da luta pela manutenção do curso junto a ministros e parlamentares, o que demandou muita energia e lhe rendeu o reconhecimento de grandes esforços por parte da comunidade de obstetrícia da USP, da qual fazem parte alunos e professores. Todos, sem exceção, citaram seu nome ao relatar o processo de enfrentamento com o COREN-SP desenrolado após 2008.

Entre muitas citações da atuação de Bete Franco nas entrevistas com docentes e ex-alunos, foi necessário eleger um que melhor explicitasse a admiração que ela suscitou, como também demonstrasse sua força para o embate político que ocorreu também dentro do próprio curso, no enfrentamento que julgou necessário fazer com os pares.

A Bete foi uma pessoa acho que importantíssima, porque... A gente entrou juntas, e já estavam todos, então a gente meio que caindo de pára-quedas, e aí a gente se uniu, vamos fazer um projeto de extensão? A gente começou a fazer algumas coisas juntas, tal. Aí a Bete colocava umas coisas que eu pensava: nossa, a Bete viaja! Porque ela falava assim: vamos marcar uma agenda com ministro da saúde? E a bicha foi! Como ela era muito articulada, já era uma pessoa muito politizada, então ela sabia os caminhos, né? [...] A gente queria que o curso continuasse, mas se tivesse que acabar, a gente pensava que podia ter uma residência, e a Bete era extremamente contrária a essa possibilidade, e ela investiu de energia o que ela tinha e o que ela não tinha pra resolver a situação. Foi pra Brasília algumas vezes com dinheiro próprio, algumas vezes a gente fez vaquinha, algumas ela foi por conta própria. Teve outras professoras que atuaram bastante nessa época, mas a Bete era uma pessoa assim que atuou muito. Ela ficava brava, ficou brava comigo por um bom tempo aí, porque ela entendeu que eu era favorável à residência. Não, eu não era favorável à residência. Mas entre acabar tudo, se o reitor já garantiu, tá certo e acabado que não terá mais o curso, então a residência eu optaria por ter. Mas ela entendia que jamais, não vamos aceitar nunca a residência porque vamos conseguir. (Maristela Urasaki, entrevista concedida em 10/08/2017).

Maristela demonstra um sentimento de eficácia política, embora não tão alto como Bete que se aproxima em termos de esforços empreendidos na luta com os recém-formados, que tinham seu próprio futuro e identidade profissional postos em xeque. Bete contribui sobremaneira para agregar um caráter combativo a todo o processo de luta que se seguiu.

Maristela, assim como Dulce e Cris, presentificam seus sentimentos de eficácia política também nas ações individuais, focando menos na coletividade mas compreendendo o sentido que as ações delas próprias enquanto docentes e profissionais são referência para a formação dos novos obstetristas que deverão estar preparados para continuar um embate que é processual, histórico, moroso, e talvez mais insidioso que revolucionário.

5.4. Sentimentos de justiça e injustiça

Os sentimentos de injustiça perpassam todas as dimensões da consciência política, contribuindo para a própria fundação da identidade coletiva formada por obstetrizes. Sua maior evidência se dá, no entanto, no momento em que os primeiros formados pelo curso adentram o Conselho Regional de Enfermagem. Após a formatura da primeira turma, os novos obstetrizes dirigiram-se ao COREN com seus diplomas a fim de obter a devida carteira profissional. Foram surpreendidos pela negativa da necessária licença para trabalhar.

E aí depois chegar no COREN e ver trancada a porta, eu lembro que colocaram a gente numa salinha e falaram: ó, vcs não vão poder ter registro. E aí começaram as lutas né? As obstetrizes conseguiram conquistar muito... Eu tenho uma amiga que passou num concurso, depois de conseguir impugnar edital, ela falou que sofria muito assédio dos médicos, questionando ela. E ela falou: vou ter que combater com evidência, com muito estudo, e mostrar que a gente sabe, e foi assim, até ela conseguir conquistar o lugar dela. (Liz, entrevista concedida em 6/10/2017).

A resistência dos Conselhos Estadual e Federal de Enfermagem em reconhecer a formação direta em obstetrícia – como já era previsto na legislação federal – ocasionou forte sentimento de injustiça nos recém-formados, promoveu debates dentro e fora da Universidade de São Paulo e mobilizou atores diversos em torno da luta política da obstetrícia, mas trouxe danos à sua imagem perante a população e às instituições assistenciais que receberam notificações questionando a legitimidade da formação direta e ameaçadas com sanções caso contratassem tais profissionais.

E os alunos falavam que estavam preocupados e eu dizia: não esquentar a cabeça, vocês tão se preocupando à toa, porque é só abrir a lei do exercício, é só pegar lá tá escrito são profissionais da enfermagem: 1, enfermeiros, 2, obstetrizes, 3, técnicos de enfermagem, 4, auxiliares de enfermagem. E ainda tem as competências lá dentro da obstetriz. Ainda compete à obstetriz: realizar parto de baixo risco, então como vc tem uma lei dentro do seu Conselho, que estabelece inclusive as atribuições e depois te negam o registro? [...] Não queria registrar, baseado em falhas dele [COREN], porque existe uma legislação, não podia fazer isso, mas complicou, atrasou, devia ter feito de cara, só foram conseguir com liminar. (Maristela Urasaki, entrevista concedida em 10/08/2017).

Maristela relata sua surpresa ao ver concretizada a cena temida reportada por seus alunos. Ela conta que os havia tranquilizado em relação à impossibilidade e ilegalidade da negativa quanto ao registro profissional. Como bem conhecia a lei profissional da enfermagem que contempla o exercício da obstetriz, foi nessa

direção que trabalhou com os alunos à época. E, ao problematizar a questão durante a entrevista, fica novamente estupefata com o ocorrido.

Carla recorda do momento de fundação da AO como um importante passo para a união da classe. Mas também refere que a liberação dos registros não foi suficiente para aliviar as pressões sofridas pelos formados em campo. Conta que o próprio COREN agiu de modo a desacreditar os profissionais, dirigindo-se aos equipamentos de saúde e fazendo ameaças – que nem poderiam ser concretizadas, pois eram e são ilegais – e este constrangimento contribuiu para a união das obstetrizas, mas também maculou sua imagem perante a sociedade, ocasionando inclusive demissões de alguns profissionais.

Montamos um grupo pra fazer uma petição coletiva pedindo o registro na justiça. E, mesmo quando a gente conseguiu a liminar na justiça e começamos a atuar. [...] Era muito entrave, muito questionamento, embora ele tenha dado o registro pra gente, impunha restrições de trabalho, ele ia nos serviços onde tinha obstetriz, colocava restrições, falava que ia multar, não podia, não multava, mas ficava aquele estigma.

Entrevistadora: Tinha ameaça pros estabelecimentos?

Tinha. Pros estabelecimentos. E aí algumas obstetrizas eram mandadas embora, ficou uma situação muito intensa. Então por isso que se formou a associação. (Carla Azenha, entrevista concedida em 19/10/2017).

Se o COREN trabalhou contra a consolidação do curso e desses profissionais no mercado de trabalho, a ABENFO (Associação Brasileira de Obstetrizas e Enfermeiros Obstetras) também não colaborou em nenhum momento para a defesa da profissão. O nascimento da AO-USP se dá em resposta à negativa desses órgãos em abraçar a causa da obstetrícia, que deveria estar contemplada em suas ações.

a gente tinha e tem ainda a Associação Brasileira de Obstetrizas e Enfermeiros Obstetras, a ABENFO né, que nunca nos ajudou. Nunca, nunca, nunca, nunca, nunca fez um trabalho de defesa das obstetrizas. Então fomos obrigadas a montar uma associação separada. Hoje em dia até tá havendo uns debates a respeito disso, de por que precisa da nossa associação se tem a ABENFO, mas até hoje, até hoje ainda, 2017, a ABENFO nunca fez um movimento em defesa das obstetrizas. Ao contrário, em alguns lugares eles fazem movimento contra. (Carla Azenha, entrevista concedida em 19/10/2017).

É notório o sentimento de injustiça na fala dos entrevistados da nova geração com relação às associações de classe. COREN e ABENFO deveriam ser espaços de luta, parceiros pela melhoria da saúde das mulheres. No entanto o que se relata nas entrevistas é que além de não defendê-la eles se posicionaram contrariamente aos interesses da obstetrícia, posição que não se modificou nos últimos anos.

Bete lista o que considera motivos da resistência da medicina e da enfermagem à obstetrícia, atribuindo aos conselhos e associações de enfermagem um projeto político que teria por objetivo preservar a centralidade dos enfermeiros em determinadas práticas assistenciais.

Reserva de mercado profissional e projeto político dos conselhos e associações de enfermagem para preservação da centralidade dos enfermeiros em algumas práticas (p. ex. defesa da especialização em enfermagem obstétrica em oposição à formação de obstetrizes). (Elizabeth Franco, entrevista enviada por e-mail em 13/12/2017).

Privilegiar uma parcela dos associados (enfermeiros obstétricos) em detrimento de outra (obstetrizes) seria, por si só, considerado injusto, visto que obstetrizes são enfermeiros do ponto de vista da lei e dos próprios conselhos e associações profissionais da enfermagem. Observa-se que a criação da AO-USP aparece associada à necessidade de sanar essa injustiça, como exposto, anteriormente, na fala de Carla.

Ao responder sobre o sentimento de injustiça, Raphael relata como procedimentos considerados “alternativos” aos métodos farmacológicos para o alívio da dor são desacreditados e até “ridicularizados” por alguns profissionais não obstetrizes em campo. O que poderia ser um rico debate – e que exigiria investimento na produção de ciência que mensurasse impactos comparativamente – fica relegado a impressões casuais e personificadas e, até, preconceituosas sobre um ou outro modo de agir.

Esse embate de todos os outros profissionais que acham que a gente tá querendo roubar espaço. Ou então todos esses métodos não farmacológicos que a gente usa, alternativos, que... dão risada da gente, falam que é ridículo mas que quando funciona falam: você deu sorte, hein! Tem alguns ainda que são cabeça aberta e querem aprender, mas a maioria dá risada e fala: nossa, nada a ver isso que você tá fazendo! Isso aí que você fez foi só palhaçada! [...] Porque no Estatuto do COREN tá: são enfermeiros: enfermeiros, enfermeiros obstetras e obstetrizes, então eles tem que engolir a gente. (Raphael Cruz, entrevista concedida em 11/8/2017).

Destacam-se as injustiças vividas no cotidiano por obstetrizes em hospitais com equipes multidisciplinares que, no entanto, não são formadas para atuar sob as novas diretrizes da assistência ou tem sua formação restrita à graduação. Carla confirma a realidade exposta por Raphael, ao narrar um caso ocorrido em sua equipe no Hospital de Taipas.

É equívoco da assistência. As pessoas continuam equivocadas com... falta de atualização, falta de... Coisa de 6 meses atrás eu e a Juliana resolvemos não fazer mais episio. Aí fomos questionadas a respeito da episiotomia porque num dos partos que a gente fez o bebê nasceu com o apgar um pouco baixo. Aí a supervisora chegou e falou assim: A Sandra, por exemplo, faz episiotomia em quase todo mundo,

mas o apgar dos bebês dela é melhor. Aí eu fui obrigada a fazer um levantamento de um ano de parto pra provar pra ela que episiotomia não tem relação nenhuma com apgar. Mas, na visão de quem é antigo, a episiotomia é pra isso. Não estudou, não se atualizou, não fez nenhum levantamento e pegou um caso pra dizer que a gente tava errada. (Carla Azenha, entrevista concedida em 19/10/2017).

As novas diretrizes da assistência ao parto descartam a episiotomia como protocolo ou medida de rotina. Mas o fazer se sobrepõe às novas normativas, pois a atualização dos profissionais em campo não ocorre, não é proposta ou cobrada. Carla relata como reagiu à “acusação” feita pela supervisora que associara a falta da episiotomia com um baixo apgar da criança nascida. Ela fez um levantamento no próprio hospital e provou à chefia que a relação entre o índice apgar²⁰ e o procedimento evitado não existe.

É curioso observar como os sentimentos de injustiça guardam relações com todas as dimensões do modelo da análise da consciência política de Sandoval. Exemplo disso é a situação vivenciada por Carla. O argumento que deslegitima o fazer da obstetriz guarda visível relação com o conjunto de crenças que não necessariamente estão ancoradas em pressupostos reais. Nesse sentido, a indignação gerada pela constatação de uma injustiça acaba por potencializar uma ação contestatória que, por sua vez, reforça em Carla seus processos identitários como obstetriz e suas convicções quanto à eficácia da resistência técnico-política que lhe garante um lugar legítimo no cenário da saúde. Do mesmo modo se poderia verificar as relações com adversários, na medida em que a chefia representa a noção de “eles”, e as metas de ação coletivas e a vontade de agir coletivamente, visto que sua ação não só a legitima, mas legitima um fazer próprio da obstetrícia que precisa ser consolidado mediante ações coletivas, e é nesse marco que Carla atua.

Jacqueline concorda que falta atualização aos profissionais da assistência e que a formação “marca o sujeito para sempre”, sendo imprescindível para nortear a transformação das práticas.

Porque muita gente que trabalha na saúde, apesar da tecnologia avançar assim, não estuda. Não sabe nem as políticas. Sabe que existe a rede cegonha porque ouviu dizer em alguma reunião no hospital, mas não sabe o que é uma política, não sabe os princípios. A maioria vai trabalhar, e começa a trabalhar não estuda mais! Então,

²⁰ Escala criada por Virgínia Apgar, anestesista norte-americana, na década de 1950, para avaliar as condições de adaptação do recém-nascido à vida extra-uterina que mede cinco sinais vitais objetivos atribuindo a cada um uma nota de 0 a 2.

as pessoas não tem noção do que tá acontecendo, de qual transformação é essa, do que a política fala. Então por isso que a gente acha que formação é tão importante, porque ela marca o sujeito para sempre, e muita gente vai ficar só com esse recurso. Muita gente depois de formada não volta. Quase todo mundo faz isso. A maioria faz isso. (Jacqueline Brigagão, entrevista concedida em 16/08/2017).

Quem sabe sobre as políticas propostas pelo Ministério? Quem sabe por que mudaram as diretrizes? As falas de Jacqueline e também de Carla, como se verá em seguida, apontam para um sério entrave à efetividade dessas políticas. Se médicos aprendem a partir de um currículo desatualizado em relação a elas, enfermeiros obstétricos aprendem pouco sobre humanização num curso de especialização com o mínimo de 360 horas e são deslocados para outros setores do hospital para cobrir faltas de colegas de outros departamentos, quem assiste as mulheres que estão a parir? E, como exigir destes profissionais o conhecimento e a adoção de práticas que não foram priorizadas em sua formação?

Na opinião de Carla, a formação médica é, também, responsável pela não modificação das práticas.

Porque a visão do modelo biomédico é a visão da patologia. São formados pra isso, não adianta a gente querer mudar essa realidade. Eles continuam sendo formados pra isso. Não mudou a formação. Você vai no Hospital do Ipiranga, tem um Centro de Parto Normal lá, quem faz parto são os residentes e eles fazem parto com episiotomia, com fórceps de alívio, com ocitocina. Não muda! A formação deles não muda! Eles são formados pra intervir numa realidade que pode ser patológica. O pior de tudo é que eles intervêm no fisiológico pra treinar pro patológico, né? É absurdo, mas continua acontecendo no Brasil. (Carla Azenha, entrevista concedida em 19/10/2017).

