

## **Ampliando olhares sobre a parturição: tensionando discursos sobre humanização à luz de experiências dissonantes<sup>1</sup>**

Giorgia Carolina do Nascimento<sup>2</sup> - PPGAS/Unicamp - SP

Palavras-chave: parto; humanização; diferenças.

### **Resumo**

Ao final do século XIX, feministas das classes médias e burguesas travavam importante discussão em torno da maternidade voluntária. No entanto, o potencial progressivo da pauta foi ceifado quando associado às práticas eugenistas de esterilização compulsória das mulheres negras. Ainda um século depois, quando a luta se deu em torno da legalização do aborto, esta acaba não endossada por essas mulheres, que viam a causa com desconfiança (DAVIS, 2017). Movimento de mesmo sentido parece ocorrer em relação a bandeira do “parto humanizado”.

Despontada no Brasil sobretudo nas últimas décadas, suas ativistas partem da crítica ao advento da ginecologia obstétrica como autoridade sobre o partear, que furta ao evento o protagonismo da mulher. Mas, se por um lado, o corpo feminino é instituído como objeto das intervenções e discursos médico-científicos, por outro, o processo histórico-social através do qual corpos negros tiveram sua humanidade subtraída - num contexto em que, desde a Biologia, pesquisadores buscavam categorizar e produzir noções sobre “humanidade” (FAUSTO-STERLING, 1995) - revela outras nuances sobre como a concepção de ciência fundamenta-se no empreendimento colonial. A lógica com que operacionaliza a ginecologia obstétrica e decorrem as experiências de parto ainda hoje bem demonstra como a colonialidade vive (MCCLINTOCK, 2010).

Neste panorama, embora nos últimos anos tenha havido significativas mudanças nas condições de acesso e na qualidade dos serviços de assistência ao parto, para as mulheres negras persistem os piores índices. Assim, entendendo que nas fronteiras e em

---

<sup>1</sup> Trabalho apresentado na 31ª Reunião Brasileira de Antropologia, realizada entre os dias 09 e 12 de dezembro de 2018, Brasília/DF

<sup>2</sup> Este texto é fruto de reflexões iniciais referentes à pesquisa de mestrado em andamento e foi realizado com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

seus atravessamentos ressignificam-se os sentidos de raça, classe e gênero, nesta comunicação busco refletir, a partir da categoria “humanização”, sobre diferenças.

O percurso passa por investigar os sentidos historiográficos que produzem as fronteiras dos corpos de quem gesta e dá a luz, atentando para como experiências étnico-raciais e de classe podem influenciar a produção de distintas noções de “bom parto”. Para tanto, dão subsídio à comunicação diálogos com mulheres negras SUS usuárias decorrentes de visitas exploratórias ao campo, uma unidade hospitalar de atenção à saúde da mulher localizada na Região Metropolitana de Campinas. Se aqui pretende-se deslocar a margem para o centro, vale atentar, ainda, que eleição do tema de pesquisa de mestrado - em fase inicial - e de tais reflexões emerge também de inquietações gestadas na minha própria experiência, de mulher negra, que engravidou jovem e que não pôde viver o parto com que sonhou.

## **Introdução**

Após entender que o sonho custa, no final da gestação me resignei ao parto em hospital, com plantonista, em detrimento do domiciliar. Em nove meses gestou-se também uma pesquisadora cujo interesse se daria em refletir sobre os atravessamentos de raça e classe no que concernem ao parto e à gestação. Atenta à polissemia do termo “humanização”, passei a me questionar sobre as dissonâncias que cabem na multiplicidade de discursos e práticas em torno do tema e também quais olhares sobre o evento da parturição estas seriam capazes de proporcionar.

A proposta dessa comunicação é, portanto, refletir sobre diferenças em um exercício ensaístico sobre modos de parir no âmbito das teorias feministas e também a partir experiências de gestação e parto entre mulheres negras e as de classes populares com as quais conversei em visitas exploratórias ao campo, um hospital público universitário de referência na região metropolitana de campinas. Esse exercício é da maior relevância para minha pesquisa de mestrado, que se encontra em fase inicial, em que busco entender de quais modos experiências de mulheres negras e de classes populares tensionam ou corroboram os discursos sobre humanização, à partir de suas noções de “bom parto”.

Mobilizada também por reflexões em torno dos sentidos historiográficos que produzem os sujeitos (BRAH, 2006; MCCLINTOCK, 2010), uma das preocupações

desta comunicação é refletir sobre o processo de produção das fronteiras dos corpos de quem gesta e da à luz em torno da saúde sexual e reprodutiva e suas tecnologias. Desde essa premissa, faz-se relevante entender de quais maneiras a produção e atribuição de “humanidade”<sup>3</sup> se relacionariam ao projeto ideológico humanista - em que o centro é homem ocidental, delineado através da periferia, da mulher e do oriente (MOHANTY, 2008 [1984]). Nesse intento, deslocaremos a margem do campo da invisibilização e do apagamento para, povoada, trazê-la ao centro da discussão.

