

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA:
Contradições do sistema de saúde nas políticas de humanização do parto

WANEISSA OLIVEIRA SILVA

MACEIÓ
2015
WANEISSA OLIVEIRA SILVA

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Contradições do sistema de saúde nas políticas de humanização do parto

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal de Alagoas - UFAL, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Sociologia.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Alice Anabuki
Plancherel

MACEIÓ

2015

Catálogo na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico
Bibliotecária Responsável:

FOLHA DE APROVAÇÃO

WANEISSA OLIVEIRA SILVA

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Contradições do sistema de saúde nas políticas de humanização do parto

Dissertação submetida ao corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal de Alagoas e aprovada pela banca examinadora em ____ de _____ de 2015.

Prof.^a Dr.^a Alice Anabuki Plancherel – ICS/UFAL (Orientadora)

Banca examinadora:

Prof. Dr. Arim Soares do Bem – ICS/UFAL (Examinador interno)

Prof.^a Dr.^a Andréa Pereira Moraes – IFAL (Examinadora externa)

MACEIÓ

2015

Dedico este trabalho a todas as
mulheres que sofreram ou lutam
contra a violência obstétrica no
mundo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Javier, meu pequeno, por sua existência transbordada de sensibilidade e de coragem me fazer suportar essa década de 2010... Obrigada por me colocar sempre no lugar: envolvida com o mundo da maneira mais real que puder,

Agradeço à minha mãe, por tudo o que me ajudou a ser, e por sempre criar todo o suporte para que eu persiga minhas “invenções” (ainda que não concorde com elas desde a década de 1980).,

Agradeço à famílias e amigxs em geral, que suportaram minhas ausências e sempre estiveram presentes quando precisei. Em especial, agradeço Às de Sempre - : Aline, Amanda, Laís, Mariana e Renata - minha família escolhida e porto seguro desde a década de 1990,

Agradeço “azíndias comunistas do parto humanizado”, emergidas na década de 1950 e, em especial as companheiras de luta do Roda Gestante. Milena, Andrezza, Danielle, Anne, Liliane e Letícia, não fosse a experiência com vocês, este trabalho não existiria. Milena, nossas “parecenças” e discordâncias necessárias sempre me trouxeram aprendizados valiosos em cada etapa do trabalho - e frutíferos resultados no cotidiano; Andrezza, nossa “rainha das bruxas”, agradeço por ser esse exemplo que quero seguir para o resto da vida.

Agradeço ao grupo que conheci precisamente na década de 1960, em um submarino amarelo. A entrega e solidariedade de vocês foi primordial: Livya e Geice, obrigada pelas aulas brilhantes e pela humildade incomparável de vocês; Saulo e Humberto, agradeço pelos ouvidos, leituras e correções preciosas. Marquinho, obrigada pela generosidade “de sempre”, pelos sonos perdidos, e paciência incrível. Agradeço à minha orientadora, Alice Anabuki, por responder prestativa aos meus chamados “desesperados” e pela paciência com minhas dúvidas infundáveis; agradeço pelas revisões atentas e considerações pertinentes durante as aulas e a orientação.

Agradeço ao professor Arim Soares do Bem e à professora Paula Stroh, pela análise e sugestões extremamente importantes durante a qualificação,

Agradeço finalmente a todas e todos os integrantes da banca examinadora: Andréa Moraes, Belmira Magalhães, e novamente Arim e Alice, por aceitarem levar esta dissertação à banca e avaliá-la, mesmo enfrentando todas as condições adversas de seus trabalhos na educação superior.

Agradeço as pessoas citadas que contribuíram com as páginas seguintes, que revisaram, criticaram e sugeriram, ao tempo em que me responsabilizo por todas as lacunas e limitações que possam ser encontradas.

Agradeço às enfermeiras pela coragem em conversar com uma “estranha” sobre situações de trabalho que lhes são tão delicadas. Agradeço também aos médicos, que dispuseram de seus tempos extremamente corridos, para me fornecerem de uma a duas horas de entrevista.

Agradeço às mulheres entrevistadas, que enfrentaram violência e hoje deixam suas vozes ecoares para reforçar o “coro” de quem reivindica dias melhores, desde o nascimento.

Três dias de parto e o filho não saía:
— Tá preso. O negrinho tá preso — disse o homem.
Ele vinha de um rancho perdido nos campos,
E o médico foi até lá.
Maleta na mão, debaixo do sol do meio-dia,
o médico andou até aquela longidão, aquela solidão,
onde tudo parece coisa do destino feroz; e chegou e viu.
Depois, contou para Glória Galván:
— A mulher estava nas últimas, mas ainda arfava e suava
e estava com os olhos muito abertos.
Eu não tinha experiência nessas coisas. Eu tremia, estava sem nenhuma idéia.
E nisso, quando levantei a coberta, vi um braço pequeninho
aparecendo entre as pernas abertas da mulher.
O médico percebeu que o homem tinha estado puxando.
O bracinho estava esfolado e sem vida, um penduricalho sujo de sangue seco,
e o médico pensou: Não se pode fazer mais nada.
E mesmo assim, sabe-se lá por quê, acariciou o bracinho.
Roçou com o dedo aquela coisa inerte e ao chegar à mãozinha,
de repente a mãozinha se fechou e apertou seu dedo com força.
Então o médico pediu que alguém fervesse água,
e arregaçou as mangas da camisa.

--

Os tecnocratas reivindicam o privilégio da irresponsabilidade:
— Somos neutros — dizem.

O Livro dos Abraços
Eduardo Galeano

RESUMO

Analizamos como a organização do trabalho na saúde, a partir da reestruturação produtiva capitalista, interfere no atendimento às mulheres que buscam assistência público-hospitalar para parir, culminando – entre outras determinações – na chamada violência obstétrica. Investigamos como as orientações oficiais e políticas públicas que intentam 'o parto humanizado' se contrapunham às reais condições de trabalho na atenção aos nascimentos. Encontramos como determinantes para a situação da violência contra as mulheres no parto: a divisão do trabalho centralizada no hospital; a objetificação do corpo feminino como mais uma 'mercadoria'; o escanteamento da atividade de enfermeiras obstétricas; e, por fim, a intensificação do trabalho médico, guiado pela exigência de atender mulheres em uma escala de produtividade industrial. Assim, os profissionais se valem de uma racionalização baseada no uso desmedido de tecnologias e de intervenções para agilizar o desfecho de seus trabalhos (o nascimento em si).

Palavras-chave: violência obstétrica. precarização do trabalho. políticas públicas. Saúde.

ABSTRACT

We analyze how the organization of health care work, as from the capitalist productive restructuring, interferes in the care of women seeking public-hospital care to give birth, culminating - among other determinations – in the so-called obstetric violence. We investigate how the official guidelines and public policies that intend to promote 'the humanized birth' were opposed to the actual working conditions in the care of births. The determinants for the situation of violence against women in childbirth are: the division of centralized work at the hospital; the objectification of the female body as another 'commodity'; the despising of the activity of midwives; and, finally, the intensification of medical work, guided by the need to assist women in an industrial-scale productivity. Thus, professionals make use of rationalization based on excessive use of technologies and interventions to make agile the outcome of their works (the birth itself).

Keywords: obstetric violence. work precarization. public policies. Health.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 A CHAMADA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: MARCO EMPÍRICO E TEÓRICO SOBRE A ASSISTÊNCIA ÀS MULHERES NO PARTO.....	21
2.1 Iris	27
2.2 Milena	29
2.3 Tatiana.....	34
2.4 Porllanne.....	36
2.5 O Reconhecimento da Violência de Gênero.....	40
3 TRABALHO NA SAÚDE E NA ATENÇÃO AO PARTO	59
3.1 Hospitalização do Nascimento	60
3.2 As Maternidades como “Porta de Entrada” para Formação Especializada: As Mulheres Cobiaias	62
3.3 Divisão de Trabalho na Saúde	64
3.4 Características Mais Gerais da Reestruturação Produtiva Capitalista.....	66
3.5 Produtividade no Setor de Serviço e da Saúde.....	71
3.6 A Coexistência das Lógicas Opostas.....	73
3.7 Condições Laborais na Saúde Pública Estatal e Privada.....	75
3.8 Precarização do Trabalho Médico.....	80
3.9 Chamem a Parteira: A Experiência entre Médicos e Enfermeiras	89
3.10 Proeminência da Tecnocracia	93
3.11 A Situação Estrutural das Maternidades em Alagoas.....	104
4 AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE “HUMANIZAÇÃO” NA SAÚDE E NO PARTO: PARTICIPAÇÃO DO ESTADO E REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA ...	111
4.1 O Caso de Adelir	116
4.2 Proibição do Aborto Já Legalizado	117
4.3 Estado como forma política e suas implicações na atenção ao parto	117
4.4 Um Mix Público e Privado?	123
5 CONCLUSÃO.....	136
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	142

1 INTRODUÇÃO

As ciências sociais abarcam, desde o fim dos anos de 1970, estudos a respeito das formas de nascimento, através da chamada Antropologia do Parto (DINIZ, 2005). Nela, o fenômeno do parto é definido como constructo social que se distingue com os tipos de sociedades – das primitivas às mais complexas. É tido, ainda, como um campo de conflitos de conhecimento autoritativo definidor de seus rituais. Mauss (1979), por exemplo, define o parto como uma técnica corporal de nascimento e obstetrícia.

O modelo dominante de atender parturientes em países industrializados, que punha a primazia tecnológica em detrimento das relações humanas - e alia a essa prática uma suposta neutralidade de valores – tem sido extensamente questionado por estudos sociológicos e da saúde, em todo o mundo. O Brasil, que hoje encontra-se com o maior número de cesarianas em todo o mundo, resulta no que Diniz (2005) chama de sociedade tecnocrática, tomada por uma “perversa contradição causada”, qual seja, “o medo extremo [...] dos processos naturais dos quais esta sociedade depende para continuar sua existência” (DINIZ, 2005, p. 629-630).

Não raro encontramos, com definições precisas ou mais ou menos subentendidas, o questionamento da cada vez mais presente violência obstétrica. A partir das denúncias de movimentos feministas, a perspectiva do atendimento tecnocrático com intervenções médicas desnecessárias em mulheres têm sido exposta com enfoque também nas agressões físicas ou psicológicas as quais as mulheres são submetidas em trabalho de parto nos hospitais. Entre as referências atuais na área da saúde, destacamos o *Violence against women in health-care institutions: an emerging problem*. O estudo em questão apresenta os tipos mais comuns de violência contra as mulheres em trabalho de parto:, entre a negligência e a humilhação à violência física (D'OLIVEIRA; DINIZ; SCHRAIBER, 2002). No campo sociológico, a pesquisa de opinião Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Públicos e Privados obteve ampla repercussão nacional ao expor que uma a cada quatro mulheres revelou ter sofrido algum tipo de violência durante o parto (VENTURI, 2010).

Profundas e variadas discussões têm questionado, com bastante propriedade, os efeitos da hermenêutica relação de poder entre médicos e pacientes (neste caso, as gestantes); as percepções das mulheres e sua relação subjetiva com o corpo, com a dor, com a

fisiologia e a morte, ou com o bebê que acaba de nascer já experimentando os efeitos desse “ritual” de intervenções. A saúde na sociologia também é comumente atravessada pelos estudos da sociologia das profissões e das instituições, ao trazer os elementos do néo-institucionalismo para compreender as políticas públicas e a participação do Estado na composição da organização hospitalar e, mesmo, na assistência ao parto (MAIA, 2010). Embora essa concepção inicialmente nos atraia, seu problema consiste na inclusão de todas as práticas e organizações como constituintes de um mesmo elemento - o *ethos*- de modo a nos impedir a apreender quais as determinações para os “modos de agir” dos profissionais na área de saúde. Além do mais, ao desvelarmos o fato de que essas determinações possuem uma natureza muito mais extensa do que o *ethos* – em si e por si – acabamos por nos sentir atraídas a enveredar por outros estudos: o que está por trás.

No presente trabalho, examinaremos a questão do nascimento tendo outra perspectiva em centralidade, para então compreendermos o problema em si: analisaremos como a reorganização do processo de trabalho e a divisão do trabalho hospitalar têm sido fatores de impulsionamento e manutenção dessa violência contra as mulheres cometida por profissionais da saúde. Ao esboçarmos aqui qual o contexto histórico no qual o Estado se insere ao propiciar as políticas públicas na área da saúde e na assistência “humanizada” ao parto no Brasil, pretendemos refletir sobre as limitações encontradas nos corredores da maternidade para as normativas apregoadas pelo Ministério da Saúde em defesa da mudança do paradigma do nascimento – de tecnocrático para o humanizado.

Verificaremos como as discussões a respeito do mundo do trabalho são indispensáveis para se entender os impedimentos de um serviço médico “humanizado”. Em meio às várias lutas para se modificar a assistência a partir de uma mudança de “paradigmas”, buscaremos a base material dessas ideologias, instalando portanto as seguintes questões: É possível conquistar o pleito de acabar com a violência contra as mulheres nos hospitais, devolvendo-lhes suas possibilidades integrais de fazer nascer, quando o próprio trabalho de assistência é fragmentado e intensificado? É possível “humanizar” uma assistência à mulher no parto sem que as próprias condições de trabalho sejam humanas? Há formas de reduzir a labuta dos trabalhadores da saúde ou de melhorar essas condições dentro da estrutura capitalista?

Para vislumbrar algumas dessas respostas, optamos por compreender os fatores

que culminaram na hegemonia de um determinado processo de trabalho – a racionalização tecnocrática, hoje entendida como violência obstétrica - no (outro) tão íntimo momento do nascimento humano. Nossas investigações têm como base como estas condições objetivas originárias da infraestrutura rebatem em uma superestrutura (MARX, 1946), a saber, o campo da consciência e da ideologia, onde se encontram o conhecimento, as instituições e os saberes. Marx especifica que é a materialidade que condiciona o processo de vida social, político e espiritual, de modo que é o seu *ser social que determina sua consciência*.

Consideraremos as análises de Antunes (2003) e de Pires (2010) sobre a interpenetração da atividade de serviço pelo modelo fabril. Esse processo de ampliação, fruto da heterogeneização, complexificação e fragmentação da classe trabalhadora como um todo, se deve ao entendimento de que o trabalhador – ainda que não esteja nas fábricas, onde seria seu núcleo central, e que não produza diretamente a mais-valia – vende sua força de trabalho à racionalidade do capital. Ao atuar sob a pressão da produtividade, esse tipo de racionalidade conduz a uma intensificação, o que, por sua vez, demanda consequências aos trabalhadores e aos que consomem a mercadoria oferecida, neste caso, a saúde.

Se observarmos que as relações de produção impõem aos homens um estado de conformidade à racionalização tecnológica, no sentido de produzir mais em uma menor duração de tempo, a prática médico-hospitalar não foge à regra e dispõe de todo um aparato ideológico para justificar e legitimar seu uso indiscriminado, massivo e padronizado.

Desde que o nascimento tornou-se hospitalar, proliferaram-se uma série de “mitos” que justificam a necessidade de “segurança”. O primeiro deles, convenientemente elaborado pelos hospitais-igreja, visava a retirada das parteiras como concorrentes dos estudantes de medicina. Assim, de sábias respeitadas pela comunidade, essas mulheres passaram a ser perseguidas como bruxas. Em seguida, com as mulheres dentro dos hospitais, os mitos se propagaram a partir do uso de equipamentos médicos para justificar a diferença com as trabalhadoras tradicionais. O capitalismo soube, então, apreender essas técnicas e moldá-las segundo suas necessidades: opera-se atualmente uma assistência que se resume ao *consumo de medicamentos*, e a *agilização artificial do trabalho de parto*, um e outra respondendo às exigências por produtividade do serviço médico, ao mesmo tempo em que fortalece a condição da saúde como um produto social bem específico: a mercadoria. A técnica

corporal do parto (MAUSS, 1979), reduzida a um evento médico – e não mais a uma atividade circunscrita dentro do universo feminino e doméstico e/ou familiar - desde sua hospitalização no século XIX (THÉBAUD, 2002) é um desses exemplos.

Marcuse (1979), por sua vez, enfatiza a tecnologia como um dos suportes de uma ideologia totalitária, a conformar uma sociedade unidimensional. Neste ponto, o aparato tecnológico é utilizado como instrumento de dominação e de produção de falsas necessidades. Grifamos, no caso dos partos, a assistência médico-hospitalar que se vale de falsas indicações para intervenções, das mais simples às cirurgias. Herança do derrocado Estado do bem-estar social, as falsas necessidades só reforçam a ilusão de um “nivelamento” social, ao tempo em que possuem características que bem as definem:

Sua satisfação pode ser assaz agradável para o indivíduo, mas a felicidade deste não é uma condição que tem de ser mantida e protegida caso sirva para coibir o desenvolvimento e aptidão (dele e de outros) para reconhecer a moléstia do todo e aproveitar as oportunidades de cura (...). Independentemente do quanto tais necessidades se possam ter tornado do próprio indivíduo, reproduzidas e fortalecidas pelas condições de suas existências; independentemente do quanto ele se identifique com elas e se encontre em sua satisfação, elas continuam a ser o que eram de início – produtos de uma sociedade cujo interesse dominante exige repressão (MARCUSE, 1979, p. 26).

No que diz respeito ao nascimento, todos esses mitos de falsas necessidades foram acrescidos a uma série de agressões às mulheres na hora de parir, fato que pôde ser comprovado diante do alto índice de morbimortalidade materna. O problema já discutido por profissionais da epidemiologia e mulheres, foi finalmente apreendido, a ponto do modelo tecnocrático ser criticado pela Organização Mundial de Saúde, que passou a estimular campanhas dirigidas a profissionais de saúde por uma prática “humanizada” de atenção ao nascimento. Neste sentido, o Brasil adotou as diretrizes mundiais, elaborando a primeira cartilha do Ministério da Saúde, a Política de Humanização no Pré-Natal e Nascimento. Lançado em 2000, o documento já anunciava o problema da terceirização do parto e das suas consequências nefastas; por conseguinte, passou a orientar os profissionais a adotar uma postura “humanizada” com as gestantes, devolvendo-lhes o poder decisório sobre seus corpos com informações precisas e alinhadas às evidências científicas.

Ao buscarem os principais problemas que desencadeavam mortes maternas e neo-natais, as cesarianas eletivas, realizadas antes do tempo do nascimento do bebê, foram identificadas entre as principais causas, tendo em vista as várias consequências,

como, infecção hospitalar, depressão pós-parto, problemas de amamentação, inserção de bebês em UTIs e lotação em maternidades.

Alguns trabalhos, como os da pesquisadora Diniz (2005) e Maia (2010), terão importância fundamental nesta dissertação, sobretudo no momento em que voltamos nossas considerações iniciais, no sentido de resgatarmos o histórico do problema dos nascimentos, de registrarmos a participação dos movimentos feministas que pleiteiam uma assistência denominada humanizada, e, por consequência, as políticas públicas anunciadas pelo Governo Federal na tentativa de suprir essas demandas .

Bolaño (s.d) exercerá um papel fundamental neste trabalho, ao ter efetuado um estudo bastante atual, dialogando com autores contemporâneos que punham em xeque a centralidade do trabalho nas relações sociais no campo da saúde, diante da fragmentação e da complexificação da classe trabalhadora após a reestruturação produtiva. Dialogaremos, ainda, com Waitzkin (1980), que nos apresenta as relações entre o mercado e a organização do trabalho e do atendimento à saúde, sobretudo em decorrência dos conflitos de privatização, em detrimento de um sistema de saúde realmente social.

Assim, a pesquisa empírica é composta prioritariamente por entrevistas qualitativas a cinco mulheres, cinco médicas e médicos, cinco enfermeiras obstetras de instituições de saúde do Estado, uma parteira urbana, uma gestora, e o presidente do sindicato dos médicos, a fim de entendermos com mais detalhes o problema, muito embora as dificuldades de acesso a algumas informações públicas tenham prejudicado a apreensão por completo da situação: por exemplo, registros mais precisos e atuais sobre mortalidade materna no Estado. Sabemos, por uma perspectiva mais informal – mas não menos verdadeira – que nem todos os casos chegam aos relatórios oficiais.

Por fim, as entrevistas particularmente não foram publicadas em outros lugares. Aos médicos e enfermeiras obstétricas, foram elaborados questionários semi-estruturados, divididos em três blocos: a) formação b) situação de trabalho c) relação entre políticas públicas e condição de trabalho. Nas maternidades, cada entrevista durou entre 40 minutos a uma hora e meia.

Às mulheres, foram colhidos seus relatos de parto, com intervenções de questionamentos sobre as intervenções e que lhes foram feitas em seus corpos, com e sem seu consentimento. Optamos por iniciar o texto com quatro desses relatos – uma cesárea e um parto normal em maternidade pública, e uma cesárea e um parto normal em maternidade particular.

Inicialmente pensamos em restringir a pesquisa ao território maceioense, ou a pesquisas de caso em uma ou outra instituição específica. Entretanto, ao constatarmos que a situação das maternidades e do trabalho nesses locais estão interligados – mulheres do interior são atendidas na capital; a situação estrutural de uma maternidade afeta a outra; todos os médicos entrevistados atendem em mais de dois lugares – percebemos que não seria possível efetuar um estudo, dentro da perspectiva metodológica escolhida, que não fosse sistemático.

Na pesquisa documental, voltamo-nos a uma análise das normativas do Ministério da Saúde publicadas desde a instituição dos programas de incentivo ao Parto Normal às políticas públicas de humanização do parto e nascimento, que começaram a ser difundidas a partir de 2000. Buscamos, ainda, pareceres da Secretaria de Saúde sobre morte materna, dados de nascidos vivos do DataSUS, e publicações da Agência Nacional de Saúde (ANS).

Nesse aspecto, acreditamos ser fundamental falarmos sobre a posição de onde todo este trabalho foi realizado. Enquanto integrante do grupo Roda Gestante, que presta apoio a mulheres gestantes em Alagoas, não poderia – nem seria de meu interesse – velar este trabalho com paradigmas de neutralidade. Assim, a elaboração destes estudos é levada aos patamares de pesquisa militante, na medida em que concordamos com Bringel e Varela (s/d), em “Perspectivas e desafios da pesquisa militante na atualidade”, ao partirem dos pressupostos de que os conhecimentos são produzidos e reproduzidos sobre um contexto específico de contradição social, e é urgente, portanto, a produção e reprodução desses conhecimentos a partir de um olhar socialmente comprometido. Nesse sentido, percebemos na prática o que os autores definem como uma “tecnificação da atividade intelectual” decorrente de investidas neoliberais que também atingiram as universidades brasileiras, nos anos 90, de onde:

As pesquisas que transpareciam posicionamentos políticos foram objetos de acusações fundadas ou infundadas de manipulação política, de parcialidade, de desrespeito às exigências acadêmicas, de idealizações em relação aos atores coletivos e de reprodução acrítica das vozes dos movimentos sociais (BRINGEL; VERSIANI, s/p, s/d).

Assim, tive a oportunidade de estar presente, enquanto pesquisadora e militante, na audiência pública contra a violência obstétrica, em maio de 2014, em Brasília; em reuniões do Fórum Perinatal em 2015; nas atividades do grupo Roda Gestante, na realização de um seminário nacional sobre parto no Estado, no envio de

denúncias sobre violência obstétrica a órgãos pertinentes, na divulgação de mobilizações efetuadas contra a violência obstétrica em Alagoas – seja elaboração de cartilhas, panfletos, seja carta aberta - e no apoio para a difusão de informações sobre os casos nacionais.

Não podemos ocultar que este trabalho sofreu também uma virada, de ponta à cabeça, em seu percurso metodológico. Inicialmente, ocuparíamos-nos de analisar as percepções das mulheres que vivenciaram a violência obstétrica e o parto humanizado na capital alagoana. No entanto, o contínuo contato com a realidade geradora das agressões, que me foi permitido a partir das entrevistas efetuadas, da experiência enquanto participante do grupo de apoio Roda Gestante, conduziu-me a pensar o problema a partir de suas bases. O materialismo histórico e dialético foi o instrumento que nos alertou à importância de inserirmos o concreto pensado dentro deste universo emergente.

A questão é que nosso comprometimento com este estudo parte da compreensão de que a dor das mulheres desencadeada por tratamentos desumanos nas maternidades não pode mais ser calada. Entretanto, mais do que a constatação, queremos compreender o que tem causado a violência nesse atendimento, tarefa que só nos foi possibilitada a partir da apreensão da totalidade das relações sociais, de seus movimentos entre aparência e essência; da síntese, por fim, de todas as múltiplas determinações que culminam em um trabalho assistencial subsumido pelo capital, voltado à produtividade e, oportunamente, apropriador do corpo da mulher como um “depositário” de bebês- que, por sua vez, também são mal tratados no nascimento - e como produtos finais de uma mercadoria.

Os escritos a seguir possuem o intuito de buscar o que mal tem se ocultado sob a emergente questão dos nascimentos em Alagoas a partir de todo o processo de hospitalização. Nesse sentido, buscaremos ainda compreender como até mesmo as políticas públicas do Estado e suas promessas “humanizantes” terminam por se esbarrar no que há por trás delas: a demanda do próprio capital que se sobrepõe ao interesse realmente público. A fim de compreender a base das políticas estatais, buscaremos estudos dos determinadores sociais da saúde, além de Mascaro (2010) e outros autores que discutem a participação do Estado na manutenção de um sistema que objetiva o lucro.

Nesta perspectiva, verificaremos as políticas públicas e demais diligências engendradas pelo Estado, em nome da “Humanização do Nascimento”, suas bases

sociais, políticas e econômicas, e como elas se dão na rotina do trabalho nas maternidades. A partir de entrevistas, elencaremos como pontos-chave nesta discussão: a violência obstétrica enquanto uma síntese de uma série de questões relacionadas à organização do trabalho na saúde; as condições de atuação no ambiente hospitalar, a intensificação do trabalho e as relações entre os trabalhadores da saúde envolvidos, a formação, terceirização; a especialização médica; a influência da indústria de equipamentos e medicamentos e as relações extremamente difusas entre o “público e o privado” no manuseio dos consumos e produção de saúde.

A segunda seção do trabalho exposto se dedica à perspectiva emergencial do problema constatado. Intitulado “A chamada violência obstétrica: marco empírico e teórico sobre a assistência às mulheres no parto”, nele ateremo-nos a apresentar o que se caracteriza por violência obstétrica: a quem atinge, como atinge, e quais fatos têm legitimado as lutas dos movimentos feministas e da saúde que reivindicam o fim de atos violentos praticados contra as mulheres em trabalho de parto. Dialogando com outras áreas da Sociologia, principalmente a Sociologia de Gênero, e com a Saúde Coletiva, entenderemos quais práticas violentas têm sido praticadas contra mulheres nas instituições de saúde, e como elas se constituem dentro de um modelo dominante identificado como patriarcal e tecnocrático.

Na terceira seção, buscamos entender como a assistência à saúde no parto, até o momento identificado como um “paradigma tecnocrático”, tem se estabelecido. Discutiremos qual o *contexto* se insere o trabalho na assistência ao parto e esse tipo de racionalização tecnocrática, a partir de registros de que, no século XIX, houve também uma “acumulação primitiva” nos trabalhos assistenciais, ainda que o setor de serviços não tivesse a importância adquirida no século seguinte. Interpenetrado pelo modelo fabril, o trabalho terciário também sofreu subsunção formal ao capital, e assumiu, com a reestruturação produtiva, as características da flexibilização do trabalho: a fragmentação, a complexificação e a precarização.

No que diz respeito ao atendimento à saúde, essa reestruturação significou a perda progressiva da autonomia nas ditas “profissões liberais”. Embora a medicina, dominada pela elite e pela classe média, tenha na tecnocracia uma forma de manutenção de poder, tanto os trabalhadores como as tecnologias são utilizadas pela mesma finalidade, o aumento da produtividade (ao capital), a interposição da precarização do Sistema Único de Saúde, . A partir de um estudo tendo o trabalho como categoria fundante, buscaremos compreender como o capital, ao retirar do trabalho seu

significado enquanto extensão do homem, elimina também sua dimensão criativa e faz sua *racionalidade* servir apenas à produtividade, e não à humanidade. Desse modo, como determinar paradigmas “humanizadores”, centrando no protagonismo humano, enquanto se exige a participação de uma “produção de saúde” enquanto mercadoria?

Na quarta seção, buscaremos dissertar sobre as políticas públicas de “humanização” na saúde e no parto e como a participação do Estado na reestruturação produtiva pode nos trazer alguns esclarecimentos para as limitações dessas políticas. Apenas a partir da década de 1970, o Estado admite que as intervenções excessivas e o “modelo tecnocrático” tem desembocado em muito mais riscos do que benefícios para as mulheres, embora a morbimortalidade materno-infantil seja fato desde que o parto se tornou “hospitalizado”, ainda no século XIX. No Brasil então, as políticas públicas de 'humanização' começam a se estender na década de 1990 e se consolidar – ao menos no papel – em 2001. Por que tanto tempo para atingir essa 'percepção'? Uma análise histórica sobre o que acontecia nesse período – ou seja, a crise no modelo de produção fordista e no Estado do Bem Estar e seu excessivo consumo também de medicalizações -, pode fornecer alguns indícios a essa resposta.

Nesta seção, não só apresentamos as políticas públicas que pleiteiam uma 'ética' diferente no atendimento às mulheres, por parte de trabalhadores da saúde, como também tentaremos entender quais os limites de se estabelecer “uma nova forma” de trabalho médico, quando esse trabalho já acontece sob a ordem formal de um sistema voltado ao lucro. Nesse sentido, buscamos entender quais as limitações de políticas públicas dessa natureza, diante de uma demanda contra a 'tecnocracia' que está inserida em um contexto muito mais amplo, a qual o Estado capitalista – que propagandeia a busca por humanização – é, contraditoriamente, fator importante de manutenção.

2 A CHAMADA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: MARCO EMPÍRICO E TEÓRICO SOBRE A ASSISTÊNCIA ÀS MULHERES NO PARTO

Não sem várias investidas que culminaram na expulsão e pulverização das parteiras tradicionais, e na apropriação de seus instrumentos de trabalho, a hospitalização da assistência aos nascimentos resultou, desde o século XIX, na formulação técnica e ideológica de que o parto é um evento potencialmente patológico que cabe ao médico solucionar.

Segundo Diniz (2005), estendido ao Brasil poucas décadas depois, o parto hospitalar se tornou dominante e mundializado, ainda que não houvesse nenhuma evidência consistente que garantisse às mulheres e aos bebês maior segurança de vida: aliás, como veremos com mais detalhes, diante das complicações e mortes de mulheres em instituições de saúde, só as gestantes pobres buscavam as maternidades porque isso significava também uma forma de ter assistência do Estado.

Em um movimento de “oferta que cria a demanda”, os investimentos na medicina privada, a produção de equipamentos e, principalmente, a indústria de medicamentos, foram cada vez mais consolidados, fortalecendo o chamado modelo tecnocrático de atendimento aos partos (MAIA, 2010). Ainda que o consumo fosse fortalecido pela propaganda de uma 'melhoria qualitativa', a aplicação irracional de medicamentos e tecnologias trouxe um efeito contrário: o aumento da morbimortalidade materna e neonatal (DINIZ, 2005, p. 29), e vários outros prejuízos a curto ou médio prazo. Maia (2010), ao elaborar um diagnóstico sobre o parto no Brasil, afirma que o modelo tecnocrático de assistência às mulheres, em sua relação de legitimação e interdependência com a assistência à saúde em geral, é atualmente fragmentado, curativo e hospitalar. Entre suas características principais, segundo a autora, estão a padronização na assistência, a supervalorização da tecnologia, a ênfase nos resultados de curto prazo, a morte percebida como fracasso e sistema dirigido ao lucro. Ainda segundo a autora, existe uma dualidade primordial na tecnocracia, consentindo-lhe um caráter duplo: ao atendimento público, é oferecido um parto traumático repleto de intervenções desnecessárias de rotina. Na assistência privada, uma cirurgia que aumenta em três vezes os riscos de mortalidade da mulher e do bebê, a cesariana.

Para entender um pouco mais o que significa esse “parto traumático”, hoje conhecido como “parto normal”, é preciso descrever a experiência-padrão com um pouco mais de detalhes:

Inicia-se com a entrada da mulher na maternidade e a realização de “exames de toques”. Esse procedimento consiste na inserção dos dedos do profissional dentro da vagina da mulher até a entrada do útero, onde se identifica a dilatação. Em maternidades-escolas, são cotidianamente efetuados por mais de uma pessoa, sem consentimento das mulheres, e diante de um, dois ou um grupo de estudantes, para aprenderem a “identificar” a dilatação. Em seguida, a mulher é transferida para outra sala, onde começa a chamada “cascata de intervenções”: o início de procedimento que gera a necessidade de outro. A mulher é obrigada a ficar deitada e imobilizada com as pernas abertas sobre estribos, a posição é chamada de litotomia. Além de multiplicar a dor do parto, ao comprimir veias importantes, a litotomia dificulta ainda mais a saída do feto. Seu uso é justificado por tornar mais confortável a posição do médico ao visualizar o canal de parto, além de colocar, literalmente, a posição da mulher mais submissa às práticas médicas (BURGO, 2001).

Com os movimentos limitados, a mulher é então proibida de alimentar-se e de ingerir líquido durante as várias horas em que decorre o parto. O jejum é iniciado como uma prática preventiva, ainda que não haja qualquer evidência que preconize tal omissão. A mulher passa então a receber também um soro. São injetados hormônios sintéticos para que o funcionamento do útero seja acelerado. A ocitocina, que é produzida naturalmente pelo organismo humano, é inserida sinteticamente na parturiente junto ao soro, a fim de intensificar as contrações, na expectativa médica de agilizar o processo de parto, embora na maioria das vezes o procedimento não surta o efeito esperado. Ao passar do tempo, e após mais alguns exames de toques, é aplicada uma anestesia para dirimir a dor e, conseqüentemente, reduzir ou anular por completo o controle fisiológico de parir. Com o organismo da mulher em plena disfunção, em decorrência de todas as interferências médicas, restam então as manobras. O exemplo mais comum é quando médico ou enfermeiro sobe sobre a barriga da gestante para empurrar o bebê para baixo, o chamado Kristeller - oficialmente proibido, mas constantemente praticado. Por fim, é feita uma episiotomia, um corte no músculo situado entre a vagina e o ânus, para forçar o aumento da passagem de parto.”

Ao presenciar todas essas situações nas maternidades onde trabalhou, a enfermeira obstétrica J. relata como se sentiu isolada ao tentar expor todos os erros à equipe em que trabalhava:

O pessoal “mangava” de mim. Eu mostrava vídeo, de como devia ser a assistência, reunia as parteiras, médicos, as técnicas. Eu dizia: “não precisa meter a mão na vagina dela!”, “não precisa puxar a cabeça do neném”; “olha aqui, ó como é que 'cês 'tão fazendo, nunca se deve fazer isso, olha aí como é que tem que ser feita”. [E elas respondiam:] “ah, mas isso é bonitinho aí, no papel, na teoria; na prática é outra”. Era só eu essa nessa briga, não tinha nenhuma companheira que se interessasse estar junto comigo nessa luta. Então, assim, eu sofria muito de ver aquelas mulheres sendo violentadas... né? Eu ia para o canto e chorava mesmo... E, aí, na primeira oportunidade que eu tive, eu saí do serviço (ENFERMEIRA J., em entrevista concedida à autora em 07/01/2015).

Na assistência privada, as mulheres não são submetidas comumente a todos esses procedimentos, mas a uma cirurgia abdominal para a extração do feto – a cesariana. Se outrora havia sido praticada exclusivamente para salvar a vida de mãe ou de filho, devido aos riscos de morte que o próprio procedimento pode causar, o nascimento sob via cirúrgica foi rapidamente adotado pelos obstetras – eles detinham maior controle e o tempo impreciso de um trabalho de parto seria reduzido para até 40 minutos de uma cesárea – e se tornou o 'padrão ouro' da assistência tecnocrática (MAIA, 2010). Por fim, foi propagandeado às mulheres como mais seguro - ainda que todas as evidências científicas comprovassem o contrário; ou como método 'salvador' da dor, ainda que não houvesse a difusão de informações sobre as dores advindas após as anestésias, as limitações de movimentos, os riscos a curto prazo, como perfurações de órgãos ou infecções puerperais, morte materna e néo-natal e, a longo prazo, problemas em futuras gestações, como aborto prematuro, reabertura de pontos, além das limitações de uma pós-cirurgia aliada à circunstância de ter um recém-nascido para cuidar (ZORZETTO, 2006).

Atribuir o problema do excesso de cesarianas a uma 'escolha' das gestantes tem sido, aliás, uma das práticas mais comuns entre gestores da saúde e, principalmente, de médicos. No entanto, uma pesquisa realizada fez cair por terra esse argumento. De abrangência nacional, questionários feitos diretamente a usuárias de planos privados e do sistema público não só comprovaram que a escolha das mulheres tendia, contraditoriamente ao discurso médico, à escolha pelo parto normal, como remetia a uma explicação de que a escolha pelo parto modificava – do início ao fim da gravidez – durante todo o processo pré-natal (MAIA, 2010).

Em meio aos resultados, incidiram frequentemente a falta de informações em prontuários, além de uma grande maioria de mulheres que passou pela cirurgia sem sequer entrar em trabalho de parto, com motivações infundadas segundo as evidências científicas, culminando inclusive em riscos para o feto, e boa parte de bebês em UTIs.

Entre as que chegaram a entrar em parto, manejos inadequados por parte da equipe médica, com intervenções já renegadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), eram importantes fatores para o desfecho da cesárea.

Para a obstetra H., no entanto, muito já foi modificado nas práticas obstétricas da atualidade. A profissional acredita que tais técnicas invasivas já estão em vias avançadas de superação:

Antigamente, paciente que tava em trabalho de parto não podia se alimentar, porque, de repente, se o trabalho de parto não caminhasse direito, quem fosse pra cesárea teria que estar de estômago vazio. Hoje paciente é dieta livre quando está em trabalho de parto. Outra coisa que se fazia muito era lavagem intestinal, quando a paciente chegava em trabalho de parto, lavagem intestinal, pra evitar que, quando o nenzinho nascesse, a paciente evacuasse na sala. E hoje em dia a gente não faz mais isso: graças a Deus! É... toda paciente que chegava: soro com medicação pra acelerar o trabalho de parto, hoje em dia a gente já não faz mais isso. Então, assim, foi muito bom pra paciente, infinitamente! Porque, realmente, essas meio que agressões que eram feitas... meio que agressões não: essas agressões de fato, que eram feitas, uma invasão, hoje em dia não é feito mais (OBSTETRA H., em entrevista concedida à autora em 02/03/2015).

No entanto, não é o que mostram as pesquisas. Em dezembro de 2014, a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) publicou os resultados de uma pesquisa nacional realizada com 23.894 mulheres, intitulada “Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento”. O estudo analisou vários aspectos da situação obstétrica do país, desde os efeitos das intervenções e cesarianas desnecessárias até as estruturas e recursos das maternidades. Para tal, foram feitas pesquisas em maternidades públicas, privadas e mistas. O período de coleta de dados – onde foram pesquisados 266 hospitais em 191 municípios – ocorreu entre fevereiro de 2011 e outubro de 2012.

Segundo a Fiocruz, a grande maioria das gestantes que teve parto por via vaginal, foi submetida a um modelo de atenção “extremamente medicalizado” e sem qualquer amparo em evidências científicas. Ainda de acordo com o estudo, apenas 5% das mulheres puderam vivenciar um parto normal sem intervenções de rotina, número extremamente inferior do que no Reino Unido – país considerado modelo de referência no mundo em questão dos nascimentos – que é de 40%. Nesse quesito, o padrão se repete igualmente nas regiões geográficas do país. A seguir, pontuaremos relatos de mulheres que vivenciaram partos e cesarianas padrões em maternidades públicas e privadas. A publicação da Fiocruz sobre a frequência com que esses procedimentos são feitos em mulheres pode nos revelar mais sobre essa realidade:

Quadro 01 – Percentuais das práticas médicas durante o trabalho de parto, Brasil, 2011-2012

Foi baixa a incidência de boas práticas obstétricas nas mulheres de baixo e alto risco. A incidência de intervenções durante o trabalho de parto e parto foi extremamente elevada em ambos os grupos.

	Baixo Risco ¹	Alto Risco	Todas as mulheres
	%	%	%
Presença contínua de acompanhante	19,8	17,8	18,7
Boas práticas durante o TP			
Alimentação	25,6	24,5	25,2
Movimentação	46,3	41,1	44,3
Procedimentos não-farmacológicos para alívio da dor	28,0	24,7	26,7
Uso de partograma	44,2	36,9	41,4
Intervenções durante o TP			
Cateter venoso periférico	73,8	76,7	74,9
Ocitocina	38,2	33,3	36,4
Analgesia epidural	31,5	37,8	33,9
Amniotomia ²	40,7	36,4	39,1
Intervenções durante o parto³			
Litotomia	91,7	91,8	91,7
Manobra de Kristeler	37,3	33,9	36,1
Episiotomia	56,1	48,6	53,5

¹ Mulheres sem história de diabetes ou hipertensão arterial gestacional ou pré-gestacional, não obesas (IMC < 30), HIV negativas com idade gestacional entre 37-41 semanas ao nascer, gravidez única, com feto em apresentação cefálica, com peso ao nascer entre 2500 g e 4499 g e entre o 5º e 95º centil de peso ao nascer por idade gestacional.

² Também foram excluídas as mulheres com ruptura espontânea de membranas anterior à hospitalização.

³ Apenas para mulheres com parto vaginal.

Fonte: Fiocruz

Assim, vimos como são poucas e pontuais as boas práticas propagadas pelo Ministério da Saúde, tornando uma boa assistência uma questão de “sorte” para as mulheres. Direitos humanos fundamentais têm sido completamente aviltados a quem chega às maternidades para parir, e em seguida, a quem chega ao mundo através do nascimento. Dez anos depois da Lei do Acompanhante ter sido promulgada - o que, em tese, garantiria a livre escolha da mulher por alguém que lhe acompanhe em todos os momentos de pré-parto, parto e pós-parto- apenas 20% das mulheres tiveram seus direitos garantidos. Nesse sentido, o direito ao acompanhante prevalece como um “privilégio” para mulheres brancas, com maior renda e escolaridade, usuárias do setor privado, e que foram submetidas à cesariana.

Questionada sobre a Lei do Acompanhante, a obstetra H, de fala mais progressista e afeita aos preceitos de humanização, considerou um avanço importante. Segundo ela, este foi o referencial de modificação:

Vivi uma realidade de maternidade onde o paciente chegava, tava sozinha... é... essa coisa que a gente fala tanto de humanização, isso não existia. Imagina numa hora que cê precisa de apoio, precisa tá junto de alguém que você tenha um vínculo familiar afetivo, e você era largada na maternidade sozinha. O familiar só tinha direito a vir no outro dia, mesmo que o bebê nascesse, tinha que esperar o outro dia, o horário da visita, enfim... é... a paciente supermaltratada (OBSTETRA H., em entrevista concedida à autora em 02/03/2015).

Apesar de reconhecer a brutalidade que consiste em submeter uma mulher a ficar sozinha diante de uma equipe desconhecida ou semi-desconhecida, a obstetra H

põe tal condição como se fizesse parte do passado, ainda que a maternidade onde atue não cumpra com a lei do acompanhante.

Já o obstetra M.C não compartilha dessa opinião. Vejamos como ele lida com essa situação:

Eu particularmente não gosto do acompanhante. Acredito que como o Brasil é um país aculturado, de jovens totalmente sem cultura...Quando tem a visita de um cidadão totalmente aculturado, isso acaba prejudicando porque ele faz perguntas como – doutor, por que não faz um 'cesaro'? Eu não faço um 'cesaro' porque eu não sei o que é um 'cesaro'. Mas eu não vou discutir com um leigo um procedimento médico. A lei me faculta assim. Eu não tenho que dar satisfação (OBSTETRA M.C., em entrevista concedida à autora em 24/02/2015).

Assim, analisamos como a rejeição de alguns médicos a sequer ouvirem questionamentos efetuados por acompanhantes já é um descumprimento desta lei. O caso é ainda mais grave porque, além de ocultar informações sobre os procedimentos que são efetuados nas pacientes, a negação da lei do acompanhante acontece, curiosamente, em casos onde mulheres morreram durante o parto sem causa muito clara. Foi o que aconteceu com Claudejane de Souza Santos, de 33 anos. Em 22 de março de 2014, ela entrou em trabalho de parto e seguiu à Casa de Saúde e Maternidade de Coruripe, do Hospital Carvalho Beltrão. Ela chegou às 17hrs e, às 04hrs do domingo, estava morta. O bebê também não resistiu. Segundo declaração de familiares à imprensa, a gestante entrou no hospital saudável, caminhando e com exames apontando para uma gestação saudável. Não só não foi permitido acompanhante no local do parto – contrariando a lei federal – como também a gestante foi proibida de utilizar o celular dentro da unidade de saúde. Além do mais, ao se informarem, no início da noite, que Claudejane “sofreu de complicações no parto”, os familiares solicitaram transferência para outra maternidade em Maceió, mas o pedido foi negado pelo hospital. Em nenhum momento a unidade hospitalar prestou esclarecimentos sobre o caso (MIRANDA, 2014).

Também dentro do campo de direitos mais fundamentais, a pesquisa da Fiocruz aponta que 63,7% das mulheres foram proibidas de se movimentarem e 74,4% foram colocadas para passar fome, tornando o trabalho de parto um ritual de tortura. Além do mais, em 38,8% das mulheres foram aplicadas substâncias para acelerar o parto, e mais de 40% tiveram a bolsa amniótica perfurada, promovendo mais riscos de descontrole no parto.

