

A HUMANIZAÇÃO DO PARTO COMO ESTRATÉGIA POLÍTICA: DESAFIOS PARA A PSICOLOGIA

La humanización del parto como estrategia política:
desafíos para la psicología

The humanization of childbirth as a political strategy:
challenges for psychology

RESUMO:

No Brasil, tem sido crescente o número de cesarianas eletivas, extrapolando o recomendado pela Organização Mundial de Saúde. Também são crescentes as denúncias de violências obstétricas. Em contrapartida, o movimento pelo parto humanizado e as discussões sobre a humanização da assistência à mulher e ao bebê também estão se ampliando. O objetivo deste artigo é compreender como se operam tais mecanismos nas cenas de parto e de que modo o movimento pelo parto humanizado vem se constituindo como linha de fuga e resistência perante a este cenário de violências e sujeição. Apoiadas na perspectiva foucaultiana, sobretudo nos conceitos de biopolítica e biopoder, o artigo abre caminhos para pensar a implicação ético-política da psicologia neste contexto.

Palavras-chave: Parto humanizado; Biopolítica; Biopoder; Linhas de fuga; Violência obstétrica; Psicologia perinatal.

RESUMEN:

En Brasil, el número de cesáreas electivas ha aumentado, superando la cifra recomendada por la Organización Mundial de la Salud. Los informes de violencia obstétrica también están en aumento. En contraste, el movimiento por el parto humanizado y los debates sobre la humanización del cuidado de las mujeres y los bebés están en expansión. El objetivo de este artículo es comprender cómo operan estos mecanismos en las escenas de parto y cómo dicho movimiento se ha consolidado como una vía de escape y resistencia ante este escenario de violencia y sometimiento. Basado en la perspectiva foucaultiana, especialmente en los conceptos de biopolítica y biopoder, el artículo abre caminos para reflexionar sobre las implicaciones ético-políticas de la psicología en este contexto.

Palabras-claves: Parto humanizado; Biopolítica; Biopoder; Líneas de fuga; Violencia obstétrica; Psicología perinatal.

AMANDA JONAS NASCIMENTO

<https://orcid.org/0000-0003-2414-8969>
Pós graduanda em esquizoanálise, esqui-
zodrama e análise institucional, Instituto
Gregório Barenblitt, psicóloga na Secre-
taria Municipal de Saúde de Contagem,
Contagem/MG, Brasil
E-mail: amandajascimento27@gmail.com

RENATA GHISLENI DE OLIVEIRA

<https://orcid.org/0000-0003-2069-9878>
Doutora em Psicologia Social, professora
do Centro Universitário de Belo Horizonte,
Belo Horizonte/ MG, Brasil
E-mail: renataghisleni@gmail.com

DOI: 10.5935/2175-1390.v25e24132



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY. Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original.

ABSTRACT:

In Brazil, the number of elective cesarean sections has been increasing, exceeding the number recommended by the World Health Organization. Reports of obstetric violence are also increasing. In contrast, the movement for humanized childbirth and discussions about the humanization of care for women and babies are also expanding. The aim of this article is to understand how these mechanisms operate in childbirth scenes and how the movement for humanized childbirth has been established as a line of escape and resistance in the face of this scenario of violence and subjection. Based on the Foucauldian perspective, especially on the concepts of biopolitics and biopower, the article opens ways to think about the ethical-political implications of psychology in this context.

Keywords: *Humanized childbirth; Biopolitics; Biopower; Lines of escape; Obstetric violence; Perinatal psychology.*

*A única
E a maior
Das revoluções possíveis
Na sombria história dos homens
Não é de seus cegos governos
Mas na maneira como estes desditosos
São acolhidos no nascimento
E como terão sido
Concebidos e
Gerados.
(Leboyer, 2008)*

INTRODUÇÃO

O Brasil é o segundo país com maior índice de cesáreas no mundo. Segundo a Agência Senado (2018), o percentual de cesarianas chega a 57%, sendo que o recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), é de 15%. “Dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) referentes aos nascimentos em 2016, apontam que 55,4% do total de nascidos vivos no Brasil o foram por meio de cesáreas eletivas” (Senado Federal, 2018a, parág. 3). Entende-se por eletivas, cesáreas realizadas sem fatores de risco que justifiquem o procedimento e antes do corpo da mulher ter entrado em trabalho de parto.

O número de denúncias de violência obstétrica também tem aumentado. Segundo a Fundação Perseu Abramo (2013, parág. 7), “uma em cada quatro mulheres sofre algum tipo de violência durante o parto.” Entende-se por violência obstétrica um conjunto de ações exercidas por profissionais de saúde que implica na apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres, por meio de uma atenção desumanizada. Neste processo as mulheres perdem a autonomia e o direito de decidir sobre o próprio corpo e sexualidade. Tais aspectos impactam negativamente na qualidade de vida das mulheres (Goes, 2016).

Em meio a este cenário, faz-se necessário considerar que a classe social da parturiente influi diretamente na experiência de parto. Mulheres pobres possuem maiores dificuldades de acesso à assistência humanizada, tendo em vista que, nem todos os hospitais públicos possuem condições de fornecer tal assistência (Giacomini & Hirsch, 2020).

O fator racial também repercute na experiência de parto. Um estudo realizado por Maria do Carmo Leal (Pina & Ribeiro, 2020), aponta que as mulheres pretas têm mais chances de sofrer violências obstétricas do que as mulheres brancas. Por exemplo, ainda que haja evidências científicas de que a episiotomia, um corte realizado no períneo para ampliar o canal do parto, seja um procedimento desnecessário, ao realizar um comparativo com mulheres brancas, 50% das mulheres pretas não recebem anestesia local durante o procedimento (Pina & Ribeiro, 2020).

Outro analisador importante desse cenário é o Despacho SEI/MS – 9087621, emitido em 2019 pelo Ministério da Saúde (MS), que propunha vetar a utilização do termo violência obstétrica, sob a justificativa de ser uma expressão imprópria e inadequada, uma vez que “tanto o profissional de saúde quanto os de outras áreas, não tem a intencionalidade de prejudicar ou causar dano” (Ministério da Saúde, 2019, parág. 7).

Este documento soou como um alerta para mulheres, gestantes, mães, doulas e profissionais de saúde que defendem a humanização da assistência. Abolir o uso seria como mascarar a realidade, apagando as violências sofridas por diversas mulheres nas cenas de parto, além de desconsiderar os jogos de poder existentes nas relações entre profissionais e gestantes e nos equipamentos de assistência às mulheres durante a gravidez, o trabalho de parto e o pós-parto. Entretanto, poucos dias depois da emissão e publicação do Despacho supracitado, o Conselho Nacional de Direitos Humanos (CNDH) emitiu a Recomendação nº 5, de 9 de maio de 2019, na qual solicitou a desconsideração do documento por representar um retrocesso nas políticas públicas de saúde da mulher e saúde materna (Conselho Nacional de Direitos Humanos, 2019).

Em meio a este contexto de disputas e tensões, acompanha-se a emergência de movimentos em defesa do protagonismo da parturiente e da assistência perinatal humanizada. Tais movimentos se contrapõem às práticas obstétricas que (re)produzem sujeição, dominação e violências e que ainda encontram respaldo no sistema de saúde brasileiro, evidenciando elementos estruturais de nossa sociedade como o racismo, o machismo, o sexismo e o patriarcado. Outro fator que não pode ser desconsiderado é a lógica neoliberal que opera no âmbito da saúde e coloca o lucro acima das pessoas.