Destaca-se que Carla aponta: “O pior de tudo é que eles intervêm no fisiológico pra treinar pro patológico”. A questão da residência médica se coloca como um elemento de tensão, evidenciado pelos depoimentos de nossos entrevistados, mas também em matérias jornalísticas com denúncias de residentes que viveram a violência em seus processos formativos. Podem-se acessar muitas delas na internet, e destaca-se, especialmente, uma matéria veiculada pelo Nexo Jornal intitulada “Por que médicos defensores do parto humanizado têm sido punidos pelos conselhos de medicina” (Dias, 2016), de novembro de 2016, que discute a criminalização do posicionamento político de médicos favoráveis às novas diretrizes e militantes da humanização.

Infelizmente relatos de residentes são comuns a ponto do Ministério Público do Distrito Federal lançar, em junho de 2016, uma campanha²¹ com recomendações para a denúncia de violência obstétrica por profissionais, estudantes e usuários do sistema de saúde, tendo produzido cartazes a serem afixados em hospitais públicos e documentos para informação sobre direitos na assistência obstétrica, ações já empreendidas pelo Ministério da Saúde em todas as regiões do país.

Não é proposta do presente estudo discutir o tratamento dado pela mídia ao tema apesar de sua importância para a disseminação das boas práticas e enfrentamento da realidade de violência. Pretendeu-se, tão somente, pontuar que a postura corporativista dos conselhos profissionais volta-se contra seus próprios associados quando atuam em uma direção contra hegemônica, assim como ocorre nos conselhos de enfermagem.

Liz, uma das entrevistadas, menciona a batalha de uma colega para tomar posse em uma maternidade após ser aprovada num concurso público, e o enfrentamento do preconceito de outros profissionais da assistência obstétrica por meio do trabalho:

As obstetrizes conseguiram conquistar muito... Essa conquista tem que vir dos saberes. Ontem eu conversei com uma amiga e ela falou que passou num concurso, depois de conseguir impugnar edital, ela falou que sofria muito assédio dos médicos, eles questionavam ela. E ela falou: vou ter que combater com evidência, com muito estudo, e mostrar que a gente sabe, e foi assim, até ela conseguir conquistar o lugar dela. (Liz, entrevista concedida em 09/10//2017).

O assédio referido por Liz parece ser uma constante para obstetrizes que adentram equipes multiprofissionais. Relatos colhidos nas entrevistas denunciavam um funcionamento muito distante do que a diretriz propõe. No mesmo plantão em que obstetrizes estão disponíveis para o atendimento, residentes de medicina e estagiários de enfermagem precisam atuar, é lá que eles aprenderão o que é assistência, mas também os procedimentos que deveriam ser descartados como rotina servem ao ensino da matéria, criando uma tensão entre a necessidade de treinar intervenções e seguir as novas diretrizes da obstetrícia. Esse aspecto parece associar-se à falta de atualização dos profissionais em campo e do próprio currículo proposto nos cursos de graduação, gerando um quadro em que as principais

²¹ <http://www.mpf.mp.br/df/sala-de-imprensa/noticias-df/mpf-faz-recomendacao-para-impedir-praticas-de-violencia-obstetrica-em-hospitais-do-distrito-federal> acesso em 17/03/2018.

injustiças são cometidas contra as mulheres assistidas, que padecem em meio à guerra entre corporações e especialidades profissionais que não primam pelo seu bem-estar como supõe grande parte da sociedade. Do ponto de vista dos profissionais, é patente o fato de que os sentimentos de injustiça, ao invés de atuarem como um elemento desmobilizador, exerce um papel potencializador na medida em que sua resposta passa por um aprofundamento técnico e científico que sustenta seu agir político.

Do sentimento de injustiça pelo sofrimento vivido nasce o desejo de Carla de se formar obstetriz.

Eu tive dois partos muito difíceis, complicados, sofri muito. 35 anos atrás, era toda medicalização possível, toda intervenção possível, então sofri demais, e eu me interessava muito em procurar alguma coisa que ajudasse as mulheres. E foi exatamente quando eu tava procurando isso que surgiu o curso de obstetrícia. (Carla Azenha, entrevista concedida em 19/10/2017).

Chegamos ao ponto de partida, fechando um ciclo de injustiças com a fala de Carla. Sua escolha profissional baseou-se na própria experiência como mulher assistida que teve os direitos desrespeitados em seus partos e, mais de vinte anos depois, vislumbrou a possibilidade de reparar seu sofrimento como mulher e mãe ajudando outras mulheres a obter um atendimento adequado.

5.5. Identificação de adversários e sentimentos antagônicos

A questão dos interesses divergentes aos de outras classes profissionais – e entre elas – e grupos empresariais contrários ao movimento, são trazidas à identificação dos interesses antagônicos em jogo. A busca por justiça dá-se no âmbito da ação coletiva para o enfrentamento de grupos determinados.

Mais que batalhar pelo direito ao exercício profissional, obstetrizes lutam por construir uma *identidade coletiva* com base em ideias positivas acerca dos cuidados assistenciais à saúde da mulher, contra o que os próprios conselhos estadual e federal de enfermagem, COREN-SP e COFEN, se posicionaram, publicando em 2008 e 2009 notas depreciativas em jornais de grande circulação, e atuando para impedir a contratação de obstetrizes, na contramão dos direitos profissionais que deveriam garantir.

Esse embate ocorrido após 2008 é um dos pontos centrais a ser considerado, pois que foi mobilizador de atores dentro e fora da universidade, agregando forças

externas – como mulheres, doulas, e apoiadores do movimento de humanização, vereadores, juízes etc.

A identificação de adversários é de suma importância para que possam ser elaboradas estratégias de ação política, pois dela depende a direção que o movimento irá tomar e a força que irá adquirir neste percurso.

A adversariedade da obstetrícia em relação à enfermagem e vice-versa é apontada por unanimidade pelos entrevistados, principalmente representada por meio do posicionamento do COREN-SP contra o curso. Cris admite que essa adversariedade se mantém:

Do COREN contra a gente, do COFEN, do COREN, contra nós. Porque se, até hoje, eles questionam muitas coisas, mas hoje eles respeitam, eles já viram que não dá para brigar contra, eles perderam algumas coisas, perderam algumas ações, então eles já viram que não vai ser tão fácil de derrubar, né? (Lúcia Cristina Florentino, entrevista concedida em 14/08/2017).

Porém, julga que essa questão não é vivida no dia-a-dia em campo necessariamente, pois as diretrizes tendem a ser as mesmas para todos os profissionais.

Mas é isso, a briga é muito mais a nível político, e uma ou outra coisinha de academia, do que no trabalho do dia a dia, porque quando você vai trabalhar comigo, você é obstetriz, eu sou enfermeira obstétrica, mas vamos trabalhar na mesma linha, porque existe uma tendência que se trabalhe igual. Então vai trabalhar junto e igual. (Lúcia Cristina Florentino, entrevista concedida em 14/08/2017).

Maristela, que não está em campo supervisionando os estágios em obstetrícia propriamente pois não é originariamente da área porém era, à época da entrevista, coordenadora do curso e portanto acompanhou todos os processos de estágio e seus percalços, recoloca essa questão compreendendo que o trabalho em campo abarca essa adversariedade, na medida em que as práticas se chocam e, por vezes, causam atritos e embates também durante a assistência e não apenas em níveis corporativos.

Do lado de fora essa questão é mais forte por uma questão de mercado, mesmo. Porque o obstetriz quando chega, ele chega com vontade de mudar muita coisa errada que tem por aí. E aí vamos pegar um serviço público, que o profissional já entrou, ele já é concursado, vai bater de frente mas não vai conseguir tirar. Por exemplo, essa médica que tá batendo de frente num campo de estágio, ela vai bater de frente, ela até consegue tirar a gente. Mas digamos que eu sou obstetriz, fui concursada, to lá dentro. Não posso ir pra nenhum outro setor, porque se eu fosse enfermeira obstetra e batesse de frente, a direção que sempre abaixa, já ia me botar em outro lugar. Mas pra uma obstetriz, ela vai dizer: olha, ela vai ficar aqui. Então, o que que vai acontecer? Ou esse profissional ele vai sofrer convivendo até se adaptarem, ou eu mudo ou vc muda, vamos ver o que vai acontecer nessa relação. Então, o que que a gente tem visto de algumas obstetrizes é que chegam e querem

mudar algumas coisas. Alguns lugares aceitam melhor, outros lugares sofrem, e aí o profissional não aguenta e sai. (Maristela Urasaki, entrevista concedida em 10/08/2017).

Ela compreende, no entanto, que a luta deve se dar com menos enfrentamentos diretos, principalmente nos campos de estágio. Por sua responsabilidade nas parcerias necessárias à constituição destes campos, ela observa que são o elo mais fraco e que, portanto, bater de frente não é boa estratégia de ação para mudar a realidade. Sua postura mais pacificadora é compreendida mediante sua formação em enfermagem e a postura que tem de romper preconceitos mútuos dentro do curso e em campos de estágio.

A questão trazida por Maristela foi abordada também por Cris, Dulce e Jacque, e é trazida de modo a ilustrar a importância da formação direta em obstetrícia como estratégia para a não captura das práticas humanizadas pelos equipamentos de saúde, que tendem a realocar a enfermagem obstétrica dentro dos hospitais mediante as faltas em outras áreas de atuação, deixando a assistência obstétrica em segundo plano e nas mãos de residentes e médicos plantonistas, o que iria na contramão das diretrizes atuais da assistência.

Você que estuda política sabe das relações de poder. Quem tem poder num hospital? Pensa que um hospital faz quantos partos por dia e quantos são de risco. Aí está a reserva de mercado. Se eles abrirem mão disso, então... Porque enquanto eu tenho poder e resolvo tudo eu resolvo que todos vão fazer cesárea e eu vou ganhar x. Pensa nos convênios, pensa no São Luiz. E aí eu agendo, aí eu agendo e vou ganhando dinheiro e vou continuar ganhando e sendo solicitado. Aí vamos esquecer o dinheiro. Tem alguém aqui que faz práticas completamente diferentes das minhas, ela passa aqui 18 horas com a mulher, ela nem foi embora do plantão dela porque ela começou o parto e ela não quer deixar a mulher, porque ela tá quase parindo e ela não vai fazer nenhuma coisa pra adiantar esse parto pra ela poder ir embora. A minha prática é completamente diferente. Depois de amanhã vai chegar uma mulher aqui e falar: não, doutor, o Sr. vai embora? Minha irmã deu à luz aqui com a fulana e ela ficou. Então existem jeitos diferentes de se posicionar na saúde, e esse jeito de posicionar não interessa, pelo menos nesse momento, pra maioria das enfermeiras obstétricas e pros médicos que estão trabalhando nos hospitais. Por quê? Porque eles tem um desenho de trabalho que é muito diferente do desenho que as nossas alunas tem. E de relações de poder, e de jeitos de organizar a instituição... entendeu? Durante o trabalho de parto, a mulher não pode comer, não pode beber, e as nossas podem comer, podem beber, e a gente escuta o que elas falam, escuta o que elas pedem... e eles dizem: se vcs continuarem escutando tudo o que elas falam tudo o que elas pedem, vcs vão ver onde vão parar! Vocês vão virar escravos dessas mulheres aí. Então imagina isso. Então, tem reserva de mercado, tem “eu quero continuar tendo poder aqui” e tem um jeito de posicionar no campo que, quando outro posiciona diferente de mim, vai ter rixa, eu quero ser dominante aqui. (Jacqueline Brigagão, entrevista concedida em 16/08/2017).

O quadro desenhado por Jacque coincide e acrescenta à imagem colocada por Maristela, mas com maior crítica ao posicionamento de enfermeiros que, do ponto de vista de Jacqueline, estão confortáveis em seus papéis e, assim como os médicos, não tem muito interesse em subverter a forma como se dá a relação de poder entre assistentes e assistidos. Interessante que ela coloca, também, a questão das mulheres assistidas por obstetrizas passarem a exigir outro tratamento dos outros componentes da equipe, entendendo que o próprio trabalho humanizado gera maior demanda pela humanização.

Estes são trechos mais longos das entrevistas, escolhidos justamente por exemplificar claramente o que está em jogo para os profissionais e equipamentos envolvidos na assistência obstétrica com esta rivalidade. Não se trata apenas de uma “rixa histórica” que não teria mais sentido nos tempos atuais em que todos deveriam desejar o melhor para as mulheres assistidas e, portanto, trabalhar sob as mesmas diretrizes.

A tal reserva de mercado, mencionada também por todos os entrevistados é, na verdade, a opção por práticas distintas e formas distintas de distribuição do poder nas equipes e em relação às mulheres assistidas. Remete-se novamente às questões de valores sociais, em que a adversariedade já está presente, assim como na caracterização da identidade coletiva das obstetrizas, fundada a partir desta diferenciação com a enfermagem e a medicina.

Um elemento que mereceria ser aprofundado mas que não será devido ao tempo de conclusão desse trabalho, refere-se ao peso que a dimensão econômica do fazer médico tem sobre processos humanizadores. O alerta de “onde vão parar” nos permite inferir que o processo de captura do profissional pelo desejo da mulher parturiente afetaria diretamente a capacidade do profissional de realizar mais intervenções. Ao mesmo tempo, a despatologização acarretaria um processo de descentralização das relações de poder nas quais o poder médico estaria fragilizado frente à emergência do poder da obstetriz no instante em que sua ação descola-se e reposiciona o fazer médico, afetando diretamente as relações consolidadas entre médicos, medicina e os rendimentos econômicos decorrentes da hospitalização do parto. Nesse sentido, é visível a força existente entre interesses antagônicos, identificação de adversários e a dimensão política e econômica que sustenta o controle do exercício da obstetrícia pelo fazer médico e que são geradoras de sentimentos de injustiça experienciados pelas nossas depoentes.

Carla critica a postura dos conselhos que não tem prezado pelas melhores práticas na assistência, mas sim pela proteção dessa reserva de mercado que, numa equipe multiprofissional bem composta, nem teria sentido.

Eu acho que as instituições estão aí pra isso mesmo. Pra delimitar campo de atuação, né. O único problema é que eles fazem isso em defesa do corporativismo, e não em função da melhoria na assistência, ou das competências e habilidades de cada profissional. Ninguém tá preocupado em saber se o curso que tá formando tá formando bem. Só tá querendo saber que é mais uma profissão que pode atrapalhar os colegas e diminuir o campo de trabalho. E é isso que atrapalha o relacionamento. (Carla Azenha, entrevista concedida em 19/10/2017).

Carla corrobora, assim, a discussão feita anteriormente sobre a medicina não ser campo apropriado para a assistência de partos de baixo risco, vide recomendações da OMS e do MS. Por isso a obstetrícia viria para modificar o quadro e melhorar os índices de morbidade materna e neo-natal.

Importante pontuar que todos os entrevistados relativizaram a questão da adversariedade para diferenciá-la do que seria inimizade. Este é um ponto crucial, pois que todos reconhecem que existem profissionais de todas as formações que apoiam e até militam pela expansão da obstetrícia como meio de melhorar a qualidade da saúde da mulher no país. Portanto, circunscreve-se a luta no campo das corporações. Se é claro que há profissionais opositores, há também os aliados, que agregam força à luta.

Tem enfermeiros obstétricos que são nossos aliados, tem médicos que são nossos aliados, tem psicólogos que são nossos aliados e, do mesmo jeito que tem os que são nossos aliados, tem os que são nossos adversários, porque não compreendem a formação, porque acha que falar parteiro já é um absurdo. E tem médico que se diz parteiro, médico amigo nosso, que é do movimento, que diz ó: 'eu sou parteiro, quero aprender com vocês'. Então, nós temos aliados em todos esses campos profissionais: da medicina, da enfermagem, das áreas correlatas de saúde. (Jacqueline Brigagão, entrevista concedida em 16/08/2017).