Por fim, o número de episiotomias e de manobras de Kristeller também expunham que violência contra a mulher está longe de ser minada nessas instituições de saúde: 56,6% das mulheres com baixo risco sofreram cortes cirúrgicos no períneo vaginal e 37,3% sofrem a condenada manobra de Kristeller. Conheçamos, então, pelas próprias mulheres, como ocorrem esses tipos de parto, em uma maternidade particular conveniada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e em uma maternidade-escola privada.

A experiência sofrida por Íris de Freitas na maternidade Santo Antônio nos chamou a atenção em decorrência da completa relação desumanizante com que a jovem de 22 anos foi tratada dentro da instituição, deixando-nos com limitadas possibilidades de qualificar – seja no território sociológico ou do campo da saúde – o tipo de atendimento recebido. Foi a partir de uma reportagem de televisão que conhecemos o que se tornou o caso emblemático mais recente de violência obstétrica no Estado. Conseguimos seu contato e, de imediato, a procuramos.

Já Milena, uma das idealizadoras do grupo Roda Gestante, teve sua participação na entrevista há pouco mais de um ano, meses depois do nascimento de seu terceiro filho, em casa. Ambas permitiram ter o nome publicado neste trabalho.

2.1 Iris

Em 18 de março de 2015, a dona de casa Íris, de 22 anos, entrou em trabalho de parto e seguiu para a Maternidade Santo Antônio, situada no bairro do Cambona, em Maceió- Alagoas. A instituição é privada e atende também em convênio com o SUS, classificando-se, portanto, como uma maternidade mista. A gestante entrou na instituição caminhando. Ao sair do local, estava imobilizada com um deslocamento no quadril – ou, segundo o seu prontuário, diástase da sínfise púbica - após ter sido submetida a uma série de procedimentos extremamente agressivos por parte dos profissionais que a assistiram durante o parto normal.

Segundo os relatos que colhemos, por volta das 21h do dia 17 de março, Íris entrou em trabalho de parto e chegou à Santo Antônio. Ao ser avaliada por um exame de toque, a jovem foi colocada de imediato em posição ginecológica (litotomia). Íris também foi orientada pela obstetra que lhe acompanhava a se manter nessa posição durante toda a noite – e durante todo o trabalho de parto. Além do mais, a dona de casa relatou ter sido injetado um soro para acelerar o parto (ocitocina sintética).

Durante todo o período da noite, madrugada e manhã do dia seguinte, a parturiente contou ter sido proibida de levantar-se ou se movimentar, foi proibida de

ingerir qualquer tipo de líquido ou alimento (jejum), ter sido proibida de dormir, e ter sido constantemente orientada a “fazer força de defecar” (puxo dirigido).

Por volta das 8h30 horas do dia 18 de março, a médica decidiu intervir mais no trabalho de parto, declarando que sua dilatação havia regredido – de 9 centímetros para 8 centímetros. A obstetra fez um corte em sua vagina (episiotomia) e, enquanto abria ainda mais o corte com as duas mãos, outra profissional não identificada empurrava com os braços a barriga de Íris em direção à pélvis (Manobra de Kristeller).

Ela primeiro cortou, depois abriu assim, no corte [mostra as duas mãos em posição de abertura], e aí foi quando a outra assistente pegou e botou força com o braço em cima da barriga, empurrando para baixo. Aí ela ficou me mandando fazer força. Fez isso até o neném nascer (IRIS, em entrevista concedida à autora em 13/05/2015).

De acordo com a irmã de Íris, Fabiana de Freitas, que lhe acompanhou no dia em que houve o trabalho de parto, ao encontrar a irmã para ajudá-la a tomar banho, percebeu que Íris não conseguia sequer pisar no chão em decorrência da forte dor. A mãe de Íris, Maria Aparecida relatou que a filha recebeu alta no fim da tarde do dia 19 de março, já sofrendo pela dor.

Mesmo depois de ela já estar toda roxa, machucada, o médico que deu a alta dela no fim do dia botou ela na posição [ginecológica] de novo e enfiou os dedos “lá” com a maior agressividade [na vagina] enquanto dizia: 'está vendo, mãe? Que não tem infecção nenhuma? Ela está toda limpinha.' (MARIA APARECIDA, em entrevista concedida à autora em 01/05/2015).

Ao receber alta e chegar em casa, Íris continuava reclamando de fortes dores, suas pernas e várias partes do corpo estavam extremamente roxas, e ela não conseguia caminhar. No dia seguinte, retornaram para a Maternidade, onde constataram que ela sofreu infecção puerperal após episiotomia e, também no laudo, foi solicitada avaliação ortopédica. Após cinco dias, a direção da maternidade levou Íris para o Hospital Geral do Estado (HGE). Depois de passar a noite na unidade sem nenhum especialista ter lhe consultado, a direção do HGE a conduziu até o Hospital do Açúcar e do Alcool de Alagoas, entidade privada conveniada com o SUS, onde foi constatada a diástase da sínfise púbica. Íris foi submetida a uma cirurgia, onde foram colocados fixadores externos.

Por mais de três meses, Íris permaneceu imobilizada sobre a cama de sua residência, situada no bairro de Chã de Bebedouro, próximo à Maternidade Santo

Antônio. Até o momento da conclusão deste trabalho, permanece sem conseguir caminhar ou sentar por muito tempo. Maria Aparecida deixou de trabalhar por um tempo para cuidar de Íris e do bebê. Ambas não têm qualquer meio de renda. Íris não pode mais amamentar em decorrência dos medicamentos tomados diariamente. Ou seja, a família tem subsistido – desde o parto de Íris – a partir de doação de fraldas, alimentos, leite artificial e medicamentos, por parte de familiares, vizinhos e amigos. A Maternidade Santo Antônio se negou a prestar qualquer auxílio ou maiores esclarecimentos para a família da gestante. Segundo Maria Aparecida, os contatos obtidos sempre eram permeados por tons agressivos e rudes. Por fim, o recém-nascido também sofreu sequelas em decorrência da situação: a distância da mãe, que não pôde segurá-lo, a não amamentação, um sangramento nos olhos, e falha no exame de audição.

Todas as informações declaradas acima foram retiradas a partir dos relatos da vítima e dos familiares. O prontuário médico, que foi entregue à Maria Aparecida em nossa presença, no dia 15 de maio de 2015, segue em anexo, embora algumas informações – como, por exemplo, a manobra de Kristeller e a episiotomia no partograma, além do jejum e dos puxos dirigidos – tenham ficado extremamente confusas ou omitidas.

2.2 Milena

A engenheira Milena, de 33 anos, teve seu primeiro filho aos 22 anos, em 2004, em uma maternidade conveniada ao seu plano de saúde, no município de Botucatu, em São Paulo. Ao chegar à instituição novamente, foi orientada a aguardar no corredor com seu até então companheiro. Minutos depois, a médica surge acompanhada com dois residentes. O companheiro de Milena, pai do bebê, ficou do lado de fora, enquanto Milena entrava na sala com a médica e os estudantes. Sem ser consultada, a engenheira foi submetida a exames de toque pelos dois residentes, que responderam à obstetra que a parturiente estava com 7 centímetros de dilatação.

Foi aí que ela respondeu que o bebê já estava nascendo e disse para eles: - vamos agilizar, vamos estourar a bolsa. Comecei a gritar para não estourar e ela disse que iria sim, e foi mostrar para os dois residentes. Foi aí que me levaram para o centro cirúrgico. Fui eu, a obstetra, os dois residentes, e mais dez outros estudantes. O único que não entrou foi o pai, porque disseram que ele não podia, porque já tinha gente demais (MILENA, em entrevista concedida à autora em 06/08/2014).

Segundo os relatos, Milena foi então colocada em uma maca e, entre explicações aos 12 alunos sobre todos os procedimentos que aconteciam, incluindo uma episiotomia, a obstetra se voltava para ela, orientando-a a fazer força:

Falei que não estava mais aguentando fazer força e a médica disse: - você não quer parto normal? Se não parir em 15 minutos, vai para a cesárea. Foi aí que fiz toda a força do mundo. A enfermeira obstetra subiu em mim e fez força com o braço dizendo: vou dar uma ajudinha (MILENA, em entrevista concedida à autora em 06/08/2014).

Após o bebê nascer, Milena afirmou que teve o corte da episiotomia costurado sem anestesia, feito por um residente. Em seguida teve uma hemorragia e que quase a fez desmaiar.

Tudo isso na frente de todas aquelas pessoas. A sala estava cheia. Ainda deu para ouvir quando a médica olhou e comentou – nossa, está horroroso! Tire e faça de novo. Enquanto isso só ouvia o Pedro chorar na outra sala, porque não deixaram que eu visse ele. Quando o vi, já estava todo embalado. Eu sentia raiva, ódio. Enquanto isso, a médica respondia: - beija ele! Parece que nem está feliz. E é claro que eu não estava feliz (MILENA, em entrevista concedida à autora em 06/08/2014).

Entre as sequelas a longo prazo, a principal para Milena foi a episiotomia e o conhecido “ponto do marido”, ambos feitos sem seu consentimento . O “ponto do marido” consiste em costurar ainda mais a vulva da mulher – para além do corte da episiotomia-, com o intuito de, segundo Diniz (2003), restaurar sua “condição virginal”.

Graças à episiotomia e “ao ponto de marido”, fiquei mais de um ano sentindo dores ao fazer sexo. Por conta disso, meu marido achava que eu traía ele e, ele que já era meio explosivo, passou a ficar mais agressivo. Foi aí que nos separamos. Entrei para movimentos de combate à violência contra a mulher e, depois, conheci a luta pelo Parto Humanizado. Um ano depois surgiu a Lei do Acompanhante. E Pouco tempo depois, a [Lei] Maria da Penha (MILENA, em entrevista concedida à autora em 06/08/2014).

Sete anos depois, e já informada sobre todos os procedimentos e riscos, sobre violência contra a mulher e violência no parto, Milena teve outros dois filhos. Lucas nasceu em parto humanizado hospitalar em 2011, em um hospital particular em Maceió. Já Davi nasceu em 2013, em um parto domiciliar planejado, com enfermeiras obstétricas. Os dois últimos aconteceram em Maceió, Alagoas, com obstetra e equipe domiciliar pagos de forma particular – sem SUS e sem convênios. A experiência dos últimos partos foram distintas do primeiro:

No parto do Pedro, tudo o que senti foi ódio. Já com o Lucas saí de lá sentindo tanto amor. Foi aí que resolvi entrar nas comunidades para dizer a todo mundo que parto normal não é aquilo. Que o médico tem que entender que o corpo é da mulher. Que o filho é da mulher, e o poder de decisão tem que ser dela. Entrei lá para falar da minha experiência e acabei ouvindo e aprendendo ainda mais (MILENA, em entrevista concedida à autora em 06/08/2014).

Milena tinha algumas noções sobre a preferência da via de parto quando procurou a maternidade. Entretanto, sem qualquer vínculo profissional ou de formação com a área da saúde, não tinha condições de compreender até onde as intervenções – feitas para que os estudantes aprendessem as referidas técnicas – eram desnecessárias, defasadas e violentas.

Ao nos informarmos sobre cada detalhe da ocorrência na Maternidade Santo Antônio, percebemos que Íris sequer tinha noção de que estava naquela situação de morbidade em decorrência dos procedimentos de violência. Ao relatarmos sobre o caso de Íris durante o Fórum Perinatal, diante de gestores e trabalhadores do SUS e integrantes da Rede Cegonha, funcionárias da maternidade rebateram nossas informações, declarando que Íris não teria sofrido Kristeller, ou sequer teria sido forçada a ficar deitada. Essa negação da violência cometida foi facilmente treplicada a partir de nossas considerações sobre a total desconhecimento de Íris quanto à agressão imbuída em cada intervenção ou proibição. Para a jovem, o que lhe fez ficar imobilizada por, até então, quase três meses, foi “a insistência da médica em tentar o parto normal”.

O que atentamos é que a negação da violência cometida por parte da instituição hospitalar coloca a mulher em uma posição em que, além de ser violentada, precisa “provar” tal agressão. Essa mobilização lança as vítimas em uma correlação de forças absolutamente desigual. Em se tratando de uma mulher jovem, em condição socioeconômica vulnerável e diante de um tipo de violência que tem se evidenciado apenas recentemente, a violência obstétrica, tal enfrentamento torna-se ainda mais difícil e, de pronto, mais raro.

Em ambos os casos, percebemos como a assistência ao parto normal, 95% delas com um ou mais procedimentos desnecessários, precisa ser esmiuçada em sua forma para, assim, ser desnaturalizada sua violência. Auxilia nossa compreensão o diagnóstico de situação efetuado pela Fiocruz:

A maioria das mulheres foi submetida a intervenções excessivas, ficou restrita ao leito e sem estímulo para caminhar, sem se alimentar durante o trabalho de parto, usou medicamentos para acelerar as contrações (ocitocina), foi submetida à episiotomia (corte entre a vagina e o ânus) e deu à luz deitada de costas, muitas vezes com alguém apertando sua barriga (manobra de Kristeller) (FIOCRUZ, 2014, p. 4).

Assim, após enfrentar ou ouvir outras mulheres sobre partos traumáticos – conhecidos pelos movimentos de mulheres como “partos *franksteins*” - é de se esperar que em gravidezes posteriores, as gestantes optem de imediato por cesarianas, amparadas por uma justificativa extremamente legítima: não sentir dor. O preço a pagar pelo procedimento aparentemente indolor, no entanto, só é revelado depois. Até lá, os médicos preferem restringir os altos índices a uma questão isoladamente subjetiva de “fragilização” da mulher, chegando alegações extremas a esse respeito:

Existe pouca procura por parto normal hoje. As pessoas ficam ávidas, as mulheres já querem logo cesariana. Já chegam na primeira consulta e querem cesariana. Tem a questão da dor, de ter medo de doer muito. O ser humano parece mais enfraquecido hoje. O homem da caverna pegava as mulheres pelos cabelos e elas aguentavam. Hoje, mesmo que a nossa cultura permitisse algo assim, isso não aconteceria. Ela não aguentaria, o couro cabeludo. O ser humano está mais frágil (OBSTETRA M.C., em entrevista concedida 24/02/2015).

De acordo com os pesquisadores, 70% das mulheres escolhiam o parto normal no início da gestação. No entanto, não tiveram a decisão respeitada ou estimulada. Ao fim da gravidez, um grupo terminou pendendo a optar pela cesariana, em decorrência de um pré-natal indutor à maior aceitação ao nascimento cirúrgico – quando havia pré-natal. Ao cabo, um terço das mulheres que disseram preferir a cesariana logo no início da gravidez remeteram-se ao medo da dor como principal razão. No entanto, entre as que se mantiveram com a preferência pelo parto normal, apenas 20% de fato o alcançaram.

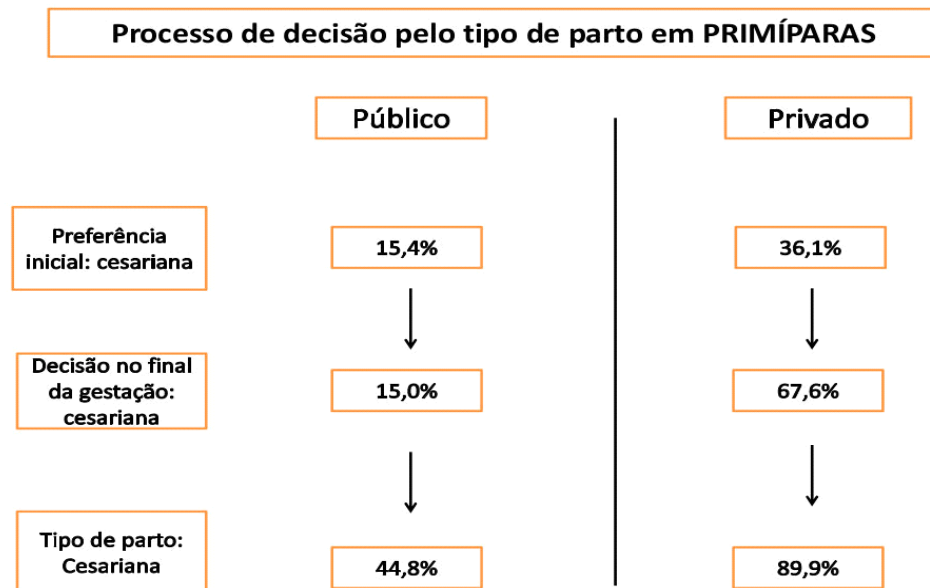
Nas entrevistas que fizemos com os médicos, a autonomia da mulher também foi mencionada: sobretudo quando dizia respeito à autonomia de desejar uma cesariana:

A mulher é dona do corpo! Ela tem que ter autonomia pra dizer o que é que ela quer. Inclusive se ela disser: eu não quero um parto normal, é direito dela! Tanto é que essa determinação nova do Ministério da Saúde da história de diminuir os índices de cesariana, existe essa história do partograma, essa coisa toda... mas bate de frente com o princípio da autonomia, da escolha, ela tem o direito de escolher qual o dia do parto que ela quer... então se você

diz “eu não quero parto normal”, é autonomia, é direito dela... de escolher (OBSTETRA H., em entrevista concedida à autora em 02/03/2015).

A pesquisa da Fiocruz (2014) reforça que não se deve buscar na “escolha da mulher” a resposta pronta para o grande número de cesarianas. A organização “desenha” então a explicação:

Fluxograma 01 – Decisões de tipo de parto em mulheres em sua primeira gravidez



Fonte: Fiocruz

Percebemos então uma distorção da obstetra quanto à interpretação sobre o programa que objetiva a redução de cesarianas. Enquanto que há uma relação confusa entre a autonomia negada à mulher ou à obstetra com o procedimento, também cabe problematizar as bases sociais que levam as mulheres a preferirem uma cirurgia que causará, e ela e ao bebê, mais riscos de morte ou vários outros problemas associados ao procedimento em si. Torna-se necessário compreender, portanto, como se dá essa “mudança de opinião” em prol da cesariana, que no entanto permanece constituindo minoria entre as preferências por via de parto. Para várias organizações, como a própria Fiocruz, a resposta já está evidenciada: a demanda por cirurgias como um desejo da mulher se dá pela própria falta de informações, e por um pré-natal mal conduzido. Felizmente, a obstetra H. reconhece:

Mas eu acho que conta muito também a orientação que recebe no pré-natal. Muito! Porque aqui a gente orienta, a gente explica... diz como é, como não é. Pede: “ó, não escute o que a vizinha tá dizendo, que a prima tá dizendo, o que você tiver de dúvida, deixe pra perguntar aqui pr'a gente, pr'a gente orientar, pr'a gente esclarecer...”, é... e, quando ela já tem essa preparação, já fica mais tranquila, ela já chega mais tranquila, que ela já sabe, que a gente já orientou como você vai ser, vai vir assim, vai sentir dor assim, vai ter líquido, vai ter sangue, vai ter isso. Então, quando ela já tá orientada, a aceitação pra a questão do parto normal é muito melhor! (OBSTETRA H., em entrevista concedida à autora em 02/03/2015)).

A pesquisa também corroborou com demais estudos que apontam o elevadíssimo número de cesáreas, apontando que 52% dos nascimentos ocorreram por cesariana, e o número sobe para 88% em hospitais privados. Entre as adolescentes – que corresponderam a um total de 19% das entrevistas – 42% foram submetidas à cesariana. A conclusão efetuada pela instituição é a seguinte:

Não há justificativa clínica para um número tão elevado dessas cirurgias. Estima-se que, no país, quase um milhão de mulheres, todos os anos, são submetidas à cesariana sem indicação obstétrica adequada, perdem a oportunidade de serem protagonistas do nascimento dos seus filhos, são expostas com eles a maiores riscos de morbidade e mortalidade e aumentam desnecessariamente os recursos gastos com saúde (FIOCRUZ, 2014, p.).

Entre as principais problemas desencadeados pela “epidemia silenciosa” das cesarianas é a proliferação de nascimentos com bebês prematuros, que nascem antes de 37 semanas de gravidez, ou ainda não completamente amadurecidos, quando os partos são induzidos com 38 ou 30 semanas. Esses são frequentemente internados na UTI logo

após o nascimento, precisam mais de ventiladores artificiais para respirar e são submetidos a mais riscos de morte ou morbidade.

Devidamente informadas sobre os problemas desencadeados por uma cirurgia feita sem necessidade, Porllanne e Tatiana buscaram o parto normal, durante a gestação. Porllanne através de plano de saúde na maternidade do hospital filantrópico Santa Casa de Misericórdia de Maceió; e Tatiana por uma maternidade particular conveniada pelo SUS, o Alerta Médico. Ambas permitiram que seus nomes reais fossem publicados neste trabalho.

2.3 Tatiana

Após ser submetida a duas cirurgias cesarianas desnecessárias e contra a sua vontade, Tatiana se informou durante toda a terceira gestação para que, desta vez, a experiência fosse diferente. Participou de grupo de apoio Roda Gestante, informou-se sobre os mitos propagados por médicos e seus procedimentos invasivos. Sem plano de saúde, a gestante já havia escolhido a Maternidade Nossa Senhora da Guia, considerada referência em parto humanizado, para fazer nascer sua filha, Sophia. Ao atingir a 40ª semana de gestação e, conforme as orientações em seu pré-natal, seguiu até a maternidade para um exame de rotina. Ao chegar na Guia e ter o atendimento negado em decorrência da lotação, Tatiana atravessou a pista e seguiu para a maternidade mais próxima para realizar o procedimento. O local encontrado foi o hospital privado Alerta Médico, que possui também convênio com o SUS.

Ao ser conduzida a uma sala, Tatiana foi colocada em uma maca e, no momento em que a enfermeira lhe fazia um toque, o médico lhe perguntou: “- *duas cesáreas anteriores?*”

Aí, já vi que ia bater boca com o médico porque senti que ele ia querer inventar uma justificativa para a cesariana. Começamos a discutir, e ele queria me internar de qualquer jeito enquanto eu respondia que não queria, que eu só tinha vindo para o [exame de] cardiotoco, não para parto. Aí ele pegou meu braço para auferir pressão e disse: você está com a pressão alta. E eu respondi: Claro, eu estou nervosa aqui tendo que discutir com você porque não estou em trabalho parto e não vim aqui para ser internada (TATIANA, em entrevista concedida à autora em 16/03/2015).

Após discussões, Tatiana foi convencida a ser submetida a algumas induções para acelerar o trabalho de parto. O obstetra descolou as membranas placentárias, que revestem o útero e o bebê, Com a promessa de que retornaria no dia

seguinte para uma avaliação, Tatiana deixou a instituição e retornou na madrugada seguinte:

Cheguei na triagem 5h30, e não tinha nada acontecendo, nada de trabalho de parto. Me levaram para uma sala que tinha umas 20 gestantes - duas, três e as vezes quatro mulheres por maca - nenhuma em trabalho de parto e todas esperando a cirurgia. Foi aí que pensei: vou para a faca. Não vou conseguir sair daqui (TATIANA, em entrevista concedida à autora em 16/03/2015).

De fato, não conseguiu. Tatiana relatou que o médico solicitou fazer um exame de toque, e terminou por estourar a bolsa amniótica – que reveste a placenta- sem consentimento dela. Enquanto as dores começavam a aumentar, ela observou com atenção a situação da maternidade, desesperando-se ainda mais:

Vi passar três nenéns de uma vez, com dificuldade respiratória depois da cesarianas, um estava em estado gravíssimo e foi transferido para outro lugar porque lá não tinha UTI néo-natal. Quer dizer, eles faziam cesarianas ali sem sequer ter UTI Néo. Então me levaram para uma sala fechada. Eram várias salas ali. Em cada uma, acontecia uma cesariana (TATIANA, em entrevista concedida à autora em 16/03/2015).

Ao perceber a disposição em que as mulheres ficavam e o distanciamento emocional com que lhe tratavam, Tatiana contou que pensou em deixar o local, mas não conseguia:

Me senti realmente em um abatedouro. Não deixaram que meu marido entrasse. Eu quis brigar, mas ele [marido] disse para não discutirmos, porque se brigássemos lá, poderiam descontar na nossa bebê. Eu realmente quis discutir, mas vi que não tinha como sair de lá sem sofrer a cirurgia. Meu marido disse que não me apoiaria e que se acontecesse alguma coisa a bebê, a culpa seria minha. E me faltou preparação. Fui pressionada por todos os lados e vi que não iria conseguir. Já tinha comprado a briga até perceber que era só eu mesma contra deus e o mundo. Mesmo certa, mesmo tendo lido tudo e sabendo que eu estava passando por uma cirurgia desnecessária, era muito desgastante convencer aos outros (TATIANA, em entrevista concedida à autora em 16/03/2015).

Embora a bebê tenha nascido bem, Tatiana contou que o ponto de sua cesariana abriu no dia seguinte à cirurgia. No entanto, Tatiana decidiu esperar para o dia seguinte para buscar um posto de saúde: “Tive medo de voltar. Lá não colocaria meus pés mais”.

2.4 Porllanne

A luta de Porllanne por um parto normal enfrentou obstáculos já a partir do seu pré-natal. Com uma obstetra conveniada com seu plano de saúde, Porllanne confiou nas palavras da médica que havia concordado com sua escolha, até chegar à 37ª semana de gravidez. Nesse momento, o discurso da obstetra se modificou. Porllanne relatou que naquela consulta especificamente, ela estava acompanhada por sua mãe. A médica orientou que Porllanne se vestisse bata hospitalar para realizar um exame de toque. A justificativa era de que, caso o colo do útero já estivesse fino, seria marcada sua cesariana.

Entrei em pânico! Só estava com 37 semanas e não queria nem ouvir a palavra cesárea... Mexe pra lá, mexe pra cá, eu, pega de surpresa, estava super tensa e sentia, além do desconforto, muita dor com o tal do toque. Foi então que a Srª. Drª., com uma carinha de pena, exclamou que minha pelve era muito estreita para a realização de um parto normal, prevendo um possível problema na hora da passagem da bebê. Sem entender nada, fui me trocar enquanto ela conversava com a minha mãe para que esta me convencesse a agendar a “desnecesária”. Dona Cristina, como toda mãe e avó que se preze, foi concordando com tudo o que ela dizia, certa de que a médica, pelos vinte anos de experiência que tinha, estava coberta de razão no que defendia (PORLLANNE, em relato concedido à autora em 21/11/2014).

A obstetra marcou então a cesariana para a semana seguinte. Dois dias antes da cirurgia, Porllanne decidiu voltar atrás e, então, ligou para a médica, afirmando que desmarcasse a cesariana porque, caso não tivesse “passagem”, saberia durante o trabalho de parto. Amorim (2010) relata que o mito da “falta de passagem” é uma das principais indicações falsas para submeter mulheres a cesariana, uma vez que a desproporção cefalopélvica só pode ser diagnosticada durante o trabalho de parto, e após a dilatação chegar em grau máximo.

Marcamos então outra consulta para a semana seguinte, pois a Srª. Drª. achou necessário ‘conversar’ com nós dois. Chegando o dia do novo encontro, ela fez novamente aquela carinha de pena e indagou o que ocorrera para que mudássemos de ideia [...] Então me veio com um tiro certo: pediu que eu me despisse para fazer novamente o exame do toque, e aproveitou aquela situação em que eu estava totalmente vulnerável e indefesa para convencer a mim e a meu marido a optarmos pela cesárea. Falou dos casos em que o parto normal é anormal e deixam sequelas nos bebês, devido à falta de oxigenação (PORLLANNE, em relato concedido à autora em 21/11/2014).

Além dessas alegações, a médica também afirmou que a maternidade da Santa Casa de Misericórdia de Maceió – instituição filantrópica e, simultaneamente, considerada a segunda empresa de saúde mais lucrativa do país – não tinha estrutura

para o parto normal e que Porllanne correria o risco de ter que “peregrinar” por maternidades para, então, ser atendida.

Quando eu comecei a contestar todos os argumentos da Sr^a. Dr^a. ela, sem mais o que dizer, disparou: “Eu não faço seu parto normal de jeito nenhum”! Deu mais uma olhadinha nos dados que ela tinha no notebook e exclamou: “Meu Deus, agora que eu vi que sua neném está laçada (era apenas uma volta e o cordão era enorme). Porllanne, você é louca? Está colocando a vida da sua filha em risco! Pense nela, seu parto normal é uma bomba relógio e vou logo alertando: nenhum médico que eu conheço fará seu parto normal sob estas condições”. Pronto! Semente do mal plantada mais uma vez e meu marido me olhou assustado dizendo: “Vamos marcar, amor, é melhor”.

[...]

E foi assim, entre procedimentos cirúrgicos e conversas paralelas, que definitivamente não se encaixavam àquele momento, que minha pequena veio ao mundo! Eu estava com as mãos amarradas, com a cabeça sendo acariciada pelo meu marido, que narrava baixinho tudo o que acontecia. Parecia que nem estávamos ali, ou que pertencíamos a uma atmosfera diferente. A equipe médica presente falava sobre escola de seus filhos e me tratava meramente como um pedaço de carne (PORLLANNE, em relato concedido à autora em 21/11/2014).

Tatiane chegou para um exame e, sem qualquer necessidade, foi submetida a uma cirurgia contra a sua vontade. Porllanne recebeu de sua médica todos os argumentos e justificativas que ela sabia serem falsas, mas não conseguiu enfrentar. Ambas não receberam apoio familiar sobre suas escolhas e, sobretudo no caso de Tatiana, a “ameaça velada” do marido a fez ceder ser submetida a cirurgia. Notamos como o corpo da mulher, em todos os casos, torna-se “depositário do bebê”, na medida em que não lhe cabe uma escolha sobre enfrentar ou não uma cirurgia. A escolha também cabe aos outros, já que pesa sobre elas o receio de serem culpabilizadas “se alguma coisa der errada”. A situação é ainda mais agravada porque, nos dois casos, as mulheres sabiam que a cirurgia era desnecessária e poderia causar danos depois, mas na situação vulnerável em que se encontravam, poucas armas teriam para enfrentar toda a estrutura preparada para submetê-las.

Dentro deste parâmetro de dualidade, não nos parece ser respeitada a autonomia das mulheres que querem parto normal. Tampouco poderíamos afirmar que mulheres que enfrentam partos normais nas maternidades têm sido tratadas com protagonismo sobre o corpo, muito pelo contrário. Longe de se construírem como casos particulares, o instituto Fiocruz declara, por fim, que:

As mulheres brasileiras e seus bebês de qualquer grupo social estão sendo desnecessariamente expostos ao risco de efeitos adversos no parto e nascimento. As de mais elevado nível social sofrem maior número de

intervenções obstétricas, em especial a operação cesariana, e dão à luz a um grande número de bebês com menos de 39 semanas, perdendo assim as vantagens advindas de sua situação social. As mais pobres, atendidas no setor público, estão submetidas a partos extremamente medicalizados e dolorosos, e demonstram menor satisfação com a atenção recebida. Têm piores indicadores perinatais e de condições de saúde em geral, indicando a baixa efetividade do modelo de atenção obstétrica e neonatal predominante nos serviços públicos e privados do país (FIOCRUZ, s/d, s/p).

Vale ressaltar que essa constatação ocorre mais de uma década após o Governo Federal assumir a responsabilidade de modificar ideologicamente o modo como acontecem os nascimentos ocorridos no país. Foi a partir de 2000, que o Ministério da Saúde passou a empregar políticas públicas de atenção ao parto e nascimento, se apoiando paradigmaticamente em estudos que tentam relacionar os procedimentos a suas devidas consequências.

Diniz (2005) afirma que os estudos que apregoavam a necessidade de reduzir intervenções desnecessárias tiveram mais visibilidade em 1979, quando o Comitê Europeu – formado por trabalhadores da saúde, principalmente epidemiologistas, além de usuárias, parteiras, e até sociólogas e sociólogos – passou a ser mais ouvido em suas críticas contra o modelo tecnocrático de assistência ao parto, sobretudo em decorrência de seus efeitos na morbimortalidade perinatal e materna no continente. Apoiados por movimentos feministas e finalmente pelo Estado, esses cientistas se organizaram para realizar estudos sistemáticos junto à OMS, distinguindo a segurança dos procedimentos e do uso de tecnologias e o resultado da assistência efetuada. E assim se consolidou o movimento da Medicina Baseada em Evidências (MBE). Diniz complementa que a MBE surgiu com papel importante:

(...) evidenciando as contradições e a distância entre as evidências sobre efetividade e segurança, e a organização das práticas. Trouxe à tona também o papel do poder econômico e corporativo na definição das políticas, e no desenho e financiamento das pesquisas. Além disso, teve como forte prioridade a defesa dos direitos dos pacientes. (DINIZ, 2005, p. 630).

Segundo a autora, os estudos da MBE constantemente publicados na Biblioteca de Cochrane tem ido na contramão das práticas obstétricas que atualmente disseminam mitos para justificar os nascimentos por via cirúrgica. Através de estudos sistemáticos, todos os procedimentos realizados rotineiramente no parto – episiotomia, manobras, proibição de ingerir alimentos ou beber líquidos, litotomia, toques contínuos, cesarianas com indicações questionáveis, manobra de Kristeller, etc – foram

considerados inadequados, ineficazes e, inclusive, arriscados, após terem sido feitas revisões sistemáticas sobre estudos e condutas em mulheres.

Eram, então, identificadas as consequências decorrentes da própria prática, de modo a constatar que vários problemas “no parto” não decorriam do parto em si, mas dos procedimentos que profissionais aplicavam nas mulheres durante essa situação.

Na Saúde, os danos produzidos por drogas, procedimentos médicos ou cirúrgicos, realizados ou administrados por médicos são definidos como *iatrogenias*. No que diz respeito à assistência ao parto, essa cascata de intervenções pode ser entendida como uma iatrogenia atrás da outra: litotomia, gera subsunção da mulher a todos os procedimentos que surgem a seguir. O jejum lhe enfraquece, gerando falsas necessidades de intervenções adiante; a ocitocina sintética acelera as contrações 'improdutivas' e multiplica a intensidade da dor a níveis por vezes insuportáveis, o que faz as mulheres precisarem de analgesias. Analgesias e anestésias comprometem a percepção sobre seus corpos e sensações, fazendo com que o médico justifique a necessidade de “ordenar a mulher a fazer força” (puxo dirigido) e, em seguida, a lhe fazer o corte da episiotomia, empurrar sua barriga com Kristeller, etc.

A morte puerperal por infecção hospitalar, que acometia grande parte das mulheres nos primeiros 100 anos de hospitalização, identificada como um dos maiores motivos de morte materna hoje, é considerada uma iatrogenia (GARCIA, 2013). A própria cesariana em seu nível 'epidêmico' também é apontada em si, um procedimento iatrogênico (MAIA, 2010).

Por fim, as cesarianas também culminam, segundo Leão (2012), em mais iatrogenias. As citadas infecções, a insuficiência respiratória em recém-nascidos, que ainda não estavam com pulmões amadurecidos para deixar o útero, problemas na amamentação, dificuldade de vínculo entre mãe e filho, somam-se às consequências do modelo de assistência cirúrgico instituído nas nações industrializadas e reproduzido largamente nos países 'em industrialização' e com avançada mercantilização na área da saúde, como o Brasil.

Há ainda que se lembrar que, ainda que esse tipo de atendimento a mulheres durante o parto tenha sido identificado como prejudicial, cabe lembrar que essa percepção por parte do Estado a partir do ano de 2000 não é acidental, como veremos no terceiro capítulo – ainda assim, as consolidadas políticas públicas não conseguem até o momento extinguir, ou sequer reduzir esses procedimentos de rotina.

2.5 O Reconhecimento da Violência de Gênero

A cascata de intervenções, geralmente empregada em mulheres pobres atendidas pelo SUS, se soma a uma série de outras práticas, como agressões verbais, ameaças, ordens e proibições, além de ironias, constituindo o que hoje movimentos feministas e de assistência à saúde resumem enquanto violência obstétrica.

Faz-se necessário, antes de tudo, esclarecer que o termo “violência” não se restringe aos moldes jurídicos, pois que é anterior a estrutura normativa que a significou. As várias situações que constituem a situação de *violência obstétrica* – e que basicamente correspondem a intervenções desnecessárias que comprometem a saúde da mulher e/ou do bebê física e/ou psicologicamente - terão sua definição enquadrada nos estudos D'Oliveira (2002), que, entre as categorias de abuso institucional de gênero, inclui assistências de profissionais que constroem as mulheres física e psicologicamente, as induzem às cirurgias cesarianas sem respaldo com as evidências científicas, as mutilam e/ ou as relegam a uma condição de segundo plano nas decisões sobre os procedimentos com seus corpos.

Amparada teoricamente por uma sociologia das emoções, Pulhez (2013) admite a violência obstétrica como uma noção construída por mulheres com o intuito de dar visibilidade aos maus tratos sofridos durante o parto. Cabe ressaltar que o ato violento, para as mulheres ouvidas na pesquisa da autora, não é constituído apenas por agressões físicas ou verbais, mas também por procedimentos de rotina efetuados sem seu consentimento, ou sem o entendimento claro a respeito da necessidade real daquilo. Nessa perspectiva, os movimentos que constroem as ideias de 'vítima' e de 'violência' reivindicam uma mudança moral na assistência ao parto, mais humana ou humanizada.

De âmbito nacional, o sociólogo Gustavo Venturi (2010) realizou uma pesquisa de opinião, denominada Mulheres Brasileiras e Gênero no Espaço Público e Privado. Colhendo informações sobre os vários âmbitos de vida das mulheres no País, como trabalho, educação, aborto, Venturi (2010), também se ateve à violência durante o parto. Os resultados indicaram que uma a cada quatro mulheres revelou ter sofrido algum tipo de violência em maternidade. Entre os pontos questionados, estão: exames de toque dolorosos, negação para alívio da dor, gritos, falta de informação sobre procedimento realizado, negação de atendimento, xingamentos e humilhações, empurrões, agressões físicas e abuso sexual. Os índices apontaram, ainda, que mulheres negras e pobres são as que mais sofrem violência. Entrevistada, a obstetra H. nos relatou ter ela mesma presenciado cenas de agressões:

A gente na vida profissional tem os exemplos de tudo que a gente quer fazer, e os exemplos de tudo que a gente jamais faria. Então, eu tive muitos exemplos de coisas que eu jamais faria...!Por exemplo, de obstetra, na hora que a paciente tá numa mesa, em trabalho de parto, e dá uma palmada na paciente. Como a paciente tava gritando, dá palmada na paciente. A paciente na hora que o nenenzinho tava nascendo, gritando, de gritar com a paciente, de dizer assim: “se você continuar gritando o seu filho vai morrer!”, coisas assim, de você ficar realmente estarrecido! (OBSTETRA H., em entrevista concedida à autora em 02/03/2015).

Já em 2015, foi divulgada uma pesquisa da Organização *Save the Children* sobre o bem estar materno em 179 países do mundo. Enquanto Cuba apresentou a melhor posição na América Latina, situando em 33º lugar, o Brasil ficou em 77º. Segundo o estudo, há uma diferença abismal nas condições socioeconômicas e no número de mortes maternas, tendo em vista que mulheres pobres morrem 50% a mais do que mulheres das classes mais elitizadas. Quanto às causas relacionadas à gravidez e parto, a posição brasileira não é muito melhor: 82º.

Em 2012, as pesquisadoras Ana Carolina Franzon e Lígia Moreira Sena, realizaram um questionário com mais de 1600 mulheres em todo o País, reafirmando o mesmo índice de violência obstétrica, e acrescentam ainda que 25% das mulheres tiveram corte cirúrgico no períneo vaginal (episiotomia) sem consentimento durante o parto (FRANZON e SENA, 2012).

É preciso ressaltar que, a partir de constantes reivindicações de movimentos feministas, a violência obstétrica tornou-se crime em alguns países. Na Venezuela, esse tipo de agressão já é tipificada no artigo 15 da Lei Orgânica, que define:

Se entende por violência obstétrica a apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres por prestadores de saúde, que se expressa em um trato hierárquico desumanizador, em um abuso de medicalização e patologização dos processos naturais, trazendo consigo perda a autonomia e a capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012)

Na Argentina, a descrição é semelhante no Artigo 6º:

Aquela que o profissional da saúde exerce sobre o corpo e os processos reprodutivos das mulheres, expressa em um tratamento desumanizado, no abuso da medicalização e na patologização dos processos naturais, em conformidade com a lei 25.929. (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012)

No Brasil, não há na legislação esta especificidade de agressão. Há, no entanto, algumas legislações de apoio, além de investidas constantes de movimentos sociais na tentativa de denunciar a violência obstétrica e a má assistência à saúde reprodutiva da mulher como uma das principais causas de mortalidade feminina. É o caso do dossiê “Parirás com Dor”, elaborado pela Rede Parto do Princípio ao Senado, em 2012, que reuniu depoimentos, dados, e estudos históricos e de saúde com base em evidências científicas para intensificar oficialmente as discussões na Comissão Parlamentar de Inquérito contra Violência Obstétrica.

Não obstante, várias mobilizações feministas nacionais resultaram, em novembro de 2013, no reconhecimento da violência obstétrica por parte da Defensoria Pública do Estado de São Paulo, que resultou na distribuição de cartilhas incentivando a prevenção e denúncia por parte das mulheres contra os citados procedimentos médicos sem respaldo científico, além de agressões físicas ou psicológicas.

Ao percebermos a extensão e a profundidade com que se espraia essa violência, que até o momento atinge especificamente mulheres em trabalho de parto, o que questionamos de imediato é como tal pauta pôde ter sido silenciada por tanto tempo, mesmo em meio ao crescimento dos movimentos que combatem a violência contra a mulher.

A dificuldade de visualização desencadeada por ser este um tipo de violência institucional existe— e essa credibilidade é bem facilmente dedicada quando quem está do outro lado dessa relação são homens brancos e em posição econômica e social privilegiada que, do alto de seus postos, identificam-se como profissionais médicos.

Outra questão também se verifica. Com exceções de lutas pontuais, apenas nos últimos anos, a violência obstétrica foi abraçada com maior abrangência por movimentos feministas – e ainda com bastantes reservas. A questão delicada a se tratar é que, em meio a tantas situações de opressão – feminicídios, estupros, violência doméstica, assédios morais, e inequidades no trabalho – como incluir uma pauta tão “dada” que é discutir sobre “como parir”?

Se compreendermos que a demanda pelo parto humanizado encontra-se na ordem dos direitos reprodutivos das mulheres, não podemos ignorar que anterior à questão do parto encontra-se a escolha da mulher sobre querer ou não a maternidade, decisão que é também violentamente solapada pela criminalização (legal e ideológica) do aborto. Esse problema é ainda mais agudizado na sociedade brasileira quando

constatamos que, conforme a pesquisa da Fiocruz, 65% das mulheres não desejaram a gravidez e, no entanto, tendo ou não se surpreendido positivamente com a “notícia”, foram obrigadas por desconhecidos e conhecidos a prosseguir com a gestação.

Enquanto os governos brasileiros preocupam-se com a reputação moral e prolongam a discussão e descriminalização, cerca de 250 mil mulheres são hospitalizadas anualmente em decorrência de complicações de abortos provocados de forma clandestina (VIEIRA, 2010) . No que diz respeito à (forçada) continuidade da gestação, tal fato corrobora não só com grande parte dos casos de depressão pós-parto e de procura tardia por pré-natal, segundo a pesquisa Nacer no Brasil, como no quadro mais sério: os altos índices de mortes maternas provenientes de abortos mal conduzidos porque clandestinos (Fiocruz, 2014).

Embora abortamento seguro e violência obstétrica sejam, ambas, questões concernentes aos direitos reprodutivos, e urgentes em relação à figuração entre os casos de morte e morbidade materna, alguns grupos feministas facilmente confundiram a luta pela legalização do aborto seguro com a ideia de que tratar sobre questões maternas e obstétricas é enfraquecer o movimento que centraliza a primeira.

Uma das estudiosas que propaga essa falsa dualidade é a historiadora e filósofa francesa Badinter. Cremos ser de importância debruçarmos sobre suas análises, tendo em vista ser ela uma referência importante nas contribuições por um “feminismo libertário” na década de 1960, e com repercussões hoje no Brasil. Badinter se volta atualmente a defender ora a libertação da mulher a um suposto “retorno do determinismo biológico” propagado desta vez por mulheres mães e suas investidas “naturalistas”, ora pela defesa de que “o feminismo” (no singular) migrou de movimento de lutas por direitos para uma “guerra entre sexos”. Vejamos como essas compreensões disseminadas em movimentos feministas atuais no Brasil, ocultam sérios “equivocos” - e, ao ocultá-los, também fazem com que vários problemas de bases sociais permaneçam velados.

Em “Hombres, Mujeres. Como Salir del Camiño Equivocado”, são essas as questões-chave apresentadas por Badinter (2003): a tirania da mãe perfeita, a noção da maternidade com apego como uma espécie de 'retorno' do determinismo biológico, a noção de vítima como um reforço do estereótipo vitimista, as dicotomias dominador x dominada como uma 'guerra de sexos', e, por fim, a noção da violência de gênero como um apelo criado e forçado por um feminismo radical. Finalizando a leitura, a leitora ou leitor desavisado quase sente-se compelido a acreditar que não há machismo, ou que, no

mínimo, os homens é que são as vítimas e as feministas têm logrado mais equívocos do que vitórias nas lutas contra o patriarcado. O “caminho equivocado” provocou polêmicas nacional e mundialmente, ao levar até mesmo antigas parceiras de luta a rebaterem o 'fogo cruzado' em que Badinter lançara contra discursos feministas. Foi o caso de Halimi, que respondeu as afirmações da autora ao escrever “O “complô” Feminista”. Ainda mais direta, Audet publica algo como “Badinter distorce o melhor da luta feminista”. Ambas criticam desde o “método do discurso de Badinter”, como suas fontes, até as relações de um discurso feminista que, segundo as autoras, não corresponde à realidade das lutas as quais os vários feminismos empreendem.