A partir de um breve resgate histórico sobre a assistência perinatal, a primeira parte do artigo busca compreender como o tratamento dado à parturiente foi se modificando no decorrer do tempo. Em seguida, é apresentado alguns aportes da teoria foucaultiana sobre biopolítica e biopoder em intersecção com o processo de institucionalização do parto e nascimento. Para finalizar, sinalizam-se certos movimentos sociais que reivindicam a humanização do parto, compreendendo-os como linhas de fuga perante o modelo obstétrico vigente e apontando possíveis caminhos para uma maior implicação da psicologia nestes movimentos.

METODOLOGIA E EMBASAMENTOS TEÓRICOS

O artigo é desdobramento da monografia de conclusão de curso de graduação em Psicologia da primeira autora do texto e utiliza o método da pesquisa bibliográfica. Tal estratégia consiste na revisão sistemática de artigos e materiais científicos já existentes que possuem dados relevantes para a construção deste estudo (Gil, 2002). Desta forma, a partir de consultas realizadas principalmente no ambiente virtual, foram selecionados artigos, teses, dissertações, entrevistas, notícias e documentos legislativos que pudessem corroborar as inquietações e experiências das pesquisadoras.

A principal vantagem da pesquisa bibliográfica reside no fato de permitir ao investigador a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais ampla do que aquela que poderia pesquisar diretamente. Essa vantagem torna-se particularmente importante quando o problema de pesquisa requer dados muito dispersos pelo espaço. (Gil, 2002, p. 45)

O referencial teórico que orienta este artigo é a análise institucional com o conceito de “análise das implicações”, proposto por René Lourau (1993). Este conceito é construído a partir do entendimento de que não existe neutralidade na ação do/a pesquisador/a¹ e disto decorre a importância do/a pesquisador/a analisar não somente o seu objeto de pesquisa, mas também a si mesmo/a. Sobre isso, Lourau (2004, p. 148) diz: “Estar implicado (realizar ou aceitar a análise de minhas próprias implicações) é, ao fim e ao cabo admitir que sou objetivado por aquilo que pretendo objetivar: fenômenos, acontecimentos, grupos, ideias etc.”

A escolha deste referencial teórico se dá pelos lugares dos quais as autoras do artigo partem para produzir a escrita: mulheres, mães, feministas e psicólogas. Michel Foucault (2003) diz que saber é poder, ao funcionar em meio às tensões de sujeição e controle e ao jogo das relações de poder. Nesse sentido, um discurso, que parte de um saber, não é neutro e tampouco desinteressado, estando sempre vinculado ao poder.

DAS PARTEIRAS AOS HOSPITAIS: UM BREVE RESGATE HISTÓRICO

Apesar do parto e do nascimento serem eventos fisiológicos do ciclo-vital, partimos da compreensão de que somos seres sócio-histórico-culturais, tendo em vista que a nossa subjetividade afeta e é afetada por esses atravessadores. Desse modo, a assistência ao parto e nascimento também sofreu várias alterações no decorrer da história, conforme a cultura e a época.

1 Optamos por fazer uso da escrita gendrada, entendendo que, historicamente, a nossa gramática tem representado as práticas hierárquicas e hegemônicas do masculino sobre o feminino, implicando numa tentativa de apagamento deste último.

Faz-se necessário abrir um parêntese para dizer que o recorte histórico aqui apresentado se trata disso: apenas um recorte. Entende-se que podem (e devem existir) várias outras narrativas, relatos e fatores históricos associados aos apontamentos realizados. Todavia, este estudo não dá conta (e nem existe a intenção por parte das pesquisadoras) de esgotar as diferentes perspectivas históricas acerca da institucionalização do parto.

Até o século XVII na Europa Ocidental, o parto era considerado um assunto estritamente feminino. A parturiente contava com a companhia de sua mãe e da parteira, que por sua vez, fazia uso de ervas, chás, rezas e cantos para aliviar a dor das contrações. Estes elementos criavam um clima emocional favorável para a parturiente. É importante dizer que havia um alto índice de mortalidade infantil nesse período. Este ambiente íntimo e reservado foi mudando pouco a pouco, principalmente no que se refere aos partos de mulheres da realeza, que foram adquirindo a característica de “espetáculo”, sendo vistos por um grande número de pessoas (Maldonado, 2013).

No Brasil pré-colonial, o parto era imbuído por uma aura espiritual e de completa conexão com a natureza, considerando que o cuidado à saúde pelos povos originários passava pela relação que os mesmos construíam com a terra. Os saberes sobre partejar eram e ainda são transmitidos oralmente e majoritariamente, eram (e são) conduzidos por mulheres. E mesmo após a colonização, com a chegada dos povos africanos escravizados, houve uma integração de outros olhares sobre o uso de recursos naturais na assistência ao parto, que também passavam pela cosmovisão e a relação que esses povos construíam com a natureza (Bourbon, 2021; Rodrigues, 2020).

Após a vinda da corte portuguesa para a cidade do Rio de Janeiro, observam-se mudanças nos cenários de parto, pois, antes deste acontecimento, os médicos não apresentavam interesse em residir e atender em terras brasileiras. Assim, tinham-se condições mais propícias para o exercício das parteiras e comadres que, geralmente, eram mulheres mulatas ou portuguesas subalternas e que acompanhavam os partos. No Brasil de experiências colonialistas e escravocratas, houve uma grande influência do saber religioso, desempenhado, principalmente, por mulheres que misturavam técnicas indígenas e africanas, buscando remédios para a cura do mal-estar do corpo. Estas mulheres também recorriam a entidades míticas e religiosas, como a Nossa Senhora do Bom Parto, e usavam recursos apreendidos da experiência empírica, pela oralidade e pela religiosidade. O parto era compreendido, numa perspectiva cristã, como um momento em que era necessário que a mulher sentisse alguma dor, para que assim, ela pudesse se redimir de seus pecados (Carneiro, 2011).

Segundo Rosamaria Carneiro (2011), a chegada da corte portuguesa marca o início do processo de modernização da cidade do Rio de Janeiro que inclui o avanço de técnicas higienistas como uma tática de governabilidade e estratégia de sujeição e controle das populações. Assim, o saber médico vai ganhando cada vez mais espaço no cenário das práticas de cuidado. As atividades das parteiras e benzedadeiras passaram a ser duramente criticadas pela comunidade médica e pela Igreja. Caroline Bourbon (2021), aponta que a tentativa de apagamento do trabalho exercido por essas mulheres se deu de maneira gradativa. Uma das maneiras sutis como isso ocorreu foi o modo como passaram a denominá-las, como “curiosas” e “leigas”, numa tentativa de demarcar e diferenciá-las dos médicos que possuíam títulos acadêmicos.