Segundo Bete Franco, os principais adversários do movimento pela obstetrícia, atualmente, são:

Adversários: conselho de enfermagem, algumas enfermeiras e enfermeiros. Também médicos e membros da comunidade USP que não acreditavam na possibilidade de ganharmos a luta com conselhos. (Elizabete Franco, entrevista enviada por e-mail em 13/12/2017).

Bete coloca membros da comunidade que não contribuíram para a luta travada com os conselhos como antagonistas também, compreendendo que não acreditaram na possibilidade de vencer aquela batalha inicial, da qual foi grande entusiasta.

Vale destacar, portanto, que falar de adversários não é o mesmo que falar de inimigos porque, nesse processo, se observa uma mudança de posicionamento dos atores. Potenciais aliados, em determinado momento, podem ser vistos como adversários. Assim como, adversários podem, em outros momentos, atuar como aliado. A categoria inimigo indica uma ruptura que quase que impossibilita a formação de alianças pois o grau de antagonismo entre os atores é elevado. Observamos que a capacidade de identificar adversários e interesses antagônicos varia de acordo com as experiências, o vivido, de cada um dos depoentes, o que possibilitaria posicioná-los de um modo variado em alguma tipologia de consciência política. Entretanto, qualquer esforço de categorização fala apenas de um modo de posicionamento desses sujeitos a partir das limitações de seus ditos (e não ditos) recolhidos no curto tempo de reflexão que é a prática da entrevista. Isso é relevante porque pensar interesses antagônicos e adversários é um espaço revelador de como cada sujeito se posiciona frente às suas crenças e valores suas formações identitárias, seus sentimentos de eficácia e ineficácia política, do modo como a injustiça pode lhe imobilizar ou mobilizar para a ação individual e coletiva que pode estar expressa nas metas de ação coletiva. Mais uma vez, ao analisar uma categoria, nos deparamos com essas interrelações que o modelo permite construir frente à complexidade da vida recortada nessa pesquisa.

5.6. Vontade de agir coletivamente / Ação / Metas de ação coletivas

Nesse tópico decidimos articular em um único momento de análise as dimensões vontade de agir coletivamente e metas de ação coletiva. O motivo dessa escolha é o nosso entendimento de que essas duas dimensões refletem elementos das cinco anteriores e a análise conjunta pode potencializar a compreensão dos posicionamentos e escolhas de nossas depoentes no processo de construção do curso de obstetrícia e sua forma de lutar em prol da humanização do parto.

A própria proposição do curso pode ser considerada uma ação em prol da humanização das práticas em saúde da mulher. É revolucionária na medida em que desafia conselhos de classe, instituições da assistência e Estado – envolvendo as três instâncias: executivo, legislativo e judiciário – a tomarem seus lugares nessa luta.

As condições que levam à criação das políticas do Ministério da Saúde são objetivas e sintetizadas por Liz em sua entrevista, configurando a motivação para ações que visaram modificar esta realidade por meio de novas práticas.

Acho que a política nacional é de 2005, que é o momento que o curso se funda. E diante de todo o cenário que a gente tinha, porque hoje melhorou muito, mas peregrinação, mulheres morrendo por causas evitáveis, das violências institucionais, desse corpo que é objeto, que é manipulado. Então a gente tem que mudar o modelo, obstetriz vem pra mudar o modelo. (Liz, entrevista concedida em 06/10/2017).

Liz refere-se à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, lançada em 2004 pelo Ministério da Saúde, que institui novas diretrizes e parâmetros para a assistência com o objetivo de modificar a realidade de violência encontrada nesse campo. Ao dizer: “obstetriz vem pra mudar o modelo” Liz afirma parte importante da identidade das obstetrizes, encontrada em muitas das falas de todos os entrevistados.

Raphael conta com orgulho de seu envolvimento efetivo nas ações pela manutenção do curso.

Eu... na faculdade eu me engajei muito nessa questão de manter o curso de obstetrícia, porque a gente passou por muita coisa. E isso faz muita diferença na nossa formação, viu? Dá pra ver que os obstetrizes mais novos, eles não dão muito valor pra essa luta política. Porque a gente passou por esse fechamento do curso, esse início de fechar, a inclusão... e a minha turma foi a última a sofrer muito com essa inclusão. (Raphael Cruz, entrevista concedida em 11/8/2017).

Raphael se refere à enorme carga horária a que foram submetidas algumas das turmas que cursaram obstetrícia no período de mudança do currículo, que foi uma das ações que garantiu a permanência do curso.

A vontade de participar das ações, de empreendê-las coletivamente parece ser unânime entre os entrevistados. A vivência de uma situação-limite, em que estiveram ameaçados de perder ou de nem obter o importante direito ao exercício profissional após quatro anos de formação em um curso de excelência, trouxe ao grupo – formado por docentes, alunos e recém-formados – a possibilidade de enfrentamento coletivo de uma dificuldade tomada como injustiça que foi, em si mesma, formadora da consciência política dos envolvidos.

Como refere Maristela, eram um grupo de docentes menor que o atual, mas talvez este fator tenha contribuído também para sua união. Não era possível se isentar da participação, o próprio curso estava em jogo, e todos foram chamados à

participação nas ações que eram pensadas e executadas visando pressionar o Conselho e as instâncias jurídicas em que o debate se estabeleceu.

Todas nós, a gente tava bem mais unida, não sei se a gente era um grupo menor, não sei se precisar, mas acho que a gente era uns 40% menos de docentes em 2008. Então a gente foi junta no COREN, bater panela aqui dentro, participei sim, das discussões, de mudar ou não, quais disciplinas que vão inserir, era uma época que a gente conseguia a participação de todo mundo. (Maristela Urasaki, entrevista concedida em 10/08/2017).

Como resultado dos primeiros momentos da luta, a AO-USP (Associação de Alunos e Egressos do Curso de Obstetrícia da Universidade de São Paulo) é criada para fortalecer as ações do grupo. Um CNPJ, uma associação com personalidade jurídica que permitiu representá-lo frente ao parlamento, aos juízes, ao governo e a toda a sociedade.

A AO é muito importante porque uma entidade com CNPJ tem muito mais representatividade né, pra marcar agenda com deputado, e com órgãos públicos, um CNPJ tem muito mais... Por mais que, na prática, seja um negócio super fraco no sentido de não conseguir se sustentar, se sustenta pela necessidade e boa vontade das pessoas. Porque não é um negócio lucrativo, benéfico assim, é um negócio que demanda muito das pessoas que se elegem. (Raphael Cruz, entrevista concedida em 11/8/2017).

Raphael toca num ponto interessante. A importância da AO é justificada pela força da personalidade jurídica no enfrentamento junto a órgãos públicos, mas por outro lado exige muito de seus dirigentes, “boa vontade” em suas palavras. Quando ele diz ser, na prática, “um negócio super fraco” refere-se aos custos de manutenção de uma associação, que é um problema comum às associações pequenas e periféricas tão presentes em nosso país, pois o trabalho é voluntário e por vezes custos contábeis, com honorários advocatícios e burocracias são altos para grupos pequenos e vulneráveis que os empreendem. Isto nos leva a reconhecer que a própria criação da AO demandou um grande esforço por parte dos primeiros eleitos para sua diretoria e configura, desde o princípio, uma forma de luta coletiva e de resistência às adversidades que se colocaram.

Com a AO-USP coletivizam-se ações na justiça, empreendidas para garantir – em um primeiro momento por meio de liminar – o registro profissional aos primeiros obstetristas formados.

Mas a gente entrou com advogado. Teve uma ação e a gente conseguiu com uma liminar, num primeiro momento. Mas a gente pagou. Pra conseguir o mais rápido possível. E aí depois teve todos os processos, que foi de manifestações, e ir pra rua, enfim. [...] aí a AO surge, precisamos nos mobilizar, e aí vamos à luta. E aí nessa história, a Bete e a Jacque tiveram papel importante, e uma obstetriz que chama

Mariana Gervásio, que agora tá trabalhando no interior, ela foi falar com um juiz numa audiência, deu a cara pra bater... (Liz, entrevista concedida em 06/10/2017).

Liz, assim como outros entrevistados, refere o protagonismo de Bete Franco e Jacque Brigagão na representação docente do grupo. Interessante notar que são as psicólogas que se colocaram à frente na batalha. As duas tem histórico militante anterior ao próprio curso, e provavelmente sua experiência pregressa tenha sido importante para que exercessem liderança nas ações que se sucederam.

As ações pela manutenção do curso e consolidação da profissão são descritas desde o início do capítulo, e estão resumidas na seguinte fala de Bete Franco:

Busca de auxílio na justiça, ação do MPF, constituição da AO, atos públicos, audiências públicas, reuniões, divulgação virtual, busca de apoio parlamentar e governamental, articulação com movimentos sociais. (isto após o fracasso do diálogo e negociação com conselho de enfermagem). (Elizabeth Franco, entrevista enviada por e-mail em 13/12/2017).

Vemos a confirmação do protagonismo de Bete em suas próprias palavras, ao descrever sua participação neste processo de embate político.

Participei ativamente deste processo compondo o coletivo de professoras e estudantes que defenderam o curso. Minha participação se deu em diferentes frentes, como desencadeamento e acompanhamento do processo junto ao MPF, organização e participação em atividades e atos dentro e fora da universidade para a garantia de manutenção do curso e participei da criação da AO, articulação com movimentos sociais e legislativo. (Elizabeth Franco, entrevista enviada por e-mail em 13/12/2017).

Um rol de leis, portarias e resoluções apresentado nos primeiros capítulos foram modificando, nas últimas décadas, o ideário da prática de assistência, e o fato de estarmos em plena mudança de paradigma em relação à assistência à saúde nos leva a crer que se, por um lado, não existem divergências teóricas quanto à humanização da assistência, por outro a prática é resultado de décadas de história em que outros paradigmas estavam colocados, o que torna difícil sua modificação pela simples alteração das leis.

Segundo Bete Franco, as metas que unem, hoje, obstetrizas são:

A defesa dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, a mudança nos modelos de assistência à saúde da mulher, especialmente na gestação, parto e pós parto, o protagonismo das mulheres na condução da sua saúde sexual e reprodutiva, a defesa da obstetrícia e a consolidação da profissão no país (e no mundo). (Elizabeth Franco, entrevista enviada por e-mail em 13/12/2017).

Para Dulce as novas diretrizes são vistas como resultado da evolução da própria ciência assim como ocorreu na década de 1960, quando o acesso às novas tecnologias e o controle de medicamentos permitiu melhorar as condições de assistência no campo obstétrico. Uma das metas que se poderia atribuir a ela seria seguir com o novo, de modo a sempre se reinventar, percebendo que o novo e o velho são partes de uma mesma realidade. De certo modo Dulce reconhece o valor desta evolução em momentos diversos da história que guardam, em comum, o direito coletivo como prioridade.

Tive o privilégio de ter feito uma coisa na ida e visto diferente na volta, a ocitocina foi boa, a raqui foi boa, a peridural foi boa, a episio foi boa, sempre falo que não estou propagando de rotina, dito e provado que não precisa da episio, mas em algumas situações precisa. E você precisa costurar, eu vim de uma época, que parecia que as mulheres não tinham anus e vagina, elas tinham cloaca. E aquilo levava as mulheres a fazer períneo, as mulheres da geração anterior faziam muito períneo. Lógico, laceração é laceração, mas rotura de primeiro grau, suture, pelo amor de Deus, elas discutem, viu? Você tem que aprender tudo, o fácil, o difícil. (Dulce Gualda, entrevista concedida em 19/10/2017).

Destaca-se a conciliação proposta por Dulce, que reconhece ser intangível mas necessária como utopia, pois a realidade desejada parece ser a síntese da própria luta que trava pelo respeito à mulher que deve ser acolhida em seus desejos, como quando ela problematiza a imposição das evidências científicas como violência àquelas mulheres que desejam opinar em seus partos e em seus corpos e, de alguma maneira, não são apoiadas pelas evidências disponíveis. Mas a conciliação almejada não se traduz em unificar dois ou mais *corpus* profissionais, e sim abrir mão da totalidade e conviver com a diferença. Também em relação à prática isto aparece como um desafio. Um dos pontos que ela relaciona para definir o que é ser obstetriz é “Respeitar e defender as escolhas de pessoas, de famílias e de grupos, mesmo que sejam contrárias as suas”. (Dulce Gualda, entrevista concedida em 19/10/2017).

Sobre a criação de um conselho profissional próprio, que parece ser uma meta mais de longo prazo para todos os obstetristas entrevistados, Dulce argumenta:

Eu sempre falei isso, sempre acho. Se a obstetrícia tivesse o seu [conselho próprio] teria tudo a ver, porque a coisa da enfermagem é da enfermagem, ou, por exemplo, outra coisa que eu acho que o COFEN abre mão disso, mas por exemplo você vê o CREA. O CREA tem a arquitetura, engenharia e não sei o quê. Então cada qual toma conta do seu pedaço. Então isso seria uma coisa legal. Mas acho que o COFEN não abre espaço para isso. Então teria toda uma regulamentação. No mundo, isso eu estou falando para elas desde muito, no mundo obstetriz e enfermeiras são coisas separadas. A obstetriz, a regulamentação, a associação e tudo mais é tudo separado. (Dulce Gualda, entrevista concedida em 19/10/2017).

Dulce traz, novamente, o elemento histórico e de contextualização. E faz uma crítica ao COFEN na medida em que considera que ele não teria interesse em abrir espaço pra um gerenciamento compartilhado que respeitasse o espaço de cada profissão. Ela coloca a criação de um conselho próprio como uma meta para o movimento diante da impossibilidade deste respeito ao espaço da obstetrícia dentro dos conselhos de enfermagem.

Cris corrobora a ideia de um conselho próprio, mas antevê o embate que ocorreria.

Tem que haver a força. Mas acho que seria interessante até, ter um conselho à parte, entendeu? Que você legislaria pelos interesses específicos da gente, mas acho que daí a gente teria um embate de força política. (Lúcia Cristina Florentino, entrevista concedida em 14/08/2017).

Apesar da formação em enfermagem obstétrica, Cris se apresenta como obstetriz desde muito antes do retorno da formação direta, identificando-se com a profissão e sentindo-se parte deste corpo profissional, como observado quando diz: *“você legislaria pelos interesses específicos da gente”*. Ela expressa este compartilhamento identitário com as obstetrizes quando fala sobre a humanização e sua força de aplicação no campo da assistência, não restringindo ao atendimento ao parto ou à própria mulher, mas como parte da compreensão de que toda a comunidade é inserida e acolhida por este viés.

Existe essa filosofia da humanização do parto, né? É uma coisa que tem sido bem pautada pelo curso, pelos nossos egressos, pelos professores, então a gente se volta muito, mas lembrando que quando eu falo humanização do parto não é só no parto, então sempre voltar para tudo. Então, por exemplo, a gente tem agora feito um movimento muito grande nessa coisa da inserção do pré-natal do homem, então a gente tem tentado inserir... esses dias ainda eu estava brincando que a gente deveria fazer um projeto, alguma coisa, que inserisse os avós, acho que não sei se é porque hoje em dia eu sou avó, mas eu fico preocupada. (Lúcia Cristina Florentino, entrevista concedida em 14/08/2017).