Antes de prosseguirmos com as afirmações de Badinter, começemos a apresentar o que se compreende, em termos gerais, a respeito da categoria “feminismo”. Sem declinarmos à crença em uma rota repleta de relações diretas e unívocas – tal qual faz a autora francesa –, salientamos que, enquanto movimentos, o feminismo adquire posicionamentos plurais, e suas frentes de luta – cujas defesas específicas dependem do lugar e da posição histórica e de classe dos sujeitos – situam-se em pontos como: sexualidade e violência, saúde, ideologia, formação profissional e mercado de trabalho. Conforme nos explica Crescêncio (2011):

Cada grupo irá apresentar um tipo específico de reivindicação que estará intrinsecamente ligado a sua realidade, afinal uma mulher pobre e negra certamente não terá as mesmas necessidades que uma mulher branca de classe média. Creio que essa observação singela serve mesmo para se pensar o feminismo no plural, mesmo que, por razões semânticas, ele seja citado no singular, em função de ser essencialmente uma teoria e uma prática que luta pelos direitos das mulheres (CRESCÊNCIO, 2011, p. 144).

Delphy (2004) , ao relatar sobre os desafios atuais do feminismo, acrescenta alguns obstáculos que têm se tornado enfrentamentos frequentes diante das ainda frágeis conquistas. São eles: ataques “masculinistas”, a reação adversa ideológica e a má vontade política; além da repetição insistente do mito da “igualdade já conquistada”. Essa repetição é uma das principais ferramentas de Badinter, cuja obra é iniciada com um pertinente e elaborado traçado das distintas trajetórias entre os movimentos feministas da Europa e dos Estados Unidos.

Segundo a historiadora, o clima dos anos 80 foi propiciado pelo aumento massivo de mulheres no mercado de trabalho, o que, segundo a autora, fez 'abrir as portas de certa independência': o aumento no divórcio e a contracepção e aborto assinalavam o 'fim do patriarcado'. Com tantas pioneiras, a 'mulher figurante' foi

transformada na mulher viril e forte. A mudança de imagem, segundo a autora, impulsionou ainda mais as demais a buscar a “plena conquista de novas fronteiras”. Em casa, as atividades passavam a ser divididas com seus companheiros, constituindo-se, por fim, caminho livre à igualdade de sexos.

Para a autora, enquanto as feministas francesas, em busca de relação harmônica e pacífica com os homens, pleiteavam a dupla jornada laboral, as feministas estadunidenses, “insensíveis” a toda essa transformação, permaneciam imersas na dicotomia, promovendo um discurso “essencialista, separatista e nacionalista”, restringindo-se a denunciar a violência contra as mulheres, prologando uma “crescente desconfiança” contra o sexo masculino.

Até que, na França, uma jornalista mãe de dois filhos, lança um livro onde critica uma “ditadura” da mulher que precisa avançar a qualquer custo, diante de uma realidade onde a mudança não foi tão verdadeira ou completa assim. A igualdade não foi um jogo tão praticado, já que as mulheres acumulavam duplas funções, em casa e no trabalho, enquanto que as posições de poder permaneciam com homens. Com a década de 1990 e os efeitos agudizados da crise econômica capitalista, tanto homens como mulheres voltavam para casa sem empregos. Não era tempo de luta feminista. Pelo contrário, aliás. Instituiu-se uma ideia de atração pela inocência, de valorização da “fragilidade feminina”, de reforço à imagem de vítima, o que favoreceu os números de denúncias nos tribunais. As supermulheres são então mal vistas e as mulheres que se sobressaíam eram pouco visualizadas, em detrimento de uma propaganda cada vez maior da “opressão masculina”.

Prossegue Badinter que a violência social e sexual são postas em evidências como nunca e o culpado é sempre o homem, “não importa sua condição”. A perspectiva vitimista deixa, ainda, de considerar os contextos culturais e econômicos. Deixa-se de interpretar as urgências, restringindo as ações a uma vitimização no sentido de penalização criminal. Nesse ponto, para a filósofa, o feminismo termina perdendo os combates travados anteriormente. Transforma a liberdade sexual em uma sexualidade domesticada. Ressurge, ainda, o mito do instinto materno, sem questionamentos sobre o tema.

No primeiro capítulo, intitulado “O novo discurso do método”, Badinter (2005) se propõe a falar sobre o feminismo vitimista. Nele, não há teoria de relações entre sexos, mas a acusação de um contra o outro, ou contra um sistema de opressão. Segundo a historiadora, permanece uma lógica da amálgama, onde não se distingue o

objetivo do subjetivo, o importante do secundário, e demais especificidades, voltando-se a uma generalização. Assim, o feminismo dos Estados Unidos impõe o tema da submissão da mulher ao homem, de onde a solução, ironiza, seria “mudar a sexualidade dos homens” através das leis nos tribunais. Nesse sentido, não se estimula a mulher a fortalecer-se a uma defesa própria, mas a manter-se em uma imagem de “indefesa”.

De um lado, as vítimas da opressão masculina, do outro, os carrascos onipotentes, para lutar contra essa situação, vozes feministas cada vez mais numerosas investem contra a sexualidade masculina, apontada como a raiz do problema (BADINTER, 2005, p. 92).

Os exemplos utilizados por Badinter são reforçam sua ideia de que o discurso influencia o método. A autora prossegue afirmando que ambos, discurso e método, distorcem a realidade, porque reforçam uma imagem da fragilidade feminina. O retrocesso no que diz respeito à sexualidade se mostra tanto com a apropriação do corpo das mulheres, como em discursos “proibicionistas” que relegam as prostitutas também a essa noção de vítimas, valendo-se de percentagens pouco precisas. Segundo Badinter (2005), cabe acrescentar, até mesmo as estatísticas estão a serviço dessa ideologia. A historiadora refuta os números, acrescentando que as mulheres que respondem as questões não reconhecem os atos como violência e, portanto, não o são.

Ao lembrar das contribuições de Simone de Beauvoir com seu primado da cultura sobre a natureza, de onde o biológico deve ser posto em segunda instância ao invés de definir o destino da mulher, Badinter apresenta uma contradição importante: ao reforçar sua (justa) contrariedade ao determinismo biológico, esquece de fazer o mesmo com relação aos homens, já que acredita que as feministas querem, com suas demandas contra a opressão, “retirar a masculinidade” do homem. Questionamo-nos, então, segundo suas perspectivas naturalizadas de “sexualidade” : às mulheres, a sexualidade então deve ser posta em segundo plano; mas aos homens, ela deve ser preservada? Outra questão pertinente: Como a natureza materna pode ser vista como uma opressão para as mulheres e a “natureza masculina” vinculada à violência não pode? O machismo é, então, o mesmo que masculinidade? Um moinho de vento a qual é perda de tempo enfrentar?

Badinter (2005) prossegue afirmando que, nessa avidez por reiterar as diferenças entre homens e mulheres, comumente a mulher sempre aparece como mais nobre do que o homem. O homem pode aparentar uma evolução mas jamais uma

mudança real. Entretanto, a maternidade é um poder subestimado, na medida em que as mulheres possuem possibilidades de reprodução, algo que os homens não possuem enquanto uma escolha. Tal situação isenta as discussões sobre a maioria de gravidezes não desejadas, por exemplo, o que faz cair por terra, mais uma vez, essa ideia sobre a “escolha das mulheres”. Por fim, ao afirmar que a dominação masculina é universal, sem respeitar as culturas individuais, a autora questiona, mais uma vez em ironia inteligente: onde então haverá a salvação?

Nesse sentido, Halimi (2003) reitera: a violência de homens contra mulheres é, sim, universal, entretanto, multiforme. Especificidades não são ignoradas – como faz Badinter ao acreditar que há uma tendência feminista única – mas a opressão é de tal modo universalizada que o assunto integra mobilizações mundiais, ainda que com específicas pautas.

Uma de suas tentativas de refutar o que ela chama de “utopia totalitária” é a afirmativa de que “há muitas feminilidades” e “muitas masculinidades”. Acreditamos que a questão, entretanto, não está solucionada. Sobretudo porque, para além de todas as especificidades e diversidades, a realidade que fala por si expunha que as muitas feminilidades existentes enfrentam inequidades diretas com as muitas masculinidades, seja no âmbito do trabalho ou da vida doméstica. Tais distinções fazem parte dos mundos dos fatos, não de estereótipos: socioeconomicamente, segundo Halimi (2003), mulheres são maioria entre desempregados, entre quem ganha salário mínimo, entre trabalhadores em tempo parcial -gueto ocupado por 83% de mulheres-, em contrato de trabalho por tempo determinado, além de ser a maioria imersa na pobreza (80%) e na precariedade.

Badinter questiona a veracidade das estatísticas que reforçam a “vitimização” das mulheres, afirmando que não há “precisão” nos dados. Refere-se, com mais destaque, à Pesquisa sobre a Violência contra as Mulheres na França (ENVEF), que, segundo ela, mistura vários tipos de agressões – físicas, psicológicas, sob o título de violência conjugal. Essa acusação foi respondida por feministas, que questionam a fonte a qual Badinter teve acesso ao estudo. Segundo Audet (2003), ao ler diretamente o relatório da ENVEF, facilmente se mostrará uma metodologia contrária à apresentada pela autora, com todos os tipos de agressões declaradas separadamente, o que, provoca Audet, remonta a crer que Badinter não teria lido diretamente o relatório.

Os pesquisadores e as feministas não devem ser guardados responsáveis para o fato de que alguns jornalistas adicionaram meramente os resultados a respeito destas várias categorias de violência contra mulheres. Em sua explicação da metodologia usada, os pesquisadores insistiram nas distinções a ser feitas entre situações do conflito verbal e psicológico e aquelas da violência física e sexual, que afetam sempre a integridade da pessoa visada. Têm igualmente aguçado à existência de uma série contínua de violência no caso da violência conjugal. Quanto para a qualidade científica do inquérito de ENVEFF, era devidamente controlada, incluindo a cooperação do estatístico qualificado do CNRS, e seu relatório foi endossado por personalidades científicas numerosas (AUDET, 2003. s/p).

Ao se chamar a atenção sobre a violência masculina, prossegue, poucos se interessam pela violência causada por mulheres. No entanto, Badinter afirma, ela existe e está escondida nos poucos estudos feitos sobre mulheres que se inserem em guerras, encontram-se suas participações em genocídios na Alemanha Nazista e em Ruanda. Nesse sentido, sua defesa é de que a violência é inerente ao ser humano, independentemente de ser ele homem ou mulher. Ainda que, de fato, a violência seja um fenômeno inerente ao ser humano, não se pode, mais uma vez, negar os fatos.

Reportando suas afirmativas à realidade brasileira, dados do IPEA expunham que 40% dos homicídios contra as mulheres são cometidos por um parceiro íntimo. Quando revertemos essa violência entre mulheres que matam seus parceiros, vemos o número de 6%, ou seja, 6,6 vezes menos. No Brasil, segundo Garcia (2014), entre 2000 e 2011, mais de 50 mil feminicídios aconteceram e aproximadamente um terço dos assassinatos aconteceram dentro de residências.

Garcia também analisou o impacto da Lei Maria da Penha, constatando que, embora tenha surtido um efeito de sutil decréscimo logo após sua aprovação, em 2007, houve nos últimos anos uma volta dos índices de assassinatos, de modo que, se em 2001 o índice era de 5,41 mulheres a cada 100 mil óbitos, em 2011 a taxa corrigida foi de 5,82. O nordeste representa o maior número de homicídios em todo o país, de 6,92. Alagoas, por sinal figura recorrentemente como o segundo país que mais engloba os assassinatos, sendo precedido pelo Espírito Santo.

Ainda segundo os dados apresentados pelo Ipea, a estimativa é de que 5.664 mulheres morreram vítimas de violência a cada ano. Além do mais, 61% dos óbitos foram de mulheres negras. Os dados prosseguem com relatos de que 50% do feminicídio envolveram arma de fogo, e 34%% outros instrumentos cortantes. Outros óbitos envolvem enforcamento, violência sexual, força física, e síndromes de maus tratos, como abuso sexual, crueldade mental e tortura. Ainda segundo os dados, 29% dos homicídios aconteceram em domicílio, 31% em vias públicas e 25% em unidades

de saúde. No entanto, sobre morte por violência no parto, não há registros. É importante ressaltar que, conforme Garcia já havia alertado, esse estudo só considerou os óbitos, mas a violência contra a mulher compreende um 'lado submerso do iceberg' bem mais extenso.

O relatório final da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI) da Violência Contra a Mulher reafirma os dados e acrescenta que:

Como os dados de todas essas pesquisas de abrangência nacional demonstram a violência contra mulheres na sociedade brasileira é endêmica. A violência doméstica é majoritariamente praticada pelo parceiro; a residência não é um local seguro para as mulheres, em 80% dos casos; a reincidência é um fator de risco e está presente em quase 60% dos casos a partir dos 30 anos. A violência física contra mulheres idosas e sexual contra meninas e adolescentes é igualmente preocupante. Estas pesquisas devem ser consideradas quando da elaboração de políticas públicas de prevenção à violência contra mulheres. (SENADO, 2013, p.26).

Os dados de violência contra a mulher no Brasil convergem mundialmente, de onde 66 mil mulheres são assassinadas por homicídio doloso. Na Argentina, por exemplo, os crimes de violência contra mulheres representaram 78 a 83% de todos os delitos ocorridos no país entre 1999 e 2003. Em outros países de características diferenciadas, a situação se repete:

Na Costa Rica, 58% das mulheres sofreu um incidente de violência física ou sexual depois de completarem 16 anos ou mais. Nos Estados Unidos, em 2003, cerca de meio milhão de mulheres sofreu violência doméstica e aproximadamente 200 mil violações e agressões sexuais, segundo a Pesquisa Nacional de Vitimização daquele país.³³ No México, em 2003, 46,6% das mulheres mexicanas, entre 15 anos ou mais, que viviam com seus parceiros, reportou ter sofrido alguma violência durante os doze meses que antecederam a entrevista. Na República Dominicana, 23,9% das mulheres afirmou ter sofrido alguma violência desde os 15 anos de idade (SENADO, 2013, p. 27).

O caminho equivocado de Badinter, embora aparentemente intencionado em problematizar as vozes que excedem em possíveis vitimismos e se perdem em analogias sexistas, termina por carregar em si o seu oposto: uma culpabilização de um gênero que, mundialmente e historicamente, sofre de fato com as diversas agressões e diferenças sociais e econômicas.

No que diz respeito às questões da maternidade, Badinter se debruça mais longamente em *O Conflito: A Mulher e a Mãe*. Lançada em 2010, *O Conflito* reforça a clássica obra sobre o Mito do Amor Materno. Até o momento em que trouxe à tona a

discussão sobre como o desejo de ter filhos não é uma universalidade, a autora cumpre pertinentemente com a proposta, apresentando a gravidade das pressões sociais para que a mulher se torne mãe, ou para que, ao se tornar, se enquadre em perfis de perfeição e enfrente culpabilizações várias. No entanto, as confusões se inciam quando a autora francesa se volta contra uma suposta “ofensiva naturalista com visão retrógrada” que – segundo ela – tem relegado às mulheres um novo aprisionamento à maternidade. É então que, provavelmente sem conhecer de perto tais movimentos, Badinter recai em pré-julgamentos deslocados da realidade, ou com fundamentos bastante questionáveis.

Um dos argumentos mais mencionados pela autora é o uso das mamadeiras e fórmulas lácteas como libertadoras da “ditadura do peito” por promover a divisão de gêneros nos cuidados com a criança. O posicionamento libertário e neoliberal de Badinter não é, literalmente, gratuito. Além de professora e pesquisadora, Badinter também é sócia e exerce cargos estratégicos na Comissão Supervisora e no Conselho Administrativo da Publicis, empresa responsável pela publicidade das fórmulas infantis da Nestlé (cujo Brasil é o terceiro maior mercado, com vendas anuais de R\$ 7,2 bilhões), e de outras duas grandes empresas, Abbot Laboratories (Similac) e Mead & Johnson (Enfamil). Tal relação direta traz-nos à tona, portanto, outro grande conflito nunca referido por Badinter: o de interesses. Nesse ponto, concordamos com o posicionamento de Granju (2012):

Não acredito que o contra-argumento de que Badinter tem expressado o mesmo ponto de vista sobre a criação “naturalista” pelos últimos 30 anos seja persuasivo. [...] Da mesma forma que suas opiniões sobre amamentação podem não ser novas neste livro, também não os são os seus lucros decorrentes do marketing de fórmula infantil. [...] Se o conselheiro de marketing da Associação Americana de Bife lançasse um livro criticando os hábitos de alimentação “naturalista” dos americanos, não importaria se ele tivesse Ph.D em nutrição pela Harvard. A ideia de que alguém nesta posição escreva algum livro sobre isso é de causar riso (GRANJU, 2012, s/p) (tradução nossa).

Granju prossegue afirmando que a fórmula infantil possui como fator positivo o fato de dispor à mulher a escolha por não amamentar, ou uma alternativa às mulheres que não puderam, por alguma questão de saúde, fornecer leite materno. No entanto, propagar o uso da mamadeira como válvula de libertação das mulheres já é um argumento que possui outras conotações:

Enquanto essas grandes marcas concorrem entre si, seu maior competidor não está ao seu lado, nas prateleiras, pois é a amamentação. Toda vez que

uma mulher dos Estados Unidos amamenta seu filho por um mês - faça isso por necessidade ou escolha pessoal - isso representa cerca de 100 dólares perdidos pelos produtores de fórmula infantil, ávidos pelo cartão de crédito dessa mãe. Parece que pelo menos 3 grandes companhias de fórmula infantil estão apostando que a Badinter convença as mães do EUA a gastar US\$ 100 mensalmente nos seus produtos, ao invés de recorrer à alternativa não-comercial (GRANJU, 2012, s/p, tradução nossa).

Hernandez (2010), por sua vez, rebate a autora afirmando que não há uma “ditadura da mãe perfeita” voltada a uma conduta naturalista, mas formas diferentes de se optar pela maternagem, que, de uma forma ou de outra, interferem e/ou podem ser limitadas pelas condições em que as mulheres possam de escolherem suas formas de exercerem (ou não) maternidade ou carreira. Assim, ao invés de criticar como a amamentação aprisiona ou “atrapalha” a carreira, por que não buscar a base de tais dualidades, refletindo sobre como os locais de trabalho não dispunham de possibilidades para que as mulheres possam amamentar ou conciliar as duas atividades, caso queiram?

Crítica dessas concepções liberais, a socióloga brasileira Heleith Saffioti (1987) declara o impacto de propagandas similares no Brasil e do esforço que o Estado precisou fazer ao ter de lidar com um grande aumento de mortalidade infantil:

As multinacionais do leite em pó, especialmente a Nestlé derramaram sua propaganda em todo o mundo, levando as mães a acreditarem que seu leite é mais fraco que o leite em pó. Como a taxa da mortalidade infantil cresceu no país nos últimos anos e a maioria das famílias não dispõe de renda suficiente para comprar leite em pó, partiu-se para ensinar as mães a retornarem ao velho hábito de aleitarem seus filhos ao seio [...]. Ainda que milhões de mães que amamentam seus filhos não sejam bem nutridas, os bebês serão amplamente beneficiados pela restauração deste antigo hábito (SAFFIOTI, 1987, p. 70).

Chamamos aqui atenção para o questionamento sobre a contraposição maternidade x carreira que, ao nosso ver, também não pode ser naturalizada. Sobretudo porque se mulheres precisam optar por trabalho ou maternidade, tal “escolha” não tem sido efetuada em condições tão livres assim; se uma atividade exercida elimina ou suprime a outra, não podemos resolver a questão aos modos de Badinter – impondo às mulheres que revistam-se de uma identidade de carreira que a “liberte”. Simplificar uma imposição apontando-lhe outra é esquecer as bases sociais que oprimem as mulheres em ambos os lugares: e em ambas as posições – seja na invisibilidade do trabalho

doméstico, ou lançada de forma desigual no mercado de trabalho ou 'na carreira' - , a situação de dominação do machismo sobre a mulher não só nos parece um produto do sistema, como, certamente, um instrumento.

A socióloga brasileira aproxima-se mais, portanto, de nossa realidade, ao refletir sobre como as mulheres são alvo de exploração oportuna do sistema capitalista pelo patriarcado. Ao avaliar que, diferentemente dos sindicatos patronais, os sindicatos de trabalhadores possuem certa resistência em incluir as pautas das mulheres – igualdade salarial, auxílios creches, direito de não serem demitidas por terem engravidado, etc , concluindo que o poder masculino sobre as mulheres é uma vitória da burguesia, e não dos trabalhadores. Em se tratando de renda familiar, o valor reduzido é muitas vezes decorrente dessa disparidade .

Além do mais, segundo Saffioti (1987), é perceptível que tal compreensão não brote de maneira natural nas classes trabalhadoras, ocupadas demais com a luta pela sobrevivência. . Desse modo, a classe patronal se equivale ainda mais das categorias mais discriminadas – mulheres, negros e homossexuais – para sujeitá-las aos baixos salários e péssimas condições de trabalho. Assim, conclui a autora: “o machismo do trabalhador volta-se contra ele mesmo” (SAFFIOTI, 1987, p. 23).

Embora discordemos de Saffioti em algumas partes desta obra específica – sobretudo quando afirma em alguns momentos que é tarefa de classes não vinculadas à produção de bens materiais *levar* consciência às classes trabalhadoras – nos ocupamos, neste momento, de suas discussões sobre a condição feminina no capitalismo e como o Estado contribui para que o capitalismo manipule as legislações .

O Brasil é conhecido como não cumpridor de leis. De fato, a nação tem milhares de leis que são sistematicamente descumpridas, não implementadas. Diz-se, vulgarmente, que aqui “há leis que pegam” e “leis que não pegam” (SAFFIOTI, 1987 p. 72).

Essa compreensão perpassa, por exemplo, em abusos de ordem generalista e aguda como as inequidades, os abismos salariais e limitações de oportunidades, até o não cumprimento de leis bem específicas. Uma delas diz respeito à lei que determina uma creche para cada empresa que contenha mais de 30 empregadas, o que não é realidade, seja no setor privado ou no público. Outra se trata da estabilidade a mulheres em situação de gravidez, que, segundo a socióloga, também não tem sido aplicada: “a

mulher é sistematicamente despedida quando se casa ou quando engravida. Poucas empresas deixam de dar preferência às solteiras e sem filhos” (SAFFIOTI, 1987, p.73).

Ao fim, conclui:

Assim não é difícil concluir que estas leis fazem parte daquele conjunto de “leis que não pegaram” simplesmente porque contrariam frontalmente interesse das classes dominantes. E estas sabem atuar, quer através de seus representantes diretos, quer através do Estado, em favor de seus interesses (SAFFIOTI, 1987, p. 78)

Por fim, chegamos à nossa questão-chave nas críticas de Badinter e, no âmbito brasileiro, de Silvia Badim e Liliane Gusmão, dois exemplos de militantes críticas das bandeiras da humanização. A medicalização no parto também é efetuada de forma rasteira pela autora. Segundo seus argumentos, os movimentos que intentam parto natural são formatados pelas ditas ativistas da ecomaternidade que buscam na dor alguma oportunidade de “sacrificar-se” por seus filhos. A despeito de algumas opiniões singulares, que devem ser extremamente pontuais -e não as encontramos no contexto brasileiro - Badinter não poderia estar mais equivocada.

Embora toda a historicização sobre a assistência ao parto e suas bases materiais se posicionem nos capítulos seguintes, adiantaremos que, antes das lutas feministas por - segundo Badinter - “partos dolorosos”, o que acontecia em todo o mundo era um aumento inaceitável de mortes e morbidades maternas em mulheres durante o trabalho de parto em ambientes hospitalares. Primeiro, nos anos de 1910, decorrentes do uso indiscriminado de anestésias e analgesias. Diniz (2010) explica:

Envolvia uma injeção de morfina no início do trabalho de parto e, em seguida, uma dose de um amnésico chamado escopolamina, assim a mulher sentia a dor, mas não tinha qualquer lembrança consciente do que havia acontecido. Geralmente o parto era induzido com ocitócitos, o colo dilatado com instrumentos e o bebê retirado com fórceps altos. Como a escopolamina era também um alucinógeno, podendo provocar intensa agitação, as mulheres deveriam passar o trabalho de parto amarradas na cama, pois se debatiam intensamente e às vezes terminavam o parto cheias de hematomas (DINIZ, 2010, p. 628).

Os “partos inconscientes” e manuseados apenas pelos médicos mataram mulheres e bebês o suficiente para que a categoria médica decidisse, a partir de pressões sociais, modificar o modelo para um parto consciente, mas completamente controlado pela equipe médica: eis o parto normal que presenciamos atualmente, moldado pelo excessivo uso de tecnologias e medicalizações. Na década de 1950, os movimentos pelo

“parto sem dor”, “parto sem medo” e “parto sem violência” despontaram as primeiras reivindicações de profissionais reincidentes e de feministas por uma mudança obstétrica na Europa. Já nos Estados Unidos, os movimentos feministas iniciados por grupos da contracultura, como o The Farm, culminaram, nas décadas de 1960 e 1970, em importantes centros de atenção à saúde das mulheres (Diniz, 2010).

Não havia, portanto, quaisquer menção a uma “dor libertadora”. A erotização do parto como ressignificação da dor surgiu apenas recentemente como um argumento, entre muitos outros, na busca por reduzir o aparato de medicamentos no parto e, assim, o descontrole da mulher sobre o próprio corpo gerando ainda mais susceptibilidade à violência média. Em segunda instância, tais argumentos intentam revalorizar o parto natural como luta contra a patologização da gravidez e do corpo feminino, hoje considerado uma bomba relógio para o nascimento, que cabe ao médico “resolver”, indiscriminadamente, com seus instrumentos e equipamentos.

A história e a atualidade dos movimentos que reivindicam nascimentos mais espontâneos e controlados pela própria mulher parecem não condizer, portanto, com concepções liberais de que essas mobilizações por humanização têm como pauta “retomar o sofrimento no parto”. Desde o século XIX, a assistência ao parto já vinha incrementada com a produção artificial desse sofrimento, sem que nenhuma mulher o reivindicasse.

Por ser o parto uma questão atrelada à prática médica desde o século XIX, a relação entre os movimentos feministas que reivindicavam assistência mais respeitosa à mulher sempre foi indissociável a movimentos de profissionais da saúde e, portanto, às suas atualizações científicas sobre os procedimentos e suas consequências. Nesse sentido, tornou-se imprescindível às mulheres que desejavam ter ou propagar o parto humanizado – com intervenções acontecendo sempre que (e apenas quando) necessárias – a partir da apreensão de toda uma gama de informações sobre fisiologia do parto, indicações, consequências de procedimentos médicos, e várias outras informações, originalmente exclusivas à área da saúde. Se atualmente ainda é uma celeuma aos médicos a inserção (ou retomada) de outros profissionais na assistência direta ao parto – como enfermeiras obstétricas e parteiras tradicionais – que dirá a incessante informação de mulheres “leigas” sobre esse assunto que, desde a hospitalização da assistência, não lhes compete: seus corpos?

Verificamos que, em um contexto néo-liberal que se atrela ao “consumo para a libertação”, e em um país que ostenta uma das maiores lideranças em mercantilização da saúde, não é de se esperar uma fácil aceitação a um tema que preconiza o consumo responsável de medicamentos e equipamentos no parto. E assim, temos no Brasil um quadro muito recente, e ainda não satisfatoriamente aceito – da violência obstétrica como uma pauta que se deve ter atenção. Apenas a partir de casos extremos, noticiados em mídia ou redes sociais, ou de pesquisas de alcance maior, é que tal situação é exposta.

Em dezembro de 2013, quando a pauta da violência obstétrica foi “candidata” a integrar uma das 90 propostas do IV Ciclo de Conferências da Defensoria Pública do Estado de São Paulo, sob intermédio da ONG Ártemis, delegadas de movimentos feministas daquela cidade se posicionaram contra a inserção da violência obstétrica enquanto violência de gênero. Os argumentos utilizados eram de que a) as questões da maternidade não agregam ao feminismo, já que a maternidade é, em si, uma forma de controle do patriarcado sobre o corpo da mulher; e b) essas questões (de violência obstétrica) ainda estão no imaginário e não acontecem de fato. Finalmente, e apesar dos votos contrários da maioria das delegadas do GT do Direito da Mulher, a pauta foi aceita.

Vemos, assim, como diante de toda uma gama de pautas feministas existentes, alguns movimentos seguem o pensamento de Badinter, criando séria aversão a pensar em defesas pelo parto ou quaisquer situações voltadas à condição materna como uma bandeira. Dias depois da Conferência, as militantes de um importante blog que discute gênero do país, Silvia, Badim e Gusmão escrevem “O Ativismo materno para além do parto”, cuja a defesa era de que a luta por um parto humanizado em si não se caracteriza empoderamento feminino, se deslocada das várias outras bandeiras feministas; além do mais, segundo as autoras, é preocupante na medida em que reforçaria a maternidade como um “lugar” imposto. Elas dizem:

E também, politicamente, acho temerário o culto exacerbado ao lugar da “mulher mãe”, a que volta para casa e larga tudo para poder cuidar dos filhos em tempo integral, ou para trabalharem pouco, de casa, reinventando profissões. Individualmente, claro, cada um faz o que quer, e as escolhas devem ser sempre respeitadas. Mas, como bandeira política acho complicado (BADIM; GUSMÃO, 2013, s/p).

Também em blogagem coletiva, outras ativistas e pesquisadoras dos direitos das mulheres rebateram tais argumentos, reforçando a questão do parto e da maternidade enquanto pautas feministas, ao refutarem algumas concepções bastante específicas que, na tentativa de contrariar o determinismo biológico imposto historicamente contra as mulheres, terminam por ignorar causas sociais que atingem diretamente gestantes e mães. Assim, Lígia Sena et. al (2013, s/p) responde:

Não temos visto um culto exacerbado ao lugar da “mulher mãe” como sinônimo daquela que larga tudo para cuidar dos filhos em tempo integral. O que temos visto, isso sim, são centenas ou milhares de mulheres em luta constante para satisfazer simultaneamente seu próprio desejo de cuidar de suas crias de perto e o desejo de seu patrão de produzir ou o desejo do marido de pagar contas, ou o próprio desejo de ter uma vida profissional ativa. O que há é uma pluralidade de vozes e, entre tais vozes, há as das que querem cuidar dos filhos em período integral - embora esteja muito longe de ser majoritário. A grande maioria das mães contrata uma creche cara e vai ralar e são poucas as que continuam a tirar leite do peito para amamentar... Ou vamos cair no erro de achar que os poucos gritos de “VAMOS VOLTAR PARA CASA!” que ouvimos nas redes sociais representam a maioria das brasileiras? (SENA et al, 2013, s/p).

Sobre tal perspectiva, as blogueiras defendem: reconhecer as condições sociais em que as mulheres que se tornam mães enfrentam atualmente não significa estereotipar.

A maternidade é um assunto que caiu num limbo que um feminismo específico dos muitos que existem não anda muito a fim de abraçar não... E tem sido assim mesmo considerando que mulheres que se tornam mães tornam-se, também, alvos preferenciais para inúmeras inequidades e violências de gênero. Como ser demitida sem justa causa. Como ser preterida em concursos públicos. Como ser ridicularizada ou tida como “mulherzinha”, “fraquinha”, “mãezinha” (SENA et al., 2013, s/p).

Ao considerar, agora, a pertinência da violência obstétrica nas lutas contra a violência de gênero, as autoras acrescentam:

A grande maioria das mulheres está parindo em meio a xingamentos, barriga esmagada por um braço ou uma mutilação na vagina. [...]. As mulheres que têm feito jus ao seu direito de escolha e escolhido cesarianas têm tido seu direito respeitado. Quem não tem tido é justamente quem quer parir de cócoras, para usar apenas um exemplo. E quem é que vai defender essa aí? Ou, pior: quem é que vai defender aquela que, mesmo não querendo isso, está tomando tapa e sendo xingada dentro de instituições de saúde, com o suposto aval da sociedade, que se nega a acolhê-la pelo não reconhecimento da violência sofrida? (SENA et al., 2013, s/p).

Também os próprios movimentos que visavam um “parto humanizado” foram permeados por problemáticas até chegarem a uma fase mais atual e amadurecida. Em decorrência de ter sido uma bandeira levantada pela classe média, o contexto liberal a levou, logo de início, às respostas imediatas do consumo. Assim, não se dirigia diretamente a humanização como um contraponto à violência – aliás, este nome pouco era mencionado – mas como uma experiência *diferenciada* daquele padrão de atendimentos, disponível para quem pudesse comprar uma assistência “especializada” neste modelo. Essa diferenciação desencadeou em sérias confusões sobre os sentidos de humanização, que tantas vezes também foram – e são - mercantilizados.

Apesar de haver um reconhecimento maior, dentro das discussões de gênero, sobre a violência obstétrica, não podemos crer que tal reconhecimento seja hoje generalizado – nem entre as feministas, muito menos entre profissionais que lhes prestam atendimento.

Há ainda uma outra tensão atrelada ao ideal de humanização: a ideia de “empoderamento” - processo que, no que diz respeito às lutas, se transformava em atribuição daquelas mulheres que, enfim, conseguiram almejar um parto em casa, ou um parto hospitalar sem intervenções, com toda autonomia possível. Neste sentido, a ideia era de que o sucesso de seus partos dependeria principalmente de seus níveis individuais de empoderamento, caracterizado pela riqueza de informações (auto-buscada) e pela confiança no próprio corpo. Seriam estas as características essenciais para o desfecho de um “parto humanizado”, mesmo nas situações mais adversas.

Entretanto, as discussões sobre o empoderamento como algo individualizado se voltam absolutamente contra os dados reais, que dão conta que a maioria das mulheres que obtiveram sucesso no intento de um parto humanizado tinham, no mínimo, uma escolaridade superior e uma renda média.

Observamos como as condições sócio-econômicas interferem nessas situações, ao questionarmos à obstetra H. se as mulheres têm lhe procurado com mais informações ou questionamentos. Para a médica, as mulheres estão mais instruídas:

Antigamente, a população que a gente tinha aqui era uma população extremamente desinformada. Posso dizer que... ignorante mesmo, que não sabia absolutamente nada. Hoje, o público que a gente atende, é um público de uma classe média baixa, digamos assim. É uma pessoa que vive bem, que tem tudo, mas... tudo necessário, pr'a gente viver direitinho: tem comida, tem roupa... certo? Não vive com uma condição de pobreza, mas é uma pessoa que não tem condições de tirar uma bolsa família pra pagar um plano de saúde, por exemplo. São pessoas que têm...instrução boa, têm acesso à

informação, então chega aqui cheio de questionamentos. Hoje mesmo, uma paciente questionou: “doutora, eu andei lendo que a gente pode ter parto em casa... eu queria saber sobre isso.” A gente ainda tem uma população muito humilde, principalmente interior do estado, chega aqui e a gente tem que orientar tudo: tudo, tudo, tudo! Mas uma grande parte da clientela d'a gente, hoje, são pacientes extremamente instruídas (OBSTETRA H., em entrevista concedida à autora em 02/03/2015).

Essa condição, de mulheres empoderadas-informadas como equivalentes aos partos humanizados e respeitosos é, portanto, claramente impregnada de noções neoliberais que atribuem ao indivíduo a responsabilidade completa pelo que lhes acontece, é ainda extremamente problemática porque provoca uma dupla vitimização das mulheres que, ao sofrer da violência em si, tornam-se ainda “culpadas” por não terem sido “resistentes o suficiente”. Tal consideração nos conduz a tratamentos semelhantemente dispensados às mulheres vítimas de outros tipos de violência, como assédios ou estupros, de onde, afirma Barros (2013), a mulher precisaria, para ser considerada vítima “genuína” ter uma negativa aliada à luta corporal, tendo “resistido até as últimas forças, para então ser vencida”. As mulheres precisariam, então, conforme reflete a autora, exercer comportamentos específicos para então serem devidamente identificadas enquanto vítimas da violência sofrida (BARROS, 2015, p. 71-72).

Assim, ao ser questionado sobre o alto número de cesarianas ocorridos no estado, pareceu bastante plausível ao presidente do Conselho Regional de Medicina de Alagoas, Fernando Pedroza, atribuir o alto índice a ações ou omissões das próprias vítimas, as mulheres. Vejamos o que ele respondeu:

Nós não temos recebido muitas denúncias desse tipo, aí dificulta nossa atuação. Se a mulher se sente coagida pelo médico, mas não denuncia, quando vamos verificar no prontuário dela e está tudo normal, como se ela estivesse ciente e concordando com todo o procedimento (PEDROZA, F., em entrevista concedida ao portal de notícias Tudo na Hora em 2013).

Tal noção passou a ser abalada quando números representativos de mulheres, que se informaram e buscaram uma experiência de parto diferenciada através unicamente da “força interior”, terminaram “caindo” em cesarianas desnecessárias ou em partos repletos de intervenção, porque a equipe que lhes assistia não compactuava de tais ideologias. Imersas em contextos sociais institucionalizados, não eram, enfim, equipes *diferenciadas*.

Essas experiências aos moldes de “Scott Pilgrim contra o mundo” foram fundamentais para que os olhos da humanização se voltassem enquanto uma questão

estrutural e recebesse a aproximação de uma luta por tratamento humano às mulheres voltado mais à questão assistencial. O empoderamento deixa de se tornar um processo pessoal, transformando-se em relacional, entre a mulher e os que partilhariam de suas experiências.

Dentro do âmbito de todas essas tensões internas, ficamos com a perspectiva de Saffioti (1987) ao tratar sobre as distinções interpostas em uma mesma categoria – neste caso, as mulheres. Não se deve ignorar a heterogeneidade das lutas das mulheres, no entanto, é interesse das classes dominantes que os movimentos classistas e de minorias se dividam, enfraqueçam. Nesse ponto, a autora reforça como a questão da “prioridade” da pauta é emblemática.

Embora Saffioti detenha-se logo em seguida, nesta obra, a apontar as falhas de mobilizações feministas classistas que punham como secundárias as demais demandas, sejam elas o patriarcado e as questões étnicas e raciais, reforçamos neste caso a falha das mobilizações feministas que ignorem ou deslegitimem a realidade daquelas que, imersas em uma classe explorada mais agudamente no trabalho e em casa, sequer recebem “licença” contra a violência na hora de parir, por questões as quais sozinhas não podem dirimir. Assim, coadunamos com Eisenstein (1980, p.35), quando reflete que:

Ao tratar destas questões, deve-se romper a divisão entre existência material (econômica ou sexual) e a ideologia, porque a divisão sexual do trabalho e a sociedade, que como já sabemos acomoda as bases do patriarcado, tem tanto uma forma material (os próprios papéis sexuais) como realidade ideológica (os estereótipos, mitos e ideias, que determinam estes papeis). Existem, portanto, formando um tecido interno (EISENSTEIN, 1980, p. 35).

Na seção seguinte, veremos como essas relações se retroalimentam a níveis extremamente latentes, ao situarmos histórica e materialmente a questão da assistência prestada às mulheres durante o parto, através da centralidade do trabalho. Também enquanto violência de gênero, veremos finalmente como a violência obstétrica é a síntese de um emaranhado de relações sociais voltadas a atender, prioritariamente, ao capital. Ao tempo em que o trabalho na saúde encontra-se em subsunção real a este modo de produção, a subsunção da mulher a todo esse aparato medicalizante e tecnocrático é instrumento necessário para sua manutenção em um país onde a saúde sofre processo cada vez mais intenso de mercantilização, enquanto o trabalho também é cada vez mais precarizado. Queremos discutir, aqui, qual o tipo de atendimento

médico é dado para as mulheres que não podem financiar uma assistência diferenciada e por quê?

3 TRABALHO NA SAÚDE E NA ATENÇÃO AO PARTO

Agora que pudemos conhecer como a violência obstétrica é considerada a “face obscura” e necessária de um modelo hegemônico centralizado em tecnologias, medicalizante e objetificador do corpo das mulheres, pretendemos refletir sobre o que tem determinado esse padrão tecnocrático. Nosso objetivo é compreender como o que chamamos de tecnocracia no atendimento médico, que partiu de uma espécie de 'acumulação primitiva' no trabalho da saúde, foi propagado com a subsunção real do trabalho ao capital a partir do período de reestruturação produtiva, no fim dos anos de 1950.

Antes, ocupemo-nos de compreender um pouco o que pode ser entendido como *técnica*, cuja característica, segundo Aranha (1992) se punha como dual: “se por um lado é condição de humanização, por outro pode desenvolver formas perversas de adaptação humana” (ARANHA, 1992, p. 43) . A autora nos rememora que o homem é um ser técnico, na medida em que não só conduz uma ação, como tem consciência e pode modificar a realidade a partir dela. Ao tempo em que adéquam a natureza aos seus interesses de sobrevivência, os homens também constroem representações mentais e as colocam à disposição para solucionar problemas que surgem e desafiam suas inteligências. O que o homem produz a partir da transformação da natureza – e aqui a autora exemplifica a imprensa ou o telefone – também o transforma no âmbito da estrutura do pensamento, em uma relação dialética.

Como vimos, a técnica não se desenvolve de modo automático. Partindo da concepção de que a ação também está inserida em um contexto, perguntamo-nos, portanto, quais as bases sociais que originaram tantas modificações técnicas na área da saúde e, em especial, no tratamento dispensado às mulheres no parto, até esse tipo de cuidado ser atrelado ao uso das tecnologias em uma condição em que cause exatamente o contrário: a morbimortalidade materna ou outros danos à saúde. .

Começemos tratando sobre como o processo de divisão do trabalho também modificou historicamente as relações de saúde e doença e demais processos relacionados à saúde. Pires (1998) afirma que a história aponta que problemas de saúde sempre fizeram parte da vida dos indivíduos e a assistência a esses problemas sempre foi uma tarefa atribuída aos indivíduos reconhecidos por esta capacidade específica por suas capacidades específicas de melhor lidar com a atividade do “cuidado com o outro”.

Nas sociedades tribais e indígenas da antiguidade - quando a subsistência era garantida através do trabalho de pesca, caça e agricultura, e o modo de produção era comunal – sacerdotes, pajés e feiticeiros eram reconhecidos por seus dotes especiais. Após aprenderem a atuar no ofício da cura, e obterem reconhecimento do grupo, eles passam a deter todo o controle do processo de trabalho: diagnóstico, preparação de medicamento e aplicação.

Nesse período, o parto era tido como um fenômeno natural que não precisaria de cuidados especializados. Pires (1998) acrescenta que:

A mulher só pedia ajuda quando surgia alguma dificuldade, sendo atendida por quem estivesse mais próximo. Apesar de não ser possível generalizar, pode-se afirmar que, em muitas dessas sociedades, o atendimento à gestante, à puérpera, e ao recém-nascido, não se caracteriza como um trabalho especializado, é parte das atividades que as pessoas fazem por si mesmas ou nas relações de troca e auxílio mútuo entre os membros do grupo (PIRES, 1998, p. 82).

Ao longo do tempo, mulheres que frequentemente passaram a auxiliar as outras no parto começaram a ser reconhecidas enquanto “parteiras”. Assim, até a primeira metade do século XVIII, o parto em si estava longe de ser um evento médico, classificando a primeira fase da obstetrícia identificada por Chazan (2004): a pré-profissional. Apenas em casos onde mãe ou filho não sobreviveriam, eram chamados os “cirurgiões-barbeiros”. Com seus instrumentos cortantes, a intervenção era sempre drástica: retalhavam o feto ou a mulher para a sobrevivência de um dos dois.

Proveniente da palavra latina derivada do verbo *obstare* – que significa “ficar ao lado” – a obstetrícia enquanto ofício entrou em sua fase de profissionalização na segunda metade do século XVIII, quando começa o processo de hospitalização e, assim, as parteiras são submetidas a uma série de opressões e investidas de escanteamento por parte dos então médicos que começavam a se formar.

3.1 Hospitalização do Nascimento

O parto hospitalar nem sempre foi uma realidade. Tampouco os demais cuidados com a saúde dentro desses espaços. Segundo Pires (1998), o local prioritário para atendimento de saúde ainda era o domicílio do paciente ou de agentes de saúde que começavam a se especializar enquanto profissão. Hospitais e enfermarias do século XVII estavam acoplados a igrejas e funcionavam para atendimento espiritual dos pobres

tendo, eventualmente, a presença dos “físicos”. A modificação da finalidade dos hospitais só ocorre com a decadência do regime feudal e início da sociedade capitalista, quando os hospitais se tornam locais oficiais para formação médica e centralização dos cuidados com saúde.

Assim, ainda na Idade Média, Pires (1998) remonta que a assistência em saúde vai se especializando em ramos de conhecimentos, mas as principais divisões se encontram entre as práticas de leigos e de religiosos. Os religiosos da saúde atuavam com assistência física e espiritual, em alas específicas da Igreja que cuidavam da saúde de pobres e indigentes; vale ressaltar que também na saúde os trabalhos intelectualizados eram mais valorizados do que as práticas manuais. Assim, os chamados “físicos” – que desempenhavam atividade de clínicos gerais – eram formados em mosteiros. Com base religiosa e metafísica, hegemonizava-se a produção de conhecimento, abarcando desde a ordem social aos processos de saúde e doença, antes praticados por trabalhadores tradicionais.