Destaca-se que a etimologia da palavra leiga expressa tanto a não vinculação com a matriz religiosa cristã, como também denota uma pessoa desprovida de conhecimentos, ou seja, atribuir às parteiras a denominação “leigas” reforça a ideia de menosprezo cultural enquanto continuidade do processo colonial dominador (Bourbon, 2021, p. 17)

Entretanto, apesar destes discursos e da construção da primeira maternidade no Rio de Janeiro, houve muita resistência social. Muitas mulheres não se sentiam seguras no ambiente hospitalar, pois tinham vergonha de expor seu corpo para os/as profissionais de medicina, apresentavam receio dos médicos/as sem experiência e medo do risco de morte. Desse modo, o parto em ambiente doméstico continuou sendo realizado por boa parte das mulheres. As parteiras ocupavam um lugar privilegiado na assistência

(domiciliar e hospitalar) e na transmissão de conhecimentos aos/às médicos/as (Carneiro, 2011). Além disso, como aponta Bourbon, o parto domiciliar contribui significativamente para o fortalecimento do vínculo da família e da criança com aquele território no qual ela nasceu, intensificando os laços culturais presentes. Sendo assim, “essa forma de nascer e o local do nascimento podem ser considerados atos que contribuem ideologicamente para a resistência dos povos tradicionais diante da histórica investida de apagamento por parte da cultura colonizadora.” (Bourbon, 2021, p. 17)

Com o passar do tempo, o saber das parteiras foi sendo substituído pelo saber médico que introduziu instrumentos como o fórceps, o bisturi, as tesouras, as pinças e medicamentos como a analgesia e antibióticos que auxiliaram na construção de um novo discurso sobre segurança e risco, sinalizando o processo de institucionalização do hospital e da figura do médico na assistência ao parto. (Carneiro, 2011). Neste processo, surgiram outras mudanças, tais como: a posição da mulher durante o trabalho de parto que passaram a ficar em litotomia - posição dorsal que permite maior conforto e visibilidade ao médico durante o procedimento de parto; a ausência da família nas cenas de parto, sob o argumento de que o ambiente hospitalar não era compatível com tal presença, uma vez que a infraestrutura e o modo de funcionamento dos hospitais foram planejados para atender as necessidades dos/as profissionais de saúde, não as necessidades das parturientes (Vendruscolo & Kruehl, 2015).

É inegável que os avanços da medicina trouxeram ganhos, porém perdeu-se no que se refere ao ambiente acolhedor que havia nos partos domiciliares. A obstetrícia moderna contribuiu na minimização de mortes da parturiente e/ou do bebê em casos de partos difíceis, quando realizados em hospitais e com equipes especializadas em situações de risco no nascimento. Entretanto, a recomendação generalizada de que todos os partos deveriam ser hospitalizados e medicados, distanciou a parturiente de sua família (Vendruscolo & Kruehl, 2015).

Segundo Carmen Diniz (2005), o uso desmedido da tecnologia na assistência ao parto também implica em um paradoxo: é o fator que tem dificultado muitos países reduzirem o índice de mortalidade e morbidade da parturiente e do recém-nascido. No Brasil, em 2017, 55,17% dos partos realizados foram cesáreas, sendo que o recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), é de 15%. Importante ressaltar que boa parte destas cesarianas foi realizada de forma eletiva, ou seja, sem fatores de risco que a justificassem e antes mesmo da mulher entrar em trabalho de parto (Senado Federal, 2018). Nos casos em que a saúde da mãe e do bebê estão em risco, a cesárea é um recurso fundamental². Entretanto, quando realizada sem necessidade, pode ocasionar hemorragias, infecções, exposição da mãe e do bebê aos riscos advindos do processo cirúrgico, além das chances de mortalidade e morbidade materna e fetal (Maldonado, 2013).

Segundo dados da pesquisa “Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento” a taxa de nascimentos prematuros por ocorrência espontânea, que pode acontecer com ou sem a ruptura de membranas, é equivalente a 59%. Por outro lado, os nascimentos prematuros ocasionados por intervenção médica por indução do parto ou cesariana anteparto, são equivalentes a 41%. E 90%, quase a sua totalidade, ocorreram por cesariana sem o trabalho de parto ter iniciado (Fundação Oswaldo Cruz, 2016). A coordenadora da pesquisa, Maria do Carmo Leal, alerta que:

A prematuridade se constitui no maior fator de risco para o recém-nascido adoecer e morrer não apenas imediatamente após o nascimento, mas também durante a infância e na vida adulta. Os prejuízos extrapolam o campo da saúde física e atingem as dimensões cognitivas e comportamentais, tornando esse problema um dos maiores desafios para a Saúde Pública contemporânea. (Fundação Oswaldo Cruz, 2016, parág. 2)

2 Casos em que a cesariana é recomendada: prolapso de cordão, com dilatação não completa; descolamento prematuro da placenta; distócia/falha na progressão do parto; desproporção cefalopélvica; má posição fetal (posteriores, transversas persistentes); frequência cardíaca fetal não-tranquilizadora e/ou mecônio; apresentação córmica durante o trabalho de parto e herpes genital com lesão ativa no momento do trabalho de parto (Souza; Amorim, & Porto, 2010).

Faz-se necessário considerar outro efeito do processo de institucionalização do parto: a violência obstétrica. Um estudo realizado pela Fundação Perseu Abramo (2013) revelou que 25% das mulheres brasileiras sofreram algum tipo de violência obstétrica durante o pré-natal ou parto. A episiotomia, por exemplo, ainda é realizada em 53,3% dos casos e em sua grande maioria, sem a notificação e o consentimento da mulher (Senado Federal, 2018b). Este procedimento pode afetar a estrutura do períneo, como vasos sanguíneos, músculos e tendões responsáveis pela sustentação de alguns órgãos, tendo repercussões na continência urinária e fecal e no exercício da sexualidade da mulher (Wermuth, Gomes, & Nieelson, 2016).

Ao trazer este assunto à tona, torna-se imprescindível realizar um recorte racial, tendo em vista que as mulheres negras possuem mais chances de serem vulneráveis à violência obstétrica do que as mulheres brancas. No contexto hospitalar, continuam presentes discursos racistas, uma vez que o racismo é estrutural e se materializa nesses espaços como violência institucional. A diferença no tratamento oferecido às parturientes brancas e negras é uma realidade muito grave que coloca em risco a vida de muitas mulheres negras. É evidente que a reprodução do racismo estrutural também é um problema nas instituições hospitalares (Pina & Ribeiro, 2020).

Exemplos disso são as falas de que a mulher negra é mais forte e logo, ela suportaria a dor por mais tempo. Isso faz com que parturientes negras não recebam analgesia durante o trabalho de parto, mesmo com a solicitação das mesmas (Pina & Ribeiro, 2020). Outros exemplos de violência obstétrica sofridas as quais as mulheres negras são submetidas, é a exaustiva peregrinação na hora do parto, esperam mais tempo para serem atendidas, possuem menos tempo de consulta e maior risco de morte materna. “Cerca de 60% das mulheres que morrem de morte materna são negras” (Goes, 2016, p. 5).

Estes são alguns marcos principais que nos possibilitam compreender como o parto, um evento antes visto como natural, cercado por uma aura intimista e espiritual, passou a ser compreendido como um fenômeno médico-hospitalar e que, portanto, necessita de intervenção cirúrgica. A mulher, que antes tinha uma participação ativa no decorrer do trabalho de parto, passa a ter sua voz silenciada e seu corpo objetificado. Os profissionais de saúde, ao ocuparem um lugar de saber-poder sobre o corpo da mulher, passam a determinar a melhor forma de parir.