Pode-se observar diferentes blocos de metas de ação coletiva, a partir do ponto de vista dos atores. A partir da necessidade de formar maior número de profissionais, o que agregaria força de mobilização e influência na atuação em campo, a criação de novos cursos de formação direta em obstetrícia é uma das metas mais referidas nas entrevistas. Raphael observa que a formação de novos docentes obstetrizes para atuar nestes novos cursos é, também, fundamental para a consolidação da profissão.

Então a gente tá tentando. Eu chamei dez obstetrizes também, pra gente dar aula. A ideia vai ser montar um curso mais ou menos parecido com o da USP, talvez um

pouco mais reduzido, mas com a mesma ideia, o mesmo ideal. A gente vai tentar fazer até melhor, porque os professores todos obstetristas. (Raphael Cruz, entrevista concedida em 11/8/2017).

Raphael trabalha na perspectiva da construção destes cursos como uma ação pela expansão profissional da obstetrícia, que precisa ocupar territórios.

Para Bete, o que impediu a pronta expansão da formação foi a tentativa de fechamento do curso, mantendo-se otimista e perseverante em suas ações. Ela encerra: “mas vamos conseguir”.

A tentativa de fechamento do curso gerou um impacto negativo na perspectiva de expansão, como se outras instituições esperassem nossa resolução para observar se vale investir. Além disto ainda há resistência por parte da enfermagem e da medicina (não todos os profissionais, mas pessoas dentro destes segmentos). A resolução definitiva (ganho da ação civil pública) é muito recente. Penso que temos que trabalhar para a expansão, mas vamos conseguir. (Elizabeth Franco, entrevista enviada por e-mail em 13/12/2017).

Cris, enfermeira obstétrica por formação, hoje professora da graduação em obstetrícia da USP – e que acompanha estágios em hospitais da rede pública – mostra como a modificação das práticas pode ser custosa mesmo com o conhecimento das novas diretrizes da assistência, e aponta para a necessidade de esforços para a mudança dos “hábitos” consolidados pela prática, e que obstetristas desta nova geração devem chegar à docência para que se “solidifiquem” práticas mais humanizadas.

É o hábito, e aquilo tudo que você aprendeu você tem que desconstruir, e é muito difícil. Você desconstruir, que é aquilo que você falou mesmo, dessa linha teórica que você está trabalhando, que vem com toda a sua formação anterior. E é verdade, eu não sou só o agora, eu sou tudo o que eu já fiz, e que eu vim construindo com o passar dos anos, então é muito difícil você desmoronar tudo e refazer solidamente, então é difícil, é muito difícil. Então é um exercício? É. Eu melhorei? Melhorei. Faço muito menos intervenções? Faço. [...] Claro que hoje eu faço parte, tive que fazer episio, faço com muito mais critérios, mas antigamente era 100%, porque era assim que você era formado. Quando você fazia um parto com a paciente na cama, você era chamada para se explicar. Por que nasceu na cama? Por que nasceu no banheiro? Por que você não fez episio, isso era pontuado como uma má assistência, entendeu? Então, hoje, é o contrário: nossa, que bom, você está confortável aqui na cama? “estou”. Quer fazer aqui? Quer ter aqui? Quer ir no banheiro? Quer que eu faça o seu parto no banheiro, embaixo d’água, que vai ser mais gostoso para você? Eu vou, aqui, segurar, e amparar seu bebê aqui embaixo, você concorda? Imagina, se eu fizesse isso eu seria mandada embora, entendeu? Esses são os padrões que as pessoas têm dificuldades para entender. (Lúcia Cristina Florentino, entrevista concedida em 14/08/2017).

Percebe-se uma polarização entre as antigas e as novas diretrizes na assistência. Quando Cris diz que tempos atrás seria impróprio fazer o parto com a paciente na cama ou não fazer episiotomia, por exemplo. Eram condutas tidas como

“má assistência”, que ocasionariam problemas com a gerência ou a perda do emprego. A relatada dificuldade em fazer desmoronar antigas práticas traduz a realidade da assistência e condiz com a dificuldade de se modernizar as práticas institucionais. Pode-se ter uma ideia da diferença entre o que era esperado do profissional da assistência e de como as novas recomendações se opõem radicalmente às anteriores a partir de sua fala. Os novos valores pautados pela humanização parecem desestruturar o arcabouço teórico-prático no qual se baseava a assistência há algumas décadas.

Porque você não tem um reconhecimento ainda da sociedade, da importância do papel desse profissional, né? Então eu brinco que deveria colocar na novela das oito da Globo, porque seria a força da mídia para poder conduzir e reconhecer. (Lúcia Cristina Florentino, entrevista concedida em 14/08/2017).

Cris coloca a publicização do profissional obstetriz como uma meta a ser perseguida. Ela “brinca” com a ideia da novela das oito, mas em verdade não parece considerar uma brincadeira, mas uma estratégia capaz de remodelar a imagem que a obstetriz tem, de se fazer reconhecer a profissão pelas competências e pelo diferencial da humanização.

Jacque observa que há metas das obstetrizes que estão se formando no curso e que há metas na docência, que se diferenciam pela posição que ocupam na luta. Se as alunas têm dificuldades em sua inserção no mercado, aos professores resta encarar as dificuldades do próprio curso, como a falta de professores para acompanhamento dos estágios. Maristela também tocou neste ponto como um importante salto a ser dado na direção de melhorar ainda mais a qualidade da graduação.

As obstetrizes que nós formamos são unidas pela inserção no mercado. Essa é a luta atual das nossas ex-alunas com as quais eu colaboro. Agora, dentro do curso, são os professores. Se tem alguma coisa que une as professoras e que nós vamos fechar juntos nas reuniões, é que nós precisamos contratar mais docentes. Nós podemos ter muitas discordâncias, mas nós todas acreditamos que a gente precisa de mais docentes pro curso ficar melhor. Isso é uma coisa que une a gente. (Jacqueline Brigagão, entrevista concedida em 16/08/2017).

A luta ocorre, também, dentro da Universidade. Uma meta clara deste subgrupo formado pelas docentes é a contratação de mais professores e a formação de um futuro corpo docente com maior participação de obstetrizes. Esta é uma meta de ação pela qual todas as diferenças se apaziguam, formando a unidade necessária à luta. A defasagem numérica de professores, notadamente nos campos de estágio – em que os grupos são formados por oito alunos, demandando mais

profissionais e esforços no sentido de abrir campos, conveniar o curso aos hospitais e maternidades – remete à falta das casas de parto na cidade, que poderiam ser um espaço muito apropriado para se praticar o novo modelo de assistência que encontra grandes barreiras nos hospitais.

Tanto quanto ocupar os hospitais, a obstetrícia precisa ocupar a universidade, os bairros, a cidade que acolheu o primeiro curso de formação direta após três décadas de exclusão da profissão do cenário acadêmico. Estes objetivos aparecem nas falas de maneira dispersa, enfraquecida mediante a necessidade de garantir a mínima sustentação do direito já conquistado – e ameaçado constantemente. Como afirma Carla, ainda não se consegue pautar avanços como estes porque a AO se ocupa de batalhas jurídicas morosas promovidas pelas corporações de classe.

Nota-se, portanto, que a vontade de agir coletivamente é impulsionada por um processo de reconhecimento da eficácia política das ações até aqui realizadas. Com muita dificuldade, mas com sucesso. As dificuldades da luta são um elemento motivador da ação coletiva que se encontra potencializada pelo vínculo identitário construído pela obstetrícia e que tem transformado aspectos cristalizados das crenças e valores sociais. Perceber que uma outra forma de tratar a saúde da mulher é possível e que o sistema, ainda que vagarosamente, sofre mudanças positivas, fortalece a percepção de que as metas traçadas estão no rumo certo. Essa percepção traz duas posições complementares. A primeira refere-se à ação interna do curso por parte de docentes e estudantes que travam uma luta para a melhora dos recursos formativos disponibilizados pela Universidade. Nesse caso é uma meta central a contratação de docentes e técnicos que permitam uma melhor formação no campo, bem como a criação de uma casa de parto no ambiente universitário ou em associação com ele. No âmbito dos profissionais formados, a luta é travada com o enfrentamento dos processos de deslegitimação profissional. Comprovar a competência é uma meta que está no horizonte e atua como elemento motivacional para a atuação cotidiana. Cada ação particular repercute no exercício da colega que se encontra noutro ambiente, e que se sente fortalecida quando lhe chega a notícia de que, nesse campo de disputa, uma obstetriz logrou impor algum dos elementos constitutivos da forma de pensar e fazer durante sua graduação na EACH. Portanto, essas dimensões refletem os diferentes caminhos trilhados pelos depoentes, e apontam para um projeto de ação que visa permitir que a obstetrícia ocupe um lugar legítimo no âmbito da saúde.

5.7. Os Movimentos da Consciência Política

O modelo da consciência política de Sandoval propõe a análise da qualidade da consciência como produção contínua de sentidos para a realidade, formada por enumerados aspectos tidos como dimensões. O exercício de sua aplicação nos impõe observar a potência presente em indivíduos e grupos e, em nosso estudo, identificar, nas entrevistas realizadas, a emergência de sujeitos complexos num retrato momentâneo, capturado num tempo-espaco e compreendido como histórico, social, cultural e político. A aproximação com o *modelo de análise da consciência Política* de Sandoval nos levou a buscar em Paulo Freire, como já o fez Ansara (2008), inspiração para um elo entre o movimento de formação da consciência Política de cada uma das pessoas que se dispuseram a realizar conosco um *encontro-entrevista* e o sentido que há, para elas, em viver o exato momento histórico em que se fez nossa fotografia.

Freire (1979) propôs uma educação por e para a consciência crítica. O estabelecimento de um processo linear, de um caminhar que parte da *consciência ingênua ou intransitiva*, própria das sociedades fechadas, à *consciência transitiva-reflexiva* presente nas sociedades em transição e à *consciência transitiva reflexiva-crítica*, propicia à libertação humana. É possível propor, a partir de Freire, não um paralelo, mas uma intersecção com o modelo das dimensões de Sandoval, para compreender que quanto mais força há na relação entre as dimensões para a formação da consciência política de um indivíduo, mais próximo ele estará de uma consciência transitiva-reflexiva-crítica.

Essa maneira de entender possibilidades de produção da consciência política de indivíduos e grupos gerou uma tipologia que nos auxilia a entender o momento de cada sujeito que participou da pesquisa e as diferentes movimentações e mobilizações que formaram a luta pela defesa da obstetrícia. Sandoval, em um texto de 1989, propõe pela primeira vez uma tipologia ao analisar questões relativas ao trabalho na sociedade Brasileira, sendo que esta forma de entender o processo de conscientização daqueles sujeitos é, para nós, inspiradora, mas não definitiva como bem se pode ver nos trabalhos que usam o modelo (Andrade, 1998; Silva, 2001, 2002, 2008; Ansara, 2008; Costa, 2008; Costa, 2012; Pudenzi, 2014; Silva & Ferreira, 2015; Ba-Senga & Silva, 2015; Silva & Corrêa, 2015). Por essa razão, ao nos debruçarmos sobre cada um dos relatos, recordamos aquela maneira de

nomear consciência que Paulo Freire propunha. Assim, as adotamos como recurso para entender os movimentos que cada sujeito construiu nesse processo político a partir das entrevistas. A mediação desse contato entre os complexos sujeitos encontrados e os possíveis leitores se concretiza no texto que não contém totalidades, mas fragmentos, material da própria pesquisa. Mediar é compartilhar elementos que são maiores e que nem sempre são visíveis, tangíveis. A tipologia freireana nos ajuda a aproximar cada leitor do que foram essas experiências singulares que nos conduziram às análises presentes nessa dissertação.

Dulce, proponente do curso no qual nos debruçamos nesse trabalho para dele extrair a história de uma luta política e seu contexto, afirma ter sido essa tarefa o seu esforço final, como Bolt²² juntando forças para um último momento da corrida. Aposentada desde 2014 após escrever, implantar e coordenar a nova graduação em obstetrícia pelos seus primeiros quatro anos tem uma visão privilegiada da historicidade da ciência e de como a obstetrícia ocupa seu lugar aí. As experiências pessoais e profissionais vividas e narradas em sua entrevista contribuem para a formulação de novas questões que mesmo a ciência obstétrica mais contemporânea – que alia a tecnologia biomédica às ciências humanas e sociais, promovendo uma qualidade reflexiva e crítica às novas práticas –, não dispõe de soluções.

Dulce coloca a questão da inflexibilidade da evidência científica como uma barreira para que se alcance o objetivo primeiro da humanização que é respeitar a mulher em seu lugar de interlocução, em suas crenças e determinações, mesmo quando não concordamos com ela. Com um exemplo didático, ilustra-nos como pode uma evidência científica ser autoritária na prática da assistência:

Eu fiz um trabalho uma vez com uma aluna, no HU, que ela queria, as mulheres odeiam, porque tricotomia [raspagem dos pelos] é uma prática que não é para ser feita. As mulheres querem, e aí o HU começou a não fazer. As mulheres iam todas rapadinhas. É a evidencia científica. Daí nós fizemos um trabalho que a gente discutia essa evidencia científica, que na verdade a gente tinha que seguir a orientação, explicar, que foi o que depois a gente acabou fazendo. “não precisa fazer isso, mas se você quiser nós vamos fazer assim. Eu vou fazer embaixo e em cima a gente não faz, está bom”, porque é muito incomodo, quando crescer vai coçar, é horrível, você vai se sentir desprotegida. Se ela insistir a gente fazia mesmo, agora, com a revista, que eu mandei o artigo, não aceitava, porque se é evidencia científica é para ser cumprida, e na verdade não é isso. (Dulce Gualda, entrevista concedida em 19/10/2017).

²² Usain St. Leo Bolt, o atleta jamaicano ganhador de oito medalhas de ouro olímpicas, reconhecido por imprimir grande velocidade na reta final das corridas.

Este caso é simbólico de como a ciência tende a ser protocolar. Mais que alterar protocolos, trocando antigas por novas obrigações, Dulce compreende que uma evidência deve ser considerada, informada, e avaliada junto à pessoa que receberá aquele cuidado. É isto que propõe a humanização. No entanto, ao impor as novas evidências como leis e protocolos a serem seguidos, tende-se a radicalizar para outro polo a mesma violência que se queria evitar.

Compreende-se que este é o ponto de vista com que a educadora, formada pedagoga antes mesmo de ser obstetriz, ainda na década de 1960, chega, em sua própria consciência transitiva-crítica-reflexiva, tornando-se capaz de abraçar a realidade diversa das outras pessoas com alteridade e respeito e acreditando na educação como ferramenta potente para as transformações almejadas.

Essa percepção da necessidade de flexibilizar as práticas da assistência a leva a perceber que o novo científico carrega consigo a negação do velho, necessita ser antítese, mas tão somente para, historicamente, conceber sínteses que ainda não pôde formular. Dulce aposta numa nova geração de obstetrizes com um sólido arcabouço teórico em que matrizes científicas biológicas e humanas se somem e não mais se choquem em enfrentamentos improdutivos.

Cris se formou em outra época, 1981, mais de uma década após a chegada de Dulce à profissão e, como ela, presenciou a grande valorização da biotecnologia e a disseminação de seu acesso como um direito. Enfermeira especializada em obstetrícia praticou, durante duas décadas, intervenções hoje consideradas danosas e sofre e luta para modificar o seu fazer. Esta é sua contribuição constante, surgida da identificação com as obstetrizes e sua história. Ela prima pela consolidação de uma profissão que é a sua, mas que, dado o momento de mudança nos paradigmas em saúde, considera que demande novos quadros docentes, forjados por esse novo tempo. Ciente de que aprendemos no fazer, faz e propõe que se faça o novo, percebendo sua melhor atuação a cada dia, num processo que reflete o desenvolvimento da mudança social em curso e, reconhecendo seus limites – sem deixar de lutar contra eles – entende que é por meio da formação que se disseminarão as novas práticas.