Esse período complexo de hospitalização reorganizava a divisão de trabalho. Se a primeira e segunda categoria era formada, respectivamente, por religiosos e físicos, a terceira categoria era formada por homens de ofício, indivíduos leigos que se profissionalizavam como dentistas, cirurgiões, cirurgiões barbeiros, além dos boticários. Os profissionais exerciam atividades praticamente artesanais e detinham todo o controle do processo de trabalho.

Como o Estado ainda não tinha a centralização política que vemos hoje, era a Igreja com seu assistencialismo e ideologia cristã que se destacavam pela manutenção da ordem social, privilegiando já àquela época a atividade intelectual a subordinar a atividade manual. A medicina clínica era considerada trabalho intelectual e estava hierarquicamente superior ao trabalho dos cirurgiões e cirurgiões barbeiros. As faculdades que começavam a se formar nesses hospitais de Igreja possuíam como distinção a responsabilidade de não só formarem os futuros profissionais, como também de ditar as regras para o exercício de todos os outros.

Formados nas universidades e detentores do saber científico, os clínicos não se encontram em número suficiente para deter a totalidade dos serviços assistenciais na saúde, tendo de reconhecer as qualificações de outros ofícios em saúde para atuar em parte dessa totalidade do trabalho. Embora haja um processo de delegação de atividades dentro desses espaços, a especialização não possui um caráter tão subordinado aos

clínicos na divisão social do trabalho, a não ser quando atuam em lugares de trabalho coletivo, como hospitais ou ambulatorios, o que ainda era uma realidade minoritária.

Então, começa a se desenvolver a maquinarias. Grandes grupos de trabalhadoras e trabalhadores migravam do campo para a cidade, passando a depender de unidades coletivas de atendimento. Os hospitais públicos começavam a ser instalados para atenção à saúde de trabalhadores. Em condições precárias e lotadas de enfermos provenientes das condições de trabalho, as unidades instituíram também o serviço da maternidade, com o objetivo inicial de servirem de “escolas” para estudantes (Garcia, 2013).

No Brasil, Maia afirma que os primeiros hospitais surgiram em situação precária, no século XVIII. Também vinculados à Igreja, eram as chamadas unidades filantrópicas Santa Casa de Misericórdia.. Antes delas, o cuidado coletivo à saúde se restringia aos leprosários, herança do Brasil-Colônia no século XVI. A saúde só passou a se tornar uma preocupação quando as péssimas condições de vida dos trabalhadores, já no século XIX, passaram a comprometer a economia nacional.

3.2 As Maternidades como “Porta de Entrada” para Formação Especializada: As Mulheres Cobaías

O movimento de expulsão de trabalhadores tradicionais da saúde só foi “oficialmente” documentado, segundo alguns autores, a partir da elaboração do Relatório Flexner, em 1909. Segundo Waitzkin (1980), o documento tornou-se linha divisória entre o charlatanismo e uma medicina baseada nos estudos de laboratório, o que requereria um conhecimento com base em um “paradigma científico-racionalista”. É preciso esclarecer: o que se considerava 'charlatanismo' não só compreendia as intervenções baseadas em mitos, como incluía as práticas naturais de curandeiros tradicionais. Algumas práticas foram refutadas e outras apreendidas, no entanto, todos os trabalhadores tradicionais foram expulsos e considerados “desqualificados”, “fraudulentos”. Essa exclusão de trabalhadores e de saberes foi uma orientação acatada ampla, conveniente e acriticamente pelas instituições filantrópicas e pelos médicos que então se formavam. Entretanto, no que diz respeito ao parto, essa expulsão se deu ainda no século XIX.

Pires (1998) situa que as parteiras - que, como os práticos, se formavam pela rotina e pela relação mestre-aprendiz - continuavam cuidando das mulheres e dos doentes, conquanto eram consideradas sábias pelo povo de suas comunidades. A

centralização hospitalar, associada a Igreja e às elites médicas, vinha com a necessidade de que os profissionais que lá se formavam tivessem corpos disponíveis para seus aprendizados. Assim, eram as mulheres as cooptadas dentro das unidades hospitalares para servirem de “cobaias de aprendizagem” de estudantes, de modo que o papel social das parteiras e seus instrumentos simples de trabalho passaram a ser escanteadas, e denominadas como “bruxas”, por uma igreja e pela elite que então estavam intrinsecamente ligadas e já entendiam as parteiras como concorrentes nesse tipo específico de assistência (MAIA, 2010; DINIZ, 2005).

Assim, no século XIX, durante essa maior centralização dos cuidados de saúde para os hospitais, foram criadas as maternidades. Maia (2010) relembra que, dentro do espaço hospitalar, apenas homens - especificamente da nobreza - poderiam executar atividades médicas. Nesse mesmo período, os médicos passaram a reivindicar o controle dos partos e sua institucionalização nas recém-criadas maternidades, que funcionavam como uma espécie de 'escola' para a prática da medicina. A consolidação do parto como atividade médica se deu através da criação de instrumentos próprios, como fórceps, pelvímeter, sondas, agulhas, tesouras, ganchos e cefalotribos. A maioria desses equipamentos eram mais utilizados com o intuito de justificar a superioridade em relação às parteiras, que apenas usavam as mãos e instrumentos simples.

Segundo Maia (2010), a prática intervencionista culminava com uma desqualificação das tradicionais e, por sua vez, o desaparecimento de todo um saber-fazer, onde várias manobras para facilitar o parto foram relegadas ao esquecimento. Por fim, Estado, Igreja e elite médica forçavam ainda mais a expulsão através do discurso de que as parteiras eram sujas, proibindo-lhes na base da força da lei, da religião e da repressão ao uso de qualquer instrumento.

Segundo Thébaud (2002), ainda que a ideologia dominante garantisse “maior segurança e controle” no parto dentro das maternidades, a falta de higiene e o manuseio irracional de equipamentos só provocava o aumento da mortalidade materna e néo-natal. As mulheres continuavam querendo parir em casa, com exceção das mulheres em situação de miserabilidade – que, ou não tinham opção, ou viam no uso do espaço da maternidade uma chance de serem assistidas pelo Estado.

Ademais, como não podiam prescindir completamente do saber tradicional, os médicos cooptavam as parteiras para dentro das maternidades, onde agora desempenhariam funções de colaboração. Se antes a divisão do trabalho era moldada pelo encaminhamento do processo do parto, agora homens criavam escolas onde as

enfermeiras precisavam frequentar para, então, se tornarem assistentes. Segundo Chazan (2004), o fator oportunidade era determinante aos novos médicos: a atividade gerava rendas satisfatórias e era, ainda, uma porta de entrada para que os residentes iniciassem a clínica médica. Retirar fetos dos corpos das mulheres era, afinal de contas, o modo encontrado para se aprender a fazer a medicina. Na segunda metade do século 20, as parteiras já se tornavam 'assistentes de parto' e o trabalho coletivo na saúde já se estabilizava.

O parto hospitalar serviu, por fim, ao que se buscou: restringiu a competição com parteiras, fez crescer o controle médico sobre pacientes, estabeleceu o treinamento para novos médicos e, por fim, gerou a especialização. De acordo com o obstetra A.S, a maternidade ainda é a porta de entrada para o estágio de estudantes:

Podia ser em qualquer área, mas a obstetrícia é que oferecia maior facilidade para se entrar. É, quando você queria entrar no hospital, sempre você procurava o hospital de obstetrícia... ou você seguia outra coisa, mas a obstetrícia era o ponto de entrar. Então se você queria fazer cirurgia, você partia pra a obstetrícia. Então eu usava a obstetrícia mais ou menos como esse apoio. Pra poder pegar a mão de cirúrgico... pra, quando o pessoal da cirurgia me desse oportunidade, eu já ter condições de abordar melhor. E foi muito bom. (OBSTETRA A. S., em entrevista concedida à autora em 07/01/2015).

No Brasil, o ensino à prática da Obstetrícia era precário até o fim do século XIX, onde ainda predominavam os partos domiciliares. Ainda segundo Chazan (2004), o quase desaparecimento das parteiras e a delegação das mulheres grávidas à assistência médica no Brasil é atribuída ao surgimento da escola de medicina no Rio de Janeiro, em 1808. De acordo com Brenes (2008), a primeira Escola Maternidade era anexa à primeira Escola Médica do Rio de Janeiro, segundo a qual cabia apenas à autoridade médica da Faculdade de Medicina a expedição de diplomas de parteiras, de modo a estarem sempre a frente dos procedimentos. É importante acrescentar que, segundo Pires (1998), concomitante à hospitalização, a profissionalização da atividade de enfermagem acontece na Inglaterra a partir de 1860, quando as distribuições de atribuições são difundidas pelo mundo, transformando demais especialidades em profissões, como: nutrição, fisioterapia, farmácia, etc.

Ainda assim, no começo do século XX, a procura dava-se da seguinte forma: mulheres brancas e ricas buscavam médicos para atender em domicílio; mulheres pobres com algum recurso buscavam as parteiras; já mulheres inseridas em condição de miséria e abandono procuravam os hospitais e maternidades. Hoje, e ainda que praticamente todas as mulheres sejam submetidas a assistência hospitalar no parto,

nada disso significa uma melhoria na qualidade do nascimento, nem mesmo o fim da dualidade de atenção no que diz respeito às classes sociais.

3.3 Divisão de Trabalho na Saúde

A divisão de trabalho inicial – com médicos, residentes e assistentes – passou a ser complexificada e, a partir da expansão mundial do capital, se tornou imperativa na mercantilização dos serviços da saúde, até torná-lo uma representação em menor escala de toda a complexidade do atual sistema capitalista (WAITZKIN, 1980). Dentro dos hospitais, a fragmentação de funções fortalecia os sistemas de hierarquias, onde os os médicos – transformados em cirurgiões ou clínicos – passavam a exercer funções de gerência de atividades.

Pires (1998) reforça, ainda, que dentre as divisões dos trabalhadores de saúde, os bioquímicos formam-se em uma dúbia categoria que reestrutura, de um lado, a saúde, e do outro, a indústria farmacêutica. Essa divisão pode nos trazer algumas questões sobre as influências da indústria de medicamentos em todo o processo de medicalização da vida e na relação que Maia (2010) identifica como complexo médico-industrial.

Quanto à influência da indústria farmacêutica, o marco retratado por Diniz foi a descoberta do éter como anestesia, o que ocorreu entre o fim do século XIX e início do século XX, impulsionando a hospitalização e o paradigma unifatorial das doenças (WAITZKIN, 1980). Tal paradigma apregoa que as doenças são causadas por um fator específico, ignorando as circunstâncias sociais que por vezes determinam tantas patologias. De acordo com a obstetra H, as proximidades da classe médica com os comerciantes de medicamentos se dão de várias formas:

Porque assim, a indústria farmacêutica de equipamentos, essa coisa toda, sempre tem vários estandes, sempre tem uns simpósios, umas palestras que são patrocinadas, então, pra divulgar mesmo esses avanços tecnológicos, então a gente tem muito acesso quando a gente vai. [...] E como a gente recebe também muita visita de propagandista, aí... em relação mais a medicamento então, o que lança todo produto novo, os propagandistas acabam trazendo pr'a gente (OBSTETRA H., em entrevista concedida à autora em 02/03/2015).

Segundo Waitzkin (1980), ao tempo em que cresce a acumulação de riqueza no mercado da saúde, o paradigma unifatorial das doenças, a qual ela se serve, vai se revelando cada vez mais sobrecarregado e ineficaz. Rozenfeld (1989) afirma que a

acumulação capitalista permitiu um desenvolvimento científico e tecnológico para a produção de avanços nas ciências químicas e na fisiologia, o que não resultou em uma melhoria de saúde de uma maneira geral na Europa. Apenas no século XX, a concentração de recursos financeiros e tecnológicos foi responsável pela construção de tanques de fermentação para fabricação de antibióticos. De todo modo, segundo a autora, as condições sanitárias mostram que os padrões de doenças e de mortes prosseguem dependendo apenas de modo parcial às descobertas e empregos de tecnologia, constituindo o que a autora considera o 'paradoxo capitalista': a ampla possibilidade de saúde e vida longa coexistindo com a predominância absurda de doenças e mortes por causas evitáveis.

Bolaño (s/d) declara que todo o movimento de mercantilização consistiu na elaboração de unidades coletivas de tratamento, com divisão de trabalho entre médicos e paramédicos, ou seja, verdadeiras empresas capitalistas de atenção à saúde, denotando a apropriação do modelo de divisão fabril na 'indústria' de serviços de saúde. Para o autor, o modelo hegemônico de produção de conhecimento em saúde como elemento que organiza o trabalho neste setor segue também a mesma lógica das especialidades e da fragmentação.

Pires (1998) retrata que, no Brasil do século XIX, ainda havia poucos médicos e a divisão de trabalho formulada pelo modelo europeu era estruturada de modo semelhante a esses países, com físicos e clínicos e atividades de enfermeiras profissionais praticadas nas Santas Casas. A maioria dos trabalhadores da saúde, no entanto, era formada por práticos e aprendizes, ora vindos dos outros países, ora formados no próprio Brasil por meio de familiares e tradição oral.

O principal local de atendimento ainda era os domicílios. No século XVIII, os hospitais que surgiam serviam para atendimentos militares e lazaretos para doentes de hanseníase. A instituição da medicina como profissão se dá após a criação das Academias Médico Cirúrgicas, cujo papel é, além de formar médicos, controlar o trabalho e estabelecer normas e regras para a atividade de outros profissionais de saúde. Assim, as profissionais que antes eram independentes, autônomas, tornam-se controladas pelos médicos.

A retomada de certa autoria se dá apenas de maneira dispersa nas diferentes profissões. A enfermagem, por exemplo, só tem sua formação independente a partir de 1923, com a criação da escola Ana Neri. Pouco antes disso, em 1920, as parteiras se

integram à profissão da enfermagem, que já incorpora também outros assistentes mais manuais subalternos a este sistema de hierarquias.

3.4 Características Mais Gerais da Reestruturação Produtiva Capitalista

Apesar de serem numerosas as pesquisas no campo de saúde, com destaques para produções técnicas no campo de saúde e doença ou saúde coletiva, Pires (1998) relata que a teorização sobre “trabalho em saúde” é relativamente pequena. Foi apenas a partir dos anos de 1970, segundo a autora, que o Brasil passou a direcionar debates à questão do trabalho.

Enquanto parte do setor de serviços, o “setor saúde” compartilha de algumas características de vários âmbitos de trabalho afetados pela mundialização do capital, ao tempo em que também possui particularidades a serem consideradas. Optamos inicialmente por apresentar as características mais gerais oriundas da reestruturação produtiva, para então entendermos como elas penetraram e moldaram o setor da saúde e, por fim, a assistência ao parto.

Antunes (2005) relata que, ao fim dos anos de 1950, as transformações no mundo do trabalho fizeram com que a classe operária sofresse a maior crise do século 20, atingindo, ao mesmo tempo, sua materialidade e subjetividade. Experimentava-se o taylorismo nos países industrializados e com proporções semelhantes em países de terceiro mundo (já consolidado o fordismo, com sua produção em massa e linha de montagem voltada a produtos homogêneos), cuja “grande sacada” consistia no controle de tempo e de movimentos através do cronômetro. Já estavam enredadas a fragmentação das funções, a separação entre elaboração e execução no processo de trabalho, e a concentração verticalizada de unidades fabris pela constituição do *operário-massa* (ANTUNES, 2005, p.25).

Os efeitos logo passaram a ser colhidos: junto à necessidade de expandir o capital à mundialização, o colapso da produção desmedida, o estado físico e psíquico dos trabalhadores, e o consumismo desenfreado, desencadearam na exigência por adequação de uma nova produção à lógica do mercado. O salto tecnológico da robótica, microeletrônica e da automação, proporcionaram então uma mesclagem de processos produtivos. Fordismo e taylorismo misturam-se ao modelo japonês de fabricação, o toyotismo, que articula a alta tecnologia com a desconcentração (espacial) da produção para empresas pequenas e médias.

No Brasil, Pires (1998) discute que a criação da indústria voltada aos bens de consumo duráveis e bens de capital, deu-se no período pós II Guerra Mundial. No período de 1968 a 1974, a importação passava a ser reduzida na intenção de alavancar a indústria nacional com eletrodomésticos e automóveis. Os incentivos para a agricultura, por outro lado, passam a ter participação reduzida, fazendo cair o setor primário e duplicando o setor secundário.

A autora acrescenta que, nesse período, a indústria também passa a incorporar alguns princípios do fordismo, cujas empresas já estavam há muito mundializadas. A mecanização e o crescimento da produção de bens de consumo se espalham para as indústrias nacionais de várias outras mercadorias, embora a demanda não se resume ao mercado interno, tornando-se também associada ao internacional. Com um Estado que não conseguia reproduzir o Bem Estar Social vivido pelos países centrais, só a classe média e operariado do setor de ponta da economia garantiam o consumo de toda a produção, de modo que o padrão de desenvolvimento não se completa no país.

Desse modo, os anos de 1980 foram marcados pelo esgotamento da economia industrial, alta inflação e crescimento estagnado. Os sindicatos se fortalecem nesse período e conseguem avançar na conquista de direitos. Apesar de não conseguir ordenar o crescimento econômico, o Estado não cria ações de desindustrialização, como em outros países. Assim, cresce o desemprego, o emprego informal e pobreza.

O padrão de acumulação flexível viria para 'ceder um espaço' a pequenas organizações de trabalho familiares e suas produções autônomas, que então se vinculam aos grandes conglomerados. Além do mais, para eliminar as porosidades, tempos 'livres' no trabalho, foram instituídas as empresas fluidas – e eis que a tecnologia passava a ser ainda mais valorizada. Por fim, também se implantou os Centros de Controle de Qualidade (CCQ), cuja finalidade foi a formação de trabalhadores que se reúnem para discutir modos de melhoria contínua, visando maior lucratividade e disseminando a ideia do trabalhador como responsável pelo sucesso da empresa. Analisaremos com mais detalhes, no capítulo seguinte, como os CCQ foram apropriados pelo Estado Brasileiro na formulação para as políticas sociais voltadas também à saúde.

Vemos com Marx (1988) que o desenvolvimento da maquinaria para o aumento da produção retirou do trabalhador o controle do processo de trabalho, relegando-o a desempenhar uma força de trabalho mecânica, e afastando-o de sua dimensão criativa. Se houve ideias de que a acumulação flexível colocaria fim na

alienação e na supressão da dimensão criativa promovida pela divisão do trabalho, tais teses foram negadas. Não só que a acumulação flexível tem alcance superficial – no sentido de que não supriu as demandas de produção mundializadas – como, na verdade, o deslocamento espacial aumentou a exigência por produtividade e desorganizou ainda mais os trabalhadores, que não se concentravam mais em uma fábrica só.

As pequenas unidades produtivas, artesanais e mesmo domésticas, se articulavam com os grandes conglomerados fordistas, que continuavam preservando a hegemonia no controle do processo produtivo e nas relações legislativas e industriais. Antes concentrados espacialmente nas fábricas, agora os operários se dispersavam em espaços periféricos gerenciados pelas mesmas matrizes, oferecendo um desafio ainda maior aos sindicatos para resgatar a massa trabalhadora, agora dispersa e fracionada.

Por outro lado, lembra Pires (1998), a utilização da tecnologia não dirimiu o fato de que a acumulação continuou requerendo exploração de trabalho vivo. O desenvolvimento das sofisticadas tecnologias geravam ainda mais forças de trabalho excedentes, criando os sistemas de trabalho alternativos, precários, o subproletariado.

Vale lembrar que o toyotismo surgiu, segundo o autor, a partir da necessidade da empresa automobilística aumentar a produção sem, contudo, contratar mais trabalhadores, investindo e introduzindo as novas tecnologias. De modo que foi possível, tal como no ramo têxtil, que a organização do trabalho dispusesse de um trabalhador a operar várias máquinas (polivalência). Assim, poder-se-ia participar da produção de variados produtos, conforme o mercado exigia, através de operações simples nas diferentes máquinas.

A flexibilização se estendeu com maestria na organização do trabalho. Ao invés de aumentar o número de trabalhadores na mesma empresa, terceirizavam-se os serviços de empresas menores, estabelecendo metas de produção. Tanto as empresas contratadas como a própria Toyota se submeteriam, ainda, ao método Kanban. Ao invés da produção em série, se baseariam no modelo que hoje vimos nos supermercados, onde se produz apenas o necessário e no menor período de tempo possível. Uma horizontalização também se verificava, na medida em que os controles da produção – para as empresas matrizes e para as subcontratadas- eram atribuições dos Centros de Controle de Qualidade, com 'gerências participativas' na busca de uma 'qualidade total'. Todos esses elementos determinaram, portanto, a intensificação na exploração do trabalho, que agora passava a ser em equipe, onde uns vigiavam os outros. Como

veremos mais adiante, esses elementos foram universalizados para os três setores e até mesmo para a organização de gerência do Estado.

Junto ao novo modelo produtivo, também se estabeleceram relações sindicais vinculadas à empresa, com a criação de sindicatos-casas. Ainda não vinculados satisfatoriamente ao ideário patronal, logo esses sindicatos foram destruídos e substituídos pelo “espírito Toyota”, cuja exigência ética é o cuidado com a empresa. A melhor articulação entre sindicatos e empresas terminou por gerar uma ainda maior fragilização das lutas dos trabalhadores. Os sindicatos se atrelavam à direção das empresas, escolhiam as promoções, atuavam com a meritocracia. Enfim, o movimento era da incitação à cooptação dos trabalhadores a um ideal – o da empresa.

Da Índia à Itália, pôde-se acompanhar a exploração de sistemas de trabalho familiar, copiados pelo modelo japonês. Já no que diz respeito à ocidentalização desse modelo, Antunes atenta para a possibilidade de que o benefício a uma parcela minoritária dos trabalhadores termine por tolher ainda mais a situação de vida de uma grande maioria que depende dos fundos sociais, arrefecendo ainda mais a propaganda “social-democracia”. Destaca, no entanto, um problema muito maior: a impossibilidade de que esse modelo produtivo encontre soluções para além do capital e, portanto, para além da exploração da força de trabalho, do desemprego estrutural e das mazelas de um sistema produtor de mercadorias. Seria então um equívoco, conclui Antunes, acreditar que o modelo de acumulação flexível suprimiria o estranhamento do homem com o gênero humano, sobretudo diante desse enredamento entre o trabalhador que assume a “identidade” da empresa com envolvimento cooptado.

Ainda de acordo com Antunes, as mudanças no mundo do trabalho culminaram nessa aparente redução de assalariados nas fábricas, que agora enfrentam um processo de subproletarização, desemprego estrutural e trabalho precário, sobretudo com o aumento significativo de mulheres, além de crianças e migrantes. Pires (1998) afirma que, com o colapso da industrialização no Brasil, na década de 1980, aumentam os empregos no setor terciário. A precarização também é crescente. Em 1989, 40% eram precários, em 1992 sobe para 50%. De 1989 a 1991 ocorre grande aumento da produtividade sem aumento de emprego, finalizando uma década de 1990 marcada pelo aumento exponencial do desemprego no Brasil. São várias as atribuições a esse problema. O mais apontado é a abertura das políticas de importações, provocando falências ou reestruturação das empresas.

É o que o autor denomina como as características atuais no mundo do trabalho: a heterogeneização, a complexificação e, como vimos, a fragmentação. Esses processos culminaram, ainda, em um impulso por uma maior e, simultaneamente, menor qualificação do trabalho. É que, conquanto buscava-se as maiores qualificações para assumir posições de gerência, a demanda de trabalhadores para assumir postos inferiores também se expandia. As mobilizações feministas que reivindicavam a inserção das mulheres no mercado de trabalho foram “providenciais” para os capitalistas, que agora se viam ainda mais respaldados a subcontratar mulheres para suas fábricas.

Inversamente, foi a acumulação flexível que, além de suprir as mudanças da produção ao consumo tão exigidas ao capital, ampliou o número de empregos no setor de serviços, porque requereu a criação de transportes, e de serviços de saúde aos trabalhadores. Pires (1998) retrata que, desde o início do século 20, verifica-se uma redução de vagas no setor industrial e um crescimento progressivo do setor de serviços. Segundo a autora, o setor de serviço passou a ser responsável por 50% dos postos de trabalho. E todas essas mudanças, propiciadas pela acumulação do capital, pela tecnologia e pelas formas de organização do trabalho, atingiram também o setor de serviços, em sua composição e técnica. Assim, para Pires (1998), as mudanças no trabalho industrial em geral tem modificado também o setor saúde, sobretudo com o uso de equipamentos de tecnologia de ponta e terceirização.

A atividade no setor de serviços é tão abrangente que Offe (1995) opta por distingui-la enquanto uma atividade 'residual', posto que pode ser vista como qualquer tipo de trabalho que não se encontre no ramo da extração ou da fabricação. De início, podemos dizer que as características do trabalho na circulação possuem distinções que bem podem ser citadas por Bolaño (s/d). São elas: a intangibilidade, a intransferibilidade, o caráter não estocável e a simultaneidade de tempo e espaço nos atos de produção e consumo. No caso específico da saúde, acrescenta o autor, o produto é o próprio cliente e, diante do caráter pessoal, o mercado se fragmenta ainda mais em diferenças de vantagens por meio de fatores como a localização. Ainda segundo Bolaño, uma diferença primordial é o fato de o setor ter sido tratado como restrito no que diz respeito às possibilidades de ampliação em escala.

A partir dessas definições, poderíamos concluir, talvez, que o trabalho na saúde se constitui como empecilho ao metabolismo extensivo da exploração capitalista. Bolaño, então, levanta a questão: será que a lógica de produção voltada à troca não

consegue abarcar esses trabalhadores que, no período em que Marx escrevia o *Capital* - entre as décadas de 50, a 70 do século XIX - ainda possuíam controle absoluto de seus trabalhos enquanto profissionais liberais?

3.5 Produtividade no Setor de Serviço e da Saúde

Apesar das diferenças citadas, e do fato de que os ganhos de produtividade no setor de serviços corresponde à metade do que se ganha na indústria (CASTEL, 1998), o desenvolvimento de tecnologias de comunicação e informação alavancou expectativas, tanto de crescimento no setor, como da absorção de mão-de-obra excedente por parte de um Estado que não dispunha de orçamento disponível para esse tipo de ampliação.

Surge então uma busca por automação no setor de serviços, subordinado à tentativa de uma possível ampliação na produtividade. No entanto, em que implicaria essa tentativa? Afinal, trata-se de um setor cuja preponderância da relação direta limita (embora não impossibilite) a mecanização, reforçando o fato de que o capital orgânico não pode substituir o trabalho vivo. As outras duas soluções, apresentadas por Offe (1991), sugerem uma racionalização organizacional, que pensa em estratégias para utilizar a capacidade máxima de trabalho, e a terceirização, de modo a reduzir custos. As chamadas 'doenças de custos' justificariam, segundo Bolaño (s/d), a resposta apresentada pela dificuldade de se extrair lucro no setor: o aumento no preço. Entretanto, até mesmo essa venda de força de trabalho esbarra na impossibilidade de mensurar o valor de troca no setor de serviços – e ainda mais no serviço da saúde – diante da subsunção do chamado trabalho intelectual no capital.

É preciso salientar que a mudança tecnológica atribuída à maquinaria, que fez a produção emergir em grande escala, é o que distingue a exploração capitalista da subsunção real do trabalho no capital, nos termos de Marx. É apenas a partir dessa modificação que se pode identificar o processo de trabalho produtivo. Nele, o processo de trabalho é coletivo, e o operário individual deixa de ser agente principal para transformar-se em capacidade de trabalho socialmente combinada. Não importa o que ele faça, desde que seja parte necessária ao objetivo final.

No capítulo VI Inédito do *Capital*, Marx, publicado em 1866, se dispõe a distinguir os trabalhos produtivo e improdutivo, mencionando inclusive o caso dos médicos. O assalariamento dos outrora profissionais liberais – médicos, advogados, etc – provocou uma confusão, ao fazer crer que todos os trabalhadores, apenas por serem

assalariados, cumpriram trabalho produtivo. Este equívoco é ainda mais problemático porque, segundo Marx, traz aos apologistas a ilusão de que podem negligenciar a mais valia, com a ideia de que o trabalhador produtivo – e, não nos furtamos de repetir, produtivo ao capital –, por ser assalariado, simplesmente troca sua força de trabalho por dinheiro. Esse questionamento permaneceu durante boa parte desta pesquisa: finalmente, o trabalho médico é produtivo ou improdutivo nos tempos atuais?

Mais adiante, Marx diz que, embora explorados diretamente pelo capital, esses trabalhos constituem grandezas insignificantes se comparados à massa da produção capitalista – o que pode ser compreendido diante do momento histórico em que o setor de serviços ainda não se fazia estatisticamente significativa. É preciso, pois, entender que a ampliação da categoria de serviços e sua subsunção do trabalho também ocorreu durante o padrão de acumulação fordista, deixando a configuração do trabalho médico um tanto diferente do que na época em que o filósofo escreveu aquele capítulo. Algumas ponderações fazem-se necessárias para entender como a saúde se torna um campo de acumulação capital.

A indústria de medicamentos e de equipamentos interpenetrou na atenção à saúde, que já se estabelecia através de um complexo médico-industrial. Waitzkin (1980) acrescenta que investigações de organizações internacionais comprovaram a existência de um 'sistema-industrial-médico' onde a 'produção' de saúde é, na verdade, a produção de doenças objetivando lucros, com associações obscuras do mercado farmacêutico na fabricação de patologias diretamente associadas a medicamentos criados. Tais medicamentos, por sua vez, bem como os equipamentos tecnológicos criados e apropriados pela medicina, são difundidos em países de terceiro mundo sem que testes sistemáticos tenham sido efetuados. Embora haja brechas de estudos formais no que diz respeito à ligação entre a adoção indiscriminada dessa maquinaria aos diagnósticos clínicos, denúncias são realizadas avulsa e crescentemente, comprovando o que o autor considera uma 'irracionalidade' do sistema de saúde.

Acreditar que o uso das tecnologias, no entanto, diminui a intensificação do trabalho de quem atua na Saúde é iludir-se com a ideia semelhante que se teve de que o desenvolvimento da maquinaria, que substituiu as ferramentas rudimentares, teria aliviado a labuta do operário na Revolução Industrial. Marx (1996) desmontou essa concepção ao lembrar que, com o crescimento do monstro industrial – que também criou a cooperação do trabalho como uma necessidade técnica e sem custos ao capital – cresce a exigência por produtividade. Os custos maiores ao capital, que são revolvidos como

valor do produto, não são gastos com os operários que atuam com a maquinaria, mas com a própria máquina e sua manutenção – porque ela se desgasta com o tempo, embora o produto não melhore.

O uso da maquinaria equivale a um produto mais barato e, para oferecer um produto mais a barato, é preciso reduzir o valor da força de trabalho. Para tal, a solução do capital é aumentar o mais-trabalho (o tempo de trabalho que o operário atua gratuitamente). Daí decorre que o preço final não é fruto do preço da força de trabalho, pois que esta é apenas uma variável com relação ao preço da manutenção dos meios de trabalho (MARX, 1996).

Quando do período fordista, a produção em massa gerava, também, uma aceleração na concentração de renda aos grandes proprietários, e aumento do poder de consumo (principalmente) às elites, culminando também na instalação do Estado do Bem Estar Social. Aliada ao Estado do Bem Estar Social, a aplicação de novas tecnologias encontra na saúde um locus privilegiado, segundo Bolaño (s.d), emergidas a partir da interação na formação profissional e a capacidade técnica industrial de equipamentos médico-hospitalares e de instrumentos de diagnósticos.

No entanto, a demanda dos trabalhadores da saúde não é algo a que se possa prescindir, já que a interpretação dos médicos não pode ser dispensada. A “interpretação dos médicos”, ou seja, o caráter intelectual do serviço oferecido, se transformou na força de trabalho que, outrora autônoma, passou a ser explorada pelo complexo privado. Assim, a interpretação dos médicos, ao qual depende por exemplo, o diagnóstico e a decisão pelo procedimento a ser feito, é um campo de aparente autonomia dos médicos, muito embora algumas determinações objetivas interfiram nesse suposto espaço decisório.

É preciso esclarecer que, quando os médicos utilizam argumentos para optar qual procedimento será efetuado com as mulheres, reside aí uma autonomia intelectual. No entanto, quando seu processo decisório é moldado por determinações externas do capital - seja por um pagamento por procedimento que o leva a decidir agilizar cada atendimento ou parto, pouco importando seu desfecho, seja por um Estado que o regula a reduzir as cesarianas para que o hospital ganhe recursos – vemos aí uma autonomia cada vez mais limitada

3.6 A Coexistência das Lógicas Opostas

Na medida em que o capital se complexificou, passou a articular dois tipos de subsistemas – o público e o privado. De acordo com Bolaño (s. d.), a partir de uma reestruturação produtiva dos países, o sistema público de saúde passa a se contrair e enfrentar um sucateamento, ao tempo em que o Estado se viu na imposição de ampliar para atender, sobretudo, uma população excluída do mercado de trabalho. Por outro lado, cresce o mercado de empresas intermediárias da saúde, tais como cooperativas, planos, autogestão e seguradoras, fechando ainda mais a possibilidades de autonomia da profissão médica e trazendo o que o autor chama de 'coexistência de lógicas opostas', como trabalho artesanal versus trabalho cooperativo, ou sistema público universal versus a exclusão por preços. No que diz respeito ao Brasil, o diagnóstico é agudo: Maia (2010) afirma que o sistema de saúde brasileiro é marcado pela dicotomia e pela exclusão social, sendo uma das maiores mostras da divisão de classes. O obstetra M.C verifica como essa lógica aparece nos hospitais:

Paciente que entra na rede SUS, ela praticamente não tem nada, coitada. Quando é bem atendida, sim. Quando é mal atendida, sim também. E, no decorrer do tempo, ela vai para maternidade, se tem vaga bem. Se não, fica rodando por aí. A paciente com maior nível socioeconômico, já exige o que quer fazer (OBSTETRA M.C., em entrevista concedida à autora em 24/02/2015).

Nesse sentido, o espelho microestrutural do sistema capitalista no setor da saúde, onde a dominação médica é legitimada pelo Estado, permite situar os médicos no que Bolaño (s. d.) chama de “nova classe média”, aquela que não só assegura a realização do capital, como expressa a crescente fragmentação e rotinização do processo de trabalho, relegando as demais ocupações na saúde como uma espécie de “parte proletária”.

No entanto, a influência da gerência fordista e taylorista no campo da saúde é limitada. Para tal, é preciso lembrar que o controle no processo do trabalho não pode ser inteiramente expropriado pelo capital – como vimos antes - já que a relação direta entre médico e paciente, e a subjetividade na interpretação dos diagnósticos ainda dependem da presença do trabalhador da saúde. Para Bolaño (s. d.), a institucionalização do serviço médico– seja no âmbito do Estado, dos hospitais ou das empresas (cooperativas de seguro de saúde privado) – não lhes retira a característica de produtores autônomos: recebem por procedimento, pago pelo paciente ou convênio, tem o trabalho organizado em grupos com regras próprias ou podem atuar em serviços

terceirizados. No entanto, o assalariamento verificado em instituições públicas de saúde é cada vez mais substituído por PPPs cujo vínculo com profissional é tido como a terceirização da terceirização.

Em Maceió, podemos verificar através de um levantamento bastante fácil, tendo em vista o pequeno número de maternidades em funcionamento, que apenas duas maternidades são públicas e seus médicos assalariados: o Hospital Universitário e a Maternidade Escola Santa Mônica. As demais, que são cinco, são oriundas de PPP e os médicos são autônomos, remunerados pelos vínculos com os convênios.

Conforme ressaltou Waitzkin (1980), tanto nas grandes nações capitalistas como em países de terceiro mundo, o sistema de saúde se tornou um grande monopólio de riqueza, com a difusão de centros médicos e 'imperativos da tecnologia' retirando a todo o instante o interesse de profissionais de trabalhar em locais remotos e distantes. Esses espaços hospitalares são aliados a universidades, que formam, desde cedo, profissionais-consumidores intensos de tecnologias e cada vez mais distantes da medicina social.

3.7 Condições Laborais na Saúde Pública Estatal e Privada

Ao efetuar um perfil dos tipos de hospitais no Brasil, Maia (2010) lembra que a assistência médico-hospitalar começou com as Santas Casas de Misericórdia – vindas de Portugal, ligadas à igreja e com finalidade filantrópica de “ajuda aos necessitados”. Até o início do século XX, foram as principais prestadoras de serviço do país. Como hospital -teoricamente - sem fins lucrativos, elas são responsáveis atualmente por um terço dos leitos do país, e representam importante serviço tanto ao SUS como à saúde complementar. É ainda o único serviço de saúde ligado ao SUS relevante nos interiores, ao tempo em que também atua com situações de maior complexidade.

A Santa Casa de Misericórdia de Maceió merece uma discussão à parte. Por meio de regime de contratualização instituído pelo Governo Federal na lei 8080/90, a característica não lucrativa da instituição faz com que seja priorizada na contratação pelo Estado para o SUS. No entanto, com a contratação de empresas terceirizadas em laboratórios e outros serviços, a instituição acabou por gerar lucro (em tese, para a terceirizada), desconfigurando sua natureza filantrópica.

Atuando desde a segunda metade do século XIX em Alagoas, a Santa Casa precisou passar por reformulações para manter sua identidade de filantropia – atendendo

pelo menos 60% dos pacientes pelo SUS – ao tempo em que lidava com o mercado da saúde competitivo. Assim, no manual para o fornecedor elaborado pela instituição, é descrita tal dificuldade:

Para podermos realizar esta nobre missão do atendimento aos mais carentes, temos que subsidiar, mensalmente, um elevado custo financeiro que não é coberto pelas tabelas defasadas praticadas pelo Sistema Único de Saúde, fato este que tem levado um elevado número de hospitais filantrópicos à falência (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MACEIÓ).

Desse modo, a empresa afirma ter colhido bons resultados com a gerência de autossustentação financeira: 463 leitos, aumento de 1000 colaboradores totalizando 2.609, credenciamento como membro titular da Associação Nacional de Hospitais Privados, e, com não menos glamour, encontra-se entre as cinco melhores empresas no segmento saúde pela revista Isto É Dinheiro:

Imagem 01 – Rankings das empresas brasileiras de saúde em 2013.

As melhores		Recursos humanos		Responsabilidade social	
Empresas	pontos	Empresas	pontos	Empresas	pontos
1 Fleury	421,40	1 Hospital Oswaldo Cruz	56,85	1 Fleury	64,13
2 Hospital Oswaldo Cruz	383,88	2 Hospital Samaritano	44,70	2 Hospital Oswaldo Cruz	60,53
3 Hospital Samaritano	370,78	3 Santa Casa de Maceió	41,93	3 Hospital Samaritano	58,58
4 Santa Casa de Maceió	348,68	4 Fleury	37,13	4 DASA	54,38
5 DASA	348,44	5 DASA	10,88	5 Santa Casa de Maceió	33,00

Sustentabilidade financeira		Inovação e qualidade		Governança corporativa	
Empresas	pontos	Empresas	pontos	Empresas	pontos
1 Fleury	188,00	1 Hospital Samaritano	75,00	1 Fleury	61,13
2 Santa Casa de Maceió	177,00	2 Fleury	71,03	2 DASA	54,19
3 DASA	175,00	3 DASA	54,00	3 Santa Casa de Maceió	54,00
4 Hospital Oswaldo Cruz	172,00	4 Santa Casa de Maceió	42,75	4 Hospital Oswaldo Cruz	53,63
5 Hospital Samaritano	146,00	5 Hospital Oswaldo Cruz	40,88	5 Hospital Samaritano	46,50

Fonte: Isto É Dinheiro.

Limitamo-nos a reconhecer que não conseguimos compreender com dados como a Santa Casa consegue efetuar tal malabarismo, enquanto instituição filantrópica e, ao mesmo tempo, referência em competitividade no mercado brasileiro de saúde. Se tal complexidade não pode ser classificada, limitamo-nos a pensar em algumas pistas, proferidas pelo próprio provedor da instituição, Humberto Gomes de Melo:

Apesar de atender 60% de pacientes pelo Sistema Único de Saúde, são os outros 40% (particulares e operadoras de planos de saúde) que acabam financiando o déficit deixado pelo SUS. Com o uso racional dos recursos conseguimos subsidiar o SUS e realizar os investimentos previstos em nosso planejamento, incluindo o processo de Acreditação focado na segurança do paciente (MELO, H. G.. em entrevista publicada pela Assessoria de Comunicação da Santa Casa de Misericórdia de Maceió).

O sucesso da Santa Casa de Misericórdia de Maceió surge na contramão do déficit das demais filantrópicas do país. Ao efetuar uma análise dessa diferenciação, Aparecida et al (2014), conclui que os recursos advindos das empresas privadas de convênios foi o que garantiu a sobrevivência do hospital, cuja caráter se mantém filantrópico por atender apenas ao mínimo exigido de pacientes pelo SUS – 60%. Enquanto isso, nas outras instituições, a maioria dos recursos é proveniente do SUS e, por isso, defasada. Observamos, pelos malabarismos da situação da Santa Casa, como os poucos recursos advindos do SUS tornam insustentável o serviço público, não houvesse o lucro proveniente da contrapartida do setor empresarial, tendendo cada vez a uma maior privatização dos serviços.

Essa tendência à privatização não é uma novidade em todo o país, haja vista ser o Brasil o segundo maior consumidor de planos de saúde do mundo (Godoy, 2008). Assim, enquanto o governo brasileiro propagandeia a relação de privatização como uma forma de melhoria do atendimento, os cálculos expunham o contrário: são cada vez mais comprometidos os já precários serviços oferecidos pelo Estado – que agora se vincula escancaradamente com o setor privado – e a dependência do SUS dos convênios privados fazem com que apenas um serviço seja alvo de atenção: a saúde lucrativa das empresas de saúde.

Assim, a partir da década de 1930 os hospitais privados com fins lucrativos se consolidaram e fortaleceram seu poder, sendo extremamente vendedores de serviços hospitalares ao Estado, ainda que o alto custo das compras tivesse pouco impacto na saúde coletiva. Quando o Estado teve as contas saturadas pela compra de serviços de

hospitais privados, passou então a construir “imensos hospitais” e contratar trabalhadores da saúde por salários extremamente baixos para atender serviços emergenciais. Entre 1997 e 1998, acrescenta Maia (2010), os hospitais privados foram responsáveis por um terço da assistência ao SUS e deste consumiram 28% dos recursos. Já os hospitais universitários são caracterizados prioritariamente como prolongamento do estabelecimento de ensino em saúde e determinados a propiciar atendimentos de maior complexidade. São tipicamente financiados pelo Ministério da Educação (MEC) e pelo Ministério da Saúde (MS). Atualmente, há 44 deles vinculados às Instituições Federais de Ensino Superior.

Waitzkin (1980) recorre a estudos efetuados nos Estados Unidos, que mostram como se divide o sistema produtor de saúde naquele país. De um lado, há as grandes corporações, proprietários de planos de saúde e indivíduos (em maioria médicos) da classe média alta como detentores das decisões (e da acumulação de riqueza); do outro, os demais trabalhadores da saúde, como enfermeiras, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e técnicos, na maioria mulheres; e ainda mais abaixo, os funcionários administrativos, auxiliares, atendentes e pessoal de cozinha e limpeza, considerados, por fim, a classe operária do trabalho na saúde.

Esse sistema de hierarquias, segundo Waitzkin (1980), se reflete ainda em uma estrutura elitista e especialista, que divide os trabalhadores e impede a elaboração de um sistema de saúde com interesses em comum. A pesquisa também revela a reduzida possibilidade que indivíduos da chamada classe baixa têm de acessar a profissão médica, visto que a maioria esmagadora de estudantes das faculdades de medicina ou de médicos já em exercício eram provenientes de classes média alta e alta. Desde a divulgação do Relatório Flaxner aos anos de 1980, apenas 12% dos médicos no mundo provêm de classes operárias e a percentagem pouco se modifica com o passar dos anos.

A medicina brasileira não é estruturada de modo muito diferente. Dados divulgados pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) apontam a medicina como a “carreira mais favorável a um futuro profissional”. O levantamento do IPEA (2013), baseado em informações de 2009 a 2012 do Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (Caged) do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), considerou salário, jornada de trabalho, facilidade de se conseguir um emprego e cobertura previdenciária como determinantes atrativos a um futuro profissional.

A pesquisa do IPEA mostra que a falta de mão de obra médica faz com que os recém-formados tenham grande facilidade de contratação, o que remeteria à ideia de que o desemprego não é uma realidade a quem decide estudar medicina no Brasil. A questão reside justamente aí: a decisão de estudar medicina não é um *privilégio* para quem está na base da pirâmide, porque a seleção médica não é feita entre os já habilitados a trabalhar, mas antes mesmo de cursar o ensino superior.

A manutenção da medicina como um serviço para poucos fica cuidadosamente a cargo da própria categoria médica, que tenta se proteger enquanto categoria com relativa estabilidade a partir da reserva de mercado. É o que percebemos na resposta meritocrática do presidente do sindicato dos médicos em Alagoas, Wellington Galvão:

Em geral temos uma medicina de ótima qualidade, mas que está sendo comprometida com essa ação do Governo Federal de querer aumentar o número de faculdades de medicina indiscriminadamente. O importante não é ter o aumento no número de médicos, mas uma qualidade maior (W. GALVÃO, em entrevista concedida à autora em 02/5/2015).