AS RELAÇÕES DE PODER NAS CENAS DE PARTO

Entendemos que os jogos de poder que atravessam as cenas de parto estão fortemente atrelados à construção da medicina como estratégias de biopolítica e biopoder. De acordo com Foucault (2003), o avanço do capitalismo, que ocorreu por volta do final do século XVIII e início do XIX, contribuiu para a passagem de uma medicina privada para uma medicina coletiva. Isso se deu a partir da socialização e controle do corpo enquanto força de trabalho. O controle sobre os indivíduos surge não apenas pela construção de uma nova consciência e ideologia, mas começa no corpo e com o corpo. A sociedade capitalista investiu no biológico, no somático, no corporal. “O corpo é uma realidade biopolítica. A medicina é uma estratégia biopolítica” (Foucault, 2003, p. 47)

E para compreender como essa estratégia se consolidou, é preciso assinalar que a relação entre médicos e hospitais nem sempre existiu. Antes do século XVIII, os hospitais eram considerados um espaço de isolamento e exclusão de doentes, loucos, prostitutas e principalmente, pobres. Segundo Foucault, o pobre era visto como um portador de doença e de possível contágio, logo, era considerado perigoso. Por esta razão, o hospital tinha como função recolher os pobres e proteger os demais do perigo que eles representavam. O ambiente hospitalar permanece com essa atribuição até o começo do século XVIII, como um cenário misto de exclusão, assistência e transformação espiritual, no qual a função médica não aparece (Foucault, 2003).

No decorrer do século XIX, com a passagem de uma sociedade disciplinar para uma sociedade da normalização, emergem uma série de mudanças. O corpo, a vida e o biológico passaram a ser alvos de controle e vigilância estatal, por meio de esquadramento do estado de saúde e doença dos indivíduos e os possíveis riscos de morte. Tendo a medicina, enquanto discurso de saber-poder, e o hospital o espaço para o seu exercício, este passou a ser um local de cura a partir de uma lógica normativa e de controle.

Isto ocasionou a administração dos corpos de uma forma inédita. Por meio da gestão calculada da vida ao realizar estudos estatísticos sobre demografia, taxas de mortalidade, registros de nascimento e de doenças, estratégias de distribuição, concentração e controle das epidemias, o biopoder foi se constituindo, fundamentado numa anátomo-política do corpo quanto na biopolítica do controle dos corpos e da vida, “Trata-se, em resumo, de uma nova gestão da vida, onde esta passa a ingressar como elemento privilegiado no registro da política, tendo como alvo os indivíduos quanto às populações”(Foucault, 2003, p. 190).

Importante considerar que para Foucault, o poder permeia todas as relações e interações sociais. Seus estudos apresentam diferentes manifestações de poder, dentre eles, o soberano, o disciplinar e o biopoder (Taylor, 2018). No que se refere ao biopoder, este é exercido por meio das instituições como a escola, o hospital, o Estado, as prisões e indústrias que visam regular e controlar os corpos, tanto na esfera individual quanto coletiva (Foucault, 1988).

Esse poder sobre a vida foi se desenvolvendo a partir do século XVII, em duas formas distintas, mas, ao mesmo tempo, interligadas. A primeira forma de exercício deste poder se constituiu a partir da compreensão do corpo como máquina e no seu adestramento, ampliando suas potencialidades e extraíndo suas forças, realizando sua integração em sistemas de controle econômicos. A segunda forma foi se desenvolver por volta da metade do século XVIII, centrando-se no corpo como um suporte dos processos biológicos: nascimento, reprodução, morte, longevidade, saúde, doença... Tais processos vão se constituindo por meio de uma série de intervenções e controles reguladores, a qual Foucault denomina como uma biopolítica da população (Foucault, 1988).

Com o avançar do modo de produção capitalista, foi necessário investir na saúde da população e lançar estratégias para criar “corpos dóceis”, uma vez que os indivíduos passaram a ser compreendidos como força de trabalho e por isso, era importante que estivessem em condições de aumentar a produção econômica e conquistar mais territórios. A partir deste entendimento, o interesse dos Estados sobre os corpos, é de prolongar a existência, controlar a vida e normatizar o biológico, evitando assim, a morte (Carneiro, 2011).

No bojo desse movimento de regulamentação dos corpos, os partos e os nascimentos também se tornaram alvo de controle e vigilância estatal, uma vez que seria possível regular a população por meio do controle reprodutivo.

*No fundo, por que a sexualidade se tornou, no século XIX, um campo cuja importância estratégica foi capital? Eu creio que, se a sexualidade foi importante, foi por uma porção de razões, mas em especial houve estas: de um lado, a sexualidade, enquanto comportamento exatamente corporal, depende de um controle disciplinar, individualizante, em forma de vigilância permanente (e os famosos controles, por exemplo, da masturbação que foram exercidos sobre as crianças desde o fim do século XVIII até o século XX, e isto no meio familiar, no meio escolar etc., representam exatamente esse lado de controle disciplinar da sexualidade); e depois, por outro lado, a sexualidade se insere e adquire efeito, por seus efeitos procriadores, em processos biológicos amplos que concernem não mais ao corpo do indivíduo, mas a esse elemento, a essa unidade múltipla constituída pela população. **A sexualidade está exatamente na encruzilhada do corpo e da população. Portanto, ela depende da disciplina, mas depende também da regulamentação.** (Foucault, 1999, p. 300, grifo nosso)*

A partir da biopolítica, são criadas diferenciações entre os seres humanos, definindo qual vida “vale a pena ser vivida” e qual vida é “indigna”, portanto, matável. Entendemos que essas separações operam de forma estrutural e cultural por meio do racismo e sexismo. No que se refere ao racismo, a vida de pessoas não brancas têm menos valor do que o de pessoas brancas. E o sexismo se refere ao preconceito a partir do gênero, sendo assim, a vida masculina possui mais valor do que a vida feminina (Wermuth et al., 2016). “O sexismo, estruturado a partir do patriarcado, opera de modo semelhante e paralelo ao racismo, ao estabelecer a hierarquização das vidas humanas a partir de diferenças biológicas” (Wermuth et al., 2016, p. 91).

Nas cenas de parto, a biopolítica ganha visibilidade: o corpo feminino, principalmente o corpo da mulher preta, é reduzido a um objeto a ser manipulado pelas mãos do soberano que reproduz o poder patriarcal e racista, exercendo assim, o poder de “fazer viver” ou “deixar morrer”. Ainda que existam diversas legislações que resguardecem os direitos da gestante, a realidade se mostra diferente. O espaço hospitalar, muitas vezes, é construído de uma forma propícia à reprodução de violências obstétricas - explícitas ou não (Wermuth et al., 2016).

A sala de parto é a metáfora completa a demonstrar tal situação, afinal, o parto é uma espécie de campo de concentração moderno no qual impera a exceção: não há regras, é o soberano/médico, quem, por meio de seu saber-poder, toma as decisões sobre o fazer viver e o deixar morrer. (Wermuth et al., 2016, p. 97)

A partir destes apontamentos, é possível perceber que a passagem de um parto tradicional (uma forma de marcar o parto que antes eram realizados pelas parteiras) para um parto científico está relacionada com diversas transformações macropolíticas. Não só o hospital ganhou uma nova “roupagem”, como também o próprio corpo, que passou a ser compreendido como uma força de trabalho em potencial, e que por isso, deve ser regulado e controlado. E por sua vez, o corpo da mulher tornou-se alvo do exercício de diferentes poderes e saberes, uma vez que é por meio do corpo feminino que a população se reproduz, gerando novas forças de trabalho.

Desse modo, as análises foucaultianas nos permitem perceber a biopolítica e o biopoder operando no controle reprodutivo, tendo as cenas de parto como um espaço privilegiado de exercício destas estratégias de controle dos corpos. O corpo da parturiente, em muitas situações, segue submetido ao saber-poder dos/as profissionais de saúde, que na maioria dos casos, definem a via de parto, a posição, o dia e a hora do nascimento. Por outro lado, acompanham-se movimentos de resistência que reivindicam a humanização da assistência, construindo possibilidades de um novo olhar sobre o processo do parto e nascimento, evidenciando o protagonismo da mulher neste momento.