É marcante como sua ampla percepção da humanização coloca o próprio olhar em contexto, incluindo-o nesse novo fazer. Pais, comunidades, avós, todos são chamados a ocupar seu lugar, sua parte nessa assistência que os vê e reconhece sua importância para o alcance de melhores resultados. Sua

sensibilidade e empatia com as mulheres e com suas alunas da graduação são materiais para a mudança, instrumentais para o desenvolvimento de sua própria consciência política e a de suas alunas. Nesse sentido, poderíamos dizer que Cris encontra-se num processo de construção de uma consciência transitiva reflexiva crítica. Essa construção está pautada a partir da relação cotidiana com o fazer, com a experiência diária que lhe faz destacar a dimensão humana, mas que ainda se encontra ancorada em uma compreensão que pode parecer um pouco ingênua, de que a educação cumpriria um papel revolucionário visto que, aparentemente, o aspecto político não ocupa um papel claro no seu modo de compreender a luta.

Cris e Dulce foram as representantes das obstetrizes e docentes de gerações anteriores nesse grupo entrevistado. Mesmo considerando que há muitas diferenças no modo como vivenciaram a formação e a profissão que assumiram para si como uma vocação, as práticas correntes nas últimas décadas as aproximam em relação à nova geração que se apresenta a partir de 2008. São elas que, mesmo reconhecendo as diferenças, assumem o papel de conciliar com a enfermagem. Atuaram nos conselhos pelo direito ao curso, fizeram parcerias preciosas pela sua difusão. São combatentes desse tempo e de outros. As semelhanças em pontos relevantes de sua visão da luta possibilitou que fossem percebidas como um subgrupo, denominado aqui “geração formada nas décadas de 1960 a 1980” para fins da construção de um quadro que expõe as diferenças geracionais entre os grupos destacados.

Maristela Urasaki é enfermeira e tem uma experiência profissional pregressa ao curso bastante diversa de Dulce e Cris. Trabalhou por cerca de dez anos com saúde mental, trazendo sua aproximação com o movimento antimanicomial como contribuição, não apenas ao movimento dentro da Universidade, mas principalmente na forma serena e persistente com que enfrenta os embates cotidianos nos campos de estágio. No momento da entrevista era coordenadora do curso de graduação do qual tratamos nesse estudo, e considera que esse aspecto de seu trabalho lhe permitiu desenvolver novas sensibilidades, a partir das quais sua avaliação das contribuições de docentes e alunos se modificou. Suas crenças, valores e expectativas sociais são, em parte, semelhantes às das obstetrizes da primeira geração mencionadas acima.

Sua aproximação mais recente com a obstetrícia, no entanto, faz com que observemos alguns aspectos compartilhados com as docentes psicólogas que,

como ela, aderiram à luta de outro corpo profissional tornando-se parte do seu movimento. Chegou a participar da batalha no COREN pelo registro das primeiras turmas formadas, único espaço em que as psicólogas não puderam agir diretamente. Apesar de reconhecer a violência que a negativa ao registro representou aos formados e a ilegalidade de tal ato, já que a atuação da obstetriz é resguardada pela mesma lei da enfermagem (Brasil, 1986), sua capacidade de ponderar a leva a conciliar os campos adversários, assumindo que tal contrariedade não é pautada por todos os enfermeiros, mas por uns poucos que possuem poder político para influenciar o Conselho.

Maristela considera que a “radicalização” pode funcionar como um fundamentalismo, estando a desserviço do movimento, o que a leva a não “bater de frente”, mas “ir pelas beiradas”. Compreende que é dentro do campo, trabalhando, que se ganha o jogo político, e por isso utiliza sua habilidade de mediadora para conquistar espaços para a atuação desta nova geração de profissionais.

Observamos que Maristela teve ampliada sua consciência política a partir dos embates ocorridos após 2008. O curso tornou-se um espaço de formação política para alunos e professores. Sua crença na legislação que garantia o direito ao registro das primeiras turmas estava “correta” já que, do ponto de vista racional, não havia o que ser discutido. Ao encampar esta posição aos seus alunos, sentiu-se traída pelo Conselho quando a negativa ocorre. Parece ter compreendido, a partir deste disparador, que a luta seria necessária. Nada estava, verdadeiramente, garantido. E suas crenças vão-se modificando no decorrer de sua atuação docente partindo desse lugar mais ingênuo para uma maior consciência sobre o campo em que a luta se daria. Podemos dizer que Maristela demonstra uma consciência política transitiva reflexiva que caminha para o que Freire denominou reflexiva crítica. Tal consciência se constrói entre a reforma do sistema e a ação contra hegemônica que ela pode exercer enquanto parte da corporação da enfermagem.

Jacqueline Brigagão, psicóloga social, chega à docência do curso com uma bagagem importante adquirida no movimento feminista. Tem clareza de que os movimentos sociais são distintos e, no entanto, complementares, e considera que o contato com as ciências humanas influenciadas pelos movimentos de mulheres é fundamental para a constituição de novos modos de atuar profissionalmente. Sua experiência pregressa empresta ao movimento da obstetrícia gerado na Universidade repertórios de ações para a militância ativa, força de mobilização e

vontade de agir, crença na política como forma primordial de se alcançar mudanças sociais desejadas. Por isso é referência para suas alunas e ex-alunas, que ainda a procuram e com quem colabora frequentemente, acompanhando os processos de luta para inserção profissional dos formados.

É mencionada com deferência também por todos os colegas docentes, que a consideram parceira importante nas lutas atuais. Entre elas, Jacque destaca a contratação de mais professores para que se garanta a qualidade da formação oferecida, e entende que esse é um ponto de concordância que une os docentes, atualizando a meta dentro da Universidade como parte da luta do movimento.

Aparentemente, Jacqueline ocupa um lugar de “intelectual orgânica”, no sentido gramsciano, junto ao movimento. Sua atuação parece ser estratégica à hora de amalgamar as diferentes formas de perceber a eficácia política das ações empreendidas na defesa do curso. Entendemos que sua forma de se colocar frente à diversidade de posições docentes e discentes, as quais são atravessadas por uma gama de emoções que hora potencializam e hora fragilizam a ação, é estratégica na manutenção do vínculo social entre os diferentes atores. Sua consciência denota qualidades reflexivas e críticas que a colocam numa posição privilegiada que, na perspectiva de Freire, é caminho para a libertação humana, por estar comprometida com um processo revolucionário, que busca mudar o mundo a partir do seu fazer. Ela tem uma avaliação elaborada das contingências que atravessam o movimento, e contextualiza com serenidade e disposição para a ação.

Bete Franco, psicóloga social, é referenciada por todos os entrevistados quando se trata da luta desencadeada após 2008. É militante desde os tempos do movimento de AIDS, tendo atuado também no sindicato e no movimento feminista. Sua capacidade de agregar forças à luta é admirada por seus pares e ex-alunos entrevistados e sua atuação no movimento foi histórica, pois empreendeu ações que pareciam, à maioria dos envolvidos, inócuas ou superestimadas em diversos momentos. Viajou a Brasília para pressionar deputados, acompanhada pela professora Nádia Zanon Narchi e por alunas do curso. Enfrentou muitas etapas da luta acreditando em sua potência em modificar a realidade, chegando a tratar atores que tinham dúvidas quanto aos objetivos da luta como adversários. Sua atuação foi decisiva para as conquistas do movimento, inclusive a influência que exerceu nos companheiros e alunos para mobilizá-los para as ações. Assim, apesar do pouco conteúdo enviado por e-mail como resposta ao roteiro de entrevistas, há que se

reconhecer sua contribuição para o movimento e mesmo para esse trabalho. Infelizmente, apesar de nossas numerosas tentativas de encontrá-la pessoalmente e das mediações feitas por algumas de nossas entrevistadas que entendiam ser importante sua entrevista para a compreensão de nosso objeto de pesquisa, isso não foi possível. Somente no prazo limite de nossa coleta de dados ela consentiu responder, eletronicamente, a uma versão reduzida de nosso questionário. Com o material reduzido e as constantes menções por outros entrevistados de sua atividade militante na defesa da obstetrícia, pudemos como que montar um mosaico de seu papel nesse processo de luta.

A leitura atenta das respostas enviadas por email complementadas pelas falas de Maristela, Cris, Jacque, Liz, Raphael nos levam a inferir que Bete poderia enquadrar-se numa posição de consciência transitiva reflexiva crítica, sendo essa marcada por um posicionamento bastante radical que lhe conduziu a uma posição de frente no processo de luta e que, em alguns momentos, lhe colocou como antagonistas alguns sujeitos que eram seus aliados de primeira hora. Essa situação de radicalização, por um lado, foi estratégica para o enfrentamento dos adversários e, por outro, seu posicionamento pode ter gerado sentimentos de adversariedade internos ao grupo, como exposto por Maristela sobre determinado momento do embate político entre o curso e a própria Universidade.

A partir das falas de Jacque e Bete formulou-se uma terceira coluna no quadro 5.1, representativa de sua contribuição ao movimento da obstetrícia.

Raphael Cruz se mobiliza, ganha visibilidade. É jovem e, no entanto, já experiente e com uma visão privilegiada pela posição que ocupa na luta, sendo um representante da nova geração de obstetristas formada pelo curso da EACH, professor no curso em que foi formado e obstetriz concursado do Hospital Ipiranga. Participou do programa Médicos sem Fronteiras, pelo qual trabalhou como obstetriz em um campo de refugiados no Sudão do Sul. É mestre em ciências pela USP, tendo estudado células-tronco e neurociências, e o mais jovem de nossos entrevistados. Com sua diversificada experiência, compreende a complexidade das mudanças almejadas pelo movimento da obstetrícia, e atua em várias frentes por esses objetivos.

No Hospital Estadual do Ipiranga Raphael milita com o próprio trabalho, demonstrando no dia-a-dia a possibilidade de praticar uma assistência não violenta e dentro das diretrizes legais. Enfrenta aí grandes resistências por parte das

equipes, sobretudo em relação aos residentes que, alheios ao novo modelo de atenção proposto, tendem a reproduzir velhas práticas interventivas.

No espaço da Universidade, como professor contratado na Graduação em Obstetrícia, pode exercer mais plenamente o que acredita ser fundamental para a expansão da profissão: formar novos quadros para atuação na assistência e na docência. Interessa-se por contribuir para o surgimento de novos cursos de graduação no país e vem formulando currículos e liderando potenciais professores no contato com universidades particulares de São Paulo com essa finalidade. Trouxe ao nosso estudo a informação de que é necessária a presença de obstetrizes em todos os Estados do país para que se proponha a criação de um conselho profissional próprio, o que o faz desenhar como meta a inserção de obstetrizes nas universidades federais. A abertura de concursos para docentes nos cursos de enfermagem e a criação de novos cursos de graduação direta em obstetrícia são estratégias para a difusão da profissão e do movimento.

A descrição de Raphael nos leva a compreender sua consciência como bastante politizada ou, nos termos de Paulo Freire, transitiva crítica reflexiva. No entanto, ao entrar no curso, sequer tinha conhecimento de seu teor, o que dimensiona, para nós, a formação política representada pela própria graduação que o tirou da condição de uma consciência alienada ou intransitiva para alcançar a criticidade nos embates e lutas e, também, a partir das relações com o movimento de humanização no Brasil e no mundo.

Liz é obstetriz formada na primeira turma, em 2008, tendo vivido toda a ameaça do fechamento do curso e a negativa do registro no COREN-SP. Seu doutorado na Escola de Enfermagem possibilita que atue na docência de uma Universidade Federal, onde realiza um trabalho muito interessante que vem mobilizando futuros enfermeiros a desejar atuar na assistência obstétrica sob os fundamentos da humanização. Vem se envolvendo em coordenadorias de grupos parlamentares pela diversidade de gênero e trabalhos comunitários, mas se ressentido de não poder exercer a obstetrícia propriamente, pois seu contrato de trabalho com a Universidade é exclusivo e restringe sua atuação.

Ela acompanha o percurso de colegas de formação, suas dificuldades nos hospitais e com equipes de assistência, e acredita que estar em campo na atual conjuntura política desses estabelecimentos é “matar um leão por dia”, mas é nesse locus que se afirmam as novas práticas. Participou ativamente da luta pelo direito ao

registro profissional, das mobilizações e enfrentamentos, e considera que o próprio curso de graduação tornou-se um espaço de formação política pela história desenrolada em 2009.

Raphael e Liz são componentes do segundo subgrupo, tendo fornecido a maior parte dos dados utilizados para formular a segunda coluna do quadro 5.1, representantes da nova geração de obstetristas. Liz e Raphael compartilham da condição de ex-alunos das primeiras turmas do curso e, talvez por isso, trilharam um caminho de reflexividade e criticidade de suas consciências. Considerar que tenham maior capacidade crítica que alguns outros entrevistados seria, de alguma forma, impróprio, senão para reconhecer que, ainda tão jovens, já dispõe de amplo repertório para atuar em favor do movimento da obstetrícia. Quem sabe tenha contribuído para esse amadurecimento político as incertezas de quem participa de um projeto em construção, sem os elementos de estabilidade próprios de profissões consolidadas. Essa situação lhes permitiu viver emoções intensas que calcaram e transformaram suas visões de mundo, suas visões sobre si mesmos. Nesse sentido, a consciência de que lutar era um imperativo fez com que o amadurecimento se impusesse como necessidade.

Carla Azenha é a única entrevistada que ingressou no curso de obstetrícia com o propósito de atuar pela modificação das condições da assistência e em favor da humanização. Sua história pessoal foi o fator de mobilização primeiro nesse sentido, a partir das experiências de parto violento ao nascimento de suas filhas, há mais de duas décadas. É, hoje, obstetriz no Hospital Estadual de Taipas, e sua visão da luta e do movimento é ampliada em relação aos outros obstetristas da nova geração representados aqui por Liz e Raphael. Trouxe ao presente estudo uma perspectiva de contextualização para o movimento, como Vice-Presidente da Federação Latino-Americana de Obstetrícia, está a par da situação da luta em outros países vizinhos, com seus diversos modos de inserção da obstetriz na assistência. Os dados que traz enriquecem o debate. O Chile tem os melhores índices em saúde materna e neonatal da América Latina e apenas obstetristas (matronas) atuam em pré-natais e partos de baixo risco. No Peru há uma grande força da matronaria também. Já a Argentina tem problemas com a inserção destas profissionais, que são consideradas auxiliares médicas, assim como as enfermeiras. Carla participa de debates e cursos de atualização o tempo todo, conciliando o trabalho da assistência com a militância política. No momento da entrevista havia

deixado a direção da AO-USP devido ao fim do mandato, mas continua apoiando a nova diretoria eleita. Em sua visão, as ações pelo movimento da obstetrícia se confundem com a luta pela humanização da assistência e pela conscientização dos profissionais em campo. Foi a única entrevistada que apontou espontaneamente a necessidade de ações de formação para os profissionais que já estão no campo. Parece acreditar que é possível modificar as ações da geração que já está formada e que não regressará à universidade.

Carla, apesar de ser obstetriz formada com a nova geração, contribui com elementos que se fundem aos três subgrupos definidos no quadro 5.1. Sua visão histórica da profissão a aproxima da geração anterior, sua militância em muitas frentes guarda semelhanças com as docentes psicólogas. Sua consciência transitiva reflexiva crítica é respaldada por elementos históricos que compreende e sua atuação política diversa no seio do movimento.