Essa busca por autonomia, entretanto, não é desenvolvida no sentido de buscar melhorias nos postos e condições de trabalho; ela termina restringindo-se a disputas corporativistas por reserva de mercado. No entanto, o presidente assegura que a competição por mercado não é uma pauta da categoria. “Aumentar a competição, não, porque quem é bom sempre se estabelece”.

A busca por hegemonia médica em procedimentos da saúde é extremamente curiosa, especialmente se for considerada a baixa distribuição da demografia médica no País. Estudos realizados pelo Conselho Regional de Medicina de São Paulo e pelo Conselho Federal de Medicina mostram que existem municípios onde não há nenhum médico. Além do mais, enquanto cerca de 167 mil médicos são clínicos gerais, mais de 204 mil são especialistas, o que culmina em uma falta extrema de trabalhadores na atenção básica, sobretudo em cidades do interior do Brasil (SCHEFFER, 2013). Os poucos profissionais que atuam na clínica e na atenção básica terminam sobrecarregados e levados ao limite. Tais constatações levaram o Governo Federal à instituição do programa Mais Médicos (BRASIL, 2013), cujo cerne é a melhoria na infraestrutura de unidades de saúde e a contratação por tempo limitado de médicos da Espanha, de Portugal e de Cuba para locais aos quais os médicos brasileiros se recusam

a trabalhar em decorrência das más condições de estrutura e da precariedade nos hospitais. Parcela dos médicos brasileiros, contrária à decisão, o que deu-lhes extrema visibilidade pública, argumentaram que os estrangeiros não eram submetidos aos mesmos critérios de avaliação dos brasileiros e insistiram que não há problema de falta de médicos, mas de falta de estrutura. Entretanto, para a OMS, o número de médicos é baixo no Brasil, sobretudo se comparado com o de outros países emergentes, e em regiões como o Norte e o Nordeste, a situação é semelhante a dos países mais pobres do mundo. (NIDECKER, 2013).

Em Alagoas, 51 cubanos supriram serviços essenciais em municípios onde os médicos alagoanos e mesmo brasileiros se negaram atuar, devido às péssimas condições de trabalho. A reserva por médico se dá de tal modo que observamos nas palavras do presidente do sindicato dos médicos uma reação extrema contra o programa:

Baixou agora uma portaria obrigando os médicos cubanos a usarem tornozeleira eletrônica, aquele equipamento usado por presos em regime condicional. Está na mídia, vão usar para não fugir do país. São o quê? Escravos. O Brasil se presta a isso. A importar escravos de Cuba para trabalhar na saúde. Pessoas que não tem qualificação a grande maioria. São poucos os que tem qualificação como médico. Quem está atuando com esses cubanos no interior são as enfermeiras, que sabem muito mais do que eles, dentro do conhecimento delas. Na realidade, a população está sofrendo, porque tem uma assistência de péssima qualidade. Estamos lutando contra isso, mas não conseguimos porque foi uma decisão do Governo que passou por cima de tudo. O Conselho [Federal de Medicina] não fiscaliza os cubanos, quem fiscaliza é o Ministério da Saúde (W. GALVÃO, em entrevista concedida à autora em 02/5/2015).

Fernandes (2004) lembra que há ainda outra “briga” comprada: a busca pela regulamentação do Ato Médico. A finalidade é defender que determinadas atividades – desempenhadas por psicólogos, enfermeiros, fisioterapeutas, biomédicos, biólogos, nutricionistas e fonoaudiólogos – sejam realizadas exclusivamente por médicos ou sob sua orientação. O projeto de lei passa por amplas polêmicas, sofreu vetos recentes no Congresso Nacional, especialmente em virtude da pressão exercida pelos demais trabalhadores da saúde, que viram os riscos na sua própria autonomia de ação, aliado a ausência de fatos que fundamentassem a necessidade dessa hegemonia. Caso fosse aprovado, todas as atividades citadas seriam condicionadas às designações do Conselho Federal de Medicina, o que também limitaria todo o sistema de saúde à prática médica.

Segundo o Ministério da Educação, 88% dos estudantes de medicina são provenientes de escolas particulares. O órgão constatou, ainda, uma inversão em todos os cursos: os alunos educados em colégios privados, que correspondem a apenas 15% das matrículas no Brasil, terminam por se tornar a classe 'dominante' na universidade pública, com 58% de vagas.

3.8 Precarização do Trabalho Médico

Diante da constatação de vir sendo a medicina exercida sob o manto da produtividade e em uma situação cada vez maior de precariedade no setor, seria oportuno falar em uma proletarização desse tipo de profissão? Ao nosso ver, finalmente, acreditamos que não. No entanto, é evidente a crescente precarização dessa atividade.

Ao efetuar classificações para a categoria de serviços, Mills (1979) inclui os médicos, como proletários em potencial e, simultaneamente, como uma forma sólida de classe média. Situando-os enquanto profissionais liberais, Mills define-os como trabalhadores com renda média elevada, alto grau de especialização e capacidade intelectual reconhecida. Entretanto, reitera que atualmente trabalham em uma dupla condição de dependência: tanto devido às múltiplas e cada vez mais sofisticadas especializações, que fragmentou as atividades para o 'modo equipe', fazendo-os exercer funções de gerência; como por terem se tornado também assalariados.

Maia (2010) relata que a remuneração mais comum dos serviços hospitalares ao SUS e da saúde complementar brasileira é o pós-pagamento, ou seja, o pagamento 'por produção', o que incentiva a cesariana, já que o controle e organização do tempo – de trabalho e tempo livre – por parte do médico é mais assegurada. Vejamos o que a obstetra H. relatou a respeito da influência do tipo de remuneração para o aumento de cesarianas:

Por que o índice de cesariana é muito alto... é praticamente 90% de cesariana no serviço privado! Por que? Porque você agenda um horário com a paciente e você vai na hora que você não vai precisar pagar o seu consultório, 'cê não vai precisar se arriscar com uma violência que tá sair de madrugada de sua casa pra ir pr'um hospital pra operar um paciente.. então, você agenda. [...] então eu vou marcar o paciente pra operar na quarta-feira à tarde... o horário que eu tô livre! Não vai me atrapalhar em absolutamente em nenhuma outra atividade. Então, por isso que o índice de cesariana é muito alto. Tem colegas que, a paciente chega no consultório: “não, porque eu queria um parto normal”, eles dizem: “a senhora quer um parto normal, eu não faço parto normal... fique à vontade, se quiser um parto normal, de procurar outra pessoa...” (OBSTETRA H., em entrevista concedida à autora em 02/03/2015).

No SUS (seja em hospitais públicos ou privados) ele é denominado como Pagamento Prospectivo por Procedimento e, na saúde suplementar, são feitas as Taxas por Casos Relacionados por Serviços (TCRS). A única exceção é para os hospitais federais, que dispunham de verba própria para pagamento dos trabalhadores. E, assim, o salário é afixado previamente. Como afirma o obstetra M.C.:

Como docente se eu trabalhar 36h a mais nas 24, só ganho o meu salário. Se eu quiser vir, eu ganho o salário. Se eu não quiser vir e ficar em casa, como tem um monte nessa universidade, meu salário é depositado todo mês. Mas participei da construção disso. E também lido com a formação de jovens. Então eu acho que esse trabalho requer minha presença e não abro mão dela (OBSTETRA M.C., em entrevista concedida à autora em 24/02/2015).

Para o obstetra R. S., que trabalha em vários tipos de categoria, ambas as remunerações têm pontos positivos e negativos, no entanto, segundo ele, o pagamento por produção provoca mais atendimentos com baixa qualidade:

Hoje trabalho na Santa Mônica, em um posto de saúde, na Unimed, no Arthur Ramos, e em um consultório particular. [...] Na Santa Mônica, e no posto, recebo salário fixo...Sou concursado. Já na Unimed e no Arthur Ramos recebo pela quantidade de partos que faço. É por produção, no caso. No meu consultório também, mas aí não é o parto em si, são as consultas que faço. Com o fixo é bom porque você tem a segurança para exercer a atividade, mas aquilo ali é você receber e aquele valor e pronto. Já nos casos em que ganho por produção, recebendo pelo parto, você se predispõe a trabalhar mais, mas acaba deixando a qualidade do trabalho cair, porque você tem que fazer mais partos, tem que fazer mais rápido (OBSTETRA R. S., em entrevista concedida à autora em 22/02/15).

Alguns profissionais que atuam de forma autônoma têm buscado alternativas para serem melhor remunerados, tendo em vista que a grande maioria é conveniada com planos de saúde, e as taxas pagas que recebem pelo parto não lhes são satisfatórias – os valores estão em torno de R\$ 157,00 pelo parto ou cesariana.

(...) Porque a remuneração é muito baixa! Muito, muito, muito baixa! Por exemplo, a paciente que entra em trabalho de parto, pode ser no domingo, pode ser 2h00 da manhã, pode ser numa hora que 'cê esteja na colação de grau do seu filho, e você vai largar tudo pra prestar assistência àquela pessoa... e a remuneração que é oferecida? Então, você vai deixar de fazer uma viagem, porque tem uma paciente que pode parir naquele período... então, é... a remuneração que os convênios pagam... é ínfima... pra você se doar (...) (OBSTETRA H., em entrevista concedida à autora em 02/03/2015).

Assim, a maior reclamação é de que esse modelo de pagamento por procedimento (produtividade) desconsidera os esforços e resultados obtidos, incentivando as iatrogenias. O Obstetra M.C revela a fórmula de redução das cesáreas a partir de um cálculo econômico:

Olhe, você só baixa essa incidência de cesarianas no Brasil fazendo duas coisas fundamentais: primeiro, pagando adequadamente o plantão do obstetra. Como seria isso? R\$ 3 mil reais o plantão. Você passar 12 horas de trabalho e sair daqui com R\$ 157, que é o preço de uma cesariana ou um parto normal. Você faz um monte de cesarianas para chegar com R\$ 950. Isso porque para uma curetagem eles pagam R\$ 41.

(...)

Então aí o que acontece. Se você passar disso aí (R\$ 157 por procedimento) para 950, o obstetra não vai querer fazer dez cesarianas para ganhar R\$ 1570. Ele sai com um parto por 950 e vai deixar o outro para o outro médico seguir com o plantão. Aí vai nascer muita gente de parto normal. Enquanto ficar essas ... gorjetas ... a gente vai ficar nessa balela, porque há 38 anos que eu ouço essa questão de reformular o atendimento obstétrico em atividade (OBSTETRA M.C., em entrevista concedida à autora em 24/02/2015).

Vimos na fala do obstetra M. C. a proeminência da remuneração como uma situação necessária para mudança paradigmática, embora tal argumento seja problemático. Não há garantias de que, com uma cesariana ao custo de R\$ 950, o médico não queira realizar dez cirurgias para finalizar um plantão com R\$ 9.500.

A solução que tem sido disseminada entre os obstetras é a cobrança de uma taxa extra diretamente à parturiente: a disponibilidade obstétrica. Segundo a obstetra H, tal disponibilidade foi uma das saídas para que os médicos se dispusessem a assistir mais partos normais:

Tem alguns profissionais que fazem o pré-natal pelo convênio e diz a paciente que, se entrar em trabalho de parto, se for num horário que ele 'tá disponível... ele vai prestar assistência. Mas se não for, aí ela vai procurar atendimento no hospital referenciado para o plano de saúde, e vai ser atendida e receber assistência pela pessoa que tiver de plantão. Como se fosse um hospital público, entendeu? E aí, se quiser que o obstetra esteja disponível, 'cê vai pagar uma quantia por hora pra que o obstetra preste essa assistência. Aí... muita gente não tem condições de pagar... porque, em média, é o que eu ouvir dizer que cobrar: R\$ 2 mil, R\$ 2.500, R\$ 3 mil... se você quiser que o obstetra que fez o seu pré-natal fique disponível pra você, a qualquer hora, qualquer tempo...! Então, essa é uma coisa muito complicada. Imagina que você faz o pré-natal todo com uma pessoa, você confia naquela pessoa, é a pessoa que você vai estar segura, pra na hora que seu nenezinho for nascer e, na hora, você não vai contar com aquela pessoa (OBSTETRA H., em entrevista concedida à autora em 02/03/2015).

É o tipo de contrato de trabalho e a forma de remuneração do profissional médico que traz considerações a respeito da influência da organização sobre o trabalho médico. Quanto mais invasivo, tecnológico e alto no valor, maior o potencial de lucratividade do procedimento. Esses modos de pagamento estimulam, assim, o desperdício, o intervencionismo, investimentos acríticos em tecnologia e mais voltados ao aspecto mercadológico do que aos interesses em saúde pública ou às soluções nos problemas hospitalares

No caso da obstetrícia especificamente, a autora afirma que os custos com os partos também não eram cobertos inteiramente pelo SUS. O Estado passou então a aumentar a remuneração por serviços hospitalares em organizações e hospitais 'filantrópicos' e reintroduzir uma modalidade anterior, com repasses fixos mensais e estabelecimento de metas através de contratos. Apenas os hospitais privados lucrativos permaneceram recebendo por procedimento, sem recurso adicional.

Ao pesquisar essa relação de trabalho no hospital, Maia identificou uma disputa entre gestão hospitalar e seu interesse em realizar uma “racionalidade administrativa”, intervindo na autonomia dos profissionais. Nas entrevistas, percebemos que o racionamento dos insumos hospitalares passou a ocorrer no Hospital Universitário, após recente inserção da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) cuja administração tem trazido várias discussões.

Contratada recentemente pela EBSERH, a enfermeira L. T. relata como essas economias têm prejudicado a atuação dentro do hospital:

Tem a questão política, tem a questão do vínculo seletista, não é estatutário... aí, dá um pouco de receio... mas, como é uma forma nova de gerir os hospitais universitários, eu acredito que esteja dando certo, ainda tá muito cedo pra dizer... mas, é muita cobrança, só tô achando assim, muita cobrança, como hospital privado, a gente tá sendo administrado por uma empresa privada, e aí é diferente do que sou acostumada, né? Aí, eu tenho ainda um pouco de dificuldade ainda, em relação a isso... em relação ao controle de materiais ser muito rígido, os recursos, né? Medicação, tudo contralodozinho por conta dos recursos, que são controlados pela empresa privada (ENFERMEIRA L. T., em entrevista concedida à autora em 11/04/2015).

Segundo a enfermeira L.T, esse racionamento já trouxe sérios riscos à vida de pacientes que passaram pelo hospital:

Acaba prejudicando o nosso trabalho, porque fica mais burocratizado. A gente não tem tanto acesso rápido às coisas como gostaria, como uma cota de soro, pra ficar disponível no setor. Como aqui é um setor de urgência, de repente a paciente pode complicar, e eu não ter disponível o material ali, porque como é por cada paciente, a farmácia só vai liberar se for prescrito, e às vezes a gente precisa de uma prescrição super rápida... né, porque é uma urgência (...) A gente corre pra pegar no C.O., se tiver, tipo, soro não tem soro aqui, porque acabou, usou e a paciente tá precisando. A gente sai nos outros setores pedindo, né, porque daqui que o médico prescrevia, o burocrata vá na farmácia pegar... burocrata é o profissional que faz esses aspectos administrativos de ir no laboratório, ir na farmácia (ENFERMEIRA L. T., em entrevista concedida à autora em 11/04/2015).

Existem várias medidas dotadas por direções hospitalares particulares ou em parcerias privadas, com vistas em controlar a atividade dos trabalhadores. Uma delas é a instalação do prontuário médico, que interpôs uma padronização nas condutas e nos medicamentos.

A questão é que, quando o cuidado na saúde dependia exclusivamente do que Maia (2010) chama de “fator trabalho”, os médicos regulavam tanto a organização como os preços. Entretanto, recentemente surgiu o modo de remuneração assalariado e, com ele, os formatos de pré-pagamento, pós-pagamento e remuneração por tempo de serviço.

O pós-pagamento, também chamado de “pagamento por produção” ou *free for-service*, traz implícito em seu modelo uma superprodução, já que a renda do médico depende do volume de procedimentos realizados. Já o pré-pagamento inclui o pagamento prospectivo por diagnóstico, cuja renda independe da produção, e é quantificado de modo predeterminado. No pagamento por tempo de serviço se incluem, por fim, o assalariamento e outras formas precárias que excluem benefícios formais. Por vezes, há ainda um assalariamento com incentivo por ato (produtividade).

Em maternidades públicas, os contratos de trabalho podem ser de vários modos, entretanto, o modo mais comum é prefixado por plantão, independentemente de produção. Já nas maternidades filantrópicas, podendo os contratos serem celetistas ou contratos de emergência, também independem de produção. Em hospitais privados sem SUS e em cooperativas, em geral, o médico é cooperado ou autônomo, e sua remuneração depende da produção.

Ao analisar essas formas de pagamento, Maia (2010) conclui que o aspecto liberal e autônomo depende do contrato de trabalho e da remuneração e só é pleno na clínica privada, único espaço onde prevalece a relação médico-paciente e onde os constrangimentos não chegam a atingir a prática assistencial. Na medicina pública, segundo a autora, os constrangimentos à ação dos médicos são verificados como mais agudos em decorrência das normativas e políticas públicas ao compromisso com a organização; já no setor privado, os constrangimentos restringem-se a apenas o que interfere a gestão administrativa.

Ocorre, no entanto, que padrão de acumulação flexível e complexificado requer que os médicos também percam cada vez mais o controle sobre o trabalho. A convergência entre assalariamento e prestação de serviços, interposta em um serviço onde o consumo é coletivo, que é o caso dos hospitais, faz com que o aumento de produtividade pressione ainda mais a atuação dos que operam na linha de frente do setor da saúde. A consequência de uma exigência por produtividade em uma profissão de alta remuneração é, segundo Bolaño (s. d.), a precarização estrutural dos postos de trabalho – as unidades de saúde – e a disparidade no valor dos salários entre os seus trabalhadores.

Bolaño retrata que nos, anos 90, guiado por esse movimento mundial de reestruturação produtiva, reformas políticas impulsionam a flexibilização nas contratações, com várias modalidades de vínculo, como trabalho terceirizado e posterior perda de proteção sindical. Os hospitais ficam a frente da terceirização do serviço médico, gerando uma aparente manutenção de status de profissionais liberais, ao tempo em que suas atuações são geridas pelas mãos rigorosas do cálculo econômico. A partir desse modelo de terceirização, com os profissionais ditos autônomos passando a depender da (cada vez mais crescente) maquinaria – os instrumentos e equipamentos que têm o hospital enquanto proprietário -delineiam com clareza essa subsunção do trabalho médico no capital, ao menos no que diz respeito à sua exploração.

Quanto ao Estado, onde os médicos são assalariados, a não exigência de exclusividade em hospital público coloca-os em uma posição de semi-assalariamento, de modo que há uma complementaridade entre público e privado. Parte dos médicos também atuam de modo autônomo. De todos os obstetras que entrevistamos, nenhum tinha um único vínculo. Vejamos o que diz a obstetra H:

Eu... aqui [Hospital Universitário] tenho dois vínculos. Eu, aqui, sou professora e... trabalho como técnica lá na maternidade. Então eu tenho 40 horas aqui no hospital. E tenho o concurso da prefeitura que... na prefeitura faço só mastologia, não faço obstetrícia... E também faço consultório. Mas consultório eu não faço obstetrícia. Consultório eu só faço *gineco* e mastologia, porque eu tenho duas crianças pequenas, se for fazer obstetrícia no consultório... eu tenho que conseguir criar meus filhos (OBSTETRA H., em entrevista concedida à autora em 02/03/2015)!

Tanto no Hospital Universitário, como na Prefeitura, a obstetra H afirma ser assalariada, enquanto que atua de modo autônomo em seu consultório. A mesma situação ocorria com o obstetra A.S, quando atuava por convênios. Tendo em vista essa mesma flexibilização com vários outros obstetras, percebemos então como a jornada de trabalho dos médicos – a fim de complementarem a renda e manterem seus padrões econômicos – torna-se confusa:

Aqui, eu faço 40 horas... sendo, como a carga horária – e o docente é diferente, porque eu tenho coordenação de disciplina, tenho coordenação de internato... é... então eu não tenho que fazer 20 horas batido aqui como docente. E, na maternidade, eu tenho uma carga horária de 20, e faço 18 horas, de plantão [...]. E a prefeitura. A prefeitura é... eles funciona um sistema diferente, eles determinam pr'a gente uma meta de pacientes que a gente tem que atender por semana. É... então, a gente distribui o horário de acordo – eu, pelo menos, marco 3 horários e 20 pacientes. Aí... eu faço 3 horários (OBSTETRA H., em entrevista concedida à autora em 02/03/2015).

Se eu colocar isso no lápis, você nunca vai entender como isso acontecia. Não existia hora, no ano passado, por exemplo, eu tinha 40 horas da universidade, 20 horas da prefeitura... mas, aí, tinha de consultório, eu fazia... 8 horários no consultório. Sexta o dia todo, quarta o dia todo. Dá 8, não? Cada horário, de 6 horas. Ainda tinha os partos pra fazer, eu tinha 108 horas de trabalho pra fazer fixo, fora os partos do consultório. Uma faixa de 30 partos feitos. Não existe matemática pra isso (OBSTETRA A. S., em entrevista concedida à autora em 07/01/2015).

Segundo a obstetra H., a chegada de seus filhos lhe fez optar por abandonar os plantões noturnos, escolha possibilitada como “privilégio” por seu tempo de trabalho:

Meus finais de semana, sempre livre...! E durmo todas as noites em casa, porque essa história que a gente que dá plantão, a gente acaba muitas vezes tendo que sacrificar as noites d'a gente, mas eu, graças a Deus, não dou nenhum plantão noturno (...) A vida d'a gente muda, né, completamente, depois que a gente tem filho. A gente deixa de ser prioridade, e a prioridade passa a ser o filho. E, então, as minhas prioridades mudaram depois da chegada dos meus filhos, então foi uma opção minha não fazer mais plantão noturno. Como eu já era considerada antiga, digamos assim, na escala, aí, quem vai chegando mais novo vai ocupando os piores horários, digamos

assim... a gente reorganiza a escala e, os mais antigos, têm direito de prioridade de escolher os seus horários que vagaram. Então, a gente vai subindo, a gente vai saindo dos fins de semana, a gente vai saindo dos noturnos... aí, eu consegui já me organizar nesse sentido (OBSTETRA H., em entrevista concedida à autora em 02/03/2015).

Os longos plantões também representaram a maior parte das queixas dos demais médicos. O obstetra M.C, por exemplo, relatou o quanto essas jornadas lhes eram exaustivas, antes de abandoná-las:

Acho que o plantão tem um limite porque você cansa muito. É muito cansativo. Às vezes você faz dez, doze partos em um plantão de doze horas. Cheguei a fazer 17 em 12 horas, em um plantão noturno (OBSTETRA M.C., em entrevista concedida à autora em 24/02/2015).

O que percebemos, ainda, é que os médicos assalariados possuem menos conflitos com relação à espera pelo parto, de modo que o pré-natal é conduzido com mais orientações ao parto normal. Vimos com a obstetra H:

Assim, eu posso dizer pela minha realidade de serviço público: como eu não faço consultório, então eu não tenho muito essa briga com essa realidade de... eu sou fã de parto normal, totalmente fã, incentivo, oriento, explico: é o melhor tipo de parto, a natureza foi feita pra ser desse jeito... então, aqui, pra mim, é muito tranquilo. [...] A maioria delas aqui, eu digo sempre pra elas: “a gente sempre vai pensar no parto normal”, porque elas ficam: “e vai ser cesárea ou vai ser normal?”, eu digo sempre: “sempre vai pensar no parto normal” (OBSTETRA H., em entrevista concedida à autora em 02/03/2015).

E o obstetra M.C também acrescenta:

Ela [a cesariana] é mais fácil de fazer. Eu tive um grande mestre na Bahia, professor Domingos Ferreira Machado. Ele dizia que qualquer oligofrênico de média intensidade fazia uma cesariana. Difícil é indicá-la. Mudou a mim e a toda uma geração [...] Vejo muito colegas fazendo 22 cesarianas em um dia e ainda se vangloriam. Mas isso é crime. Por isso tenho como ideologia que o bebê saia por via baixa (OBSTETRA M.C., em entrevista concedida à autora em 24/02/2015).

No entanto, quando diz respeito aos colegas que atuam no sistema privado, a obstetra H. reconhece que o pré-natal é induzido para o oposto, a cesariana: “é como eu te disse... né? Por conta dessa história de disponibilidade, é... a grande maioria é

cesariana agendada, programada!” (OBSTETRA H., em entrevista concedida à autora em 02/03/2015).

É preciso ressaltar que, para além dos assalariados, autônomos e precarizados, há também uma camada privilegiada que se torna proprietária de hospitais, que recebem dos planos privados e do SUS. No espaço público, por sua vez, a burocrática hierarquia, disfarçada em “ética profissional” (PIRES, 1998, p. 91), cria a rígida pirâmide que põe, no alto, os gestores do hospital (em geral, médicos especialistas), seguidos dos clínicos gerais e outros médicos, e, por fim, os demais trabalhadores da saúde. Segundo o autor, ao dominar o conhecimento no setor da saúde, os médicos asseguram sua autonomia, a manutenção da hegemonia na divisão do trabalho, e terminam por diferenciar a própria população na assistência à saúde.

Ainda segundo Bolaño (s.d), a regulamentação de profissões na área da saúde é intensa, já que o trabalho cooperativo ou assalariado coexiste com um número elevado dos chamados profissionais liberais que ainda exercem relativo controle sobre o trabalho. Entre esse contingente, que combina os vários tipos de relações trabalhistas, há aqueles que se ausentam completamente de vínculos com convênios ou SUS.

Em Alagoas, tem sido progressiva a saída dos obstetras dos convênios particulares, em decorrência da taxa de pagamentos extremamente defasada, segundo os profissionais. Para o obstetra A.S, essa saída dos planos privados se deu de forma gradativa:

Eu nunca tive muito convênio, nunca busquei muito. É... eu tinha a Unimed, Hapvida, na época era São Lucas, e tinha uma colega que fazia outros convênios, e eu fazia parte dos atendimentos por ela. Mas, depois, eu fui caindo, fui deixando [...]. Então por muito tempo a gente tinha uma relação, eu tinha o paciente na minha porta, não precisava discutir nada com o paciente, o paciente faria todos os exames pelo plano, o parto seria feito pelo plano, então não teria nenhum problema com o paciente. Então, por muito tempo, se teve esse contato, foi muito bom pra muita gente: pro convênio e pro paciente (OBSTETRA A. S., em entrevista concedida à autora em 07/01/2015).

Percebemos no depoimento do obstetra como a situação da vinculação com os convênios já não era tão satisfatória. O quadro foi piorando ainda mais, em decorrência do pagamento das taxas de convênio que estacionou desde 1992, o que se refletiu em sua situação de trabalho:

Quando você colocava na ponta do lápis, você tava pagando pra poder trabalhar. Então o que é que aconteceu com isso? No decorrer da vida, começou a se ter uma diminuição do parto normal, que eram as condições de trabalho (...) Várias vezes com festas em casa, eu tinha que sair e deixar a família em casa. Fazia trabalho de parto e já tinha outro paciente pra parir... então isso acaba aumentando muito o nível de cesariana, acaba marcando 2, 3 cesarianas por dia... então parti pra fazer a disponibilidade obstétrica (OBSTETRA A. S., em entrevista concedida à autora em 07/01/2015).

Com a disponibilidade obstétrica, A.S continuava atendendo em convênios durante o pré-natal e, caso as mulheres quisessem ser assistidas durante o parto por ele, teriam que pagar uma taxa a parte por sua disponibilidade a qualquer momento durante o parto. No entanto, o médico relata que não se acostumou com essa modalidade e decidiu, finalmente, deixar todos os planos definitivamente:

É uma questão pessoal, minha formação, eu achava que o paciente era do convênio particular, eu ficava muito constrangido com algumas coisas... por exemplo, tenho colegas que fazem a disponibilidade e cobram pelo convênio. Disponibilidade é disponibilidade, convênio é convênio. São duas coisas diferentes, então não tem como você fazer. Particular e pelo convênio, então eu achei que não tava dando pra mim, com uma quantidade muito grande de pacientes... e isso tava me deixando muito angustiado. A melhor coisa a fazer foi deixar o convênio. Continuo fazendo parto... hoje, minha média de parto é 10 partos por mês. Consigo manter a minha qualidade de vida, consigo ficar em casa, ir pra uma apresentação que meus filhos tiveram na segunda-feira... às vezes eu ia, e tinha que sair, voltava no meio do caminho... entendeu? Não tinha vida... e, hoje, eu consigo me organizar melhor na minha vida. Reduzi o consultório, a quantidade de dias... certo? Arrumei melhor os horários do posto de saúde, das universidades, trabalho de segunda a sexta. Então isso melhorou bastante (OBSTETRA A. S., em entrevista concedida à autora em 07/01/2015).

3.9 Chamem a Parteira: A Experiência entre Médicos e Enfermeiras

Agora tratemos sobre outra classe de profissionais da saúde cujas condições laborais são bastante reveladoras da situação obstétrica. Atualmente, os profissionais habilitados pelo Ministério da Saúde brasileiro para realizar assistência de parto normal são os obstetras, as enfermeiras obstetras, e as parteiras tradicionais. Se no século XIX as parteiras foram escanteadas pelo parto médico, no século XX volta à cena outro tipo de assistência ao parto: agora efetuado por enfermeiras obstétricas. A obstetrícia é, portanto a especialidade forçada a abrir a guarda do monopólio “técnico” médico, já que, em partos normais sem complicações, pode ser exercida por outra categoria de trabalhadores da saúde. Se antes da medicina, eram as parteiras que detinham a 'arte de

partejar', atualmente o espaço é reivindicado pelas enfermeiras obstétricas ou obstetrizes.

A noção do parto humanizado, ao apregoar menos intervenções e maior liberdade da mulher, torna-se um espaço mais propício à enfermagem do que à medicina. Aliada à queda da fecundidade feminina, o mercado diminuiu consideravelmente, o que, de um lado, fez aumentar a competição e, do outro, fez diminuir o interesse médico por esse tipo de especialidade (MAIA, 2010). Podemos ilustrar com a assertiva do obstetra M.C:

Digo sempre aos meus alunos que daqui a uns cinco anos você vai caçar obstetra. Vai comprar um cavalo, um laço ou aqueles tiros com anestésicos para caçar obstetra porque ninguém quer ser mais hoje em dia. R\$ 157? Eu vou pedir na Ponta Verde e ganho isso em uma hora. Você fazer uma cirurgia para ganhar R\$ 157 reais? É de um mal gosto tremendo. Mas isso é típico de política que é o Brasil (OBSTETRA M.C., em entrevista concedida à autora em 24/02/2015).

Ainda assim, são constantes as investidas médicas no sentido de deter o monopólio dos nascimentos. Para Fernandes, as casas de parto são exemplos latentes da disputa. No Brasil, os Centros de Parto Normal foram instituídos – no papel - em 1999, e direção e atuação neles caberia aos enfermeiros obstetras. Até o momento, a implantação física de um Centro é extremamente problemática em decorrência do amplo poder da elite médica junto ao Estado e às próprias instâncias privadas.

Embora haja exceções, Fernandes (2004) retrata que grande parte dos médicos até admite a enfermagem como um trabalho integrante na assistência ao parto. Mas apenas integrante. A partir do momento em que a categoria tem autonomia para realizar procedimentos, termina por 'invadir' um espaço médico. Instituídas as Casas de Parto, os Conselhos de Medicina voltaram-se agressivamente contra a atividade dos enfermeiros-obstetras na assistência ao parto normal. Fernandes expõe as entrevistas que definem o posicionamento da elite médica como crentes na perspectiva de que o trabalho na saúde dispõe de uma hierarquia e de que são os 'líderes' da equipe de saúde. Os enfermeiros até poderiam assistir partos, desde que supervisionados por eles. O obstetra A.S expõe como acredita ser a relação ideal entre obstetra e enfermeiras:

É essa hierarquia que deve ser mantida. Por isso que eu trabalhei muitos anos, as enfermeiras obstetras que eu trabalhava já sabiam quem era você, quem você gostava. Quando você pega uma enfermeira que mantém esse contato hierárquico, isso é muito bom. Eu não posso ter uma enfermeira que não tenha

a experiência obstétrica pra ser a obstetra. É questão de ser humilde. Toda profissão é assim, certo? [...] Eu só acho o seguinte: de 94 a 2001, 3 mil partos, então foi 7 anos, fazendo parto. Eu tenho muito mais partos. O que eu me agride? É uma enfermeira obstetra chegar pra mim, fez 50 partos pra poder fazer um curso, e colocar como se fosse... como se eu tivesse todo errado em todas as coisas que eu vou fazer... então, é isso uma das coisas que acontecem hoje, na obstetrícia. Cada um tem que ser no seu local de trabalho o respeito pelo outro, tá bom? Esse respeito tem que ser mantido, hierarquia tem que ser mantida (OBSTETRA A.S. , em entrevista concedida à autora).

A enfermeira obstétrica J., que já enfrentou situações difíceis na relação com médicos, relata um exemplo:

Eu já cheguei a ouvir de um médico, que eu devia me portar como a secretária dele. [...] Porque eu, enquanto enfermeira, coordeno uma equipe de enfermagem, então a minha técnica de enfermagem estava fazendo sutura cesarianas, ou até mesmo instrumentando esse método na cesariana. E eu proibi elas de fazerem isso, e ameacei a fazer uma advertência, inicialmente verbal e, posteriormente, por escrito, né? Até mesmo uma suspensão... porque quem responde por ela, era eu, ele não responde pela enfermagem. Quem responde pelo técnico de enfermagem é o enfermeiro coordenador. Então, eu proibindo essa técnica, ela falou para o médico “não vou fazer porque a minha enfermeira não permite que eu faça”, ele fez “por que sua enfermeira tá dizendo isso? Era pra ela estar aqui fazendo”. Aí, eu ouvi, me posicionei, conversei com ele, disse que não é dessa forma. Ele fez “era pra você ser a minha secretária”, eu disse: “de jeito nenhum”. Ele fez: “você acha que a enfermagem é o quê, diante do médico? Eu disse: “são profissões que caminham paralelas, são complementares, então cada um tem o seu papel, cada um tem a sua função dentro daquele contexto”. Mas, assim, é muito desgastante você ter que ter esse tipo de conversa com esse profissional, que acha que ele está em uma hierarquia e ele está no topo (ENFERMEIRA J., em entrevista concedida à autora em 07/01/2015).

Assim, todas as enfermeiras ouvidas citaram como um problema da profissão a falta de reconhecimento por parte da sociedade e dos pacientes quanto aos seus trabalhos. Como afirma a enfermeira M.: “Falta valorização da sociedade e principalmente dos pacientes. Porque a gente estuda tanto e no fim, dão pouca credibilidade. A gente faz o melhor e não somos reconhecidos como gostaríamos” (ENFERMEIRA M., em entrevista concedida à autora em 14/01/2015). Para o obstetra A.S, esta situação tem começado a mudar a partir da especialização da enfermeira como enfermeira obstétrica, o que lhe trouxe mais autonomia para o cenário do parto:

O que acontece é que a classe médica sempre foi egoísta. Só que as pessoas que 'tavam embaixo deles respeitavam eles. Hoje, existe o “não vou fazer, não concordo, não aceito”. Hoje, “essa paciente vai fazer um parto, vai ser o parto tal, uma cesariana”. A enfermeira obstetra vai fazer: “mas não tem necessidade não”, hoje ela vai dizer, a contestação. Antes não existia. Essa mudança vem acontecendo lentamente, mas eu acho que foi mais enfatizada agora, que começou a se ter mais uma busca pelas especializações. Antes não se tinha muito. (OBSTETRA A.S em entrevista concedida a autora)

Ao que verificamos, as enfermeiras tem sofrido, desse modo, grande resistência dentro dos hospitais em abrir espaço para os paradigmas de humanização do parto. Foi essa dificuldade que fez com que a enfermeira J. decidisse trabalhar como autônoma, deixar as maternidades e passar a assistir parto domiciliar na capital.

Toda profissão tem as suas dificuldades. Dentro da enfermagem é você trabalhar sem ter condições de trabalho. Por exemplo, eu fiz a opção por trabalhar autônoma, eu sou autônoma dentro do meu serviço... porque eu não consigo... eu não consegui, na época em que eu tive a oportunidade e estava dentro de instituição, eu não consegui fazer a humanização como a gente aprende. Né? (ENFERMEIRA J., em entrevista concedida à autora em 07/01/2015).

Os enfermeiros estão imersos em uma categoria representativamente assalariada, a não ser em casos mais particulares. A opção pela especialização em saúde da mulher é uma das oportunidades para que as profissionais adquiram autonomia na atividade e na remuneração:

Recebo por parto... né? Se a gente atender parto a gente recebe, se a gente não atender, a gente não recebe. Tem a questão de você pagar o INSS que vai lhe dar direitos, se eventualmente, eu engravidar... vou ter minha licença maternidade, porque a gente é contribuinte (ENFERMEIRA J., em entrevista concedida à autora em 07/01/2015).

Segundo a enfermeira obstetra, desde que o serviço de parto domiciliar começou a ser ofertado na capital alagoana, tem crescido o número de mulheres com gestação de baixo risco que optam deixar o hospital e parir em casa:

Inicialmente era um parto a cada a três meses, aí foi pra um parto por mês, a gente atende 2 ou 3 partos por mês... e já tem mês que a gente faz 4 ou 5 partos. Né? Mês de novembro, é os meninos do Carnaval, né? Mês de Julho, agora, a gente já tá com 6 mulheres... pra ser atendidas no mês de Julho. E, tá assim, nessa média, né? Todo mês a gente já tem mais de um parto por mês. Tá tendo uma mobilização das mulheres, as mulheres estão procurando se informar. “Ah, tem parto domiciliar em Maceió? Nem sabia!”, né? Quando às vezes vê um relato de uma mulher que pariu em casa. Pra algumas mulheres isso é desconhecido. (ENFERMEIRA J., em entrevista concedida à autora em 07/01/2015)..

De acordo com a enfermeira J., o crescimento da demanda de atendimentos ocorre pelo próprio engajamento das mulheres com o atendimento que lhes foi prestado.

Eu acho que não é só apresentar o serviço, eu acho que quem mais contamina as mulheres são as próprias mulheres. Né? Então, a medida que a gente coloca que uma pariu em casa, e que a gente faz o relato... o relato da profissional, e elas têm acesso ao relato da própria mulher, então isso as encoraja também, faz com que elas acreditem que aquele corpo dela é perfeito, que aquela fisiologia vai acontecer, que aquele circular de cordão não vai impedir que aquele filho dela nasça, que aquele mecônio que aparece não é indicação de cesária, de urgência. Enfim, mulheres que contaminam as mulheres (ENFERMEIRA J., em entrevista concedida à autora em 07/01/2015).

Segundo a enfermeira obstétrica, desde que começou a atuar de modo autônomo, na casa das mulheres, sua qualidade de vida também melhorou:

Até nisso eu fui beneficiada. Porque tenho uma filha pequena, né? Eu pude até ter mais tempo pra ela. Hoje, eu ainda posso passar uma manhã inteira com ela, descansando com ela, ou mesmo trabalhando em casa, fazendo um contrato de serviço, ou alguma coisa assim, no computador, mas perto dela. E, normalmente, no outro horário, na parte da tarde pra a noite, é quando a gente se dispõe pra poder atender as visitas domiciliares. Consigo conciliar a minha família, com o meu lado profissional. Porque não adianta a gente trabalhar exaustivamente e, do meu ponto de vista, né, terceirizar os nossos filhos. Minha filha com 1 ano, eu trabalhava integral em outra cidade, trabalhava os dois horários, eu saía de 6h da manhã e voltava de 6h da noite, eu tinha que deixar minha filha, eu não tinha outra saída. Então, aí, quando eu faço essa opção pela minha autonomia eu organizo melhor os meus horários, dou uma melhor assistência às mulheres, pra não trabalhar exausta, pra não trabalhar estressada, né? (ENFERMEIRA J., em entrevista concedida à autora em 07/01/2015).

No entanto, para a enfermeira obstetra, o que a fez buscar trabalhar com partos domiciliares foi a oportunidade de atuar sem o constrangimento de outros profissionais que se punham em posição hierarquicamente superior, dentro dos hospitais:

E eu convidei essa colega, eu disse: “olha, vamos trazer o parto domiciliar para cá, para Maceió” e eu lembro da cara que ela fez. Como quem diz: “tá louca, isso é... como é isso, assim?”. Aí teve uma até que disse: “mas você acha que isso vai dar certo? cê acha que as mulheres aqui vão procurar por esse serviço?” Eu dizia “vai, minha gente...! Deixa elas conhecerem isso! Elas precisam conhecer! Isso é modelo no mundo! De humanização. A gente tem que trazer pro domicílio”. Dentro dos hospitais não tem como a gente fazer tudo isso que a gente se propõe a fazer, porque tem outros profissionais envolvidos (ENFERMEIRA J., em entrevista concedida à autora em 07/01/2015).

De fato, em vários países europeus, os partos domiciliares assistidos por enfermeiras obstétricas retornaram como uma possibilidade de tornar reduzir as cesarianas e os partos medicalizados. Patah e Malik (2011) fizeram um levantamento sobre os tipos de assistência ao parto mais realizados pelo mundo, chegando a conclusão de que Holanda e Grã Bretanha, ambas com número menor de cesarianas, são também as nações cuja assistência é mais centralizada na casa das mulheres do que nos outros países, e feita por parteiras ou enfermeiras obstétricas. No entanto, segundo a pesquisa, permanece em ritmo progressivo o aumento das cesarianas por todo o mundo, desde a década de 1970. No Brasil, pouco mais de 1% das mulheres têm parto domiciliar atualmente.

3.10 Proeminência da Tecnocracia

Freidson (1998) aponta como denominador comum na formação das profissões uma característica peculiar: a *expertise*. Segundo o autor, o profissionalismo surgiu para estabelecer uma diferenciação entre os que vivem do trabalho e tornam-se especialistas no que fazem, do trabalho considerado amador. A *expertise* é amparada na condição de que algumas funções precisam de treinamento prévio para realização de determinadas atividades. O obstetra A.S nos relata de forma crítica como os médicos atingem essa percepção:

A medicina ela começa a deixar com que o médico seja muito autossuficiente. A medicina faz com que o médico seja a peça principal do processo. Ele é o que dá a última palavra. Só que, para ele chegar a esse ponto aqui, toda a base dele tem que ser perfeita. Então, faço um procedimento e deu tudo certo. Todo mundo tem que estar lá, inclusive o paciente, para que isso aconteça. Hoje o médico acha que ele é sozinho. Ele não vê as outras pessoas. Ele acha que as outras pessoas são deles (OBSTETRA A. S., em entrevista concedida à autora em 07/01/2015).

Conquanto a medicina insiste em trazer para si o título uma ciência, Antunes (2006) rejeita a ideia da ciência que se transformaria em 'principal fonte produtiva', substituindo o valor-trabalho. Afinal, é preciso lembrar que mesmo a ciência não pode ser desvinculada de sua base social, que é a relação capital-trabalho.

No que diz respeito à saúde, a ciência não só foi utilizada ideologicamente para manutenção dos médicos no topo da hierarquia. Contraditoriamente suas práticas tornavam-se cada vez mais alienadas, ao operarem com uma ciência que se impulsionava pela agilização de serviço. Assim, a produtividade no setor de saúde gerou uma propulsão maior ao consumo de tecnologias, gerando uma relação dúbia com duas

possibilidades: a primeira trata-se de uma relação oposta entre o conhecimento e a a qualidade do atendimento; e, do outro, uma relação direta entre a aplicação do conhecimento e essa efetividade.

Para Ocké-Reis et.al (2005) os avanços obtidos pela mecanização não estabelecem uma fragmentação tal qual a industrial, tendo em vista que a especialização construída é extremamente complexa e não transforma trabalho qualificado em trabalho simples. Já o processo de inovação médico-industrial faz com que os insumos tecnológicos sejam cada vez mais necessários até mesmo na perspectiva biomédica, através do uso mais comum de aparelhos diagnósticos e terapêuticos. Problematicam os autores:

O modelo assistencial acentua tal incorporação, estimulando, por exemplo, a utilização indiscriminada da tomografia computadorizada e da imagem por ressonância magnética, em particular quando não há um controle rigoroso da eficácia, incorporação e utilização da tecnologia médica no sistema de saúde. (OCKÉ-REIS et al., 2005, p. 6).

De acordo com Pires (1998), até a década de 1940, no Brasil, ainda eram preponderantes o conhecimento médico em sua capacidade criativa e intuição. As ferramentas utilizadas tinham manejo simples: bisturis, pinças, estufas, esterilizadores, etc, raros exames laboratoriais e de raio-X. Os pacientes eram vistos de forma individualizada e os farmacêuticos ainda não eram industriais. Apenas depois dos anos 40, com desenvolvimento de técnicas de esterilização e controle de infecções, é que aumentam o número de cirurgias e de atendimentos em unidades de saúde .

Assim, com a chegada de mais equipamentos hospitalares e aparatos de saúde, o hospital concentra mais a formação acadêmica e passa a coexistir duas lógicas atreladas à tecnocracia: o trabalho independente e o trabalho coletivo. Assim também surge uma demanda propiciada a consumir o que há de mais inovador tecnologicamente, ainda que esse uso de tecnologias seja desnecessário. As tecnologias são tidas como elemento de competição no mercado dos planos de saúde, estimulando reações adversas. Os médicos, por sua vez, reproduzem e ensinam para os demais.