LINHAS DE FUGA: RESGATE DA AUTONOMIA DAS MULHERES

Segundo Carmen Tornquist (2004), o movimento pela humanização do parto é visto como um desdobramento do parto sem dor, vanguarda obstétrica que veio da Europa nos anos 50, e que já explicitava as relações intrínsecas entre parto e política. O parto humanizado atual incorporou um ethos individualista-libertário, comum aos movimentos sociais pós-anos 70 e partilhado por camadas médias urbanas, as quais pertencem os ativistas da rede.

No Brasil, o movimento pelo parto humanizado surgiu de experiências diversas, sendo composto por várias frentes, dentre elas, coletivos feministas (Diniz, 2005; Tornquist, 2004). Na década de 1970, surgem os primeiros profissionais e serviços inspirados por práticas tradicionais de parteiras e indígenas, como Galba Araújo (Ceará) e Moisés Paciornik (Paraná), o Hospital Pio X (Goiás) e grupos de terapias alternativas como o Instituto Aurora (Rio de Janeiro). Na década de 1980, agenciamentos como o Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde e a Associação Comunitária Monte Azul (São Paulo) e os grupos Curumim e Cais do Parto (Pernambuco), passam a oferecer assistência humanizada durante a gravidez e parto, propondo mudanças nas práticas em vigor (Diniz, 2005)

No ano de 1974, em Belo Horizonte, o Hospital Sofia Feldman começou a ser idealizado, enquanto o país passava pela ditadura militar e a assistência à saúde só era garantida para trabalhadores que possuíam carteira assinada. O ambulatório foi inaugurado em 1978 e o Hospital em 1982. Até o ano de 1986, o Hospital Sofia Feldman funcionou com trabalho voluntário e doações da comunidade. E a partir deste mesmo ano, ele foi incluído nas Ações Integradas de Saúde - AIS (programa precursor do SUS). E ainda hoje, o Hospital Sofia Feldman opera com atendimentos 100% SUS e segue sendo referência em partos humanizados, recebendo diversas premiações que expressam a qualidade do

serviço ofertado³. Apesar disso, a instituição tem resistido a um quadro crítico de subfinanciamento, mantendo-se com o apoio de pessoas físicas e jurídicas que realizam doações.

Em 1993, surgiu a Rede pela Humanização do Parto e Nascimento - Rehuna, composta por profissionais de saúde, mães, pais, instituições sociais e mulheres integrantes de coletivos feministas. O objetivo principal da rede era disseminar informações baseadas em evidências científicas sobre a assistência à parturiente e ao recém-nascido. Além disso, integrantes desta rede denunciavam as altas taxas de cesáreas, o descumprimento das recomendações da OMS, no que se refere à atenção pré-natal, e um conjunto de procedimentos invasivos adotados pela maioria das equipes de saúde, tornando-se praticamente um padrão dos hospitais brasileiros. Neste período, movimentos de mulheres usuárias do sistema público de saúde brasileiro e não adeptas das reivindicações dos movimentos feministas, passaram a se organizar com o intuito de questionar a determinação de certos procedimentos médicos, manifestando os seus desejos de parirem de acordo com sua vontade, crença, ética e autodeterminação (Carneiro, 2011).

Outro marco importante de ser citado neste resgate histórico da constituição do movimento da humanização do parto e nascimento, é a criação do Prêmio Galba Araújo para Maternidades Humanizadas no ano de 1998 e a proposta das Casas de Parto. Os critérios para entrega do prêmio é o cumprimento das recomendações da OMS. Isso tem possibilitado uma mobilização crescente dos hospitais, apesar de todos os problemas e desafios enfrentados para implementação do modelo humanizado de assistência (Diniz, 2005).

Nos anos 2000, surgiram mobilizações em espaços virtuais, com listas de discussões, queixas, relatos de parto e reflexões sobre possibilidades de outros modos de parir. Surgiu assim, o espaço virtual “Amigas do Parto” e depois dele, o grupo “Parto do Princípio”, que também conta com espaço físico, no qual são ministrados cursos para gestantes, formação de doulas e atendimento pré-natal (Carneiro, 2011). Estas iniciativas contribuíram para a construção de um processo mais amplo: o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN)⁴, criado pelo Ministério da Saúde no ano 2000 (Diniz, 2005).

Percebe-se que o movimento pela humanização do parto e nascimento, teve início com pequenos grupos e com propostas isoladas. No decorrer do tempo, as discussões foram se ampliando e ganhando espaço nos contextos institucionais como, por exemplo, a Conferência Internacional sobre Humanização do Parto e Nascimento, que teve sua primeira edição no ano de 2000, na cidade de Fortaleza e contou com mais de dois mil participantes de diferentes países (Diniz, 2005). “O encontro pretende consolidar um movimento global pela humanização do parto, celebrar os 20 anos da Carta de Fortaleza e fazer um balanço dos avanços desde então, projetando os próximos 20 anos de movimento” (Diniz, 2005, p. 632).

É neste contexto que surge também a figura da doula, quem em sua etimologia significa “mulher que serve”. Compreendendo que o parto não se trata de um evento apenas fisiológico e a partir de uma visão holística de que é impossível separar corpo, mente e espírito, as doulas surgem como profissionais que prestam apoio e acolhimento às mulheres que estão no período gestacional (Bourbon, 2021). Elas passam a ocupar as cenas de parto com os demais profissionais de saúde, oferecendo recursos não farmacológicos para alívio das dores e prestando assistência emocional à parturiente, o que tem impactado positivamente na redução de violências obstétricas.

Soma-se a essa intensa mobilização coletiva, a resistência das parteiras tradicionais às tentativas massivas de apagamento de seus saberes. Elas enfrentaram (e ainda enfrentam) desafios sobrenaturais para manter viva toda a sabedoria que carregam sobre os processos do corpo atrelados aos saberes da terra e do espírito. Um exemplo é a Mãe Dora Pankararu, parteira há mais de 40 anos, pertencente ao povo pancararu, que reside no sertão do Pernambuco. Ela foi reconhecida como Patrimônio Vivo do estado de Pernambuco em 2022, pela atuação na manutenção da cultura e tradição de seu povo. Em seu território, os partos ocorrem nas casas, com seu auxílio. Só em casos de partos que envolvem riscos para a saúde da mulher e do bebê, a parturiente é levada ao hospital, mas com o acompanhamento da parteira (Pena, 2024).

3 Para mais informações sobre o Hospital Sofia Feldman, acesse: <https://www.sofiafeldman.org.br/>

4 O PHPN foi instituído pela Portaria/GM n.º 569 de 01 de junho de 2000: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html

No que tange à assistência ao parto, o Brasil apresenta características comuns a países dependentes: de um lado, profissionais de centros urbanos que se valem das mais novas tecnologias obstétricas, em clínicas privadas; de outro lado, mais ao extremo, especialistas de áreas rurais e ribeirinhas, como as parteiras que desempenham seu ofício recorrendo a métodos tradicionais; em uma posição intermediária, os profissionais que encaram os riscos de atender um parto a domicílio, articulando elementos de vários sistemas de atenção ao parto (Tornquist, 2004).