Em nossa pesquisa entrevistamos dez pessoas. Duas delas não foram, entretanto, consideradas para a formação dos subgrupos por não fazerem parte do movimento da obstetrícia na USP. Dilce, professora aposentada da Escola de Enfermagem, foi importante para nossa compreensão de questões históricas relevantes, dos primórdios da formação e regulamentação da profissão no Brasil, matéria de seu doutorado, no entanto está há mais de 30 anos distante do campo e das atuais batalhas travadas, não compondo o movimento da obstetrícia analisado neste capítulo. Eduardo abandonou o curso no último ano da formação, ingressando no curso de medicina, onde vivencia a construção de uma nova identidade profissional, não tendo participado nos últimos anos do movimento.

Nossos entrevistados, com suas especificidades, histórias e formações diversas, são todos paulistas, têm em comum a origem na classe média, com acesso à educação formal, a pele branca, a ligação com a Universidade de São Paulo. É um grupo que não representa a diversidade brasileira sob nenhum aspecto. Partindo dessa realidade, podemos afirmar que sua consciência política é muito diferente da média populacional do país.

As crenças e valores pautados nos direitos das mulheres e nos princípios da humanização estão presentes em cada componente do grupo. A vontade de agir é uma constante. Os sentimentos de eficácia política são altos. Os repertórios e metas de ação são extensos e variados. Assim, compreende-se que o grupo de entrevistados representa uma força para o movimento da obstetrícia, com grande

potencial de influir sobre a realidade e promover as mudanças desejadas. São, em sua maioria, professores – à exceção de Carla – todos representantes do movimento, que abraçam seu papel como multiplicadores de consciências e que refletem posições identitárias que convergem sem que se eliminem as diferenças constitutivas da identidade ou se dissimulem frente aos dissensos.

A seguir, apresenta-se uma síntese das análises, exposta num quadro em que se relacionam os elementos formadores da consciência política do movimento e as dimensões propostas no modelo de Sandoval.

QUADRO 5.1 – Quadro de elementos das dimensões da consciência política presentes no movimento da obstetrícia na USP

	Geração de obstetrizes e docentes formadas décadas 1960-1970-1980 - Dulce, Cris e Maristela -	Nova geração de obstetrizes e docentes décadas 2000-2010 - Carla, Liz, Raphael -	Psicólogas e docentes do curso de graduação em obstetrícia - Bete e Jacqueline -
Identidade coletiva	Direitos das mulheres: acesso universal à saúde; criação do SUS em 1988; direitos reprodutivos Aproximação com a enfermagem: menor autonomia Historicidade das lutas políticas	Feminismo, direitos das comunidades, das famílias: multiplicidade e interseccionalidade Diferenciação da enfermagem e direito à livre profissão: maior autonomia União e luta pelo direito de formação, trabalho e reconhecimento	Feminismo, direitos humanos, fundamentação das ciências humanas e da psicologia Humanização da assistência Sentimentos de pertencimento ao movimento da obstetrícia
Valores, crenças e expectativas sociais	Direitos das mulheres: acesso à melhor tecnologia Poder hierárquico	Direitos das mulheres: compatilhamento decisório Relações horizontais de poder	Direitos das mulheres: compatilhamento decisório Relações horizontais de poder
Sentimentos de eficácia política	Desenvolvimento da ciência: 1. biotecnologia; 2. tecnologias humanas de trabalho Acesso universal aos serviços hospitalares Retorno da formação direta	Conquista do direito ao registro COREN Criação AO-USP Conquista denominação profissional em concursos	Conquistas feministas em geral e nos direitos à saúde

Continua

	Geração de obstetrizes e docentes formadas décadas 1960-1970-1980 - Dulce, Cris e Maristela -	Nova geração de obstetrizes e docentes décadas 2000-2010 - Carla, Liz, Raphael -	Psicólogas e docentes do curso de graduação em obstetrícia - Bete e Jacqueline -
Sentimentos de injustiça	<p>Criminalização profissional: domínio de técnicas não reconhecidas pela ciência, anticoncepção, aborto</p> <p>Fim da formação direta 1970</p> <p>Política universitária: interesses pessoais, corporativos e eleitorais</p> <p>Ameaça ao curso</p>	<p>Primeira negativa registro COREN</p> <p>Ameaça ao curso</p> <p>Discriminação nas equipes multiprofissionais: desrespeito às práticas</p> <p>Dificuldades inserção no mercado</p>	<p>Disputas corporativas acima dos direitos femininos à saúde, dos alunos à formação e ao trabalho</p> <p>Ameaça ao curso</p> <p>Política universitária: interesses pessoais e corporativos</p> <p>Desrespeito aos direitos das mulheres</p>
Adversários e antagonismos	<p>direitos não-universais - dec 1960</p> <p>preconceitos sociais e religiosos - dec 1960</p> <p>adversidade em campos de estágio</p> <p>radicalização entre tecnologias e novas práticas</p> <p>política universitária USP</p>	<p>medicina: intervencionismo médico, de residentes, desrespeito à independência hierárquica</p> <p>enfermagem/COREN: disputa por mercado</p> <p>defasagem profissional nos hospitais: desconhecimento das novas diretrizes</p> <p>corporativismo dos órgãos de classe: CRM/CFM, COREN/COFEN, ABENFO</p> <p>política universitária USP</p>	<p>Capitalismo, interesses financeiros e mercadológicos</p> <p>Conservadorismo político e polarização do cenário mundial</p> <p>corporativismo dos órgãos de classe: CRM/CFM, COREN/COFEN, ABENFO</p> <p>adversidade em campos de estágio</p> <p>política universitária USP</p>
Vontade de agir coletivamente	<p>Convicção do direito universal à saúde e humanização das práticas</p>	<p>Motivação para a luta pelo direito à profissão autônoma</p>	<p>Convicção dos direitos das mulheres e da necessidade da ciência feminista</p>
Metas de ação coletiva	<p>reconhecimento das novas diretrizes: humanização</p> <p>formação de novos quadros para docência em obstetrícia</p> <p>enfrentamento político</p> <p>assistência à comunidade: inclusão e respeito à diversidade</p> <p>busca de apoio ao movimento na USP</p>	<p>reconhecimento das novas diretrizes: humanização</p> <p>inserção profissional: assistência privada e concursos públicos</p> <p>ampliação da formação para outros estados / docência</p> <p>criação de um conselho próprio</p> <p>busca de apoio ao movimento na USP</p>	<p>reconhecimento das novas diretrizes: humanização</p> <p>contratação de mais professores: melhoria do curso</p> <p>ampliação da formação para outros estados / docência</p> <p>apoio às ações de alunos, ex-alunos, criação de outros cursos, expansão da formação</p> <p>busca de apoio ao movimento na USP</p>

Fonte: análise das entrevistas realizadas para este estudo.

O grupo composto pelos entrevistados é heterogêneo quanto à posição que ocupa na luta, mas guarda objetivos em comum e compartilha da identidade coletiva formulada mesmo por não obstetrizes que demonstram o sentimento de pertencimento ao movimento.

Eduardo nos trouxe elementos para a compreensão das diferenças fundamentais nas propostas formativas entre os cursos de medicina e obstetrícia, assim como nos ajudou a problematizar o alto valor da medicina e o preconceito que sofre a obstetrícia no imaginário social. As dificuldades enfrentadas por Carla, Liz, Raphael e Eduardo em seu processo formativo, as ameaças bem como suas expectativas de inserção profissional, constantemente ameaçadas pelas forças corporativas de enfermeiras e médicos, gerou diferentes impactos no modo de agir e enfrentar esse processo. No caso de Eduardo, guarda em si mesmo relações com as pressões pessoais vividas no âmbito familiar e sustentadas num conjunto de crenças e valores sociais que lhe conduziram à busca de um espaço consolidado como a medicina. Nesse sentido, sua experiência pode ser reveladora das dificuldades enfrentadas por um conjunto de estudantes que não deu conta de continuar no curso e buscou outras saídas profissionais e de vida. Não obstante, é importante ressaltar que, mesmo em outro espaço de constituição de sua pertença grupal, Eduardo segue em certa medida vinculado aos aprendizados da obstetrícia, pois é capaz de, a partir deles, fazer a crítica à formação hermética ofertada pela medicina e reconhecer como um valor o conhecimento humano e social proporcionado pelo curso.

Dilce Rizzo Jorge, nossa entrevistada mais experiente, também não compõe os subgrupos para os quais formatamos o quadro 5.1 e organizamos os dados encontrados, pois sua entrevista foi realizada com o objetivo de conhecer a história passada nas décadas de 1960 e 1970. O objetivo foi alcançado e, a partir dos dados trazidos por Dilce sobre esse período e os séculos anteriores, acabamos por revisar todo o segundo capítulo, que foi enriquecido com a história esboçada na entrevista e detalhada em sua tese de 1975. O desmonte do curso de formação direta em obstetrícia que existia na USP até 1970 é resultado de um embate político dentro da Universidade, mas que refletiu o momento histórico em que estava imerso o país. O surgimento das companhias de saúde privadas, a proliferação de maternidades, o rápido desenvolvimento de novas tecnologias para aplicação na assistência tiveram

importância no processo que culminou com a extinção do último curso de graduação em obstetrícia existente à época.

Dilce está aposentada há mais de três décadas, não tendo participado da luta iniciada em 2008 e, porque não pôde se atualizar em relação aos recentes acontecimentos, muitas das perguntas presentes no roteiro nem lhe foram formuladas. De todo modo, pudemos observar, em seus depoimentos, a presença do preconceito para com as obstetrizes atuantes na década de 1960 e 1970, que Dilce compreende estarem relacionados à sua ligação ao aborto e à anticoncepção. Alguns dos trechos de sua entrevista foram utilizados nos capítulos iniciais desse trabalho com o objetivo de ilustrar ou referendar informações extraídas de outras fontes.

A identidade coletiva das obstetrizes – e do movimento da obstetrícia – é fundada a partir de diretrizes do Ministério, que convergem com a Organização Mundial da Saúde e são referência mundial sobre o tema, trazendo em seu conjunto um rol de princípios a nortear novas práticas para a melhoria dos resultados em saúde que se pretende alcançar. No entanto, essa mesma identidade parece estar ancorada também na diferença em relação a outros *corpus* profissionais. Observa-se, assim, a ambivalência que tantos autores veem como necessários ao pertencer. A obstetriz pertence ao universo da humanização, surge como resposta à necessidade de humanizar, mas sua identidade funda-se também no que ela não é: médica, enfermeira.

A micropolítica, entretanto, aquela que se constitui dentro dos equipamentos de saúde públicos e privados, parece ser o cerne da questão, e é um dos principais focos das ações propostas pelos entrevistados para alcançar os objetivos do movimento, que coincidem com as diretrizes para a humanização da assistência. Modificar o fazer aprendido e vivenciado por décadas não é simples e, mesmo profissionais que aderem ao movimento reconhecem as dificuldades de pôr em prática as novas formas de atenção à saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Partindo do objetivo de estudar a produção da consciência política decorrente do processo de luta encampado por docentes e discentes do curso de obstetrícia da EACH, delineia-se uma breve história do parto e nascimento, reconhecendo-se que embates entre corpos profissionais ocorreram no mundo todo, inclusive no Brasil, e demonstrando-se que o debate sobre a melhor forma de nascimento é preterido em favor das disputas profissionais por campo de trabalho e reconhecimento social.

As experiências formativas de parteiras e obstetizes na USP foram analisadas sob a ótica das forças atuantes na sociedade e na própria Universidade, fazendo transparecer o jogo político em meio a que decisões sobre abertura e fechamento de turmas e cursos são tomadas. Percebe-se a coincidência do fechamento do último curso direto de formação em obstetrícia ocorrido no Brasil no início da década de 1970 com a pauta de direitos universais em saúde – que tornaram imperativa a criação de hospitais, maternidades e leitos suficientes para atender a todos – com o acesso à melhor tecnologia disponível à época, assim como o surgimento dos planos de saúde privados e a promessa de um parto sem dor e sem riscos, trazida pelos novos medicamentos e intervenções que, como diz Dulce Gualda, foram bons em seu tempo.

Apesar das recomendações da Organização Mundial de Saúde para que se evite a medicalização do nascimento e as excessivas intervenções que levam ao colapso do processo natural, fisiológico e cultural que constitui o parto, o corporativismo da classe médica tem-se posicionado contrariamente às boas práticas reconhecidas mundialmente, inclusive no que tange à formação de profissionais não médicos para atuação nessa área, compondo um cenário em que o embate político pela humanização do nascimento tem-se tornado verdadeiro campo de batalha.

Desde que a medicina tomou o nascimento para si e acelerou-se seu desenvolvimento, o parto foi hospitalizado e passou-se a utilizar recursos biotecnológicos – para todo e qualquer nascimento – cujo manejo exige um grau elevado de formação. No entanto, os resultados para a saúde materno-infantil desse modo intervencionista de nascer são ruins, demandando grandes esforços do Ministério da Saúde que propôs uma política de melhoria na atenção norteada pelos princípios da humanização.

Uma das principais questões que se colocaram no decorrer desse estudo – desde a fase de revisão da bibliografia produzida sobre o tema – é: em que medida as especificidades da formação em enfermagem e em obstetrícia representam diferenças na atuação profissional? Observa-se que as recomendações da OMS e do Ministério da Saúde apontam para o benefício de uma assistência praticada por profissionais não médicos no sentido de diminuir as intervenções desnecessárias, o que foi corroborado pela fala dos entrevistados.

Com a proposição do novo curso, pôde-se construir um espaço de formação baseado nos princípios da humanização, que norteiam as práticas em saúde – especialmente em saúde da mulher – em muitos países, recorrendo-se às melhores tecnologias disponíveis nas ciências biomédicas e humanas, contribuindo para um olhar inovador em nosso país quanto à formação de profissionais aptos a exercer uma assistência de qualidade e não violenta. O alinhamento com as diretrizes internacionais acompanhou a implantação de políticas nacionais no âmbito do SUS, cujo início coincide com a abertura do curso na EACH. Primar, portanto, pela qualidade da formação de obstetrizas e enfermeiras obstétricas e sua inserção autônoma no campo de trabalho é um dos pontos que favorecem a melhoria da assistência praticada.

Os antagonismos históricos em relação à enfermagem foram reafirmados, porém circunscritos às questões corporativas e institucionais, principalmente na atuação do COREN-SP e do COFEN, cujas políticas visam reserva de mercado para a maior parcela de seus associados. Reconheceu-se que enfermeiros são, no trabalho em campo e dentro das equipes, importantes aliados para a modificação das práticas em saúde.

Com relação à medicina parece-nos que o embate é mais profundo, pois não há disputa real por atuação, já que médicos não são treinados para atuar em partos de baixo risco. Assim, a oposição se sustenta pela manutenção de um mercado cativo e pela necessidade de treinamento de residentes, marcando assim uma diferença de posicionamento em relação às novas práticas não dominadas por esses profissionais. Seria adequado realizar novos estudos a fim de avaliar a percepção médica das novas diretrizes da assistência referenciadas na humanização.

Para além da prática intervencionista dos profissionais, vimos a necessidade de se aprofundar a compreensão desse tema com estudos sobre as empresas e

planos de saúde particulares, que vêm impondo aos assistidos e, também, aos profissionais, certos moldes para a assistência em desacordo às políticas e diretrizes da humanização.