No que diz respeito a essa segurança nas práticas médicas, muito pode ser dito. O dominante modelo tecnocrático surgiu quando o modelo de produção fabril passou a ser aplicado na assistência à saúde de duas maneiras: tanto na divisão do trabalho forçada pela mercantilização da saúde, como nas influências diretas das

indústrias de equipamentos e de medicamentos. A criação de instrumentos, quando outrora justificavam seu diferencial diante das parteiras, ainda encontrava-se sob seus domínios. Ao tempo em que a hospitalização foi se consolidando, o exagerado uso das tecnologias passou abarcar e padronizar as práticas, fugindo ao controle dos profissionais e criando uma dependência extremamente latente.

O aporte tecnocrático que impulsionou o movimento da “oferta que cria a demanda”, é atualmente um dos grandes responsáveis pelo desenvolvimento das iatrogenias. Rozenfeld sublinha que as iatrogenias estão diretamente associadas ao uso de tecnologias e acredita que um sistema de vigilância das aplicações e procedimentos em saúde é necessário para um processo de saúde mais respaldado.

Foi a Medicina Baseada em Evidências, surgida no fim da década de 1970, que protagonizou esse papel, começando a propagar revisões sistemáticas de práticas, a fim de comprovar a eficácia e/ou os danos dos vários procedimentos realizados. Assim, enquanto a MBE refuta o uso da episiotomia, vemos médicos discursando a favor deste corte mutilador em *alguns* casos – o que favorece a manutenção dos altos índices:

Episiotomia... também é outra coisa que a gente tem evitado fazer... existem algumas situações muito particulares que a gente, de fato, precisa... são condições onde se não fizer vai lacerar o períneo da paciente todo! É uma coisa muito individualizada, a gente tem evitado demais, demais! Muito pouca gente hoje ainda faz de rotina (OBSTETRA H., em entrevista concedida à autora em 02/03/2015).

As indicações falsas para cesariana também são alvos de mitos bastante enraizados. Por exemplo, o mito da bacia estreita, que acredita que o tamanho da mulher já é um indicativo de que não terá abertura o suficiente para a saída do recém-nascido; o mito da obesidade:

A mulher de 1m45 [de altura] para baixo necessariamente tem que ser operatório, porque ela não tem pelve. O risco de cravamento do feto é enorme. Ela não tem bacia adequada. [...] Nesse ponto de cesariana, deixa eu explicar uma coisa a você que não é da área. Existe uma normativa preconizada pela OMS que em torno de 15% de cesarianas. Mas por exemplo, a americano tá em torno de 33, 1%. as mulheres americanas estão ficando obesas. Obesidade traz hipertensão, obesidade traz diabetes. Mulheres americanas estão gestando depois dos 35 anos de idade. Ou seja, o alto risco americano aumentou (OBSTETRA M.C., em entrevista concedida à autora em 24/02/2015).

Essa visão se projeta pela própria rejeição por parte de obstetras às atualizações dos estudos que dizem respeito a esses procedimentos. Conforme afirmam os obstetras M.C. e R.S:

Não tenho interesse. Ciência está escrita. Ciência você abre livro. Tem publicação sobre a medicina, tem texto.. mas eu não me adequo ao pensamento. O meu ainda é um pensamento um tanto quanto limpo ao aprendizado. Tem publicação sobre. Aprender é extremamente puro (OBSTETRA M. C., em entrevista concedida à autora em 24/02/2015).

Acho que o termo utilizado por essas pessoas...'medicina baseada em evidências'.. é um termo errado. A medicina sempre foi baseada na ciência, em se tratando de ser um trabalho que observa as estatísticas. Agora, esses profissionais que falam da Medicina Baseada em Evidências, nós dizemos até que são 'médicos de balcão'. Algumas coisas correspondem à realidade, outras não. (OBSTETRA R. S., em entrevista concedida à autora em 22/02/2015)

Nesse ponto, é reforçado o fato de que a prática médica, sobretudo no que diz respeito ao parto, está pouco orientada à ciência. Segundo Maia (2010) , pesquisas diversas comprovaram que os médicos atuam mais por “força do hábito” e não estão familiarizados com o termo “evidências científicas”. E a “força do hábito” traz à tona a crença de que tecnologia é sinônimo de progresso, e que o uso indiscriminado não é danoso. No entanto, alguns médicos possuem certa visão crítica com relação ao uso de tecnologias.

Eu sou da época da escuridão da obstetrícia, antes de ultrassom. A gente não realizava ultrassom. A gente não sabia o que era cardiotocografia, o exame que a gente faz antes do parto para avaliar os batimentos do feto, a atividade uterina. Sabia que existia mas não sabia a função, que elementos bioquímicos ele pode ter e se essa gravidez teria que interromper hoje ou se pode durar mais uma semana, duas ou três (OBSTETRA M.C., em entrevista concedida à autora em 24/02/2015).

As tecnologias são sempre bem vindas, mas vejo que tem alguns problemas. Por exemplo, o uso do doppler. Quando não tinha o doppler, não tínhamos como saber se o bebê nasceria com cordão enrolado ou não. E sempre nasceram bebês com cordão enrolado no pescoço. Depois do doppler, não pode ter um cordão enrolado que já é indicada a cirurgia cesariana (OBSTETRA R. S., em entrevista concedida à autora em 22/02/2015).

Instrumentalizados pelos ideais tecnocráticos, a classe médica também se ampara nesse conceito de *expertise* para manter a distinção dos demais profissionais e evitar concorrência. Ao perceber a ampliação e solidificação dos demais trabalhadores de saúde, terminaram por voltar-se contra eles em defesa da reserva de mercado. Uma

dessas investidas é a desqualificação da prática do parto domiciliar, sob a argumentação de que seria mais inseguro do que no hospital. O argumento que justifica tal “alerta” é antigo: as enfermeiras obstétricas ou parteiras que atendem a domicílio não dispunham de todo o aparato hospitalar necessário para o atendimento seguro, ou a visão equivocada de que a humanização é uma padronização do “não uso” de equipamentos necessários, o que desencadearia problemas no atendimento:

Essa palavra “humanizada” está errada. Eu fui a uma reunião para falar dessa falácia de parto humanizado ali na [casa de parto] Denilma Bulhões. Ai quando fui chamdo para falar eu disse “Olhem, todos os meus partos foram humanizados. Nunca fiz parto de égua. Parto humanizado é parto técnico e tudo mais é falacia. É ter recursos, UTI néo-natal. O resto é parto que vai complicar e se você complicar não tem para onde ir. (OBSTETRA M.C., em entrevista concedida à autora em 24/02/2015). .

Tal afirmação é equivocada, como nos explica a enfermeira obstétrica e parteira domiciliar J.:

Hoje mesmo eu vi um comentário, né, a gente atendeu um parto ontem, e num dos comentários colocou: “em 2015 tá se tendo parto em casa, eu acho totalmente desnecessário. É contar com a sorte e com Deus”, alguma coisa assim. Como quem diz: “que deu certo, que bom. Mas foi sorte”, né? “Poderia não ter dado”. Acha que é uma coisa assim, que a gente só chega lá com uma bacia e com um paninho embaixo do braço. A gente leva todo o aparato, né? A família mesma da gestante ficava olhando o material e dizendo: “olha, elas têm até torpedão de oxigênio! Então não precisa ir pro hospital!” Então, assim, realmente a maioria dos problemas podem ser resolvidos no domicílio, né? Inicialmente a gente tenta fazer todos os primeiros cuidados no domicílio, e, tendo a necessidade [de transferência ao hospital], isso é trabalhado com a mulher, sabendo do que está acontecendo, para qualquer eventualidade, qualquer necessidade, qualquer emergência, a gente poder contar e saber pra onde vai. (ENFERMEIRA J., em entrevista concedida à autora em 07/01/2015).

A solução visualizada pela classe médica é a criação de resoluções internas que, ao tempo em que retiram suas responsabilidades sobre danos causados a pessoas que buscam serviços de saúde, também reivindicam de volta a exclusividade de determinados procedimentos em nome de uma maior 'segurança' aos usuários da saúde. Segundo as enfermeiras, são poucos os médicos que aceitam ser chamados por mulheres que tentaram partos em casa:

A gente conta nos dedos: metade dos dedos das mãos! São médicos que a gente tem a confiabilidade mútua, tanto eu neles, quanto eles na equipe. Já hoje, também, eu recebi o contato de uma mulher que falou d'a gente pra um médico dela e ele super elogiou a nossa assistência, a equipe, o meu nome... e ela ficou super feliz porque ela sabe que tá tendo uma parceria do médico pré-natalista com a equipe que vai atender o parto, né? Então também isso gera na mulher uma autoconfiança, né? Faz com que ela... ajuda ela a se entregar no processo do parto (ENFERMEIRA J., em entrevista concedida à autora em 07/01/2015).

A enfermeira obstetra também desmonta a ideologia tecnocrática em sua característica mais evidente – o culto ao progresso sem qualquer crítica – ao esboçar como a atuação da enfermeira obstétrica atual é uma síntese entre a tradição da parteira e o uso criterioso de tecnologias a serviço de uma assistência baseada em evidências.

É um resgate? É. É uma coisa antiga? É. É necessário? É. Porque eu digo, tudo que é da natureza, minha gente, tende a fluir. Tende a ter seu êxito, tende a ser comprovado de que aquilo é o melhor. Então, o parto em casa ele é um parto natural, a gente não faz intervenção de forma nenhuma, a gente não faz puxo dirigido, a gente não faz a mulher ficar fazendo força, né? Essa mulher fica livre pra fazer os movimentos dela, e parir onde ela desejar. Então, é... o pessoal julga ser do tempo das cavernas. É um resgate, mas é um resgate mais elaborado. Eu adoro ser intitulada de parteira, mas, assim, não somos uma parteira tradicional (...) Tenho estudado bastante como é essa parteira tradicional, pra trazer um pouquinho dessa tradição pra o meu exercício, né? Porém, eu tenho uma formação, eu sou enfermeira obstetra, né? E tenho essa capacitação em parteria urbana, né? Então, eu digo é uma coisa assim, mais elaborada. É um resgate mais elaborado. A gente traz pra dentro do domicílio aspirador, se for necessário, nunca usei, tem mais de 30 partos que a gente assistiu em casa e nunca usei o meu aspirador, mas eu levo! Tenho torpedo de oxigênio, tenho material de sutura, tenhoambu (...) somos capacitados pra fazer uma reanimação neonatal, caso haja necessidade. Somos capacitados a fazer uma contenção de hemorragia na mulher, porque dentro das complicações de pós-parto, a hemorragia é a primeira. Então, a gente tem condições de tratar esse quadro de hemorragia. Enfim, a gente está bem habilitado a dar assistência ao bebê. Agora, eu digo, é uma coisa mais elaborada. (ENFERMEIRA J., em entrevista concedida à autora 07/01/2015).

De fato, desde a faculdade estudantes associam o modelo de humanização a um 'retrocesso' e não concebem que, existindo as “inovadoras” ocitocina ou analgesia, elas não sejam empregadas. Por fim, a ausência de uma educação continuada retira dos médicos a responsabilidade de atualizar os conhecimentos. Resulta então que a medicina obstétrica, após décadas de prática e ensino de uma obstetrícia cirúrgica e medicalizante, termina por formar cada vez mais novos médicos que já não assistem mais parto normal por um motivo anterior à desmotivação: porque simplesmente não sabem como fazê-lo. Essa simplificação do trabalho em decorrência da dependência ao

vínculo tecnológico remete-nos a pensar que, nestas circunstâncias, a subsunção formal vai se transformando em uma subsunção real ao capital. Em 2001, o Ministério da Saúde já reconhecia essa progressiva incapacitação médica:

Após anos desta prática, instituiu-se uma cultura pró-cesárea na população em geral e entre os médicos. Como consequência, parte importante dos obstetras não se encontra suficientemente motivada, e até mesmo capacitada, para o acompanhamento ao parto normal. Por sua vez, em uma relação médico-paciente assimétrica, as mulheres têm dificuldade em participar da decisão do tipo de parto, sentido-se menos capacitadas para escolher e fazer valer seus desejos frente às "questões técnicas" levantadas pelos médicos (BRASIL, 2001, p. 19).

Por outro lado, o desenho do complexo médico-hospitalar industrial estimula, conforme reforça Waitzkin (1980), a cultura de *valorização da doença*. Ao que observamos na disseminação de conhecimentos obstétricos, essa valorização é repleta de distinções entre o que torna-se produtivo ou não, o que está mais voltado ao consumo de tecnologias ou não. Um exemplo são os próprios congressos. Observemos a experiência do obstetra M.C, ao ser convidado para efetuar uma palestra sobre a doença a qual estuda, denominada Mola Hidatiforme DTG, onde 95% das mulheres atingidas encontram-se em condição de miséria.

Me pediram para apresentar cinco slides sobre esse assunto e eu disse: vou não. Primeiro que é uma patologia de pobre. Quem gosta de pobre? O povo gosta de rico. Uma pobre diaba dessas e você vai estudar coisa que só dá em pobre? Isso é coisa de maluco? Então queriam me dar só 10 minutos. Como vou conceituar algo tão complexo em 10 minutos? Então disse procure outro para aparecer. Às vezes faço seminários de três horas sobre esse assunto e não esgota, porque além de tudo ainda não tem explicação científica que esclareça porque só acontece com mulheres pobres (OBSTETRA M.C., em entrevista concedida à autora em 24/02/2015).

Constatamos, portanto, que enquanto os médicos se aproximam das inovações de insumos de produção de saúde, e apreendem novas técnicas para trabalhar com gravidezes patológicas, essas apresentações se dão de maneira bastante seletiva. Por conseguinte, à visão patológica, a especialização médica e as intervenções de alta tecnologia substituem a promoção à saúde e da clínica básica sob perspectiva mais abrangente. De acordo com os professores de medicina e estudante entrevistadas, os currículos acadêmicos atuais da Universidade Federal de Alagoas têm se voltado

atualmente para uma medicina mais generalista, com um enfoque maior às disciplinas que envolvem Saúde e Sociedade, o que gera uma polêmica entre os estudantes:

Aumentaram para oito períodos de Saúde e Sociedade, o que gerou grande polêmica, porque a maioria não gostava muito e acabou sendo muito repetitivo. Na prática, chegamos a fazer visitas com agentes de saúde e trabalhar com estatísticas (RESIDENTE A. C., em entrevista concedida à autora em 26/01/2015).

Assim, de acordo com a aluna, são outras condicionantes levadas em conta no momento de escolha de uma área específica em detrimento da clínica geral. Como define a residente A.C:

Peguei o novo currículo da Ufal, que implementou uma visão mais holística. Só que a especialização sempre é levada como prioridade, porque todos sabem a importância de buscar uma especialização em detrimento do segmento mais generalista. Principalmente em decorrência da desvalorização do médico hoje, com todos esses programas Mais Médicos, com os cubanos. Todos pensam em ter um consultório e acham que PSF é mesmo sem futuro. Daí dentro das especializações, a hierarquia de escolhas é sempre levada em conta pelo mercado de trabalho mesmo, que leva a profissões como neurocirurgia, ortopedia ou dermatologia. (RESIDENTE A. C., em entrevista concedida à autora em 26/01/2015).

O distanciamento com a realidade social também é um fato mencionado por estudantes, o que expõe como a remuneração torna-se central no trabalho, e a especialização é um requisito para suprir essa centralidade. De acordo com a residente A.C, tal entendimento se deu a partir do momento em que começou a atuar no Programa Saúde da Família (PSF):

Quando estagiei no PSF a gente vê a diferença entre teoria e prática. Vê como as pessoas são desinformadas. Na teoria você está com papel e roteiro para seguir. Na prática, nossa conduta se adapta ao que tem no hospital (RESIDENTE A. C., em entrevista concedida à autora em 26/01/2015)

Outras adaptações são necessárias para os estudantes que aprendem a obstetrícia. De acordo com a estudante, após três meses de aprendizado sobre saúde da mulher, com ênfase em doenças ocasionadas durante a gravidez, os alunos são inseridos nas maternidades para acompanharem e aprenderem a atuar:

E então entramos na prática, onde passamos 6 meses em uma maternidade escola, em plantão duas vezes por semana, cada plantão de 12 horas. Basicamente somos 'jogados' lá. Até então, não tínhamos nenhuma noção de como é o parto. Aprendemos tudo lá (RESIDENTE A. C., em entrevista concedida à autora em 26/01/2015).

O obstetra A.S, expõe como seu aprendizado na obstetrícia se deu a partir das experiências no estágio:

Eu aprendi mais na época de estudante, como médico de hospitais do que na própria universidade, em relação a isso. A obstetrícia que a gente faz, o estágio curricular... nós tínhamos em um ano, que fazer 4 ou 5 áreas: pediatria, teoria médica, cirúrgica, estágio rural e a obstetrícia. Então, o básico era isso aí [...]. Então a gente passava a história de um pra o outro: a gente passava pra o estudante, e o mais velho ensinava pra o mais novo e assim por diante. Tinha algumas intercorrências, que hoje são consideradas abusivas, que eram totalmente normais... toda paciente que chegava na maternidade, em trabalho de parto, a gente fazia tricotomia, lavagem, e toda prima ingestas fazia episiotomia. Isso era regra total (OBSTETRA A. S., em entrevista concedida à autora em 07/01/2015).

Vemos assim como os aprendizados a respeito do parto são determinados muito mais pelas exigências da rotina diária, e pelo conhecimento adquirido na relação mestre-aprendiz, do que por uma discussão e aprendizagem crítica das práticas, operando-se assim uma grave repetição da violência praticada nos hospitais, ainda que desta vez se adote o discurso “técnico”. Milena nos relata mais sobre essa situação, ao ter parido em meio a médica e estudantes:

Meu primeiro parto foi uma aula de medicina, que a médica ficou muito chateada porque eu pari muito rápido e não deu tempo de fazer o fórceps. Porque o neném já tava saindo. Aí ela disse: “não vai dar pra usar o fórceps, porque ela já pariu o neném...” (MILENA, em entrevista concedida à autora em 06/08/2014).

Vejamos como as estudantes recebem as informações sobre os procedimentos e até que ponto compreendem o que estão praticando na fala de uma estudante:

A.C - Na sala de pré-parto, é colocado o soro com ocitocina (sintética). E a partir do momento em que se coloca o soro, aí a monitoração fica mais contínua.

W – E qual o critério para o uso do soro?

A.C - O soro serve para agilizar, mas não sabemos qual o critério. Não nos foi explicado qual é o caso em que se deve colocar. Sabemos que ele agiliza, e o colocamos

W – E a litotomia? Eles ensinam por que ou quais critérios? E os riscos?

A.C. - Não nos explicam por que ela tem que ficar deitada. Explicam como fazer, mas não o por quê. Acredito que para ter mais segurança (RESIDENTE A. C., em entrevista concedida à autora em 26/01/2015).

A falta de criticidade substituída pela reprodução de uma técnica já considerada violenta convive com os vários discursos de segurança aprendidos dentro da faculdade. Já no que diz respeito ao modo de organização do trabalho, a obstetrícia, enquanto setor de 'aprendizado' passava a ser lócus privilegiado para a difusão do modelo tecnocrático. Ao realizar um estudo sobre o modelo obstétrico do século XIX, a antropóloga Martin (2006) pôs-se a inspecionar documentos médicos e constatou que os textos escritos à época referiam-se ao corpo feminino, em suas mais diversas fases, a uma produção fabril. Neste ponto, a mulher tem posição dupla: ora é a máquina que auxilia involuntariamente no processo de “produção”, ora é justamente o equipamento danificado que atrapalha o nascimento dos bebês perfeitos. Era a justificativa ideal para que os médicos intervissem a fim de 'consertar' o equipamento e estabelecer normalidade ao processo.

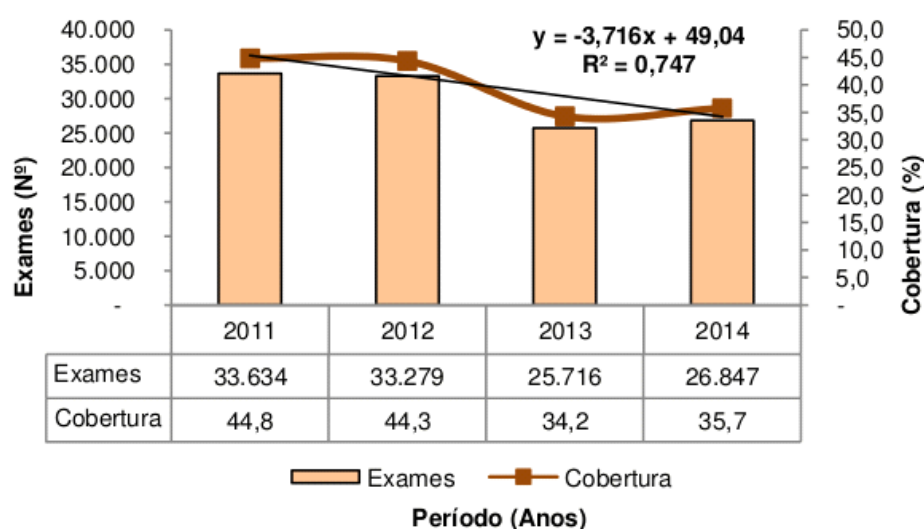
Não se trata de metáforas, apenas. A “ciência” que se enraizava à época era a formalização de um processo de trabalho. O modelo tecnocrático se firmava na organização do trabalho voltado ao atendimento por produção: o corpo visto como máquina; o médico como mecânico. Com o parcelamento das especialidades, o homem também passa a ser fragmentado em órgãos, o que se mistura a um modelo positivista de compreensão das patologias. Aplicado à gestante, a mulher é eliminada como sujeito, e o corpo inteiro, no caso da obstetrícia, reduzido a uma parte: o útero. As influências emocionais e de opressão pelo ambiente - que, hoje, sabidamente são conhecidas como determinantes para a fluidez do parto -, eram (e são) absolutamente desconsideradas. As práticas de rotina são padronizadas, e a assistência hospitalar a partos é, por fim, moldada segundo a organização de trabalho de uma linha de montagem taylorista, cujas categorias de tempo e movimento passam moldar a organização do trabalho e a serem patologizadas.

Além do mais, os velhos procedimentos que provocam iatrogenias, hoje consideradas também violência obstétrica, se fazem presente: o constante deslocamento da mulher em espaços distintos da maternidade, segundo as fases do processo de parturição; o intenso aparato tecnológico e fármaco-químico; a obrigatoriedade de que ela se deite, aumentando as dores e a dificuldade de parir mas favorecendo a

visualização e o controle do médico; e, por fim, o “efeito cascata” que culmina um parto vaginal traumático pelo excesso de intervenções, ou uma cesariana (Maia, 2010)

Essa dualidade de intervenções que traz excessos de equipamentos tecnológicos no setor privado, também é responsável pela falta de material essencial em hospitais públicos cada vez mais precários. O pré-natal, por exemplo, ainda é um problema grave no Estado, também em decorrência da precária disponibilização de equipamentos para exames. O boletim epidemiológico do DataSUS, datado de fevereiro de 2015, aponta que o SUS ofertou exames de ultrassonografia para apenas 35,7% das mulheres que recorrem ao sistema público em 2014. Já a ultrassonografia com doppler teve ainda menos abrangência, com apenas 4,8%. Dos 51 municípios alagoanos, apenas as cidades de Ibateguara e Batalha oferecem mais exames do que o necessário.

Gráfico 01 – Quantitativo, cobertura e tendência da realização de ultrassonografias obstétricas entre gestantes alagoanas, 2011-2014.



Fonte: Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas.

Assim, os profissionais reclamam cada vez mais da defasagem de alguns equipamentos e da falta de alguns instrumentos básicos. Segundo a obstetra H.:

De mil novecentos e antigamente é o sonar, d'a gente, aquele aparelhinho que a gente ausculta o bebezinho. Todos extremamente antigos, com defeito... Tem um aparelho extremamente fundamental pr'a gente lá na maternidade, que se chama cardiotocógrafo, que avalia os batimentos do bebezinho durante 20 minutos: o aparelho 'tá quebrado há séculos! É uma ferramenta indispensável pra a gente. Tem uma coisa que se chama amiu: uma aspiração manual, quando a paciente tem aborto, ou quando tem uma coisa chamado de mola [hidatiforme]... as meninas pedem pra que o hospital compre, e nunca é providenciado. É menos agressivo para a paciente. O risco de ela ter qualquer lesão uterina é muito menor, e a gente fica trabalhando com um instrumental de ferro de 1.300 anos atrás, que a gente sabe que tem coisa que tecnologicamente já avançaram muito e, infelizmente, a gente não tem acesso. (OBSTETRA H., em entrevista concedida à autora em 02/03/2015).

Ainda segundo a obstetra, duas maternidades têm estrutura mais diferenciada para atendimento das mulheres:

As únicas que funcionam numa situação um pouquinho diferentes são a Maternidade Nossa Senhora da Guia e a Maternidade do Hospital do Açúcar porque são... oferecem serviços públicos, com a gestão, com a visão privada, e aí a coisa funciona diferente, funciona como empresa. E, aí, a coisa caminha direitinho [...] (OBSTETRA H., em entrevista concedida à autora em 02/03/2015).

Aqui vemos a visão da obstetra H de que os serviços privados possuem uma organização empresarial e, portanto, mais eficiente. A questão é que, diante dessa totalidade de determinações, como podemos acreditar que “caminhar direitinho” depende da administração interior de uma unidade, como se esta fosse isolada da sociedade? Diante da realidade presenciada nas maternidades que, como poderemos verificar, emergem em situações cada vez mais calamitosas, como ficam esses propagados preceitos humanizantes?

3.11 A Situação Estrutural das Maternidades em Alagoas

Em um dia padrão na maternidade do Hospital Universitário, a obstetra H nos relata como são organizadas as atividades da instituição a fim de melhorar o atendimento. Começa com a recepção feita por enfermeira, que realiza classificação de

risco. Em seguida, as gestantes são postas em atendimento por ordem de urgência, começando pelas mulheres que se encontram em situação mais grave.

Em seguida, de acordo com a obstetra, as pacientes são postas no pré-parto, onde permanecem com o quadro de saúde sob vigilância e, em caso de intercorrências, a enfermeira comunica à médica, que decide pelo procedimento a ser feito. Além do mais, as técnicas de enfermagem ficam responsáveis pela administração de medicamentos e cuidados gerais com a mulher, como banho. Entretanto, segundo os médicos, a falta de profissionais no setor da maternidade compromete uma das premissas para a humanização do parto: a formação de uma equipe multidisciplinar. Assim, a médica lamenta a falta de fisioterapeutas, e o fato de que só há uma assistente social e uma psicóloga para atender toda a demanda do hospital.

Apesar destas faltas, a obstetra H. afirma que a situação da maternidade melhorou bastante se comparada à situação anterior, dada a melhor organização dos processos, e a realização de reuniões que determinou como se distribuiria a clientela a partir da situação de risco.

Tem o setor de hotelaria, que também foi o grande avanço da nossa maternidade, que eles fazem trocas dos lençóis, é... levam toalhas, batas, deixam tudo limpinho, tudo organizado... tem o pessoal da limpeza, que deixa tudo organizadíssimo, limpíssimo, tudo como deveria ficar mesmo! (OBSTETRA H., em entrevista concedida à autora em 02/03/2015).

Já na Maternidade Escola Nossa Senhora da Guia, que atende por PPP, e é considerada referência em humanização, sobretudo pela presença de equipe multidisciplinar, o tratamento dispensado humanizado às mulheres não se revela como uma prática tão generalizada. A começar pela própria organização onde a gestante passa por cada “processo do parto” em um espaço diferente: triagem, observação, pré-parto, centro cirúrgico, pós-parto e enfermagem. Na triagem, são feitos os exames de cardiotocografia e as contrações são contadas para avaliar se os ritmos denotam um trabalho de parto avançado. Em seguida, a mulher é submetida a um toque e passada para a sala de observação. Se não estiver em trabalho de parto, é orientada a voltar para casa. No entanto, caso seja moradora do interior do estado, e não tiver para onde ir é conduzida à observação, onde são feitos exames de toque de duas em duas horas. Segundo a residente A.C, a mulher tem liberdade para caminhar, no entanto, tal liberdade é condicionada ao espaço que é bastante limitado naquelas instalações.

Por fim, a mulher é posta no pré-parto, onde é colocado o soro com ocitocina sintética e, quando o bebê está coroadando, a gestante é então encaminhada à sala de macas, onde tem uma cama ginecológica em que a mulher é colocada em posição de litotomia, deitada de barriga para cima com as pernas presas sobre os estribos. A depender do médico, é feita a episiotomia: “Se o médico é mais paciente, ele espera e não faz. Mas se não, ele faz” (RESIDENTE A. C., em entrevista concedida à autora em 26/01/2015).

Mas não é só de dias típicos que vivem as rotinas das maternidades. Como veremos adiante, são bastantes comuns os dias em que até mesmo essas “normalidades” - sejam elas mais afeitas à humanização, ou mais violentas e relativas à conduta individual de cada médico – são tratoradas pela intensificação gerada pelas superlotações.

Alagoas tem 15 maternidades que atendem atualmente pelo Sistema Único de Saúde, seis delas na capital e apenas 9 distribuídas pelos 51 municípios do Estado. Em Maceió, atendem pelo SUS as maternidades: Santa Mônica, Nossa Senhora de Fátima, Nossa Senhora da Guia, Hospital Santo Antônio, Hospital do Açúcar e Hospital Universitário. Enquanto Nossa Senhora da Guia, Nossa Senhora de Fátima, Santo Antônio e Hospital do Açúcar, são instituições privadas oriundas de parcerias público-privadas, figuram como maternidades estatais duas maternidades-escolas: Santa Mônica – vinculada à Uncisal; e Hospital Universitário – vinculado à UFAL. As maternidades privadas, que não atendem pelo SUS, são quatro atualmente: Hospital Unimed, Santa Casa de Misericórdia (que é propriedade da Nossa Senhora da Guia), Hapvida e Memorial Arthur Ramos.

A primeira grande dificuldade, portanto, já está evidenciada pelos dados acima. A falta de leitos no interior do estado gera uma concentração de gestantes nas instituições da capital, resultando em quadros de superlotação e, por fim, em situações de calamidade para mulheres que buscam as maternidades e precisam peregrinar. Assim, sofrer intervenções parece ser uma situação completamente secundária quando contraposta à realidade em que o fato de serem atendidas já é um “padrão ouro” para quem precisou seguir em duas, três ou quatro maternidades em pleno trabalho de parto.

Assim, os procedimentos de aceleração ao parto, sobretudo em hospitais-escola, onde os médicos são assalariados, deve-se menos à produtividade ligada à remuneração e muito mais a uma necessidade anterior e mais urgente: conseguir atender

toda a demanda. E assim é feito o atendimento. Vejamos como a obstetra H. vivencia essa situação:

Tudo se torna muito difícil pro paciente. E muitas vezes a gente quer oferecer... é angustiante: a gente sai, viaja, vai pr'um congresso, vê tudo de diferente que está se obtendo, dos aperfeiçoamentos que estão sendo dados, as evoluções das medicações, dos procedimentos, e que a gente fica barrado... é... falta insumo, falta mecanização, falta vaga...! [...] A colega 'tava dizendo que ontem à noite recebeu uma ligação porque não tinha mais onde colocar as pacientes e pedia-se a chave do almoxarifado pra pegar um colchão, pra colocar a paciente no chão! Então, assim, é muito triste, é desumano... é você não poder oferecer o mínimo pra uma pessoa ser tratada com dignidade (OBSTETRA H., em entrevista concedida à autora em 02/03/2015).

Nas palavras do obstetra R. S.:

Aumenta a nossa agilização porque você tem poucos leitos e tem que desafogar sempre as maternidades. Então você acaba também baixando a qualidade do serviço porque preza por terminar mais rápido, já que tem várias outras gestantes esperando atendimento também (OBSTETRA R. S., em entrevista concedida à autora em 22/02/2015).

São comuns e extensamente conhecidas as situações de superlotações nas maternidades, em decorrência da redução dos leitos em todo o estado. O que pouco nos foi esclarecido foi a motivação da estagnação – e até mesmo redução – dos leitos em proporção inversa ao crescimento populacional.

A organização dessa rotina hospitalar não depende, entretanto, apenas da administração do próprio Hospital Universitário. Se alguma maternidade da capital é fechada ou lotada, todas as outras terminam sobrecarregadas pela demanda de mulheres advindas do interior e da própria cidade de Maceió.

Hoje, a demanda aumentou muito! A população cresceu, a quantidade de maternidades que tem no nosso estado, é a mesma quantidade que tinha há, pelo menos, 30 ou 40 anos atrás... Imagina quanto a população não cresceu em 30 anos...?! Então, a população cresceu e as maternidades não acompanharam esse crescimento. Se antes ia gente para a [maternidade] Paulo Neto, e a Paulo Neto fechou...! O Hospital do Açúcar tinha fechado, reabriu depois de muita pressão...! Nê, de Ministério, de Secretaria... reabriu! Abriu a Nossa Senhora da Guia, que acabou substituindo a demanda que era da Paulo Neto, é... aí, tinha a São Rafael, que fechou! E, por aí, foi caminhando...! A São Sebastião, que ainda atendia demandas SUS também fechou! E aí a gente ficou restrito ao que a gente já tinha, ou talvez até menos... numa população que aumentou! (OBSTETRA H., em entrevista concedida à autora em 02/03/2015)..

O fechamento das maternidades e a cada vez maior redução do número de leitos é o mais grave problema enfrentado pelo sistema obstétrico do Estado. No momento em que ocorria a entrevista, a cidade enfrentava mais um fechamento da maternidade Santa Mônica, de modo a serem todas as mulheres encaminhadas para o HU, resultando no seguinte quadro:

Ontem, só tínhamos dois colegas de plantão durante o dia, com o nosso pré-parto, e são 12 leitos. A gente estava, vamos lá: a gente estava com 26 pacientes no pré-parto, onde só cabiam 12... e a triagem onde tem três macas pra gente examinar as pacientes. Então, não são macas para ficar ocupadas... tinham... cinco pacientes internadas dentro da triagem. Ou seja: onde só era pra ter 12, a gente tinha 31 pacientes ontem! É... e com dois colegas trabalhando...! Então, se a gente assumir uma demanda toda da Santa Mônica, o justo seria que toda a equipe da Santa Mônica viesse ajudar enquanto a instalação no Hospital do Açúcar não fica pronta... e é... A gente continua atendendo toda a demanda sozinhos... Para atender todas essas pacientes, fazer medicação, tudo, tinha duas técnicas de enfermagem no pré-parto, e uma técnica na triagem... (OBSTETRA H., em entrevista concedida à autora em 02/03/2015).

Ao questionarmos como os profissionais conseguiram lidar com toda a situação, a obstetra H. explica:

Vai falhar a assistência? Com certeza! Vai ficar paciente sem medicação? Com certeza! De repente, no meio desse tumulto, pode ser que morra algum bebê? Pode! Porque humanamente é impossível você prestar assistência. E assim... e chegando paciente. Porque a triagem está de portas abertas: a gente não pode fechar a triagem. Então, você não tem condições de negar [atendimento] nem a quem está chegando, a quem já está internado, então fica aquele tumulto, porque, imagine, familiar de todos essas pacientes...! Então... é... hoje, eu digo a você, que é caótico, é desesperador! Falhas na assistência, com certeza vão acontecer. Futuramente, podem ser que problemas possam aparecer, né? Com certeza! De repente, paciente vir questionar judicialmente que era para ter sido operada, mas a cirurgia demorou, o menino nasceu doente... A gente está funcionando com uma sala de cesárea! (OBSTETRA H., em entrevista concedida à autora em 02/03/2015).

Já o obstetra A.S afirmou ter decidido deixar o trabalho na maternidade em decorrência das precárias condições para que trabalhasse com humanização:

Hoje deixei a maternidade, também, por causa das condições, com muita dor. Por causa das condições de trabalho. O descaso com as pacientes era maior... depois que a Santa Mônica passou pelo HU, ficou lá um tempo, a gente começou a ter uma desumanização: as pacientes em trabalho de parto sentadas numa cadeira, porque não tinha lugar onde botar vocês. Vocês que tinham um menino, que criam seus filhos e... não tinham lugar nem pra botar, não sabia

onde ficaria. Entendeu? Então, começou a se ter as pacientes como objetos... não foram tratadas, entendeu? E isso me deixava muito angustiado, chegava no plantão, chegava angustiado. [...] O que eu não gosto na minha profissão é o descaso. O que dói pra mim é ver uma pessoa que eu posso fazer alguma coisa e não poder fazer. É o que tava acontecendo comigo na Universidade. É você ir pra um local só pra fazer de conta que cê trabalha lá. Como você fazer alguma coisa por alguém sem poder fazer. Isso me deixa, eu não consigo (OBSTETRA A.S., em entrevista concedida à autora 07/01/2015).

As falas da obstetra expunham como os problemas das maternidades não podem ser desconectados do sistema de saúde como um todo. Uma outra situação exposta pela profissional evidencia a conexão necessária do sistema de saúde: a negação de atendimento por parte das ambulâncias do Serviço de Ambulatório Móvel de Urgência (SAMU). Nesse caso, segundo os profissionais, uma paciente foi operada por volta das 11 horas e precisava de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) para ficar entubada, não havia vaga na UTI do Hospital Universitário. Foi então que os profissionais buscaram o serviço de regulação de leitos da capital, o CORA, para que lhes indicasse um leito de UTI, o que, segundo a obstetra H, só foi facilitado em decorrência da visita do Ministério Público Federal no lugar. No entanto, ao ligarem para o SAMU, receberam a resposta de que a ambulância não era orientada a sair para transferência de uma maternidade a outra, apenas com “serviços na rua”. Assim, a paciente precisou ocupar a sala de cirurgia durante mais de duas horas e meia, enquanto três outras mulheres também em estado grave aguardavam a liberação da ala para procedimento cirúrgico.

Toda a maternidade ficou paralisada das 12h até 14h30, quando então, por intermédio do Ministério Público, o Samu foi até o local e finalmente efetuou a transferência.

Aí operamos todo mundo! Mas, desanda todo o serviço [...] se chegar uma paciente nova, muito mais grave do que as que estão esperando, ela vai passar na frente. E aquelas vão ficando... e só com uma funcionária dentro do centro obstétrico para dar conta de tudo! Então, assim... com certeza a falta de pessoal atrapalha o serviço, a falta de estrutura atrapalha o serviço... a falta de leitos atrapalha o serviço... desanda todo! (OBSTETRA H., em entrevista concedida à autora em 02/03/2015).

Do mesmo modo, a Lei do Acompanhante também fica totalmente limitada a mais uma entre as demais que são solenemente ignoradas pela condição real de

assistência. No entanto, mais uma vez, médicos recaem na crítica à própria obrigatoriedade do acompanhante. Foi o que encontramos na fala do obstetra R. S.:

Muitas vezes o que atrapalha é o acompanhante, na verdade. Que tem gente que não tem perfil ou controle emocional, e aí isso acaba que atrapalhando a assistência. Além do mais, muitas vezes, a gestante está lá na hora da dor, e tendo vários acompanhantes para as várias gestantes na mesma sala, acaba atrapalhando a privacidade. A mulher que está com aquela dor, muitas vezes não quer nem saber de usar roupa, e com acompanhantes de outras gestantes no mesmo lugar, fica muito complicado. Então o ideal é que a estrutura tivesse um espaço isolado para cada gestante, o que não tem (OBSTETRA R. S., em entrevista concedida à autora em 22/02/2015).

Assim, apesar da assistência humanizada ser uma política já relativamente difundida, ser uma demanda de movimentos feministas há décadas, estar alinhada às evidências científicas, ser fundamentada em um diagnóstico de situação – com dados concretos sobre complicações na saúde e morbimortalidade da mulher e do bebê advindas de procedimentos excessivos – ainda assim, o trabalho 'humanizado', que traz de volta a condição de protagonismo às mulheres, e o direito a um nascimento respeitoso, vêm de encontro à própria demanda de atividade subsumida à produção de capital. O que se pode esperar de uma condição de trabalho estruturalmente montada para serviços rápidos?

Portanto, reconhecer os vários fatores estruturais determinantes para o modelo de parto é esboçarmos quais as causas para que médicos atuem em condições de dupla terceirização, assim como as causas de um pagamento por procedimento e de um sistema de saúde que, apresentando tal sintomática, não pode cuidar das mulheres de outro modo que não através da objetificação e da violência. Cumpre-nos reconhecer que implantar uma assistência humanizada requer, para além de efeitos éticos, uma mudança na situação de trabalho dos profissionais. No entanto, se para Maia (2010), a organização do trabalho é constituinte de um *ethos*, o que toda a história e o modo de produção capitalista nos mostra é o contrário: o *ethos* é, na verdade, condicionado por toda a materialidade onde se desenvolveu essa organização de trabalho.

Sennet (2009), ao discorrer sobre como o ambiente do trabalho no capitalismo influencia nas narrativas de vida dos indivíduos, atribui a superficialidade degradante, entre outras coisas, à desorganização do tempo, que culmina em satisfações adiadas em nome de uma autodisciplina. Com o desenvolvimento do trabalho de equipe, surgem os requerimentos por sensibilidade ou “aptidões delicadas” e um

comportamento do “manter-se juntos”, ainda que superficialmente. A questão a se pensar é que, do alto do *status hierárquico* médico, utilizando paradigmas tecnicistas e sofrendo a exigência de intensificação no número de atendimentos, quão desfavorável se torna lidar com o evento de tempo desgovernado do nascimento (sem intervenções), materializado nas mulheres que buscam os hospitais para parir?

4 AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE “HUMANIZAÇÃO” NA SAÚDE E NO PARTO: PARTICIPAÇÃO DO ESTADO E REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA

Segundo o Ministério da Saúde (2012), três milhões de pessoas nascem por ano no Brasil. Desse total, mais de 53% vêm ao mundo por via cirúrgica. Em hospitais particulares, o número chega a 94%, enquanto a OMS (2009) preconiza um máximo aceitável de 15%. Os demais casos são indicações desnecessárias, o que implica em três vezes mais risco de mortalidade, segundo o órgão. Leão (2012) aponta o paradoxo de adoecimento e morte por excesso de cesarianas em espaços privados e adoecimento e morte por partos vaginais com excessivas intervenções em espaços públicos. Essa dualidade expõe mais uma característica da divisão de classes: embora no que diz respeito à saúde reprodutiva, a subsunção das mulheres perpassasse todas as classes, há distinções bastante claras a respeito do tipo de violência a qual elas são submetidas em cada uma delas.

Tal constatação não só expunha o problema de saúde pública -um entre tantos outros – que surge a partir do nascimento, como desconstrói a ideia de que o trabalho médico cotidiano é necessariamente alinhado à ciência.

Como vimos nas seções anteriores, a constatação desses fatos a partir da década de 1970 provocou o surgimento de um movimento internacional que reivindica o uso apropriado das tecnologias no nascimento, identificado como Medicina Baseada em Evidências. Diniz (2005) afirma que trabalhadores críticos da saúde hegemônica, aliados às várias versões de movimentos feministas que se ativeram à violência institucional contra as mulheres no hospital, tiveram papel central nas reivindicações desde a década de 1950, culminando na criação de centros de saúde feministas e Coletivos de Saúde das Mulheres. Ainda segundo Diniz (2005), foram também as militantes feministas que redefiniram a assistência à mulher sob a exigência de direitos reprodutivos e sexuais como direitos humanos, propondo, por fim, uma assistência

baseada em direitos e refutando aquela ideia de “binômio mãe-bebê”. No que diz respeito aos direitos no parto, os movimentos brasileiros utilizam-se do termo recorrente da 'humanização', ao acrescentarem que “parto normal” não é o bastante. É preciso que a assistência seja respeitosa e baseada em evidências, ao invés de “rituais” de consumo de medicamentos e tecnologias.

Mundialmente, foi apenas a partir da década de 1970 que o Estado passou a apoiar e incentivar estudos que reivindicassem um uso mais criterioso das tecnologias na saúde. O parto, processo fisiológico que se tornou intensamente medicalizado, foi uma das bandeiras principais. Essas políticas disseminadas pela OMS foram acatadas pelos países que viam nela, além das melhorias de qualidade no nascimento, uma economia mais sustentável de medicamentos e equipamentos.

No Brasil, a abertura do Estado para os cuidados com as gestantes se deu a partir de um foco aos recém-nascidos, ainda na década de 1920, a fim de reforçar o aumento populacional e não comprometer a economia do país. Como podemos constatar com Pires (1998), essa preocupação se dava concomitante às primeiras políticas públicas que tinham como foco o saneamento. A finalidade, segundo a autora, era inserir o Brasil no comércio mundial, mantendo trabalhadores e trabalhadoras em condição de atuação. Era tamanha a renegação dos direitos da mulher à época, que o próprio Estado as culpabilizava pela mortalidade infantil, atribuindo-lhes a responsabilidade por serem mulheres “desnutridas, sífilíticas e alcoólatras” (BRASIL, 2001, p. 12).

A partir da década de 1980, porém, o Estado volta-se ao problema dos nascimentos no Brasil colocando na berlinda outros atores: os profissionais que prestam assistência ao parto. Nesse momento, instaura marcos normativos que culminaram, em 2000, com a Política de Humanização do Pré-natal e Parto.