Em relação aos efeitos da assistência às mulheres, a pesquisa empreendida por Márcia Leonardi Baldisserotto (2015) indica que as boas práticas associadas à avaliação positiva pelas puérperas do cuidado recebido durante o trabalho de parto e parto foram: presença do acompanhante, contato pele a pele, privacidade no local do parto, tempo disponível para fazer perguntas, clareza das informações recebidas e o apoio empático e respeitoso dos profissionais. Esse resultado mostra a importância para as puérperas da relação entre elas e a equipe de cuidadores durante o trabalho de parto e parto, sinalizando ações que se constituem numa assistência genuinamente humanizada.

Diante desse cenário, decorrida duas décadas de intensas mobilizações, compreende-se os muitos sentidos atribuídos ao termo parto humanizado, dada a pluralidade de práticas e de atores diversificados que compõem o movimento. Por isso, é possível afirmar que esse ativismo se difere de movimentos sociais nos moldes tradicionais, em termos de organização e representatividade. Por outro lado, pode ser entendido como um novo modelo de mobilização social, tendo a *internet* como a sua principal ferramenta de ativismo (Carneiro, 2011).

De acordo com Diniz (2005), ainda que o termo “parto humanizado” possa ser expresso por uma pluralidade de significados, falar em humanização é uma estratégia política: uma maneira de denunciar as violências institucionais de forma mais diplomática, facilitando o diálogo com os/as profissionais de saúde. Dentre as pautas construídas para este diálogo estão:

os direitos à integridade corporal (não sofrer dano evitável), à condição de pessoa (o direito à escolha informada de procedimentos); o direito a estar livre de tratamento cruel, desumano ou degradante (prevenção de procedimentos física, emocional ou moralmente penosos), o direito à equidade, tal como definida pelo SUS etc. Esta abordagem baseada nos direitos busca compor uma agenda que combine os direitos sociais em geral e direitos reprodutivos e sexuais em especial. Está relacionada à reivindicação do movimento de mulheres por desfazer as supostas incompatibilidades entre essas gerações de direitos, reivindicando sua integralidade. Considera que o direito de decidir sobre sua vida e saúde (um direito individual, à liberdade) não pode se realizar sem que existam os direitos sociais (serviços, equidade) que viabilizem essas escolhas. (Diniz, 2005, p. 633)

Portanto, por meio do movimento do parto humanizado, há um resgate do reconhecimento da potencialidade do corpo feminino em parir naturalmente, sem que haja intervenções *a priori*. Desta forma, a mulher torna-se protagonista nas cenas de parto, possuindo autonomia para se movimentar, definir a melhor posição para parir e escolher as intervenções que deseja ou não receber. Os familiares voltam a compor este momento, tornando um espaço respeitoso às pessoas envolvidas no nascimento. O parto começa a ser compreendido como um evento natural, biológico, social e afetivo, contrapondo com a visão tecnicista e objetual que tem sido construída (Diniz, 2005).

E A PSICOLOGIA?

As discussões referentes ao ciclo gravídico-puerperal tem tomado corpo dentro do campo da psicologia há pouco tempo. A pioneira foi a Maria Tereza Maldonado, na década de 1970, a partir da sua dissertação “Psicologia da Gravidez”. Nos anos 80, a psicóloga Fátima Ferreira Bortoletti realizou os

primeiros trabalhos em hospitais, voltados para o atendimento psicológico de mulheres gestantes e no pós-parto. Ela cunhou o termo Psicologia Obstétrica para definir este campo de atuação pelo/a psicólogo/a e utilizou como método o Psicoprofilaxia do Ciclo Gravídico Puerperal (CGP) (Schiavo, 2020), que:

consistia em seus primórdios em uma técnica para diminuição da dor do parto, por meio de condicionamento pavloviano (Lamaze, 1956, cf. Maldonado, 2017). Isso possibilitou um novo formato cujos objetivos eram: facilitar a relação do casal diante do novo papel – o de pai e mãe, promover a participação do pai em todo o processo de gestação, parto e pós-parto; facilitar a vinculação mãe-pai-bebê, preparar o casal grávido para a maternidade e paternidade, estimular o desenvolvimento da postura ativa da gestante favorecendo nela atitudes positivas para o parto e prevenir problemas de saúde mental no pós-parto como a depressão e a psicose. (Schiavo, 2020, p. 3)

Ao longo dos anos, a Psicologia Obstetrícia foi recebendo outros nomes, como Psicologia da Maternidade. A psicóloga e psicanalista Vera Iaconelli foi uma das pioneiras a se referir a esse campo como Psicologia Perinatal, termo que tem ganhado força. Em meados dos 2000, ela formou as primeiras psicólogas perinatais do Brasil. A psicóloga perinatal atua em questões relacionadas à reprodução humana assistida, adoção, planejamento familiar, luto fetal ou neonatal, desenvolvimento infantil e orientações aos genitores quanto ao exercício da parentalidade (Schiavo, 2020).

Ainda que o campo da Psicologia Perinatal esteja ganhando força, há ainda uma escassez de produções científicas voltadas para as questões relacionadas ao ciclo gravídico-puerperal sob perspectiva psicológica (Schiavo, 2020). Ademais, considerando as questões emocionais envolvidas nos processos de gestação, parto e nascimento, o contexto patriarcal, sexista, racista e capitalista na qual estamos inseridas e a dinâmica de forças/poderes que incidem sobre os corpos das mulheres, especialmente as mulheres pretas e pobres, entendemos que a psicologia tem muito a contribuir no acolhimento, escuta e acompanhamento durante estes processos de intensas mudanças e transformações. Mas, é necessário estarmos atento/as ao lugar de poder/saber que ocupamos (e como ocupamos) enquanto psicólogos/as, sem perder de vista os princípios fundamentais que norteiam nosso fazer, como disposto no Código de Ética Profissional do Psicólogo:

II. O psicólogo trabalhará visando promover a saúde e a qualidade de vida das pessoas e das coletividades e contribuirá para a eliminação de quaisquer formas de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.

III. O psicólogo atuará com responsabilidade social, analisando crítica e historicamente a realidade política, econômica, social e cultural.

VII. O psicólogo considerará as relações de poder nos contextos em que atua e os impactos dessas relações sobre as suas atividades profissionais, posicionando-se de forma crítica e em consonância com os demais princípios deste Código. (Conselho Federal de Psicologia, 2005)

Atualmente, encontra-se em fase de consulta pública as Referências Técnicas para atuação de psicólogas(os) em políticas públicas de direitos sexuais e reprodutivos (Conselho Federal de Psicologia, 2024). Neste material, consta um eixo de discussão sobre a violência obstétrica e os efeitos em termos de saúde mental de quem vivencia esse tipo de violência. Desse modo, percebe-se que a Psicologia é provocada a trazer esta discussão para uma perspectiva pública e não individualizante, portanto, política. Assim, o saber-fazer psi reafirma o seu compromisso profissional de desnaturalizar a violência obstétrica,

reconhece que esta experiência é geradora de sofrimento psicossocial e engaja-se em ações que visam a auxiliar na elaboração desta experiência.

Entretanto, ainda que tenhamos conquistado muito avanços nas discussões que se referem à humanização do parto, esta pauta ainda é pouco apropriada pela categoria da psicologia. Na graduação, não temos grades curriculares que contemplem a psicologia perinatal. Utilizamos a construção deste artigo para assinalar a urgência de uma maior implicação de nossa categoria nos processos relacionados à gestação, parto e puerpério, uma vez que “para mudar o mundo, primeiro é preciso mudar a forma de nascer” (Odent, 2002).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A gravidez e o nascimento tem o potencial de reunir aspectos biológicos, sociais e culturais que merecem atenção em estudos e pesquisas no campo da Psicologia. São temáticas que revelam questões relacionadas ao corpo, às relações familiares e conjugais, aos direitos das mulheres e à produção de subjetividades (Gusmão, 2015). Nesse sentido, são processos políticos que vão se transformando com o decorrer do tempo. Todavia, algo tem permanecido como um denominador comum durante, pelo menos, os últimos três séculos: a sujeição do corpo feminino.