A partir da entrevista de Carla Azenha e sua explanação sobre as condições da assistência obstétrica e à saúde da mulher em outros países da América Latina, vislumbramos a necessidade de se aprofundar o tema em outros futuros estudos, sistematizando conhecimentos sobre as experiências desses países em relação ao Brasil, de modo a contextualizar adequadamente nossa realidade. De todos os entrevistados, apenas ela trouxe a questão, talvez por sua atuação na Federação Latino Americana de Obstetrícia e AO-USP.

A consciência política do grupo entrevistado representante, nesse trabalho, do movimento da obstetrícia, foi analisada a partir do modelo para análise da consciência política de Sandoval. A identidade coletiva, primeira dimensão proposta pelo modelo, é constituída, no caso de nossos entrevistados, por preceitos fundamentais da humanização da assistência à saúde, compartilhada pelo grupo que inclui não obstetristas, e contribui para a sua diferenciação de profissões correlacionadas no campo de trabalho, servindo à afirmação de suas práticas.

Crenças e valores sociais são objeto de transformação contínua nesse grupo, pelas novas diretrizes adotadas que levam à revisão de antigos modos de compreender e intervir em saúde. A cristalização desses antigos valores na sociedade, nas instituições de saúde e de formação profissional é observada pelo grupo que mobiliza esforços e cria estratégias para a modificação da realidade de violência que ainda persiste na assistência obstétrica.

As ameaças de fechamento do curso, por esforços dos conselhos de classe médicos e de enfermagem, trouxeram sentimentos de injustiça e vontade de agir ao grupo que, desde os últimos dez anos, desenvolve um repertório de ações coletivas em busca de defender o direito à formação direta e de atuar autonomamente em sua área de especialidade.

Das principais metas de ação coletiva encontradas nas falas dos entrevistados, nos pareceram as mais recorrentes e com maior importância para a expansão da profissão: formação de maior número de profissionais; utilização da denominação “obstetriz” em concursos públicos; publicização das especificidades da atuação profissional do obstetriz que garanta o reconhecimento pela população; conscientização das mulheres sobre seus direitos sexuais e reprodutivos para que

possam exigir o respeito devido; formação e atualização dos profissionais já formados que atuam nas equipes hospitalares; e formação de docentes para atuação em outros Estados com vistas a difundir a profissão.

O movimento da obstetrícia, nascido na Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo, apesar de não se caracterizar como um movimento social no sentido estrito para a maioria dos autores que o definem, configurando-se como parte de um movimento maior de humanização do parto e nascimento, apresenta todas as necessárias características para mobilizar atores nos espaços de cuidado à saúde, de formação especializada, nas comunidades e na sociedade mais ampla, com a perspectiva de influenciar positivamente esses espaços para que se alcance o ideal da humanização na assistência à saúde da mulher.

É necessário reconhecer que contamos aqui uma versão da história, confeccionada pelas mãos de algumas das pessoas que a vivenciaram e pelo olhar externo de uma mulher-pesquisadora, um recorte em certa medida arbitrário, pois muitos aspectos conhecidos por outros atores igualmente importantes e esperados por nós não “surgiram” nas falas dos entrevistados. O tempo, o espaço, a bolsa do mestrado foram fatores que nos impediram de realizar um maior número de entrevistas, o que poderia modificar qualitativamente as análises. Alguns nomes listados para possíveis entrevistas cujo contato não foi realizado por contingências momentâneas foram sendo substituídos por outros a partir da indicação nas primeiras entrevistas realizadas. Se os mantivéssemos todos somados teríamos mais de 30 entrevistas, o que seria intangível para a logística e os objetivos desta pesquisa. No entanto, consideramos que nunca seria o suficiente para alcançar a totalidade de um movimento que é amplo, diverso e complexo.

É visível que parte da ação do movimento ancora-se na necessidade de comunicar-se com a sociedade para poder melhor incidir no âmbito das políticas públicas. Não é possível efetivar o processo de humanização da saúde e do parto sem que haja um processo de transformação dos modos pelos quais Estado e sociedade entendem, regulam e controlam a vida das mulheres, a vida das famílias, a vida humana. Como recorda Silva (2012),

Comunicar-se é um ato humano e subjetivo, que passa por todas as dimensões da vida. Comunicar-se no campo das políticas públicas precisa ser uma ação básica, pois nos permite estabelecer pontes, problematizar questões, estabelecer, agendar e realizar um conjunto mais amplo de ações, dentre elas decidir politicamente. A

incapacidade comunicacional, interfere na própria capacidade relacional de sujeitos e grupo e tem consequências preocupantes na vida humana e, no caso das políticas públicas pode até vir a ser devastadora. A ausência de comunicação leva a inação, a ações atrapalhadas, atabalhoadas, confusas, ineficientes e equivocadas. Ela gera perda de tempo a hora de implementar projetos e concretizar ações de interesse coletivo, de interesse público. Outra vez nos deparamos com a construção social do sujeito político: o sujeito da ação. (Silva, 2012, p. 242).

Essas são questões que aparecem de maneira reiterada nas falas dos sujeitos. Os processos de mobilização em defesa da obstetrícia e do direito a um parto humanizado contêm em si aspectos micro e macrosociais, constituem a dimensão psicopolítica da luta no instante em que essa estratégia comunicacional tem um potencial transformador do sujeito comunicante. Ele necessita constituir-se enquanto sujeito político, capaz de atuar na arena política, o que é um desafio na vida cotidiana mas, ainda maior, quando esse cotidiano está atravessado por disputas que conduzem hora a rupturas, hora a permanências.

A ação do movimento transforma, portanto, seus atores, sejam eles internos à Universidade de São Paulo ou externos a ela. O fazer da obstetrícia propicia às mulheres, aos profissionais da enfermagem e da medicina, a políticos e gestores a possibilidade da perplexidade, do espanto, do estranhamento. Não é possível apenas incluir a obstetrícia como mais uma alternativa de exercício profissional no campo da saúde, pois seu fazer praxiológico exige rupturas na ordem do poder das relações, já que a lógica hospitalocêntrica, medicocêntrica, patologizante e disciplinadora dos corpos femininos perde sentido frente à humanização. Paradoxalmente, a luta pela humanização põe em xeque a condição de desumanização presente nas sociedades contemporâneas. Humanizar é devolver a centralidade da vida à vida, é promover rupturas em um modo de existência que efetivamente tem como centro a técnica, a prática, a burocracia, a economia, e se esquece do sujeito para quem as políticas públicas deveriam ser um meio de melhoria e de aprofundamento do humano. Políticas públicas como meio, como instrumento da ação pública parecem ser o caminho que se constrói a partir da luta de nossos sujeitos. Certamente essa consideração exigiria um outro trabalho. Ela permanece aqui como uma potencial questão de pesquisa futura.

Escrever uma dissertação em prazo tão curto como o que nos é dado pela CAPES é um desafio. Quando iniciamos nossa pesquisa imaginamos muitas coisas, e algumas delas se concretizaram. Muitas outras precisaram ser deixadas de lado. Isso se deu em parte pelo contato com as pessoas, suas histórias, idiossincrasias e,

em parte, porque o conjunto de coisas que nos fez pensar não coube na temporalidade de 24 meses de uma pesquisadora bolsista. Era preciso recortar, era preciso lidar com o limite e com a falta. Para nós falta muito. Muito não foi dito ou analisado, mas, o que pudemos dizer, o fizemos de modo coletivo. Eu e elas. Elas e eu. Eu e todas e todos com os quais me encontrei nesses dois anos. Chego aqui diferente. Vejo o objeto dessa investigação com outros olhos, com os olhos de quem cruzou com o inesperado, com as singularidades desses sujeitos.

Refletir sobre a consciência política na obstetrícia e a luta pelo parto humanizado significou compreender meu próprio modo de tomar posição frente às imposições sociais que desconsideram as particularidades do nosso corpo feminino, dos nossos desejos e valores e, principalmente, tentam anular nosso poder. Minhas experiências de parto foram mobilizadoras da vontade de agir frente à injustiça da violência a que somos submetidas e foi importante recorrer à história da obstetrícia para contextualizar as injustiças e sofrimentos vividos e, mais ainda, o enfrentamento de que fui capaz ao parir Carolina em casa, acompanhada da família e do cheiro acolhedor do nosso espaço. Mais potente me torno após o percurso da pesquisa que revolveu muitas de minhas antigas crenças, modificando minha consciência e potencializando minha ação para além de minha própria história. Transitei nas linhas de Salvador e Freire. Percebi-me ingênua, reflexiva, crítica, radical e sonhadora. Percebi-me em cada uma daquelas mulheres e homens. Descubro-me inacabada, como a sua luta dia-a-dia, aula-a-aula, parto-a-parto.

O desafio de pensar esse mestrado me fez perceber como a dimensão do compromisso social e político que esses sujeitos têm se encontram com a psicologia política de que nos falava Ignacio Martín-Baró (2013/1990): um fazer comprometido com a mudança social, um fazer consciente. Para ele

A consciência não é simplesmente o âmbito privado do saber e sentir subjetivo dos indivíduos, mas, sobretudo, aquele âmbito onde cada pessoa encontra o impacto refletido de seu ser e de seu fazer na sociedade, onde assume e elabora um saber sobre si mesmo e sobre a realidade que lhe permite ser alguém, ter uma identidade pessoal e social. A consciência é o saber, ou o não saber sobre si mesmo, sobre o próprio mundo e sobre os demais, um saber prático mais que mental, já que se inscreve na adequação às realidades objetivas de todo comportamento, e só condicionada parcialmente se torna saber reflexivo. (Martín-Baró, 1996, p. 14).

Nosso esforço em compreender os fazeres desses sujeitos foi apenas parcialmente efetivo. O próprio ato de responder a nossas questões lhes impôs reflexões que não estão aqui presentes. Mudamos. A consciência disso é, para nós,

uma fortaleza. Esperamos ter contribuído com os estudos das Psicologias Políticas da Consciência Política e dos Movimentos Sociais que se dedicam à compreensão de fenômenos políticos e, ainda mais, para o processo de visibilização da luta enfocada, promovendo seu fortalecimento ao nomeá-lo e dar voz ao seu ponto de vista e aos seus princípios libertários que nos ajudam no descobrimento de nossa força como mulheres, como homens, como humanos.

REFERÊNCIAS²³

- Andrade, Márcia Regina. (1998). *A formação da consciencia política dos jovens no contexto dos assentamentos do movimento dos trabalhadores rurais sem-terra*. Tese de Doutorado (Educação). Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP.
- Ansara, Soraia. (2012). *Políticas de memória x políticas do esquecimento: possibilidades de desconstrução da matriz colonial*. *Psicologia Política*, 12(24), 297-311.
- Ansara, Soraia. (2008). Memória Política: construindo um novo referencial teórico na Psicologia Política. *Revista Psicologia Política*, 8(15), 38-56. São Paulo, SP: ABPP.
- Ansara, Soraia. (2001). Memória Coletiva: um estudo psicopolítico de uma luta operária em São Paulo. *Revista Psicologia Política*, 1(2), 29-52. São Paulo, SP: ABPP.
- Ba-Senga, Rogério., & Silva, Alessandro S. (2015). Consciência Política e Corrupção em Moçambique: entre a subalternidade e a transformação. *Revista Gestão & Políticas Públicas*, 5(1), 168-189.
- Benjamin, Walter. (1994). *Magia e técnica, arte e política: ensaios sobre literatura e história da cultura*. Trad. Sergio Paulo Rouanet. São Paulo: Brasiliense.
- Bohren, M. A., Vogel, J. P., Hunter, E. C., Lutsiv, O., Makh, S. K., Souza, J. P. ... Gülmezoglu, A. M. (2015) The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. *Plos Med*, 12(6).
- Bosi, Eclea. (1987). *Memória e sociedade: lembranças de velhos*. São Paulo: Edusp.
- Brasil. (2016). Lei Federal nº 13.257, de 8 de março de 2016. Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância. Recuperado de: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/lei/l13257.htm. Acesso em: 18 jan. 2018.
- Brasil. (2015). Resolução Normativa nº 368 de 6 de janeiro de 2015. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Recuperado de:

²³ De acordo com o estilo APA (*American Psychological Association*).

<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=Mjg5Mg==>. Acesso em: 18 jan. 2018.

Brasil. (2011). Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Recuperado de: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em 18 jan. 2018.

Brasil. (2007). Lei Federal nº 11.634 de 27 de dezembro de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Recuperado de: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Lei/L11634.htm. Acesso em 18 jan. 2018.

Brasil. (2005a). Lei Federal nº 11.108 de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Recuperado de: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11108.htm. Acesso em 18 jan. 2018.

Brasil. (2005b). Portaria nº 2.418 de 2 de dezembro de 2005. Ministério da Saúde. Regulamenta, em conformidade com o art. 1º da Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, a presença de acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos hospitais públicos e conveniados com o Sistema Único de Saúde. Recuperado de: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2418_02_12_2005.html. Acesso em: 18 jan. 2018.

Brasil. (1990a). Lei Federal nº 8.069 de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Recuperado de: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm. Acesso em: 18 jan. 2018.

Brasil. (1990b). Lei Federal nº 8.090 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Recuperado de: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em 18 jan. 2018.

Brasil. (1986). Lei Federal nº 7.498 de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Recuperado de: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm. Acesso em 18 jan. 2018.

- Brenes, Anayansi C. (1991). História da parturição no Brasil, século XIX. *Cadernos de Saúde Pública*, 7(2), 135-149. Rio de Janeiro, RJ.
- Cardoso, Junia E., & Barbosa, Regina H. S. (2012). O desencontro entre desejo e realidade: a indústria da cesariana entre mulheres de camadas médias no Rio de Janeiro. *Physys*, 22(1), 35-52.
- Castiel, Luis D., & Póvoa, Eduardo C. (2002). Medicina Baseada em Evidências: novo paradigma assistencial e pedagógico? *Interface Comunicação Saúde Educação*, 6(11), 117-132.
- Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). (2016). *Resolução nº 0516 de 24 de junho de 2016*. Normatiza a atuação e a responsabilidade do Enfermeiro, Enfermeiro Obstetra e Obstetiz. Recuperado de: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05162016_41989.html. Acesso em 18 jan. 2018.
- Costa, Gisele P. (2006). *Consciência política e cidadania mediadas pela participação política: um estudo de caso em Porto Alegre*. Tese de doutorado em Psicologia Social. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- Costa, Guilherme B. (2012). Consciência, participação e negociação: uma leitura psicopolítica do processo de produção do Plano de Manejo da APA Várzea do Rio Tietê. Dissertação de Mestrado (Mudança Social e Participação Política). Universidade de São Paulo.
- Davis-Floyd, Robbie. (2000). The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. International Conference on Humanization of Childbirth. Res. e trad. Adriana T. Nogueira. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 5-23. Fortaleza, CE.
- Dias, Tatiana. (2016). *Por que médicos defensores do parto humanizado têm sido punidos pelos conselhos de medicina*. nov. Nexo Jornal. Recuperado de: <https://www.nexojornal.com.br/expresso/2016/11/25/Por-que-m%C3%A9dicos-defensores-do-parto-humanizado-t%C3%AAm-sido-punidos-pelos-conselhos-de-medicina>. Acesso em 17 mar. 2018.
- Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo (EACH). (2016). *Projeto Político Pedagógico Curso de Graduação em Obstetrícia*. Recuperado de: <http://www5.each.usp.br/wp-content/uploads/2015/11/PPP-Obstetr%C3%ADcia-2017.pdf>. Acesso em 18 jan. 2018.