A primeira cartilha do Ministério da Saúde, lançada em 2001, já anunciava o problema da terceirização do parto, ao orientar os profissionais a adotar uma postura “humanizada” com as gestantes, que lhes devolvesse o poder decisório sobre seus corpos, com informações precisas e alinhadas às evidências científicas. O problema das crescentes cesarianas já havia sido identificado, bem como os procedimentos no parto que provocavam dor desnecessária. Ainda nesse período, o documento do órgão ministerial sinalizava:

A maioria dos profissionais vê a gestação, o parto, o aborto e o puerpério como um processo predominantemente biológico onde o patológico é mais valorizado. Durante sua formação, doenças e intercorrências são enfatizadas e as técnicas intervencionistas são consideradas de maior importância. Entretanto, a gestação é um processo que geralmente decorre sem complicações. Os estudantes são treinados para adotar "práticas rotineiras", como numa linha de produção, sem a avaliação crítica caso a caso. Disto decorre um grande número de intervenções desnecessárias e potencialmente iatrogênicas (BRASIL, 2001, p. 9-10).

Em seguida, o Ministério da Saúde reconhece que não é com normas ou regulamentos que se modificará o tipo de atendimento às mulheres em trabalho de parto, sendo uma função “de fóro íntimo”, e uma mudança de atitude, que, por fim, “depende de cada um” (BRASIL, 2001, p. 9).

Entretanto, algumas questões devem ser vistas como compromissos profissionais indispensáveis: estar sintonizado com novas propostas e experiências, com novas técnicas, praticar uma medicina baseada em evidências, com o olhar do observador atento. Reconhecer que a grávida é a condutora do processo e que gravidez não é doença. E, principalmente, adotar a ética como pressuposto básico na prática profissional (BRASIL, 2001, p.9).

O documento menciona ainda as dificuldades estruturais e econômicas para implementação de uma nova realidade no atendimento, problematizando como a situação é ainda mais complexa quando diz respeito à assistência de mulheres, já que a lógica de escassez se soma à dominação patriarcal. Assim, em 2000, as ações do Ministério da Saúde ao lançar quatro portarias pela humanização do parto eram: a) distribuir manuais de urgência e emergência obstétrica b) distribuir guia prático para assistência ao parto normal c) entrega de cartões da gestante e d) um kit obstétrico, contendo estetoscópio de Pinard, fita obstétrica, disco de idade gestacional e tabela de peso e altura.

Em 2003, o Ministério da Saúde elaborou um outro documento mais abrangente, à denominada Rede de Produção à Saúde. Tendo como subtema a campanha HumanizaSUS – propõe uma rede de corresponsabilidade entre gestores, usuários e trabalhadores da saúde. A (poética) cartilha se propõe disseminadora de “tecnologias de humanização”, define a saúde não mais como uma ausência de doença, e a relação saúde-doença é então entendida como um processo social e, a partir dessa mudança de paradigma, sugere-se então uma nova maneira de operacionalizar a

produção de saúde, com dispositivos de reconhecimento de riscos, com um olhar para os “sujeitos” e “subjetividades”, com construção de vínculos afetivos.

Aos trabalhadores, a cartilha estabelece que a fragmentação e a verticalização dos processos de trabalho são 'desafios a serem superados' eticamente para que se atinja a dita humanização. A solução é que os funcionários se formem em equipes de rede transdisciplinar, desverticalizadas e focadas na ampliação dos processos de comunicação, na eliminação da 'competitividade' para um modo de compartilhamento de conhecimentos. Na rede privada, a iniciativa partiu da Agência Nacional de Saúde (ANS), que responde pelos planos privados de saúde. O órgão instituiu, desde 2008, a campanha “Parto Normal está no Meu Plano”. Dificilmente se pode acreditar em sua veracidade dessa campanha, quando usuárias de convênios e planos precisam financiar uma taxa extra – entre R\$ 2.000 a R\$ 7.000 – para que os profissionais que lhe atenderam durante o pré-natal pelo plano também assistam seus partos.

A ineficiência dessas políticas públicas, e até mesmo da campanha do setor suplementar, pôde ser reconhecida pelo próprio Ministério da Saúde. Em 2011, com 53% dos nascimentos provenientes de cirurgias abdominais, cerca de 90% na rede privada, a intensa lotação de maternidades, o consumo excessivo de medicamentos para mulheres e bebês no nascimento, fizeram o então ministro reconhecer as cesarianas como uma “epidemia” (BRASIL, 2009).

O programa Rede Cegonha (BRASIL, 2011) foi, então, uma tentativa de ampliação e melhoria de qualidade no acesso à saúde da mulher. Dentro da perspectiva de descentralização do SUS, esse programa, executado por Estados e Municípios, propõe uma rede de cuidados integral e humanizada às mulheres desde a descoberta da gestação até o segundo ano do filho, com amplo acesso a consultas, pré-natal e leitos. Esse acesso era propiciado através da vigilância constante de fiscais da Rede Cegonha: caso os hospitais atingissem as metas, seriam agraciados com benefícios do Governo Federal.

Não são todos os médicos que coadunam com a efetividade Rede Cegonha. Mais da metade dos profissionais, ouvidos em nossa pesquisa, relatou não conhecer a fundo ou não acreditar na efetivação dessa política. É o caso do obstetra R.S: “Rede Cegonha? Vejo na televisão que vão colocar mais leitos, mas nunca vi nada disso por aqui. Você vê que já começa errado pelo nome. Cegonha. Já viu criança vir de cegonha? Só se acredita em cegonhas”. As enfermeiras obstétricas acreditam, no entanto, que eles

venham a melhorar a qualidade dos nascimentos, na medida em que colocam as profissionais para o centro da assistência.

É, agora que 'tá com a Rede Cegonha, que 'tá trazendo o profissional enfermeiro até mesmo em alguns hospitais aqui em Maceió o enfermeiro obstetra está na triagem, ele 'tá como a primeira pessoa a ter contato com a mulher, assim que ela entra no hospital [...]. O enfermeiro tem mais paciência pra isso. Aí, então... a tendência com esse projeto, da Rede Cegonha, é realmente aumentar o número de partos normais no Brasil, no projeto que traz a enfermeira obstetra pra essa cena, pra dar a retomada, né? O parto não 'tá sendo mais só do médico.(ENFERMEIRA J., em entrevista concedida à autora em 07/01/2015).

No entanto, a profissional acredita que o programa não será facilmente implantado, muito embora reconheça a existência de profissionais que busquem se engajar:

Tem até propostas do governo, financeiras, pra aumentar o investimento naquelas instituições, pra remunerar melhor os funcionários, desde que eles comprovem que estão praticando a humanização dentro do projeto Rede Cegonha. Porém, eu gosto de comparar muito com uma lei de 2005, que é a lei do direito ao acompanhante, nós já estamos em 2015, tem 10 anos essa lei, e essa lei não é obedecida... [...], tem que provocar esse profissional! (ENFERMEIRA J., em entrevista concedida à autora em 07/01/2015).

Apesar de todos esses intentos, nos anos seguintes, não só o Ministério da Saúde acompanhou um crescimento nos nascimentos por via cirúrgica, como a violência obstétrica continuou em níveis alarmantes, inclusive em hospitais públicos. A proposta da representante do Ministério da Saúde, de que leis fossem criadas com o intuito de abarcar também as iniciativas de planos privados e convênios, se avolumaram à proposta de tornar mais rígidas leis como a do Acompanhante, por exemplo.

Chegamos em 2015, ano em que a Agência Nacional de Saúde, que compreende todos os planos privados, e o Ministério da Saúde, representando o SUS, criaram mais medidas punitivas aos profissionais como tentativa para coibir o alto número de cesarianas. Foram duas medidas: a) obrigar os médicos a apresentarem partograma para então receberem as taxas por serviço e b) obrigar os médicos a informarem à paciente sobre o índice de cesarianas. As medidas foram aceitas de duas formas pelos médicos: uns revelam insatisfação pelo que consideram redução da autonomia; outros, no entanto, acreditam que tais medidas não irão modificar a situação.

Os hospitais criam metas, e agem sempre com imposição. Vejo assim: eles dão a meta, aí quando tem caso de óbito intraparto, aí vem questionar porque não fez. Não fez porque quis atingir a meta exigida (OBSTETRA R. S., em entrevista concedida à autora em 22/02/2015).

Esses programas não vingam. O partograma, por exemplo, veio antes de mim [...] Mas isso você faz na hora. Se você não tem, você pega e faz o desenhinho e inventa. Esse problema não vai diminuir as cesarianas e não diminui porque não adianta. O médico termina fazendo o que quiser fazer e o ministério que se exploda. O que vem do Governo para mim é péssimo há décadas, não é de agora. Claro que era pior na ditadura. (OBSTETRA M.C., em entrevista concedida à autora em 24/02/2015)

Como vimos, a culpabilização da mulher na década de 1920 deu lugar a uma série de discussões técnicas que prezam, agora, por uma ética diferente de trabalho, que substitua seu viés tecnocrático por um atendimento individualizado, que devolva a autonomia à parturiente e, portanto, seja humanizado. No entanto, o modo como o Estado lida com esses direitos permanece contraditório. Diante de toda a conjuntura, termina por se pulverizar pelos três poderes, ao tempo em que sofre contínuas pressões de dois lados opostos: as mulheres e o sistema econômico que determinam com bastante clareza o que será priorizado na questão da saúde. No que diz respeito aos direitos reprodutivos, a questão econômica é, por fim, impregnada de ideologas e acordos, de modo a prejudicar a parte mais vulnerável. Dois casos emblemáticos e recentes podem ilustrar como, no âmbito político, os conflitos que fazem parte da própria natureza estatal se voltam de modo violento contra as mulheres:

4.1 O Caso de Adelir

Na noite dia 1º de Abril de 2014, um oficial de justiça e nove policiais armados bateram à porta de uma casa situada na zona rural da cidade de Torres, no Rio Grande do Sul. O motivo da ofensiva: obrigar uma gestante em pleno trabalho de parto a ser cortada por uma cesariana.

Adelir Soares, de 29 anos, tinha dois filhos por cesariana desnecessária e esperava um desfecho diferente para a chegada da terceira, Yuja. Após um pré-natal feito pelo SUS, Adelir chegou no dia anterior na maternidade, e foi orientada por duas obstetras a ficar ali mesmo para a cirurgia. A justificativa – mais um mito do modelo tecnocrático – é de que não poderia ter um parto normal, porque já havia feito duas cesarianas anteriores e o bebê estava pélvico. Adelir sabia que aquele argumento não tinha qualquer embasamento e, em proteção a sua saúde e a da bebê, decidiu negar a

(até então) orientação médica. Assinou um termo de responsabilidade e retornou para a sua casa.

Quando percebeu que o trabalho de parto começar a evoluir, Adelir acendeu velas e aguardou a hora certa para seguir ao hospital, de modo a entrar na maternidade em um estágio mais avançado de parto. Tal orientação é disseminada entre os movimentos de mulheres como uma estratégia para não ser cortada pela cesariana: chegar na unidade hospitalar pouco tempo antes de parir. No entanto, Adelir não teve tempo. As obstetras não se contentaram com a negativa daquela mulher e buscaram na Justiça impor a cesariana em uma mulher adulta que, como dona do próprio corpo, tinha completo direito de negar o procedimento. No entanto, a juíza Liliane Mog não entendeu esse direito fundamental.

Quando os militares chegaram na casa da gestante, junto ao oficial, a ordem era clara: ou Adelir iria para o hospital ou seu marido, o técnico Emerson Guimarães, de 41, seria preso. As crianças estavam assustadas e Adelir seguiu para a maternidade escoltada pela força policial. Não bastasse a violência das profissionais aliada à violência do Estado, Adelir sofreu uma série de repressões por parte das desinformadas redes sociais que, de imediato, passaram a condená-la como a mulher “que queria matar o bebê”. Por sorte, ou para minimizar os já irreparáveis danos, movimentos pela humanização do parto propagaram uma mobilização nacional que incentivou tanto as redes sociais, com a *hashtag* Somos Todas Adelir, como culminou em várias audiências públicas contra a violência obstétrica.

4.2 Proibição do Aborto Já Legalizado

A lei brasileira permite o aborto para casos bastante específicos: fetos anencéfalos, gravidez proveniente de estupro, gravidez que represente riscos para a mãe. Há, no entanto, um problema sobre essas legalização: as instituições não fornecem tal atendimento. .

Assim, em 22 de maio de 2014, o Ministério da Saúde publicou uma portaria que inclui o aborto por razões médicas e legais na Tabela de Procedimentos do SUS sob o valor de R\$ 443,0 (BRASIL, 2014).

A decisão gerou uma grande repercussão, incluindo propagandas de que o Governo Federal teria legalizado de modo indiscriminadamente o aborto. Em ano de eleição, o problema foi “solucionado” de maneira simples pelo Estado: no dia 28 do

mesmo mês, a portaria foi revogada. A publicação foi divulgada no Diário Oficial do dia 29 de maio (BRASIL, 2014).

4.3 Estado como forma política e suas implicações na atenção ao parto

Não podemos deixar, portanto, de questionar: como um Estado que, desde 2005, propaga tantos belos preceitos sobre assistência humanizada é o mesmo que violenta uma mulher em trabalho de parto e sua família? Em uma perspectiva ainda mais abrangente, é também dentro das maternidades gerenciadas, financiadas ou arrendadas pelo Estado que vemos as violências acontecerem, como as lotações, a falta de atendimento, os procedimentos violentos nos corpos das mulheres para agilização do parto, etc. É também o Estado que tenta combater as mortes maternas por infecção causadas pelos serviços rápidos dentro de sua tutela; ou as mortes por abortos mal conduzidos porque foi, mais uma vez, o Estado quem decidiu que as mulheres não podem ter direito sobre os próprios corpos, o que inclui quando (e se) desejarem a maternidade.

Funcionando em suas contradições e constantes crises, o Estado brasileiro caminha de modo bastante conflituoso no que diz respeito aos processos decisórios sobre os direitos reprodutivos e sexuais, embora não apenas nesse campo. As políticas públicas voltadas às mulheres jamais podem ser visualizadas isoladamente, como se fossem as únicas medidas estatais no que tangencia a saúde e os direitos reprodutivos das mulheres, por exemplo. Por outro lado, dentro dos parâmetros que se encontra, o Estado se estabelece sobre uma necessária condição de autonomia entre os três poderes que, ao ser quebrada, pode comprometer de manutenção do Estado democrático de direito, nos moldes que conhecemos.

Lembramos, neste sentido, de um episódio ocorrido durante o Seminário Faces da Violência contra a Mulher, que participamos no dia 7 de maio de 2014, na Câmara Federal em Brasília. Na oportunidade, a representante da Secretaria de Políticas para a Mulher da Presidência da República, Maria Esther Vilela, ressaltou a limitação das normativas do Ministério da Saúde. Atentando que só poderiam abarcar as instituições públicas, a gestora convocou os parlamentares a apresentarem emendas para a construção de Centros de Parto Normal e projetos de lei para obrigar o setor privado a ingressar no recém-criado Sistema Nacional de Acompanhamento e Monitoramento da Qualidade da Atenção ao Parto, o SISPARTO, a partir do qual seria pressionado a

declarar informações sobre os procedimentos feitos em mulheres. O deputado federal Jean Willys (PSOL) respondeu:

Obrigado, Maria Esther. As suas duas dicas para o Parlamento, para o Legislativo, em especial para nós da Comissão, estão devidamente acatadas. Porém, o Governo não pode contingenciar as nossas emendas. É fundamental que, na hora de fazer a execução orçamentária, o sistema financeiro não esteja em primeiro lugar, mas os direitos humanos. Isso é fundamental (WILLYS, informação verbal).

Percebemos fatores importante a serem considerados na resposta do parlamentar. O primeiro é um alerta para que o poder Executivo não determine emendas ao Legislativo. A precaução do deputado não é exagerada ou gratuita, mas um alerta para o que, chegado em níveis últimos, poderia caracterizar um deslocamento do governo sobre o sistema legislativo. Agamben (2004) já havia revelado casos onde governos erodem o legislativo instaurando medidas de caráter de “exceção” sempre que julgavam necessário. O problema, para o autor, reside no que pode ser considerado “necessidade”, ou quais critérios se têm para identificá-la. Em se tratando do fato universal de que não há critérios precisos, instaura-se “estado de exceção” sempre que o governo julga necessário e, por isso, se elimina o aspecto normativo do direito e legaliza a ditadura como um paradigma, ou um modelo.

Não acreditamos que as afirmações da secretária tivessem qualquer intenção de ferir o Estado de direito. No entanto, sabemos bem que não é só de intenções que giram os processos decisórios políticos e econômicos. Vale ressaltar que essas discussões se deram em meio a uma série de medidas que ambos os poderes revelavam adotar, em conjunto e isoladamente, para combater os mencionados tipos de violência contra a mulher. Ainda que consonantes com as intenções, a preservação de autonomia dos poderes foi reforçadamente delimitada pelo deputado.

Citamos, neste momento, algumas das várias combinações em que o Estado interfere visivelmente na situação reprodutiva das mulheres: enquanto Executivo estabelece políticas para incentivo da autonomia da mulher, o Judiciário “obriga”, junto à Polícia, que uma gestante deixe sua casa e seja cortada por uma cesariana; o fornecimento de um serviço conquistado pelas mulheres, o aborto, é suspenso diante de interesses eleitoreiros. Cada uma dessas situações expunha uma as várias características que tornam o Estado um fenômeno extremamente complexo. No entanto, compreensível se observado a partir de sua externalidade, ou seja, a

Tentar localizar o Estado, estruturado na sociedade capitalista, a partir de uma perspectiva formal e repleta de tensionamentos, nos faz abandonar concepções mais mecanizadas que nos orientava a colocar o Estado como uma “parte à serviço” da classe dominante. Assim, as leituras do jurista e filósofo brasileiro Mascaro (2013) cumprem papel importante na releitura marxista sobre o Estado e, em nosso recorte, na análise mais criteriosa das condições em que as políticas que intentam humanização são inseridas. Em vias de retorno, também nos auxiliará a compreender o papel do Estado na produção dessa violência, não apenas em casos extremos, onde a judicialização atinge diretamente uma mulher específica, como ocorreu com Adelir, mas também a partir do momento em que situamos toda a sintomática do trabalho na saúde, apresentada no capítulo anterior.

Para tanto, definamos primeiro o lugar onde o pesquisador brasileiro define o Estado: uma organização política moderna surgida com o capitalismo. Essa distinção é necessária para compreender seus envólucros e modos de operar na atualidade. Diferentemente do feudalismo - quando domínio econômico e político pertenciam a um só grupo social, sólido e sem muitas contradições- o capitalismo é caracterizado pela separação entre os que dominam economicamente e os que dominam politicamente.

No capitalismo, o burguês e o agente estatal são, em princípio, figuras distintas. O domínio econômico e o político podem não coincidir em questões pontuais. Essa divisão, para Mascaro (2013), é o que garante a reprodução capitalista e, por outro lado, a existência do próprio Estado.

Tendo em vista que o capitalismo é composto pela separação dos produtores diretos dos meios de produção, em uma necessária rede de assalariamento para a troca de mercadorias. é o Estado que, apartado dos burgueses, assegura a troca de mercadorias e a exploração de trabalho através do assalariamento. Os instrumentos estatais, como instituições jurídicas que criam o sujeito de direito e o contrato, permitem essa separação, fazendo com que a apreensão dos bens e do produto da força de trabalho não seja mais feita mais por força bruta. Ao percebermos como o Estado se posiciona nesse tripé, que põe nos outros extremos capital e trabalho, constatamos como a relação entre Estado e a exploração capitalista fica obscurecida. Desse modo, o Estado exerce papel importante de “garantia da mercadoria, da propriedade privada e dos vínculos jurídicos de exploração que jungem o capital e o trabalho”.

As relações entre indivíduos se estabelecem sob intermédio de formas sociais que objetificam as interações sociais, assegurando a inteligibilidade e a

reiteração dos vínculos assumidos. Todas as criações do sistema capitalista – da apropriação do capital à mercadoria – são construídas pelas relações dos indivíduos, mas tornam-se maiores do que atos individuais, em uma relação de mútua imbricação.

Assim, tudo ou todos podem ser mercadoria, inclusive a força de trabalho, por meio de vínculos contratuais. Para contratar, é preciso que os indivíduos sejam considerados sujeitos de direito balizados por formas jurídicas e políticas, cada qual desempenhando sua função. Para que os indivíduos se relacionem – e quaisquer que sejam as variadas subjetividades intrínsecas nessas relações – eles já partem de certas formas, ou fôrmas, compostas também social, histórica e relacionadamente. Essas formas são apresentadas dinamicamente entre as relações sociais

No capitalismo, a forma correspondente ao contexto social e histórico de relações permeadas pela generalização das trocas é a forma-mercadoria.

A partir do momento em que se estabelece igualdade em coisas distintas, através da equivalência do dinheiro, também os distintos trabalhos se tornam abstratos, porque não valem mais por si, mas pelo valor da troca, ou forma-valor. Desse modo, a forma-valor não se impõe sobre os indivíduos, mas é reproduzida e mantida através das relações – cada vez mais universais – proporcionadas por essa equivalência.

Para que essa equivalência seja universalizada através do dinheiro, é preciso que haja um espaço externo aos agentes que efetuam as trocas. Esse espaço, que é o Estado, mantém nas próprias mãos o poder político e a coerção física – não lhes relegando à classe dominante – o que garante a valorização do valor e o vínculo de trocas. Além do mais, acrescenta Mascaro (2013),

A conformação da apropriação do capital e da mercadoria e a asseguarção dos vínculos nas trocas só se realizam mediante o investimento de juridicidade às subjetividades. Assim, as formas valor, capital e mercadoria transbordam, necessariamente, em forma política estatal e forma jurídica (MASCARO, 2013, p. 23).

Essas formas sociais se apoiam sem necessariamente haver uma lógica entre si, de modo que, diante de pressões ou conflitos sociais, por exemplo, a forma política, por ser separada dos agentes econômicos, pode mesmo não coadunar com os interesses de valorização do valor, revelando-se por vezes até opositora. “Entre a forma-valor e a forma política estatal, não há uma decorrência de desdobramento lógico necessário nem de total acoplamento funcional” (MASCARO, 2013, p. 24).

O que o autor reforça é que, ainda que a separação entre político e econômico garantam a valorização do valor, por outro lado, isso não se dá sempre em dinâmica harmoniosa, sendo por vezes até contraditória. Assim, descartando a ideia de que o capitalismo possua algum núcleo “talhador” ou controlador aos olhos das classes ou dos sujeitos coletivos, Mascaro (2013) atenta que a coerção é exercida por mecanismos fetichizados que configuram as interações sociais. Os indivíduos operam sem a consciência de que o “mundo já dado” de valor, capital e mercadorias comprimem suas possibilidades de interação.

Derivado dessa relação capitalista, o Estado não é um poder neutro e tampouco um fenômeno à disposição dos burgueses. No entanto, é um elemento necessário da reprodução das relações sociais que foram criadas junto a ele, quais sejam, essas relações de venda de força de trabalho, assalariamento, e alienação. Nesse sentido, não se pode reduzir o Estado a um aparato de repressão, negando-lhe o caráter de constituição social, que influencia as subjetividades dos indivíduos e, através de garantias jurídicas e políticas, asseguram a circulação mercantil.

Estado não está indiferente ao todo social. Entretanto, ainda que consiga condensar essas específicas relações sociais e as identifique, o funcionamento do aparelho estatal só ocorre em relação *necessária com as estruturas de valorização do capital* (MASCARO, 2013, p. 19) e, portanto, é só através do capital que se poderá entender o posicionamento dessa instituição.

Não há um centro único, no sentido que se possa identificá-lo exclusivamente. Dada a primazia das relações de produção, o Estado nesse contexto corrobora por alimentar a dinâmica de valorização do valor, como também, a seu modo, as interações sociais dos capitalistas e dos trabalhadores, tudo isso num processo contraditório (MASCARO, 2013, p.20)

Dentro desse movimento, há espaço para uma série de contingências e combinações: contradições entre classes burguesas, ampliação de direitos sociais, majoração de impostos, etc. No entanto, o que permanece é a valoração do capital, não principalmente pela intenção de agentes políticos específicos, mas pela própria lógica global. Com isso, Mascaro esclarece que segue importante o papel da política, da classe burguesa e da classe trabalhadora em seus vários papéis que nos orientam à compreender a luta de classes.

Ainda segundo Mascaro, a forma-valor só pode se estabelecer a partir de duas outras formas correlatas: a forma jurídica e a forma política. Enquanto a forma jurídica cria os sujeitos de direito, minando as relações anteriores estabelecidas pelo arbítrio, força ou acaso, a forma política instaurada como Estado se configura como uma unidade de poder apartada dos dominantes capitalistas e da classe trabalhadora. O que lhe coloca enquanto forma política capitalista não é, entretanto, apenas seu aspecto de afastamento da classe de dominação econômica, mas também sua imposição prática à reprodução do capital e seu “molde constituinte das relações sociais”.

Assim, para Mascaro (2013), o que constitui a forma política estatal é sua relação de mútua instituição e compreensão com a forma-mercadoria e a forma-direito. Através da realização das trocas universalmente, os indivíduos deixam de se reconhecer enquanto classe, cultura e condição econômica, e forjam-se enquanto “sujeitos de direito”.

Desse modo, enquanto o núcleo da forma estatal pode ter sua localização identificada na exterioridade das classes, grupos e indivíduos, a forma política estatal só pode ser compreendida, entretanto, de modo relacional. Há, assim, dois aspectos para se entender a forma política estatal: enquanto sua internalidade é identificada pela forma política apartada da econômica, a externalidade é exatamente as relações sociais capitalistas, permeadas pela forma-mercadoria e pelo antagonismo capital-trabalho:

A forma política estatal deve ser buscada no seu interior e em suas instituições próprias, para o reconhecimento de sua manifestação imediata, mas só pode ser identificada estruturalmente mediante a sua posição no conjunto da reprodução das relações sociais capitalistas. É justamente tal elemento eterno a si que lhe dá identidade.[...] Seus atributos internos podem lhe dar a dimensão de suas variantes, mas sua posição no contexto geral das relações sociais dá-lhe causa, identidade e existência. (MASCARO, 2013, p. 27)

Garantindo o estabelecimento dessa forma-valor, e no entanto separado dos portadores de poder econômico, o aparato estatal se materializa em organismos estatais e instituições sociais que podem ser concretamente identificáveis. Apartada dos portadores de mercadorias, adquire uma forma “pública”, que “cria, aproveita, afasta, reforma, transforma e reconfigura instituições sociais” (MASCARO, 2013, p.31). Essa forma política é quem posicionará estrutural e materialmente as instituições. Assim, os órgãos estatais responsáveis pelos cuidados com as trocas de mercadorias em territórios, ou sua produção, possuem historicamente maior prioridade do que as instituições que

ofertam bem-estar social a trabalhadores, assim como o direito civil também é bem mais antigo do que os direitos trabalhistas.

4.4 Um Mix Público e Privado?

Extremamente complexo e dotado de uma série de determinações, a saúde no Brasil, aparentemente salvaguardada pelo Estado é atravessada por órgãos e instituições moldadas pela forma-mercadoria: diante da conjuntura atual, a crise do modo produção de capitalista reverbera uma doutrina neoliberal no país, com gigantesca abertura às parcerias público-privadas e progressiva redução de custos com direitos sociais.

Ao definir o sistema de saúde como um “mix de público e privado”, Maia (2010) destaca algumas dicotomias que mais se evidenciam concretamente neste setor: os grupos sociais mais favorecidos têm duplo acesso aos sistemas de saúde, enquanto os mais pobres na maioria das vezes não têm nenhum. O setor privado predomina a assistência hospitalar, enquanto que o setor público tem em vistas avanços ambulatoriais. Esse hibridismo é baseado na ação suplementar da medicina privada, gerando diferentes formas de acesso e estabelecendo ainda mais fortemente a divisão de classes.

Marcadamente influenciado pelo sistema previdenciário, o sistema de saúde brasileiro favorecia um padrão privado de assistência individualizada. Em 1923 surgem as primeiras caixas de previdência, organizadas por empresas e destinadas a trabalhadores ferroviários, marítimos e estivadores. Os modelos foram se unificando e vinculando a categorias de profissionais de caráter nacional.

Lima et. al (2013) retratam que a maior organização das ações estatais na manutenção da ordem – frente às demandas da classe trabalhadora e, ao mesmo tempo, ao desenvolvimento do capital – ocorreu a partir da década de 1930, quando a industrialização e a urbanização passavam a intensificar os males sociais às classes exploradas. Até que, em 1960, se formalizam pelo Instituto de Aposentadoria e Pensões, fornecida apenas a trabalhadores incorporados no mercado formal de trabalho. A assistência à saúde restringia, portanto, uma “cidadania regulada”.

A agenda neoliberal deu início após o amargar da era “dourada” do capitalismo – o Estado do Bem Estar Social – quando o capital europeu enfrentava um colapso nas relações produtivas, decorrentes dos poucos tributos arrecadados com os empresários em contradição aos custos dispendidos para o bem estar dos trabalhadores. O esgotamento culminou em outro tipo de política econômica, a partir da década de 1970, que consistia em diminuir os gastos sociais e aumentar os impostos arrecadados

da classe trabalhadora (LIMA et. al, 2013). A ordem era então cortar os custos e as políticas em saúde e estudos que propusessem um racionamento no consumo passaram, portanto, a ser recebidas com mais atenção.

A industrialização estacionava e os países que detinham monopólio financeiro mundial reuniam-se para estabelecer novas diretrizes resumidas pela privatização de empresas estatais, desregulamentação das regras de circulação do capital internacional, abertura econômica, e a flexibilização das relações de trabalho, aos quais discutimos no capítulo anterior. Ao adotar a política neoliberal. Segundo Barbosa (2010):

Com o aumento do deficit e o fim do fluxo de caixa para a obtenção de novo crédito internacional, os países são obrigados a seguir a cartilha do Consenso de Washington, perspectivas compartilhadas pelo Banco Mundial, FMI e Governo Americano [...]. O New Public Management ou Administração Pública Gerencial é o modelo de solução resultante da teoria de escolha pública, elaborada por economistas norte-americanos por volta dos anos 60 que, cerca de dez anos após sua formulação, acabou sendo exportada ao mundo com o dogma do “princípio do mercado ser universal”. Sua principal diretriz é diminuir o controle do mercado pelo Estado, atacando sua influência e seu tamanho. Para tal é introduzido o conceito eficientista (BARBOSA, 2010, p. 4).

O Estado brasileiro passa a depender das relações de troca com os países que detêm o monopólio financeiro, ao tempo em que também adota controle em suas diretrizes administrativas. Borges (2012) lembra que a sequência de privatizações culminaram com a disponibilização de dinheiro público para especuladores que colocaram a perder grande parte dos recursos em verdadeiros “cassinos” de especulação. Os Estados Unidos, lugar central da crise, decidiu buscar pacotes de resgate que “salvassem” os bancos mundiais, onerando os cofres dos outros Estados através de uma austeridade fiscal.

Desse modo, os países que aderem aos pacotes econômicos disponibilizados pelo Fundo Monetário Internacional (FMI) e pelo Banco Mundial, fornecem em contrapartida “cartas-compromissos” que prometem mais privatizações, aumentos de juros, desregulamentações ao mercado mundial, e corte de gastos sociais, sobretudo na saúde e na educação (Borges, 2012, p.16).

Os cortes aliados à abertura mundial desencadeiam, portanto, uma forçação de abertura do mercado internacional de convênios e planos privados. Assim, os pacotes

enfraquecem os serviços públicos. Borges et. al (2012) declaram que o modelo norte-americano de planos privados tem sido exportado para países da América Latina com imposição por meio desses acordos do FMI, e desencadeando o desmantelamento dos sistemas públicos e em situações cada vez mais agudas no que diz respeito ao acesso à saúde.

Intermediados pela Organização Mundial de Comércio (OMC), esses monopólios pressionam os países a abrirem ainda mais o comércio para as indústrias de equipamentos hospitalares, medicamentos e softwares. Nesse período, o que resta das políticas sociais? São transformadas em ações ou programas pulverizados e assistencialistas, comprimindo cada vez mais o caráter de universalidade que originou Sistema Único. Por outro lado, de acordo com Barbosa (2010), o tipo de gerência ao qual o governo brasileiro adaptou foi moldada pelo modelo privado e internacional dos Centros de Controle de Qualidade, com seus jargões de eficácia, eficiência, maior produção com menor custo, qualidade, criatividade e confiabilidade. Reforçada pelos antagonismos, a imagem do Estado, e dos servidores públicos que atuam nele, é permeada por vários pontos negativos, remetendo a ideia de que o progresso encontra-se na instância privada.

Foi em meio a esse período, em 1972, que o Estado criou o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) associado ao Ministério do Trabalho e Previdência, dividindo a responsabilidade da saúde em duas instâncias do Estado. A assistência integracionista e de atenção à saúde da população através de medidas preventivas, a cargo do Ministério da Saúde, enfrentava falhas. Já a assistência prevista pelo Ministério do Trabalho, financiada por empresas, prestava assistência médica, individual e vinculada. Com mais investimentos na área da Previdência, as ações curativas foram priorizadas, dando espaço ao modelo *hospitalocêntrico* (MAIA, 2010). Esse período, em que ocorria entrada e crescimento da indústria automobilística no país, o Estado também permitiu a proliferação dos planos privados, já que empresários e trabalhadores custeavam de modo dividido os planos.

Ao Ministério da Saúde, cabia estruturar seus serviços a *necessidades não sentidas*, consideradas pré-patogênicas, o que significava também a disponibilização de um orçamento *não sentido*. Ainda segundo Maia (2010), o fato é que desde a década de 1960, o complexo médico-industrial vinculado a interesses privados desapropria cada vez mais o fundo público. Antes o Estado centralizava as ações através da União, ao tempo em que precisava comprar serviço médico do setor privado, fragilizando ainda

mais a rede pública. O segmento médico previdenciário era composto por três subsistemas: um próprio, um contratado e um conveniado. Na década de 1980, esse sistema entrou em fase de esgotamento, em decorrência da crise econômica que ocorria no país desde a década de 1970 e que favoreceu, entre outras medidas, o movimento pela Reforma Sanitária. Na prática, esse colapso se dava também, segundo Medici (1992), pelo recurso cada vez maior dispensado aos planos privados.

Preconizada pela Organização Mundial da Saúde (a crise econômica era mundial), esse tipo de reforma punha a Saúde como um direito universal. A Constituição de 1988 foi considerada um marco porque, segundo Maia (2010), retirou da Previdência a incumbência com a Saúde, colocando a assistência privada (ou suplementar) como livre e, também, como complementar, quando conveniada com o recém-criado SUS.

As vinculações com o SUS privilegiavam entidades filantrópicas – privadas ou caritativas, mas sem fins lucrativos. A intenção era, ainda, descentralizar o modelo hospitalar, privilegiando, por fim, a vigilância à saúde. Ocké-Reis, et al. (2005) avaliam:

De uma parte, o Estado não consegue responder aos problemas políticos de legitimidade decorrentes da precária cobertura pública da atenção médica, em um quadro de restrição orçamentária, impedindo o necessário fortalecimento do SUS e deixando espaço para atuação do mercado desregulado. De outro, o mercado de planos de saúde apresenta uma trajetória de custos crescentes, em um contexto de baixos salários da economia brasileira, exigindo a ampliação de subsídios regressivos e expulsando a clientela de alto risco, sem nenhum planejamento prévio do SUS (OCKÉ-REIS et.al 2005, p. 17).

Lima et. al (2013) ressalta a concomitante instituição da participação popular nas discussões sobre saúde no país, e em outros ganhos relacionados, como a consideração da saúde enquanto produto social, e portanto, voltado à questão preventiva, e não apenas biológico e curativo. Os autores acrescentam:

A política de saúde no Brasil tem se caracterizado pela disputa entre duas perspectivas antagônicas: o projeto de reforma sanitária e o projeto de saúde privatista/articulado ao mercado, este que tem como principais tendências a focalização, a redução dos gastos e a ênfase no modelo hospitalocêntrico (LIMA, 2013, p. 4).

Neste sentido, observamos as declarações de Mascaro (2013) a respeito da relação entre divergentes projetos políticos que visam, de um lado, o bem social e, do outro, as exigências de uma forma-mercadoria que lhe é anterior. O autor brasileiro afirma que a forma-valor deriva, assim, a forma-jurídica. Por outro lado, é também o aparato político que legitima, através dos contratos, tanto os vínculos de troca como a apropriação de valor (bens, dinheiro, propriedade privada).

A forma jurídica e política estatal, embora advindas dessa forma mais concreta, que é a forma-mercadoria, surgem ambas dentro desse mesmo processo, constituindo uma totalidade estruturada onde o político, emparelhado com o econômico, também guarda sua própria unidade e especificidade. Além do mais, essa correlação entre Estado e economia capitalista tem surgimento marcado por processo nem sempre harmônico, porque assentado em uma luta de classes. É a luta de classes que promove esse tensionamento contínuo.

Desse modo, ao tratarmos sobre a constituição de 1988, por exemplo, e de todos os benefícios que lhe constituíram, não podemos perder de vista terem sido esses benefícios frutos de lutas trabalhistas, ainda que as estruturas que hoje a comportem não tenham condições para abarcar o que o SUS propõe.

No mais, a constituição de 1988 também trouxe novas definições estruturais para o serviço público de saúde: a municipalização. Assim, o planejamento e distribuição dos recursos voltados à saúde não caberia mais à União, e sim aos municípios. Foi nesse período em que, segundo os médicos ouvidos em nossa entrevista, os hospitais começaram a fechar progressivamente nas cidades, inclusive em Maceió, gerando a contradição entre redução de leitos e aumento populacional. Para o presidente do sindicato dos médicos, Wellington Galvão, a União tem arrecadado recursos à Saúde, mas não tem repassado aos municípios.

75% do dinheiro do SUS fica para o Governo Federal, e 25% vai para o Município, que precisa fazer 100% dessa assistência. Você entende onde a matemática não fecha? (...) O Governo arrecada muito o dinheiro, mas o pouco que distribui já é muito mal. A Saúde mesmo só vem sofrendo cortes falta dinheiro pra assistência adequada ao povo (W. GALVÃO, em entrevista concedida à autora em 02/5/2015).

Segundo o presidente do sindicato, foram fechados 45 hospitais desde a municipalização da saúde, maternidades do interior, todos fechando. A solução encontrada é a compra de ambulâncias para conduzir pacientes para Maceió e, assim,

lotar as unidades da capital. Assim, segundo o sindicalista, depois da municipalização, chega pouco dinheiro aos municípios e falta investimento para executar essas políticas públicas. Ainda segundo Galvão, as parcerias público-privadas não têm trazido bons resultados.

As PPPs são uma forma do governo dizer que não tem competência para fazer seu papel. E as parcerias não têm dado certo, nem os nem OSCIPS, nem as OS, porque é uma forma de aumentar o rapto da verba pública. Há processos no Ministério Público em todo o Brasil. Se um grande empresário arrenda um hospital público pra administrar, ele quer ter lucro. E isso vai interferir na assistência e vai chegar ao ponto de ser um serviço ruim, que vai receber gordas verbas do governo, e obtém lucro cada vez mais alto. Aí que a coisa não tem como funcionar (W. GALVÃO, em entrevista concedida à autora em 02/5/2015).

Para o obstetra A.S, foi a municipalização que culminou com os fechamentos das maternidades, O profissional declara que o único centro de parto normal de Maceió, a Casa de Parto Denilma Bulhões, situada no Benedito Bentes, é um exemplo de espaço fechado após sofrer de contínuas perdas de recursos:

A. maternidade do Benedito Bentes chegou a ser a maternidade da criança. [...] Faltou investimento da prefeitura. Nós tínhamos banco de leite. As pacientes chegavam lá pra ir pra maternidade pra doar leite. Então a gente fazia doação de leite. Todo leite doado era levado pro hospital universitário pra fazer pasteurização lá. E voltava pra gente lá. Hoje, não se tem banco de leite, não se tem maternidade hoje. Foi tendo uma diminuição muito grande da quantidade de partos... falta de condições de trabalho mesmo. E isso foi fazendo com que as pacientes não fossem... as pacientes nem iam mais, elas mesmo iam pro outro hospital. O índice de parto normal foi caindo drasticamente, em detrimento da verba... começou a se ter uma folha grande... aí acabou (OBSTETRA A. S., em entrevista concedida à autora em 07/01/2015).

Compreende-se, portanto, como nesse mesmo período a medicina suplementar se expandiu. A universalização da saúde se dava pela compra e arrendamento, por parte do Estado, de serviços privados, consolidando ainda mais o mercado das cooperativas médicas. As empresas de saúde suplementar, por sua vez, passaram a empregar trabalhadores da saúde retirando do Estado a condição de principal empregador, o que reverberava logicamente no consumo.

As reformas estatais voltadas à privatização foram impulsionadas pelo governo de Fernando Collor de Mello, na década de 1990, e ainda mais intensificadas, segundo Barbosa (2010), sob a presidência Fernando Henrique Cardoso, cujos preceitos

pairam sobre a terceirização, a privatização e a publicização. Os controles de qualidade seriam, a partir de então, efetuados pelos contratos de gestão. A partir do fim da década de 1990, as poucas atribuições que restaram ao Estado eram permeadas pela contradição: de um lado, a busca por eficiência, desburocratização e automação do serviço público, e do outro a intensa burocracia, a divisão fragmentada e a hierarquia. Nesse ponto, a autora acrescenta que os Controles de Qualidade também se aplicavam :

O Instrumento para Avaliação da Gestão Pública, Ciclo 2008/2009, enquanto elemento norteador do Programa Nacional de Gestão Pública e Desburocratização (GESPUBLICA) delimita claramente os fundamentos da Gestão que estão orientados: Pensamento sistêmico, Aprendizado organizacional, Cultura e inovação, Liderança e constância de propósitos, Gestão baseada em processos e informações, Geração de valor, Comprometimento das pessoas, Foco no cidadão e na sociedade, Desenvolvimento de parcerias, Responsabilidade social, Controle Social, Gestão participativa (BARBOSA, 2012, p. 7).

Nesse ínterim, o desenvolvimento das noções de qualificação orientada pelo profissionalismo são vistas como o imperativo capitalista para a supremacia da educação e formação individual como justificadora da base econômica. E eis as consequências aos trabalhadores, segundo Barbosa (2012) :

Suas bases trazem perversas nuances intrínsecas à subjetividade do servidor público, pois estão em seu comportamento, em suas atitudes, valores, relações e traduzem sua capacidade e competência em aplicar conhecimentos e desenvolver constantemente novas habilidades (BARBOSA, 2012, p. 9).

Atualmente, segundo Godoy , um quarto da população brasileira é coberta por plano suplementar, estando o Brasil situado como o segundo maior mercado privado de saúde, perdendo apenas para o norte-americano.

No que diz respeito à população coberta, a cobertura é estendida muito mais entre os mais ricos, enquanto que os pobres cobertos são os que dispendem maior percentagem de suas rendas para pagar planos privados. As pesquisas encontradas por Maia (2010) também revelam que enquanto famílias de classe média e alta procuram os planos para exames e consultas de rotina, as famílias das classes 'mais populares' buscam atendimento mais comumente por motivo de doença.

Nesse sistema perverso, os indivíduos socialmente mais vulneráveis gastam mais com plano de saúde (proporcionalmente à sua renda), embora tenham

direito a menor cobertura do seguro e menos acesso à prevenção e promoção da saúde. (MAIA, 2010, p.27).

Assim, as principais formas de compra e venda de serviços médicos e paramédicos privados no Brasil são: medicina de grupo, onde proprietários e acionistas de hospitais credenciam outros hospitais, tendo no Estado a garantia de um mercado seguro; cooperativas médicas, organizadas por iniciativas de médicos. Argumentando ameaça de perda de autonomia e combate à medicina mercantilista, sob este modelo, os médicos tornaram-se prestadores de serviço; seguros de saúde, formados por seguradoras – não necessariamente bancos – que exercem função de intermediadoras, reembolsando serviços utilizados ou contratando redes credenciadas de saúde; e a autogestão, que são os planos próprios, organizados em redes de serviço mediante credenciamento de provedores.

Nessa perspectiva hospitalocêntrica, privada, curativa, e focada no lucro, torna-se ingenuidade acreditar que o sistema público de saúde possa surgir como contraposição ao monopólio da privatização e da produção de saúde condicionada ao capital, e as suas consequências no modo de descrever patologias, pois que as próprias patologias são utilizadas para sua acumulação.

As cartilhas do Ministério da Saúde, pelo que podemos perceber até então, intentam uma assistência mais humanizada envolta por normativas modeladas nesses parâmetros. Entretanto, esbarram-se no fato de que, ao serem efetuadas por um Estado que responde ao pleito neoliberal, outras palavras de ordem seguem acompanhadas: a precarização de um trabalho terceirizado, que traz em si as próprias contradições dessas políticas.

Do mesmo modo, essa ideia disseminada de um sistema de saúde híbrido – onde público e privado se constituem em uma relação confusa - traz consigo um risco: acreditarmos que o Estado e suas políticas públicas se encontram em um espaço de 'oposição' à iniciativa privada, quando o que vemos é uma retroalimentação de dois polos complementares.

Hoje compreendido pelos poderes legislativo, executivo e judiciário, Waitzkin (1980) acrescenta que o Estado é composto por toda uma organização de entidades públicas com o objetivo de legitimar a ordem capitalista, oferecendo serviços, divulgando propagandas e subsidiando empresas privadas. Essa dualidade público e privada nos sistemas de saúde é problemática em vários países. Sobre isto, a lógica é

melhor definida diretamente pelo autor, ao mencionar que: “o setor público absorve os recursos públicos e o tempo de trabalho dos trabalhadores de saúde em benefício do lucro privado e em detrimento dos pacientes que usam o setor público” (WAITZKIN, 1980, s/p).