Com a necessidade de administrar os corpos e a vida, tanto numa esfera individual quanto coletiva, surge também a regulamentação da sexualidade e da reprodução. E é neste campo que o corpo da mulher se torna alvo do exercício do biopoder e da biopolítica. Assim, historicamente os corpos femininos vêm sendo objetos de disputa nos jogos de saber-poder das instituições médico-hospitalares. Os efeitos têm sido o aumento exponencial de cesáreas eletivas, a violência obstétrica, o alto índice de mortalidade materna, sendo as mulheres negras mais atingidas.

Outra forma como o poder também opera é pela via mercadológica. No caso das cesáreas eletivas, uma das causas é também tornar o parto rentável, do ponto de vista financeiro. “Além de a maioria dos hospitais privados cobrar mais por uma cesárea, os médicos podem atender a mais nascimentos se eles forem programados e rápidos” (Larraz, 2017, p. 4).

O movimento pelo parto humanizado vem crescendo como uma linha de fuga perante o modelo obstétrico tradicional, ao resgatar o protagonismo da mulher nas cenas de parto e o reconhecimento do potencial do corpo feminino em parir naturalmente, sem que haja intervenções desnecessárias. Neste contexto, emergem outras figuras como a enfermeira obstetra, que passa a ocupar um papel de apoio à parturiente, e a doula, que exerce o papel de prestar apoio emocional à parturiente, sendo a mulher e o bebê as figuras principais das cenas de parto. Importante assinalar a resistência das parteiras tradicionais, que ainda hoje, continuam disseminando seus conhecimentos pela oralidade, mantendo viva a memória e saberes de tantas outras parteiras.

Entretanto, é necessário reivindicar o fortalecimento da humanização do parto e do nascimento enquanto uma política pública para que assim seja de amplo acesso à população. Cabe ressaltar que o movimento de humanização do parto também não está imune à lógica neoliberal. Têm surgido diversos grupos e equipes de profissionais de saúde que oferecem assistência humanizada no decorrer do pré-natal, parto e pós-parto na rede privada. São serviços pagos e, geralmente, muito onerosos, não correspondendo com a realidade social e econômica de muitas mulheres brasileiras.

Mônica Maia (2010) aponta que a implementação da assistência humanizada no sistema de saúde brasileiro tem gerado diversos embates, pois implica numa mudança de paradigma dos profissionais de saúde que trabalham nessa área. Além disso, os hospitais que atuam numa perspectiva tecnocrática têm a estrutura física e seus processos de trabalho similares a uma linha de montagem, o que não contribui para a realização de uma assistência humanizada. Por outro lado, também demanda mudanças no sistema de crenças e valores das gestantes e de suas famílias que, muitas vezes, buscam por intervenções médicas e hospitalares. E por fim, é preciso considerar que o sistema de saúde do Brasil constitui-se na dualidade público e privado, sendo assim, tal dualidade também passa pelo financiamento e se estende na construção de uma lógica de atenção, procedimentos e práticas bem distintas. A política da humanização da assistência alcança as organizações hospitalares públicas e privadas de formas distintas.

Sem dúvida, trata-se de um campo de disputas que está aberto. Por isso há muitas pautas a serem discutidas e muita mudança para ser feita, considerando que ainda são presentes as tentativas institucionais de conter os avanços feitos até o momento, como, por exemplo, o Despacho SEI/MS - 9087621, que se propunha vetar o uso do termo violência obstétrica.

Importante ainda considerar o contexto da pandemia do Covid-19, cenário que agravou a ocorrência de violências obstétricas. Com as medidas de isolamento social em decorrência da crise sanitária ocasionada pelo novo coronavírus, algumas maternidades e instituições de saúde proibiram a entrada de acompanhantes durante e após o trabalho de parto. Entretanto, isso se configura em mais uma violência, uma vez que a mulher possui o direito de ter um acompanhante conforme previsto na Lei nº 11.108/2005⁵ (Aquino, 2021). Outro agravante é o fato das gestantes terem sido enquadradas no grupo de risco do Covid-19, o que intensificou inseguranças, medos e angústias num momento que já é delicado por si só. Sem dúvidas, o acompanhante é um dos fatores que inibe a ocorrência de violência obstétrica. Com a violação deste direito, a parturiente ficou vulnerável das normatizações hospitalares e dos profissionais de saúde (Ávila, 2020).

Considerando ainda que os hospitais são um dos *locus* de exercício psi, ambiente no qual ainda acontece a maioria dos partos, a implicação ético-política da Psicologia com a minimização das desigualdades, opressões e violências é que se justifica a relevância dos apontamentos realizados neste artigo. É necessário compreender a maternidade e os eventos relacionados a ela, como o trabalho de parto e o parto, na perspectiva de atos políticos (Moreira & Oliveira, 2022). Por fim, é preciso esperança - do verbo esperar⁶ - que os/as psicólogas(os) possam se implicar cada vez mais com processos que dizem respeito a todas/os nós: o nascimento.

5 Acesse a lei na íntegra: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111108.htm

6 Referência à perspectiva de Paulo Freire sobre a esperança, não no sentido de esperar algo acontecer, mas de se movimentar em direção às mudanças que desejamos que aconteçam.

REFERÊNCIAS

- Aquino, Maria Beatriz** (2021, 25 de março). Desinformação e maior fragilidade na pandemia podem aumentar violência obstétrica. *Aspas Sonoras* (UFMG). <https://www.medicina.ufmg.br/desinformacao-e-maior-fragilidade-na-pandemia-podem-aumentar-violencia-obstetrica/>
- Ávila, Letícia** (2020, 14 de maio). Perigos da violência obstétrica aumentam na pandemia. *Badaró*. <https://www.revistabadaro.com.br/2020/05/14/perigos-da-violencia-obstetrica-aumentam-na-pandemia/>
- Baldisserotto, M. L.** (2015). *Associação entre as boas práticas de assistência ao trabalho de parto e a avaliação pelas puérperas do cuidado recebido* [Dissertação de Mestrado em Epidemiologia em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/Fiocruz), Rio de Janeiro/RJ]. https://sucupiralegado.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=2958782
- Bourbon, C. C.** (2021). *Histórias de parteira e médica: uma autoetnografia sobre a (in)visibilização das parteiras tradicionais*. [Dissertação de Mestrado em Saúde da Família, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Santo Antônio de Jesus/ BA]. <https://profsaude-abrasco.fiocruz.br/tcm/historias-parteira-medica-autoetnografia-sobre-invisibilizacao-parteiros-tradicionais>
- Carneiro, R G.** (2011) *Cenas de parto e políticas do corpo: uma etnografia de práticas femininas de parto humanizado*. [Tese de Doutorado em Ciências Sociais, Universidade Estadual de Campinas, Campinas/SP]. <https://repositorio.unicamp.br/acervo/detalhe/838379>
- Conselho Federal de Psicologia** (2005). *Código de Ética Profissional do Psicólogo*. Autor. <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo-de-etica-psicologia.pdf>
- Conselho Federal de Psicologia** (2024). *Referências Técnicas para atuação de psicólogas(os) em políticas públicas de direitos sexuais e reprodutivos*. Autor. RT_Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos_texto_unificado.pdf (cfp.org.br)
- Conselho Nacional de Direitos Humanos** (2019). Recomendação ao Ministro da Saúde sobre políticas públicas em relação à violência obstétrica. Autor. https://www.gov.br/mdh/pt-br/acesso-a-informacao/participacao-social/conselho-nacional-de-direitos-humanos-cndh/copy_of_Recomendacon5ViolenciaObstetrica.pdf
- Diniz, Carmen Simone Grilo** (2005). Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciênc. Saúde Coletiva* (Rio de Janeiro), 10(3), 627-637. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300019&lng=en&nrm=iso
- Fundação Perseu Abramo** (2013). *Violência no parto: na hora de fazer não gritou*. Autor. <https://fpabramo.org.br/2013/03/25/violencia-no-parto-na-hora-de-fazer-nao-gritou/>
- Fundação Oswaldo Cruz** (2016). *Prematuridade provocada por intervenção médica chega a 40% no Brasil*. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. <http://informe.ensp.fiocruz.br/noticias/41005>
- Foucault, Michel** (1988). *História da Sexualidade I: a vontade de saber*. Graal.
- Foucault, Michel** (1999). *Em defesa da sociedade*. Martins Fontes.
- Foucault, Michel** (2003). *Microfísica do poder*. Graal.
- Gil, Antônio Carlos** (2002). *Como elaborar projetos de pesquisa*. Atlas.
- Giacomini, Sonia Maria & Hirsch, Olívia Nogueira** (2020). Parto “natural” e/ou “humanizado”? Uma reflexão a partir da classe. *Revista Estudos Feministas*, 28(1). <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2020v28n157704>