- Faúndes, Aníbal., & Cecatti, José G. (1981). A operação cesárea no Brasil: incidência, tendências, causas, consequências e propostas de ação. *Cadernos de Saúde Pública*, 7(2).
- Foucault, Michel. (1993). *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal.
- Freire, Paulo. (1979). *Conscientização: teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire*. São Paulo: Cortez e Moraes.
- Freire, Paulo. (1985). *Extensão ou comunicação?* Trad. Rosisca Darcy de Oliveira. 8ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Giddens, Anthony. (1993). *A transformação da intimidade: sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas*. São Paulo: UNESP.
- Gribosky, Rejane A., & Guilhem, Dirce. (2006). Mulheres e profissionais de saúde: o imaginário cultural na humanização ao parto e nascimento. *Texto Contexto Enfermagem*, 15(1), 107-14.
- Gualda, Dulce M. R. (2017). Nascimento: tempos e formas. In: Gualda, Dulce. M. R., Campos, Edemilson. A., Praça, Neide S., Salim, Natália R., Soares, Glauce C. F. *Nascimento: perspectivas antropológicas*. São Paulo: Ícone Editora.
- Gualda, D. M. R, Narchi, Nádia. Z., & Campos, Edemilson A. (2013). Strengthening midwifery in Brazil: Education, regulation and professional association of midwives. *Midwifery*, 29, 1077-1081.
- Hotimsky, Sonia N. (2007). *A formação em obstetrícia: competência e cuidado na atenção ao parto*. Tese de Doutorado. Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina. São Paulo: Universidade de São Paulo.
- Jorge, Dilce R. (1975a). A obstetriz no campo do ensino. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 29, 71-76.
- Jorge, Dilce R. (1975b). *Evolução da legislação federal do ensino e do exercício profissional da obstetriz (parteira) no Brasil*. Tese de Livre Docência. Escola de Enfermagem Ana Neri. Universidade Federal do Rio de Janeiro. 213 pp.
- Lacerda Jr., Fernando. (2016). Insurgência, Psicologia Política e Emancipação Humana. In: HUR, Domenico U., LACERDA Jr, Fernando. (Org.) *Psicologia Política Crítica: Insurgências na América Latina*. Campinas, São Paulo: Editora Alínea.

- Leal, Maria C. (Coord.). (2013) *Nascer no Brasil*. Inquérito nacional sobre parto e nascimento. Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde. Sumário executivo temático. Recuperado de: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/nascerweb.pdf>. Acesso em 16 jun. 2016.
- Le Bon, Gustave. (1921). *Psychologia Política e a Defesa Social*. Rio de Janeiro: Garnier.
- Libertad, Maíra. (2016, 8 de abril de). Matutando sobre riscos. *Estuda Melania*. Recuperado de: <http://estudamelania.blogspot.com.br/2014/04/quest-post-por-maira-libertad-matutando.html>. Acesso em 20 de jul. 2016.
- Lino, Helena C. (2010). *O bem-estar no parto sob o ponto de vista das pacientes e profissionais na assistência obstétrica*. Dissertação de Mestrado em Saúde Materno-Infantil. Faculdade de Saúde Pública (FSP). Universidade de São Paulo (USP).
- Luz, Madel T. (1991). Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de transição democrática anos 80. *Physis*, 1(1), 77-96.
- Maia, Monica B. (2010). *Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Maldonado, Maria T. (1997). *Psicologia da gravidez*. São Paulo: Saraiva.
- Mamede, Fabiana V., Mamede, Marli V., & Dotto, Leila M. G. (2007). Reflexões sobre deambulação e posição materna no trabalho de parto e parto. *Ana Nery*, 11(2), 331-6.
- Martín-Baró, Ignacio. ([1988]1990). Hacia uma psicología política latino-americana (2013, Fernando Lacerda, trad.). *Psicologia Política Latino-Americana*. *Psicologia Política*, 13(28), 555-573. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpp/v13n28/v13n28a10.pdf>. Acesso em 20 de jul. 2016.
- Martín-Baró, Ignacio. (1996). O Papel do Psicólogo. *Estudos de Psicologia*, 2(1), 7-27.
- Martins, Ana P. V. (2004). *Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX*. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz.

- Medeiros, Lídia R., & Stein, Airton. (2001). *Medicina baseada em evidências e análise de decisão na clínica cirúrgica*. Revista AMRIGS, 45(1,2), 45-50. Porto Alegre, RS.
- Minayo, Maria C. S. (org.). (2009). *Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Monteiro, Ana L., & Vilela, Wilza V. (2009). A criação do Programa Nacional de DST e Aids como marco para a inclusão da ideia de direitos cidadãos na agenda governamental brasileira. *Revista Psicologia Política*. São Paulo: ABPP, 9(17), 25-46.
- Morin, Edgar. (2005). *Ciência com consciência*. Trad. Maria D. Alexandre e Maria Alice S. Doria. 8ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.
- Moscovici, Serge. (1985). *La era de las multitudes: un trabajo histórico de psicología de las masas*. Trad. Aurélio Garzón de Camino. México: Fondo de cultura econômica.
- Mott, Maria L. (2002). Assistência ao parto: do domicílio ao hospital (1830-1960). *Projeto História*, São Paulo, 25, 197-219.
- Narchi, Nádia Z., Silva, Lúcia C. F., & Gualda, Dulce M. R. (2012). Contextos, desafios e perspectivas na formação de obstetizes no Brasil. *Saúde e Sociedade*, 21(2), 510-519. São Paulo, SP.
- Oliveira, Maísa. S. M. (org.). (2015). *Humanização do parto. Nasce o respeito: informações práticas sobre seus direitos*. Assessoria Ministerial de Comunicação, Comitê Estadual de Estudos de Mortalidade Materna de Pernambuco, Recife: Procuradoria Geral de Justiça.
- Orlandi, Eni P. (2001). *Análise de Discurso: princípios e procedimentos*. Campinas, SP: Pontes.
- Parente, Raphael C. M., Moraes Filho, Olimpio B., Rezende Filho, Jorge., Bottino, Nathalia G., Piragibe, Pollyana., Lima, Diego T., & Gomes, Danielle. O. (2010). A história do nascimento parte I: cesariana. *Femina*, 38(9), 482-6.
- Pavón-Cuéllar, David. (2016). Para uma redefinição marxista da psicologia política. In: HUR, Domenico Uhng.; LACERDA Jr, Fernando. (org.) *Psicologia Política Crítica: Insurgências na América Latina*. Campinas, São Paulo: Editora Alínea.
- Pudenzi, Ana G. M. (2014). *Protagonismo feminino e consciência política: uma análise do papel da economia solidária na ação política da União Popular de*

Mulheres de Campo Limpo e Adjacências. Dissertação de Mestrado em Mudança Social e Participação Política. Escola de Artes Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo. São Paulo. Orientador Alessandro Soares da Silva.

Rattner, Daphne. (2015). *A violência na Atenção Obstétrica*. Discurso proferido em audiência pública no Senado Federal em 07 de maio de 2015. Recuperado de: <https://www.youtube.com/watch?v=xSMptHHqLKU>. Acesso em 15 jul. 2016.

Rattner, Daphne. (2009). Humanização na assistência a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. *Interface Comunicação Saúde Educação*, 13(1), 759-68.

Riesco, Maria L. G., Tsunechiro, Maria A., Mott, Maria L., & Leister, Nathalie. (2011a). Do orgulho à resignação: educação e atuação profissional de obstetrizes formadas pela Universidade de São Paulo. *Cadernos de História da Ciência*, 7(2). São Paulo, SP: Instituto Butantan.

Riesco, Maria L. G., Tsunechiro, Maria A., & Leister, Nathalie. (2011b). Escola de Obstetrícia da Universidade de São Paulo: a história contada no livro de atas (1912-1970). *Texto Contexto Enfermagem*, 20, 164-171. Florianópolis, SC.

Riesco, Maria L. G., & Tsunechiro, Maria A. (2002). Formação profissional de obstetrizes e enfermeiras obstétricas: velhos problemas ou novas possibilidades? *Revista Estudos Feministas*, 20(2), 449-459.

Saffioti, Heleieth I. B. (1969). *A mulher na sociedade de classes: mito e realidade*. São Paulo, SP: Quatro Ases.

Salgado, Heloisa O. (2012). *A experiência da cesárea indesejada: perspectivas das mulheres sobre decisões e suas implicações no parto e nascimento*. Tese de Mestrado em Ciências. Faculdade de Saúde Pública (FSP) da Universidade de São Paulo (USP).

Sandoval, Salvador A. M. (2015). A Psicologia Política da crise do movimento sindical brasileiro dos anos 1990: uma análise da consciência política num momento de desmobilização. In: Silva, Alessandro S., & Corrêa, Felipe. (org.). *No interstício das disciplinaridades: a psicologia política*. Curitiba, PR: Prismas.

Sandoval, Salvador A. M. (2001). The crisis of the Brazilian labor movement and the emergence alternative forms of working-class contention in 1990's. *Revista Psicologia Política*, 1(1), 173-195. São Paulo, SP: ABPP.

- Sandoval, Salvador A. M. (1989). Consideração sobre aspectos microsociais na análise dos movimentos sociais. *Psicologia e Sociedade*, IV(7), 61-89.
- São Paulo. (2016). *Lei Municipal 16.602 de 23 de dezembro de 2016*. Dispõe sobre a permissão da presença de doula durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, bem como nas consultas e exames de pré-natal, sempre que solicitado pela parturiente, nas maternidades, hospitais e demais equipamentos da rede municipal de saúde. Recuperado de: <https://leismunicipais.com.br/a/sp/s/sao-paulo/lei-ordinaria/2016/1661/16602/lei-ordinaria-n-16602-2016-dispoe-sobre-a-permissao-da-presenca-de-doula-durante-todo-o-periodo-de-trabalho-de-parto-parto-e-pos-parto-imediato-bem-como-nas-consultas-e-exames-de-pre-natal-sempre-que-solicitado-pela-parturiente-nas-maternidades-hospitais-e-demaix-equipamentos-da-rede-municipal-de-saude>. Acesso em 18 jan. 2018.
- Sawaia, Bader B. (2002). O sofrimento ético-político como categoria de análise da dialética exclusão/inclusão. In: Sawaia, Bader B. (org). *As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Silva, Alessandro S. (2001). Consciência e Participação Política: uma abordagem psicopolítica. *Interações*, 6(12), 69-90.
- Silva, Alessandro S. (2002). *Acampados no “Carlos Marighella”: Um Estudo sobre a Formação da Consciência Política entre Famílias do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra no Pontal do Paranapanema – SP*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Social. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Orientador Salvador Antonio Meireles Sandoval.
- Silva, Alessandro S. (2008). *Luta, Resistência e Cidadania: uma análise psicopolítica dos Movimentos e Paradas do Orgulho LGBT*. Curitiba, PR: Juruá.
- Silva, Alessandro S. (2012). *Psicologia política, movimentos sociais e política pública*. Tese Livre Docência. Escola de Artes, Ciências e Humanidades (EACH). Universidade de São Paulo (USP).
- Silva, Alessandro S. da., & Ferreira Jr., Inácio J. (2015). Consciência, participação política e serviço público entre agentes de apoio da Prefeitura Municipal de São Paulo, Brasil. In: Silva, Alessandro S., & Corrêa, Felipe. *No Interstício das disciplinas: a Psicologia Política*. Curitiba, PR: Prisma.
- Silva, Alessandro S., & Corrêa, Felipe. (2015) *No Interstício das disciplinas: a Psicologia Política*. Curitiba, PR: Prisma.

- Sousa, Ana M. M., Souza, Kleyde V., Rezende, Edna M., Martins, Eunice F., Campos, Deise., & Lansky, Sônia. (2016). *Práticas na assistência ao parto em maternidade com inserção de enfermeira obstétrica em Belo Horizonte Minas Gerais. Ana Nery*, 20(2), 324-31.
- Souza, Silvana R. R. K., & Gualda, D. M. R. (2017). O Papel Do Acompanhante No Processo Do Nascimento. In: Gualda, Dulce M. R.; Campos, Edemilson A., Praça, Neide S., Salim, Natália R., & Soares, Glauce C. F. *Nascimento: perspectivas antropológicas*. São Paulo, SP: Ícone Editora.
- Tilly, Charles. (2010). Movimentos sociais como política. *Revista Brasileira de Ciência Política*, II(3), 133-160. Brasília, DF.
- Tischer, Juraci M. (2014). *Vivência de mulheres submetidas à cesariana*. Dissertação de Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho. Universidade de Itajaí, SC.
- Touraine, Allan. (2006). Na fronteira dos movimentos sociais. Trad. Ana Liési Thurler. *Revista Sociedade e Estado*, 21(1), 17-28. Brasília, DF.
- Vygotsky, Lev S. (1984). *A formação social da mente*. São Paulo, SP: Martins Fontes.
- Wertz, Richard W., & Wertz, Dorothy C. (1977). *Lying-In: a history of childbirth in America*. New York, Estados Unidos da América: Free.

ANEXO I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o(a) Sr.(a) a participar da pesquisa “**Consciência Política e Humanização do Parto: a luta pelo direito à formação de Obstetrizes na Universidade de São Paulo**”, desenvolvida pela mestrandia Beatriz Cicala Puccini e orientada pelo Prof. Dr. Alessandro Soares da Silva do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (USP). O objetivo da pesquisa é estudar a memória política da luta pela humanização do parto a partir das experiências de formação em obstetrícia na USP.

A sua participação consiste em responder a uma entrevista que será gravada e conduzida pela pesquisadora com duração de até 90 minutos em local definido pelo(a) Sr.(a). A sua identidade será preservada em todas as etapas da pesquisa, garantido o anonimato e a privacidade e o(a) Sr.(a) poderá declinar ou retirar o seu consentimento a qualquer tempo, sem qualquer prejuízo ou penalização, bem como não responder as questões que julgar improcedentes. O tempo despendido para entrevista poderá gerar algum desconforto, bem como algumas questões. Por isso estou à disposição para que a entrevista seja realizada de acordo com a sua disponibilidade. A pesquisa não possui benefícios diretos para o(a) Sr.(a), mas a sua participação poderá contribuir com a produção de conhecimento sobre a formação profissional nos cursos de obstetrícia e a humanização do parto na USP.

Informo que o(a) Sr.(a) não receberá nenhuma compensação financeira pela participação nesse estudo e não terá nenhum prejuízo financeiro. Será assegurado o direito à indenização, caso haja comprovação de algum dano relacionado à participação no estudo.

Esclareço que uma via desse termo assinado em duas vias pela pesquisadora, será entregue ao(à) Sr.(a). Esta pesquisa atende a todas as especificações da Resolução 466, de 12/12/2012 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa, que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Qualquer dúvida ou consideração quanto à ética da pesquisa, entre em contato com o CEP – Comitê de Ética em Pesquisa, sito à Av. Prof. Mello Moraes, 1.721 - Bloco G, 2º andar, sala 27 - CEP 05508-030 - Cidade Universitária - São Paulo/SP. E-mail: ceph.ip@usp.br. Telefone: (11) 3091-4182. Em

qualquer etapa do estudo, o(a) Sr.(a) poderá ter acesso à pesquisadora responsável pela investigação para quaisquer esclarecimentos, no endereço: Av. Prof. Mello Moraes, 1721, bloco A, salas 103/105 - CEP: 05508-030, por e-mail biapuccini@gmail.com, e a qualquer hora no celular (11) 998517855, ou ainda com o orientador Dr. Alessandro Soares da Silva no e-mail: alepsipol1@gmail.com.

Se o(a) Sr.(a) estiver esclarecido(a) sobre o estudo e concordar em participar, solicito que assine as duas vias deste termo.

São Paulo, de de 2017.

Participante

Beatriz Cicala Puccini - Pesquisadora