Ao tratarmos sobre o lucro na saúde no Brasil, referimo-nos especificamente aos lucros com os planos privados. Assim, Ocké-Reis et. al (2005) constata que ações do Estado patrocinaram o aparecimento massivo de planos de saúde e, posteriormente, reforçaram a presença de todo um sistema de relação entre mercado e Estado. Waitzkin (1980) ainda acrescenta a utilização de recursos 'da saúde' voltados com fins eleitoreiros nos momentos onde a população realiza protestos públicos, bem como intensificação de campanhas que, ao associar as doenças a 'modos de vida', terminam camuflando que grande parte dos problemas de saúde são decorrentes das condições de trabalho e de existência sociais, e não de hábitos individuais.

Castel (1998) também recusa-se a acreditar que o Estado (da dita “social-democracia”) possa ser responsável pela melhoria das condições de vida de todos. Ao tentar assegurar o mínimo de coesão entre os grupos, acalmando as calamidades mais gritantes, propõe um ideal de progresso baseado em constantes transições, que nunca se desfecham. Em nenhum país o autor visualizou um exemplo real do Estado enquanto realmente social, apenas *traços* mais ou menos extensos deste tipo de conduta. No que diz respeito à saúde, para Waitzkin, apenas alguns países, como Cuba e China, conseguiram intervir com um modelo de atenção à saúde efetivamente social, ou ecológico. Nos demais, como já foi dito pelo autor, e mesmo em atendimento à demanda mercadológica de *consumo* de tecnologias e medicamentos, permanece a dinâmica tecnicista e intervencionista.

Na atenção obstétrica, a relação Estado – Capital – Trabalho mostra-se quase caricatural. As consequências do modo de produção resvala diretamente não só nas limitações das políticas sociais, que não fornecem estruturas para se sustentarem. As determinações econômicas mundiais fazem prevalecer a violência nos partos, em decorrência das próprias condições em que os profissionais que encontram-se na linha de frente do trabalho na saúde se encontram.

Os acordos mundiais que, como vimos, internalizam de modo exagerado tecnologias e medicamentos se vinculam junto aos médicos a partir de lobbys e outras relações mais complexas. Os convênios e planos privados, nacionais e internacionais, terceirizam o trabalho médico, que passa a atuar a partir da produção. Por sua vez, o

Estado também se vincula tanto a médicos diretamente, como a hospitais privados, trazendo para si parte do arrendamento da instituição hospitalar, inclusive funcionários, que agora se encontram em circunstâncias heterogêneas, muitas em dupla terceirização.

Esses fatos retomam à discussão de que buscar um novo paradigma médico-obstétrico que traga uma efetiva mudança qualitativa nos nascimentos através da exclusiva disseminação das informações que desmistifiquem o modelo intervencionista, limitando à realização de campanhas por partos 'humanizados', é tentar enfrentar ideologia com outra ideologia, o que é uma das críticas mais latentes reforçada por Marx. Se os programas de humanização de saúde tendem a agir a partir da busca por modificações éticas por parte dos profissionais, visivelmente deixam-nos ver a limitações interpostas pelas ações políticas. Como afirma Marx:

O princípio da política é a vontade. Quanto mais unilateral, isto é, quanto mais perfeito é o intelecto político, tanto mais ele crê na onipotência da vontade e tanto mais é cego frente aos limites naturais e espirituais da vontade e, consequentemente, tanto mais é incapaz de descobrir a fonte dos males sociais (MARX, 2010, p. 62).

O SUS não consegue cumprir com sua proposta fundamental: a universalidade do atendimento, porque tem sido universalmente fragilizado por uma série de ações privatizantes que envolvem organizações sociais a uma série de acordos internacionais pautados no neoliberalismo. No mais, os acordos de participação mínima, o enxugamento dos custos, e a liberação de ainda mais planos privados e convênios repercute em ainda mais contratos terceirizados (e duplamente terceirizados) contra os profissionais que encontram-se na linha de frente dos trabalhos na saúde.

Ainda que não tenham a compreensão exata de quantos acordos levam à precarização do trabalho em que atuam, os profissionais visualizam o Sistema Único da seguinte maneira:

A diz hoje que o SUS é uma grande falácia. A gente está vendo no HGE as pessoas morrendo porque não tem antibiótico, não tem material pra entubar. Quer dizer, quantas pessoas não morreram? Centro cirúrgico hoje fechou porque os pacientes que precisavam ficar entubados não tinham para onde ir e, aí, a sala que é de cirurgia ficou fechada. E aí os outros pacientes ficaram morrendo do lado de fora.” (W. GALVÃO, em entrevista concedida à autora em 02/5/2015).

Ainda de acordo com os médicos, esse problema se reflete nas questões estruturais: 15 mil leitos do SUS foram desativados no país nos últimos 12 anos.

Essa política de humanização não é política, é um programa. É um grande estopim e carnaval para fazer propaganda do governo. Porque todos esses programas tem começo, mas não têm continuidade. Começam com grande publicidade – onde essa publicidade é gasta com dinheiro público – mas o programa em si não é dado continuidade, não é feito com seriedade. Falta dinheiro aí acaba. É o caso do Programa Saúde da Família, inspirado nos modelos de outros países e, no entanto, não tem financiamento para ele aqui e hoje está totalmente defasado. Só em Alagoas chegamos à redução de dois mil leitos. O que isso quer dizer? Que as pessoas não tem onde se internar mais, se adoecerem. Essa redução é uma coisa proposital. O Governo quer que o povo morra mesmo. Se você não dá condições de assistência à população, para que ter SUS? (W. GALVÃO, em entrevista concedida à autora em 02/5/2015).

Acreditar que, através de normativas e de novos paradigmas 'éticos', se estabelecerá uma melhoria de tratamentos a mulheres que buscam maternidades públicas para parir, é ignorar o que tem fundado toda a desmoralização no trabalho de quem efetua esses atendimentos, e o que os fazem agir com tamanhas intervenções agressivas e produzir iatrogenias, hoje consideradas faltas éticas ou técnicas, ou mesmo violência obstétrica.

A estratégia da Rede Cegonha não conseguiu cumprir, portanto, a meta para 2014 – que, para começar, objetivava contemplar 100% das mulheres que buscam atendimento à saúde. Mostrou-se ineficaz até mesmo em algumas reduzidas propostas, no que se observe as denúncias empreendidas pelos dossiês e os frequentes casos de lotação em maternidades (MUTIS; COSTA, 2013). Assim, como nos mostra a obstetra H, até mesmo os práticas de humanização dos profissionais ficam prejudicadas, quando “forças maiores” se sobrepunham. No caso seguinte, a profissional relata como a transferência de uma outra maternidade para as instalações do HU implicaram em uma redução na qualidade do atendimento:

A gente tinha começado a fazer alguns trabalhos com a questão da Rede Cegonha antes da Santa Mônica vir para cá. Então, a Santa Mônica veio e tudo que a gente tinha começado a fazer desandou... Então, paciente em corredor, falta de leito para bebezinho... piora a assistência em função disso. Tudo que a gente podia fazer de Rede Cegonha desandou. Aí, quando a Santa Mônica foi embora, aí, a gente começou a reorganizar a nossa casa. Mas, agora, com a Santa Mônica fechada, 'tá tudo desorganizado de novo! Então, talvez [...] quando cada um trabalhando no seu campo, talvez a gente consiga reiniciar o que a gente tinha começado na Rede Cegonha. O acompanhamento, a questão do acompanhante, de livre escolha da paciente, a questão da identificação segura... a história do contato, pele a pele, as boas práticas: não fazer Kristeller, não fazer episíio, não usar fórceps, tudo isso, que a gente tinha conversado. [...] tentar diminuir o número de cesáreas,

então tudo isso, que a gente já tinha conseguido caminhar, aí, voltou tudo (OBSTETRA H., em entrevista concedida à autora em 02/03/2015).

Além do mais, na medida em que o Estado diminui suas condições de atuação, também culpabiliza a instituição hospitalar ou seus funcionários pela má assistência prestada:

A gente toma ciência, porque, ao mesmo tempo que abre o processo no Ministério Público, vai um documento pro CRM, então o CRM convoca que a gente faça uma defesa... pra o processo interno, mas pra a audiência judicial, quem vai é o representante do hospital (OBSTETRA H., em entrevista concedida à autora em 02/03/2015).

Exemplo disso é a resposta às metas solicitadas pela Rede Cegonha, de redução de intervenções desnecessárias e práticas vinculadas à humanização do parto. As repostas para as limitações dessas políticas encontram-se, ao nosso ver, junto aos que estão à linha de frente, os profissionais tentam seguir a cartilha e deparam com limitações mais objetivas:

Ó, eu não posso falar de humanização se eu não tenho leito pra oferecer a minha paciente pra ela chegar e ficar de uma forma confortável no hospital. Eu não posso falar em humanização quando o que eu tenho pra oferecer à paciente é uma cadeira no corredor no hospital, ou um colchão no chão! Uma coisa é eu acolher bem, eu tratar bem, eu oferecer um acompanhante... aí, eu vou deixar o acompanhante em pé! O dia todo, a noite toda, colocar um lençol no chão pra poder acompanhar paciente. Eu não posso falar em humanização se eu não tenho o cardiotocógrafo, que eu preciso pra prestar uma assistência de boa qualidade pra ela. Eu não posso falar em humanização quando eu tenho uma sala só pra operar uma paciente, sabendo que eu tenho 3 pacientes pra operar naquela mesma hora. Então, precisa mudar muita coisa na estrutura, porque não depende só de pessoas, nem de ações isoladas... pr'a gente falar em humanização. A gente precisa ver muita coisa (OBSTETRA H., em entrevista concedida à autora em 07/01/2015).

Ao mesmo tempo, e ainda que sejam funcionários públicos, os médicos têm reações diversas diante das apresentadas políticas sociais, no entanto, é unânime o reforço sobre a necessidade de condições materiais – que transpassam as possibilidades do Estado, diante de toda a dimensão econômica mundial. Essas condições são explicadas de dois modos. O primeiro diz respeito à questão da remuneração, para a categoria médica que quer manter seu status sem, contudo, trabalhar em regimes extensos de horas e em situações extremas de flexibilização (com três ou quatro empregos simultâneos). O segundo se trata da precarização do sistema de saúde como um todo que, como vemos, precariza a assistência universal porque sofre a

determinação do enxugamento dos custos e das necessárias parcerias com o setor privado.

É ainda o Estado que, atualmente, comprime o serviço médico enquanto público, e investe em parcerias público-privadas. Terceirizados, os médicos atuam em empresas de saúde que, entre os vários convênios, também mantêm contrato com o Estado por meio do Sistema Único de Saúde (SUS). Desse modo, longe de estabelecer uma relação direta de assalariamento, o trabalho médico no setor público assume muitas vezes o modo duplamente terceirizado, o que é ainda mais acentuado em um regime de trabalho em situação de concorrência, além da precarização, e progressiva utilização da maquinaria enquanto capital fixo. Induzidos desde a formação ao uso indiscriminado de tecnologias e intervenções, sobretudo diante da demanda por produtividade, os médicos perdem toda a noção do saber-fazer no que diz respeito à assistência a um parto natural. Desse modo, caracterizamos – e neste sentido discordamos de Ocké-Reis – que a extrema especialização, embora lide com a complexidade do corpo humano, não é complexa. É de fato um trabalho cada vez mais simplificado e padronizado e, progressivamente se transformado em subsunção real ao capital.

5 CONCLUSÃO

Materializar um tema que tem tomado conta do nosso cotidiano por mais de dois anos não é um desafio pequeno. Pesquisar a violência obstétrica, após tê-la presenciado repetidamente com dezenas e centenas de outras mulheres, fez com que começássemos a pensar o trabalho com um pressuposto do qual não abrimos mão ante a insistência academicista: se mulheres que passam por esses tipos de atendimento dizem que é uma violência, é porque é.

Tal assertiva significa, por outro lado, que o não reconhecimento da violência sofrida diz muito mais respeito à naturalização dos procedimentos do que à inexistência da violação. Assim, nenhuma parte do texto ficou isenta da persistência de que observemos a realidade desnaturalizando-a do que hoje é tido como “normal”. Para este assunto, especificamente, requereu duas etapas de desmistificação.

A primeira delas, ao qual nos detemos na dimensão mais concreta do trabalho, é a compreensão de que a extrema medicalização no parto, a patologização do corpo feminino, as regras e ordens deferidas às mulheres, a cirurgia falsamente “indolor”, etc, não são composições de uma técnica científica pura – mas estão, como qualquer outra técnica, social e historicamente localizadas.

Em que pesem as crenças de alguns médicos de que as práticas violentas no partos têm se reduzido gradativamente pelos programas éticos do governo federal, o que observamos é uma situação obstétrica permeada por atendimentos cada vez mais repletos de intervenções excessivas, a subsunções das mulheres ao aparato hospitalar e a ordens médicas sem qualquer fundamento baseado em evidências de que seriam benéficas. Muito pelo contrário. Não raro constatamos que esses procedimentos são danosos, arriscados, representam os maiores casos de morte e morbidade materna hoje.

Desnaturalizar essas práticas nos permite distinguir, na medida do possível, a chamada “dor do parto” da dor resultante da violência sofrida. Essa difusão de informações foi uma bandeira levantada por grupos feministas, por grupos de profissionais da saúde coletiva e, por fim, pelo governo, como uma medida para reduzir as práticas consideradas ofensivas. Conseguir coletar todas essas informações para não sofrer uma intervenção desnecessária ou uma cesariana mal indicada passou a se tornar a meta de todas as gestantes que começaram a buscar seu parto humanizado através do “empoderamento”. Quem conseguia alcançar o parto humanizado era, então,

considerada empoderada. A disseminação dessas noções trouxe grandes repercussões nacionais porque o país se voltou à discussão sobre a situação do parto nas várias esferas. Se, na década de 1990, apenas trabalhadores da saúde e alguns sociólogos se enveredavam por essas questões, atualmente as mobilizações ganharam um espaço muito maior, sobretudo em decorrência das movimentações iniciadas – mas nem por isso limitadas – nas redes sociais.

Foram várias articulações iniciadas na internet que culminaram, finalmente, em atos e na reabertura da defesa pelos partos domiciliares como uma opção para que as mulheres pudessem, em suas próprias casas, decidir como e onde iriam parir. A questão é que esse movimento, que consideramos politicamente emancipatório, alcançou resultados favoráveis praticamente concentrados em mulheres da classe média. Tiveram seus direitos sobre o corpo atendidos aquelas que dispunham de algum tipo de renda para buscar um atendimento diferenciado, ou aquelas que, dispondo de escolaridade razoável e características pessoais mais ofensivas para conseguir – e ainda assim de forma limitada – questionar os médicos sobre os procedimentos.

E aqui, cabe mais uma crítica: é preciso que a mulher se informe sobre cada prática desnecessária para, só assim, ter chance de não sofrer violência ou não ser cortada? Tendo em vista essas práticas serem produtos de uma especialização, condicionada a vários jargões médicos ou da área de saúde, cabe a todas as mulheres precisarem ter basicamente um “curso de obstetrícia” pessoal para que consigam diferenciar as boas práticas e, assim, terem poder sobre si? Como ficam as mulheres que, pertencentes às classes mais exploradas, com pouco acesso às informações – e pouco tempo para acessá-las – não possuem condições materiais e culturais de passar toda uma gestação atraída a assuntos de parto?

Acreditamos, nesse ponto, que admitir ser essa uma violência de gênero não significa pensar que as mulheres, enquanto violentadas por esse sistema, conseguirão enfrentá-lo apenas a partir de uma gama de informações recebidas. Vimos que algumas delas chegam mesmo a se informar mas terminam em uma cesariana desnecessária ou machucadas por atendimentos violentos, porque o momento do parto não é o momento de enfrentar um sistema. Exigir tal enfrentamento é, inclusive, mais uma violência, porque culpabiliza a mulher “derrotada”. Essas considerações, entretanto, já têm sido superadas pelos movimentos que reivindicam humanização. Percebemos que isso se deu a partir da aproximação de movimentos feministas mais

vinculados à ideia das determinações sociais nas situações de violência e da discussão maior sobre a dupla vitimização da mulher.

Por outro lado, isso não ocorreu de modo tão imediato, porque a questão da maternidade enquanto uma pauta feminista é também extremamente polemizada em decorrência de algumas percepções particulares que concebem a maternidade, por si, como uma condição que aprisiona a mulher a várias formas de opressão – ignorando que o que subsume o corpo e as escolhas da mulher não é sua capacidade ou incapacidade biológica, mas as várias determinantes materiais, culturais e sociais perpetradas pelo capitalismo e pelo patriarcado (e, portanto, completamente modificáveis).

De todo modo, já pudemos descartar a ideia de que o combate à violência obstétrica possa ser feito apenas a partir da relação imediata entre médico e gestante. No máximo, uma e outra se esquivarão dessas situações de violação dessa forma. O que percebemos como necessário representa, portanto, nosso segundo esforço – situado a partir da apreensão do concreto pensado – que é situarmos que tipo de sociedade e período histórico é capaz de fazer com que as mulheres sejam agredidas em pleno trabalho de parto, com uma série de procedimentos cujo propósito imediato é a agilização artificial de um processo fisiológico.

Ao nos instrumentalizarmos com o materialismo histórico e dialético, tivemos a oportunidade de nos comprometer com o fenômeno empírico, a assistência violenta e tecnocrática, ao tempo em que a própria realidade nos movimentou os olhos para suas bases histórico-sociais, que influenciam diretamente nesse tipo de atendimento.

E assim encontramos as determinações. Algumas exatamente como pensávamos na hipótese do trabalho. A agilização nos atendimentos ao parto, de fato, se serve de um tipo de racionalização específica voltada ao capital. Entretanto, ocorre de uma maneira mais complexa do que imaginamos. Se acreditávamos que a produtividade no setor terciário explicaria sozinha a formalização desse padrão de atendimento, percebemos que este fator preponderante não é, entretanto, o único. Os médicos atuam sob produtividade em uma condição de terceirização com as empresas de plano privado; e atuam por produtividade quando remunerados por procedimento ou “produção”. Em ambos os casos o pagamento depende da agilização do serviço. Assim, foram repetidas as queixas de baixo salário e bastante clara a argumentação de que o alto número de cesarianas e de baixa qualidade nos atendimentos se deve sobretudo à baixa

remuneração, que os conduzem a atender mais mulheres em um menor espaço de tempo.

No entanto, temos também os médicos assalariados, cuja remuneração por si só não interferiria na agilização do serviço. Esses profissionais atuam precisamente como funcionários públicos em maternidades geridas pelo Estado, o que significa que a remuneração não representa uma queixa maior do que as próprias condições de trabalho em si. Em um maternidade do Estado, agilizar o serviço não é o imperativo da produtividade, mas de uma outra face das contradições geradas pelo capitalismo: a precarização dos serviços públicos.

Essa precarização implica em algumas características como: a municipalização dos recursos, que ao passarem a ser geridos pelo município, terminaram tratorando as maternidades e provocando seu fechamento. A partir de uma reação de interligação, as mulheres em trabalho de parto precisam deixar o interior em que vivem para seguirem a uma maternidade na capital, provocando, a partir de então, quadros crônicos de super lotação, procedimentos invasivos e cesarianas para agilização do parto, negação de atendimento.

Nesse ponto, passamos a discutir a questão do Sistema Único de Saúde, e suas intermitentes relações para manutenção e constante crise. smo histórico e dialético, tivemos a oportunidade de nos comprometer com o fenômeno empírico, aComeçamos com a constatação de que o Brasil que formula o maior sistema de saúde público do mundo é também o segundo país mais promissor para as redes de planos de saúde. Ao considerarmos que a discussão sobre o SUS é de uma complexidade gigantesca, optamos por ater-nos, por um lado, a problematizar os recursos destinados às problemáticas parcerias público-privadas em detrimento das instituições que são efetivamente públicas. Por outro lado, discutimos como os progamas sociais do Governo buscaram várias medidas para melhoria na qualidade do atendimento sem, no entanto, oferecer condições que levem os profissionais a atuar com a “humanização” requerida pelos manuais de parto.

Assim, é preciso que problematizemos essa relação público-privada não mais como fossem oposições entre Estado e Capital, afinal, vimos como o Estado não pode ser outra coisa se não fator de manutenção capitalista, interferindo apenas de forma administrativa e política e, portanto, oposta à concepção de emancipação social.

Politicamente, observamos o quanto as medidas administrativas, construtoras ou reconstrutoras de concepções, paradigmas e orientações para modos de

agir, pouco são representativas diante de uma categoria que já se encontra em uma situação mista de privilégios e precarizações do trabalho. Os médicos não são vilões da história, que deixemos claro. Tampouco são as maiores vítimas, porque reproduzem e se beneficiam com esse sistema. No entanto, convivem também com as dificuldades interpostas, gerando dicotomias de: elitização e estabilidade econômica *versus* intensificação do trabalho e estagnações salariais; renda e status hierárquico privilegiado *versus* condições de trabalho cada vez mais precarizadas. O trato humano com que finalizam todas essas interferências não pode ser senão desumanizado, tendo em vista que tratar o paciente como ser humano implicaria uma série de condições contrárias às apresentadas.

Ao observarmos como a intervenção de medicamentos e o uso de equipamentos são impostos dentro de uma situação que não é em si patológica, mas principalmente fisiológica – que é a gravidez e o parto – percebemos o nível do paradoxo que objetifica o corpo feminino. Afinal, não foi só no século XIX que as maternidades compreendiam o estágio inicial dos estudantes. Ainda nas últimas décadas vimos que os médicos continuam tendo o parto como uma das portas de entrada do aprendizado prático de medicina. E, contraditoriamente aos discursos e paradigmas de “ciência” ou de uma “técnica científica”, ficou bastante claro que suas práticas são pouco vinculadas às evidências científicas. Assim como as parteiras do século XIX, os médicos aprendem a assistir partos a partir do aprendizado diário e prático dentro das maternidades com seus “mestres”. No entanto, diferentemente do atendimento particularizado das que assistem mulheres para parir, a prática perpetuada pelos médicos é, como dissemos, a padronização de uma atuação mecânica, dependente de medicamentos e equipamentos e, portanto, mais ritualística do que baseada nas necessidades individualizadas de cada mulher que chega na maternidade.

Nesse sentido, vemos que o apego às máquinas e à medicalização no parto nem sempre se serve a uma situação de produtividade ou de desafogamento das instituições, mas é desencadeada pela própria formação médica: eles sabem como, mas não sabem por quê ou em quê esses procedimentos implicam, caracterizando uma vinculação acrítica ao uso das tecnologias. As indústrias de equipamento e de medicamentos se estabelecem e se proveem.

A despeito dessa dependência aos equipamentos, culminando na exposição das mulheres a um parto considerado tortuoso e com danos físicos e mentais, ou aos riscos de uma cesariana sem indicação real, é exatamente o discurso da

cientificidade (na prática, extremamente limitado) que os profissionais médicos utilizam como ferramenta para respaldar a especialização e garantir a reserva de mercado, relegando às enfermeiras obstétricas a condição de assistentes. No entanto, essa relação de hierarquia imposta pelos obstetras tratora a legitimidade da profissão de enfermeira obstétrica como competente para assistir partos normais sem riscos. Além de habilitadas pelo Ministério da Saúde a desempenhar essas funções, também constatamos que a formação das enfermeiras obstétricas é mais alinhada à perspectiva de atualização teórica e prática como condição para a assistência, o que as leva a atuarem a partir da visão do parto como fisiológico e ao encaminhamento seguro aos médicos quando se torna patológico.

Através de um resgate histórico e de uma análise de conjuntura econômica e política, conseguimos constatar os vários modos em que o capitalismo consegue se inserir e modificar as práticas de acordo com suas próprias exigências, tendo o Estado como um aliado necessário para a reprodução de diversas contradições que mantêm o setor privado lucrativo.

Se há países europeus capitalistas considerados modelos em atenção às mulheres no parto, com inserção de parteiras na atenção, há que entender as particularidades em que as indústrias de medicamentos, de equipamentos e de convênios hospitalares, por exemplo, garantem sua acumulação e organizam a divisão de trabalho nessas nações.

No Brasil, o que podemos constatar é que o maior sistema de saúde pública do mundo convive com o segundo maior mercado mundial de planos privados. Esse dado contextualizado em nosso trabalho aponta como o Estado catalisa as graves situações de pobreza com a garantia ao capital de que suas ações não irão onerá-lo, ainda que saibamos que onde houver exploração do trabalho e acumulação, haverá a desigualdade de condições de vida, de condições de trabalho e de condições de acesso aos bens fundamentais. No que diz respeito à atenção obstétrica, vimos essa dualidade de duas maneiras: a) na forma como as mulheres atendidas pelo SUS são recebidas e enfrentam partos traumáticos, recebendo em contrapartida uma série de normativas para tentar *suavizar* essas situações, sempre crescentes e b) na adoção das cesarianas em planos privados sem que as mulheres sejam devidamente informadas sobre os riscos e os prejuízos à saúde delas e dos bebês.

Desse modo, a dicotomia pode ser explicada pela organização do trabalho do médico que atende em hospitais públicos, sob constrangimentos das normativas que

criam metas e as práticas consolidadas de agilização do serviço; e dos planos privados, sob a prática mais “livre” de agilização nos serviços, sem outras pressões maiores.

Não foi o capitalismo quem criou esse modelo de patologização do corpo feminino, da gravidez e, logo, de subsunção da mulher ao aparato médico. No entanto, foi a hospitalização do parto garantida pela industrialização capitalista, que conduziu a extensão desse tipo de atendimento em larga escala. Nesse ponto, consideramos que as políticas públicas até podem, se devidamente potencializadas, reduzir a situação violenta dos partos, mas apenas enquanto medida paliativa. Explicaremos o porquê.

Ao observarmos a conjuntura alagoana, o aplacamento dessa situação implicaria, de modo imediato, na descentralização das maternidades nos outros municípios do estado, na inserção e fortalecimento das enfermeiras obstétricas como centrais na assistência ao parto normal, seja em maternidades, em casas de parto ou nos domicílios.

Vimos que as políticas públicas implementadas até então se dão de duas maneiras: a) a disseminação de cartilhas que preconizam as boas práticas do atendimento aos profissionais da saúde e b) o financiamento, através do programa Rede Cegonha a hospitais que atinjam metas de redução das práticas invasivas desnecessárias às mulheres.

No entanto, cremos que não basta levantar prédios de maternidade, implementar cartilhas de boas práticas e estabelecer metas de relativamente fácil manipulação sobre os procedimentos. O “paradigma” do parto humanizado requer humanização nas condições de trabalho. Isso significa também o Estado condicionar a remuneração dos médicos ao tempo de espera por um parto normal, respeitando a equiparação salarial com as enfermeiras obstétricas, que desempenham as mesmas funções e o mesmo “tempo de serviço” e, no entanto, são consideradas como uma categoria “inferior”.

Podemos ver com bastante clareza como essas medidas são extremamente objetivas e práticas, e, ao nosso ver, fundamentais para vislumbrar alguma melhoria no sistema obstétrico do país e de Alagoas. No entanto, cremos que elas são extremamente idealistas, dada a improbabilidade de que sejam aplicadas na ordem capitalista.

Dizemos isso porque, para o provimento de salários condizentes, para a regulamentação da atuação dos profissionais segundo suas necessidades e capacidades, para a estruturaração das condições humanas e materiais no SUS, e para a contratação de mais profissionais - o que os retiraria da atuação sob a lógica privada de produtividade - seria necessário que o Estado desarticulasse as parcerias público-privadas, retirasse recursos da participação da saúde suplementar e se tornasse

“atrativo” o suficiente para que os trabalhadores não buscassem atuação em instituições privadas. No entanto, como o Estado poderia implementar estratégias desse tipo se sua existência já é oriunda e mantida pelo poder político e econômico do capital?

Nosso cenário fala por si. A crise econômica no país dá mais uma vez o tom estatal e para que senhor ele serve. A ordem é conter os recursos da saúde, obrigando trabalhadores a duas opções: custear (o que não podem) em planos privados que já os submetem a longas esperas e atendimentos precários; ou, submeter suas vidas, desde o nascimento, aos trocados que sobram a um Sistema Único cada vez mais violento, insuficiente, ineficaz e precário.

REFERÊNCIAS

AGAMBEN, Giorgio. “O Estado de Exceção como Paradigma de Governo” In Homo Sacer II. Estado de Exceção. São Paulo: Boitempo Editorial, 2004.

AUDET, Elaine. **Eisabeth Badinter Distorts Feminism the Better to Fight It**, Sisyphé, 2003.

ALTHUSSER, Louis. **Aparelhos ideológicos de estado: nota sobre os aparelhos ideológicos de estado (AIE)**. Tradução Walter José Evangelista e Maria Laura Viveiros de Castro. Rio de Janeiro: Graal, 198

AMORIM, Melania. **Indicações reais e fictícias de cesarianas. Estuda, Melania, Estuda!** Publicado em 8 de agosto de 2012. Disponível em <http://estudamelania.blogspot.com.br/2012/08/indicacoes-reais-e-ficticias-de.html> Acesso em 21 de setembro de 2013.

AMORIM, Melania; KATZ, Leila. **O Papel da Episiotomia na Obstetrícia Moderna**. Revista Femina ed. 36: p. 47 a 54. 2008

AMORIM, Melania M R.; SOUZA, Alex R. S.; PORTO, A. M. F.. **Indicações de cesariana baseadas em evidências: parte I / Evidence-based cesarean section indications: part I** Revista Femina; 38: Agosto de 2010.

ANTUNES, R. **Adeus ao Trabalho?: ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho**. São Paulo: Cortez, 2005.

ANTUNES, Ricardo. **Os Sentidos do Trabalho. Ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho**. São Paulo: Boitempo, 2006

ALBERTO; DWECK, Ruth H. **O Setor de Serviços no Brasil: uma visão global 1985-95**. Rio de Janeiro, IPEA (Texto para discussão nº 549), 1998. Disponível em <<http://www.ipea.gov.br>>

_____. **É Possível uma Política para o Setor Serviços?** Rio de Janeiro: IPEA, TD 457, 24 p., 1997. Disponível em <<http://www.ipea.gov.br>>

ARGENTINA, **Ley De Proteccion Integral A Las Mujeres**. Ley 26.485 Abril de 2009. Disponível em

http://www.oas.org/dil/esp/Ley_de_Proteccion_Integral_de_Mujeres_Argentina.pdf .
Acessada em 20 de setembro de 2013.

BADINTER, Elisabeth. **Hombres/Mujeres: como salir del camino equivocado**. Buenos Aires AR: Fondo de Cultura Económica, 2003.

_____. **O conflito: a mulher e a mãe**. Rio de Janeiro, Record, 2011.

CRESCÊNCIO, Cíntia Lima. **Quem tem medo do feminismo?** Revista *Historiæ*, Rio Grande, 2 (2): 137-151, 2011.

BARBOSA, Renata Trasse de Oliveira. **As nuances da reestruturação produtiva na administração pública..** In: SEMINARIO DE SAUDE DO TRABALHADOR DE FRANCA, 8., 2012, Franca. Unesp Franca, Disponível em: http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000112012000100009&lng=en&nrm=abn. Acesso em 17 de fevereiro de 2014.

BEBIANO, Marcelo. **Brasil registra aumento no número de cesáreas**. Notícia. Agência Saúde. Portal Saúde. Disponível em <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/component/search/?searchword=cesárea&searchphrase=all&Itemid=242> acesso em 41/01/2014

BIHR, Alain. **Da Grande Noite à Alternativa - O Movimento Operário Europeu em Crise**. Ed. Boitempo, 1999.

BOLAÑO, César R.S, e SILVA, Luiz M.O. **Trabalho Médico e Capitalismo. Uma Introdução à Economia Política dos Serviços de Saúde**. Biblioteca EPTIC. Revista Eletrônica Internacional de Economia Política da Informação, da Comunicação e da Cultura. Disponível em: www.eptic.com.br/biblioteca/index.php?key=62&sec=2 Acesso em 19/12/2013.

BORGES, Fabiano et. al **Anatomia da privatização neoliberal do SUS : o papel das organizações sociais**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2012. 160p.

BRASIL, **Lei nº 11.340** de 7 de agosto de 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 415, DE 21 DE MAIO DE 2014 Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 21 maio de 2014. Seção 1. p. 60

_____. PORTARIA No - 437, DE 28 DE MAIO DE 2014
Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 29
maio de 2014. Seção 1. p. 40

_____. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à saúde. **Política nacional de Humanização da atenção e Gestão do SUS** Brasília : Ministério da saúde, 2009.
MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher/** Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. **Dez Passos para a Atenção Humanizada ao Parto.**
Secretaria do Estado da Saúde do MS. 2009 Disponível em
http://www.saude.ms.gov.br/sesmunicipios/index.php?templat=vis&site=202&id_comp=2616&id_reg=4283&voltar=lista&site_reg=202&id_comp_orig=2616 Acesso em 12
de julho de 2014

_____. **Diretrizes gerais e Operacionais da Rede Cegonha.** Portal da Saúde. http://portal.saude.gov.br/portal/saude/gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=37082
Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Acesso em 12 de setembro de 2014.

_____. **Mais Médicos. Como Funciona o Programa.** Portal da Saúde.
<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/index.cfm?portal=pagina.visualizarTexto&codConteudo=11828&codModuloArea=1053&chamada=home--como-funciona-o-programa> . Acesso em 18 de setembro de 2014.

BRENES, Anayansi Correa. História da Obstetrícia no Brasil: o fracasso da Escola de Obstetrícia para Mulheres, no Rio de Janeiro, 1832. **Revista Médica de Minas Gerais**. p.141-147. UFMG: Minas Gerais, 2008.

BRINGEL, B. B.; VARELLA, R. V. S. **Perspectivas e desafios da pesquisa militante na atualidade.** Disponível em:
<<https://01605361568100806079.googlegroups.com/attach/ed9ee06f91f669fe/Artigo%20Pesquisa%20Militante%20BRINGEL%20e%20VERSIANI.pdf?part=4&vt=ANaJVrEhnQGxoSxsWI4EUHNHNJX-N3umNm0H5IJZipPcnG5D9aimFqLjEOipgh50qFceatyhKZeGOOC8LcSPJ3pW0BA9wLGEPbUVLw4IdcWWy8SgH0nr4>>. Acesso em: 15 de maio de 2015.

BURGO, Carlos. **Litotomía en el parto: una práctica cuestionable.** Rev. Obstare nº 3. 2001

CASTEL, Robert. **As Metamorfoses da Questão Social: uma crônica do salário**. 4 ed. Petrópolis- RJ: Vozes, 1998

_____. Uma Ruptura de Trajetória. IN: **As metamorfoses da questão social: Uma Crônica do Salário**. Tradução de Iraci D. Poleti – Petrópolis, RJ: Vozes, 1998.

CHAZAN, L. K. **A história da obstetrícia e a patologização da gravidez** [artigo completo]. In: XI Encontro Regional de História; 2004; Rio de Janeiro. Democracia e Conflito. Rio de Janeiro: ANPUH, 2004.

DEPLHY, Christine. **Dar um novo impulso ao feminismo?** Le Monde Diplomatique (versão portuguesa). Publicado em maio de 2004. p. 11.

D'OLIVEIRA, A.F.P.L; DINIZ, S.G & SCHRAIBER, I. B., 2002. **Violence against women in health-care institutions: An Emergin Problem**. Lancet. 359: 1681-85.

DE PAULA, J.L.M. **O Estado Gerente e a Ética na Política Social**. ESDC, 2007. Disponível em http://www.esdc.com.br/RBDC/RBDC-10/RBDC-10-503-Jonatas_Luiz_Moreira_de_Paula.pdf. Acesso em 21 de janeiro de 2013.

FIOCRUZ. **Brasil precisa reformular atenção ao parto**. Disponível em: <<http://www.fiocruz.br/omsambiental/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=633&sid=13>> . Acesso em 04 de janeiro de 2015.

_____. **Nascer no Brasil**. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/nascerweb.pdf>> Acesso em 2 de maio de 2015.

FERNANDES, Patrícia Jacques. **Ato Médico: Versões, Visões e Reações de uma Polêmica Contemporânea das Profissões da Área de Saúde no Brasil**. Dissertação de Pós-Graduação em História das Ciências da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2004.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo Dicionário Aurélio de Língua Portuguesa**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1986.

FRANZON, Ana Carolina Arruda; SENA, Ligia Moreiras. **Teste da violência obstétrica: divulgação dos resultados**. Disponível em: <http://www.apublica.org/wp-content/uploads/2013/03/Divulga%C3%A7%C3%A3o-dos-resultados_-_Apresenta%C3%A7%C3%A3o_Diagramada_Vers%C3%A3o-final.pdf> . Acesso em 23 de setembro de 2014.

FREIDSON, Eliot. A Profissionalização e a Organização do Trabalho de Classe Média na Sociedade Pós-Industrial (1973), in: **Renascimento do Profissionalismo: Teoria,**

Profecia e Política [trad. Celso Mauro Parciornik]. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1998

GARCIA, Leila Posenato et al. **Violência contra a mulher: feminicídios no Brasil (Sum)**. São Paulo: Ipea, 2013.

GARCIA, Oswaldo Salaverry. **Iatrogenia institucional y muerte materna. Semmelweis y la fiebre puerperal**. *Rev. perú. med. exp. salud publica* [online]. 2013, vol.30, n.3, pp. 512-517. ISSN 1726-4634.

GODOY, M.R. **Regulação dos planos de saúde e risco moral: aplicação da regressão quantílica para dados de contagem**. Porto Alegre, RS: UFRGS, 2008. 161 p. Tese (Doutorado em Economia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

HALIMI, Gisele. **O “complô” feminista**. *Le Monde Diplomatique*. Jornal Francês. Publicado na edição de agosto de 2003, p. 28. Disponível em: <https://www.diplomatique.org.br/print.php?tipo=ac&id=934>. Acesso em 12 de fevereiro de 2014.

HERNANDEZ, Ilena. **Elisabeth Badinter. Las claves del debate**. *Tenemos Tetas (y Cerebro)*. [Blog Internet] Publicado em 6 de maio de 2010. Disponível em <http://www.tenemostetas.com/2010/05/elisabeth-badinter-las-claves-del.html> Acesso em 14 de novembro de 2014.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada. **Perspectivas Profissionais. Níveis Técnico e Superior**. Radar. n.27. Diretoria de Estudos Políticos setoriais de Inovação, Regulação e Infraestrutura. Brasília: Ipea, 2013. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/radar/130703_radar27.pdf Acessado em 28 de setembro de 2013.

LEÃO. MRC; Riesco MLG; Schneck CA; Angelo M. **Reflexões sobre o excesso de cesarianas no Brasil e a autonomia das mulheres**. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 1, 2012. p182.

LIMA et. al *Crise do Capital, Política de Saúde no Brasil e Serviço Social*. VI Jornada Internacional de Políticas Públicas. UFMA: 2013.

MAIA, Mônica B. **Humanização do Parto: Política Pública, comportamento organizacional e ethos profissional**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

MARCUSE, Herbert. **A Ideologia da Sociedade Industrial**. 5ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.

MAUSS, M. As Técnicas do Corpo. IN: **Antropologia e Sociologia**. São Paulo: Cosac & Naif: 2003.

MARTIN, Emily. **A mulher no corpo: uma análise cultural da reprodução**. Tradução: Júlio Bandeira. Rio de Janeiro: Garamond, 2006. 384 p.

MARX, Karl. “Prefácio”. In: **Contribuição à Crítica da Economia Política** Trad. por Florestan Fernandes. São Paulo, Ed. Flama, 1946. p. 30-32.

_____. **Glosas críticas marginais ao artigo 'O Rei da Prússia e a Reforma Social: de um Prussiano'**. 1 ed. São Paulo: Expressão Popular, 2010.

_____. **O Capital Livros I, Tomo 1**. São Paulo: Editora Nova Cultural, 1996

_____. **O Capital. Livro I, Tomo 2**. São Paulo: Editora Nova Cultural, 1988

_____. (1866). **Capítulo Sexto (Inédito) d'O Capital**. Lisboa: Escorpião, 1975.

_____. (1868). **O Capital: Crítica da Economia política**. 17 ed, Livro I, Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.

MARX, K, ENGELS F. **A Ideologia Alemã**. Tradução: Luis Claudio de Castro Costa. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

MEDICI, Antonio. **Os serviços de assistência médica das empresas: evolução e tendências recentes**. São Paulo: Iesp, 1992 (Texto para Discussão, 7).

MILLS, Wright. **A Nova Classe Média**. 3 ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.

MIRANDA, Roberto. **Áudio: Gestante e feto morrem em Coruripe e família responsabiliza hospital**. Notícia Podcast. Portal de notícias Aqui Acontece. Publicado em 26 de março de 2014. Disponível em <http://aquiacontece.com.br/noticia/2014/03/26/audio-gestante-e-feto-morrem-em-coruripe-e-familia-responsabiliza-hospital> Acesso em 10 de setembro de 2014.

NAVARRO, Vicente. **Produção e Estado de Bem-estar: O Contexto Político das Reformas**. *Lua Nova*. 1993, n.28-29, pp. 157-200.

NEGRÃO, Telia. **Rede Feminista de Saúde alerta: A Rede Cegonha é retrocesso de 30 anos**. Viomundo. Entrevista. Publicado em 5 de abril de 2011 Disponível em www.viomundo.com.br Acesso em 24 de setembro de 2013.

NIDECKER, Fernanda. **Importação de médicos 'não é panaceia', diz OMS**. Notícia BBC Brasil em Londres. Publicado em 20 de

mhttp://www.viomundo.com.br/entrevistas/rede-feminista-de-saude-rede-cegonha-e-um-retrocesso-de-30-anos-nas-politicas-de-genero-saude-da-mulher-direitos-reprodutivos-e-sexuais.html Acesso em 14 de maio de 2013.

OCKÉ-REIS, C. O.; ANDREAZZI, M. F. S.; SILVEIRA, F. G. **O mercado de planos de saúde no Brasil: uma criação do Estado?** Disponível em:

<http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/Tds/td_1094.pdf>. Acesso em: 2 de março de 2015.

ODENT, Michel. **A cientificação do amor**. Florianópolis: Saint Germain, 2002. 142 p

OFFE, Claus. **Capitalismo Desorganizado: transformações contemporâneas do trabalho e da política**. 2 ed. Rio de Janeiro: Brasiliense, 1995

OLIVEIRA, Fábio de. Política e Estado no pensamento marxista. **Revista Sequência**, Florianópolis, n. 43, p. 09-28, dez. 200

OMS. **Assistência ao Parto Normal: um guia prático**, 2001.

POTTER, JE; BERQUÓ E; PERPETUO IH et AL. **Cesarianas não desejadas entre os pacientes da rede pública e privada no Brasil: estudo prospectivo** BMJ 2001; 323 :1155-8

PARTO DO PRINCÍPIO. **Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa**. Dossiê Violência Obsétrica 'Parirás com Dor' . 2012.

PATAH, Luciano Eduardo Maluf; MALIK, Ana Maria. Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 45, n. 1, p. 185-194, Feb. 2011 .

PULHEZ, Mariana Marques. **Parem a Violência Obstétrica: a construção das noções de 'violência' e 'vítima' nas experiências de parto**. Revista Brasileira da Sociologia da Emoção. v.12 n.35. p.544-564. Agosto de 2013.

RATTNER, Daphne et al. **As cesarianas no Brasil: situação no ano de 2010, tendências e perspectivas**. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012, v. 1, p. 371-397 2012.

ROZENFELD, Suely. Avaliação do uso dos medicamentos como estratégia para a reorientação da política de insumos em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 4, Publicado em dezembro de 1989. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?cript=sci_arttext&pid=S0102-311X1989000400004&lng=en&nrm=iso. Acessado em 12 de fevereiro de 2014.

SENA, Ligia Moreira et al. **Maternidade e Violência Obstétrica: Pautas Feministas**. Blogagem coletiva. Publicada em 30 de dezembro de 2013. Disponível em: www.cientistaqueviroumae.com. Acesso em 10 de fevereiro de 2014.

SENADO FEDERAL. **CPMI da Violência contra a Mulher**. Relatório Final. Brasília: Senado, 2013.

SENNET, Richard. **A Corrosão do Caráter. Consequências Pessoais do Trabalho no novo Capitalismo**. Trad. Marcos Santarita 14ª ed. Rio de Janeiro: Record, 2009.

SCHEFFER, Mário (coord.) **Demografia Médica no Brasil**, v. 2. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo: Conselho Federal de Medicina, 2013.

THÉBAUD, Françoise. **A Medicalização do Parto e suas consequências: o exemplo da França no Período entre as duas guerras**. Revista Estudos Feministas 10.2. 2002. p. 415-426

VENEZUELA, **Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia**. Disponível em http://venezuela.unfpa.org/documentos/Ley_mujer.pdf Acesso em 20 de setembro de 2013.

VENTURI, Gustavo. **Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado**. Fundação Perseu Abramo e SESC. Agosto de 2010.

WAITZKIN, Howard. **Uma visão marxista do atendimento médico. Tradução: Rubens Turkienicz. Revisão: Geraldo Lucchesi**. São Paulo: Editora Avante, 1980. Traduzido do original "A Marxist View of Medical Care", Annals of Internal Medicine, 89: 264-278, 1978.

ZORZETTO, Ricardo. **Escolha Errada. Estudo publicado na revista Lancet mostra que cesariana desnecessária coloca em risco a vida da mulher e do bebê**. Pesquisa Fapesp. Ed. 124. Junho de 2006 p. 40 a 44. Disponível em <http://www.cepia.org.br/doc/mulheres.pdf> Acessado em 11 de outubro de 2012.