- Goes, Emanuelle** (2016). Violência obstétrica e o viés racial. *Portal Geledés*. <https://www.geledes.org.br/violencia-obstetrica-e-o-vies-racial/>
- Gusmão, T. R. M.** (2015). *O parto desejado: projetos e trajetórias na busca do parto “humanizado”* [Dissertação de Mestrado em Ciências Sociais, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/RJ]. <https://www.bdt.d.uerj.br:8443/handle/1/18161>
- Larraz, Irene** (2017). Por que a cesárea se tornou um bom negócio na América Latina? *El País*. https://brasil.elpais.com/brasil/2017/08/09/actualidad/1502268381_004054.html
- Leboyer, Frederick** (2008). *Se me contassem o parto*. Ground.
- Lourau, René** (1993). *Análise Institucional e Práticas de Pesquisa*. NAPE/UERJ.
- Lourau, René** (2004). A análise institucional no Estado. In S. Altoé (Org.), René Lourau: analista institucional em tempo integral (pp. 47-283). Hucitec.
- Maia, Mônica Bara** (2010). *Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional*. Fiocruz.
- Maldonado, Maria Tereza** (2013). *Psicologia da Gravidez*. Saraiva.
- Maldonado, Maria Tereza** (2017). *Psicologia da gravidez: Gestando pessoas para uma sociedade melhor*. Ideias & Letras.
- Ministério da Saúde** (2019, 03 de maio). Despacho SEI/MS – 9087621, Secretaria de Atenção à Saúde. Autor. <https://www.sogirgs.org.br/pdfs/SEIMS-9087621-Despacho.pdf>
- Moreira, L. E. & Oliveira, R. G.** (2022). Maternidade e política: tempos, contratempos e revoluções. *Psicologia & Sociedade*, 34, e236930. <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2022v34236930>
- Odent, Michel** (2002). *O renascimento do parto*. Saint Germain.
- Pena, A.** (2024, 29 de maio). Patrimônio do Brasil: As tradições das parteiras indígenas para adiar o fim do mundo. *Colab* (PUC Minas). <https://blogfca.pucminas.br/colab/tradicoes-de-parteiras-indigenas-para-adiar-o-fim-do-mundo/>
- Pina, Rute & Ribeiro, Raphael** (2020, 3 de março). Racismo na saúde: nas maternidades do Brasil, a dor também tem cor. *Carta Capital*. https://www.cartacapital.com.br/sociedade/racismo-na-saude-nas-maternidades-do-brasil-a-dor-tambem-tem-cor/?fbclid=IwAR0HOb-Xclfub77-2HxYqLKsjyHsJWQI_JVU10hQH_O6j2k1-E58NDtucPk
- Rodrigues, L. A.** (2020). *Indígenas seguros especiais: questões antropológicas a partir de decisões judiciais no Ceará* [Dissertação de Mestrado em Antropologia, Universidade Federal de Pernambuco, Recife/PE]. https://bdtd.ibict.br/vufind/Record/UFPE_35a97f9fb3d1a-4c047b443765164443f
- Senado Federal** (2018a). *Especialistas apontam epidemia de cesarianas no Brasil*. Autor. <https://www12.senado.leg.br/noticias/especiais/especial-cidadania/especialistas-apontam-epidemia-de-cesarianas/especialistas-apontam-epidemia-de-cesarianas>
- Senado Federal** (2018b). *Estudiosos defendem parto humanizado e incentivo a boas práticas de nascimento*. Autor. <https://www12.senado.leg.br/noticias/infograficos/2018/09/estudiosos-defendem-parto-humanizado-e-incentivo-a-boas-praticas-de-nascimento>
- Schiavo, R. de A.** (2020). Produção Científica em Psicologia Obstétrica/Perinatal / Scientific Production in Obstetric / Perinatal Psychology. *Brazilian Journal of Health Review*, 3(6), 16204-16212. <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n6-046>
- Souza, Alex S. Rolland, Amorim, Melania Maria Ramos, & Porto, Ana Maria Feitosa** (2010) Indicações de cesariana baseadas em evidências: parte I. *Femina*, 38(8), 415-422. http://bhpelopartonormal.pbh.gov.br/estudos_

cientificos/arquivos/cesariana_baseada_evidencias_parte_I.pdf

Taylor, Dianna (2018). *Michel Foucault: conceitos fundamentais*. Vozes.

Tornquist, C. S. (2004). *Parto e poder: O movimento pela humanização do parto no Brasil*. [Tese de Doutorado Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis/ SC]. <http://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/86639>

Vendrúscolo, Cláudia Tomasi & Kruel, Cristina Saling (2015). A história do parto: do domicílio ao hospital; das parteiras ao médico; de sujeito a objeto. *Disciplinarum Scientia*, 16(1), 95-107. <https://periodicos.ufn.edu.br/index.php/disciplinarumCH/article/view/1842>

Wermuth, Maiquel A. Dezordi, Gomes, Paulo R. Favarin, & Nielsson, Joice Graciele (2016). Uma análise biopolítica do parto e da violência obstétrica no Brasil. *Universitas JUS*, 27(2), 87-101. <https://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/jus/article/view/4273>

Histórico	<i>Submissão: 05/07/2022</i> <i>Revisão: 01/10/2024</i> <i>Aceite: 03/10/2024</i>
Editor científico	<i>Jader Leite</i>
Contribuição dos autores	<i>Conceitualização: RGO, AJN</i> <i>Curadoria de dados: RGO, AJN</i> <i>Análise formal: RGO, AJN</i> <i>Investigação: RGO, AJN</i> <i>Metodologia: RGO, AJN</i> <i>Escrita original: RGO, AJN</i> <i>Escrita - revisão e edição: RGO, AJN</i>
Financiamento	<i>Não houve financiamento.</i>
Consentimento de uso de imagem	<i>Não se aplica.</i>
Aprovação, ética e consentimento	<i>Não se aplica.</i>