Para tanto, vale lembrar brevemente das lutas de feministas no final do século XX, contexto em que “a recusa da maternidade se tornou a maneira de subvertê-la, permitindo às mulheres acessarem outros espaços sociais e possibilidades de identidade” (MENDONÇA, 2016, p.9). Tratava-se de um momento em que feministas, socialistas e radicais, rejeitavam a “biologia” do parto como elemento subalternizador da mulher. Reificando as binariedades que produziam esse lugar social, expoentes dessa proposta como, por exemplo, Sulamith Firestone, defendiam um avanço da “cultura” e um descolamento radical do que seria a “natureza”<sup>4</sup>.

Ao contrário de recompor o que se seguiu<sup>5</sup>, a partir de autoras como Davis (2017), Fausto-Sterling (1995), a proposta é atentar para como os feminismos que demandam, na década de 1970, a operacionalização das tecnologias com vistas a destacar a reprodução do corpo, são feminismos brancos. Mas, por outro lado, as mesmas tecnologias por elas demandadas incidiam sobre mulheres negras com vistas à não reprodução, ou à esterilização. Ou seja, tratam-se de tecnologias de não reprodução.

Questões como esta já vinham sendo colocadas décadas antes. No século XIX, o quadro é o de feministas travando importantes discussões em torno da maternidade voluntária. Limitar e planejar suas gravidezes eram aspectos vitais num cenário em que mulheres sonhavam em engajar-se em uma carreira e viverem para além dos cuidados com seus lares e com sua família. No entanto, se o slogan do controle de natalidade

---

<sup>3</sup> A reflexão teórica em torno da “humanização” aqui proposta, que parte de autoras como Mohanty, (2008 [1984]) se dá enquanto categoria analítica, filosófica e ontológica. De modo diferente, a “humanização” como êmica em meu trabalho é categoria nativa e, portanto, tem sentidos alterados a depender de quem a agencia. Sem pretender, contudo, resolver a discussão neste trabalho, faz-se importante atentar para o fato de que ambos usos não necessariamente coincidem.

<sup>4</sup> Enquanto que, no século seguinte, discursos pela humanização do parto e nascimento defenderiam justamente o contrário, um retorno à natureza perdida pela perpetração da cultura.

<sup>5</sup> Embora seja importante lembrar como as lutas por direitos sexuais e reprodutivos possibilitaram, para esses movimentos, conquistas posteriores, o que se atenta aqui é para como o debate sobre as mulheres negras e de classes populares não passa apenas por tais questões. Deste modo, elencar o que é entendido como lateral e recompor os cenários desde outros lugares é a maneira pela qual se escolhe, aqui, trazer a margem para o centro.

coincidia com os estilos de vida das classes médias e da burguesia, o direito que surge do privilégio passa a se tornar dever para as famílias trabalhadoras. Nesse momento, mulheres negras comparavam o controle de natalidade ao genocídio, uma vez que esse mesmo movimento defendia a esterilização involuntária e massiva (DAVIS, 2017).

Nos Estados Unidos da América (EUA), o resultado foi contexto em que, diminuída a natalidade da população branca, houve um conseqüente aumento do número de negros. Entre a população branca, o fenômeno foi encarado como um suicídio de raça. Com o slogan “mais crianças para os aptos e menos para os inaptos” (DAVIS, 2017, p.216), publicamente instituía-se um “dever moral”, a necessidade de famílias negras diminuírem seu número de filhos. A autora nos lembra ainda como, durante o período da escravidão, muito comuns eram os abortos auto induzidos e infanticídios. No entanto, ao contrário de significar um rumo à liberdade, era reflexo do desespero frente a uma realidade cruel.

Acionando tais sentidos historiográficos inscritos nos corpos negros, Davis lança luz às diferenças entre os movimentos que defendiam os direitos reprodutivos num quadro em que muitas eram “obrigadas por suas circunstâncias econômicas a abdicar do direito à reprodução em si” (DAVIS, 2017, p. 209). O potencial progressista da pauta, nesse sentido, foi ceifado quando se associou às práticas eugenistas de esterilização compulsória arquitetadas com fins de exterminar a população negra.

Desta maneira, em razão dos diferentes processos geopolíticos em que os corpos de mulheres negras e brancas inscrevem-se em torno dos direitos sexuais e reprodutivos nos EUA, a bandeira pela legalização do aborto acaba não endossada pelas mulheres negras. “As ativistas pelo direito ao aborto no início dos anos 1970 deveriam ter analisado a história de seu movimento. Se tivessem feito isso, talvez houvessem compreendido por que tantas de suas irmãs negras adotaram uma postura suspeita em relação à causa” (DAVIS, 2017, p.217).

Tais embates, elucidativos de como os direitos sexuais e reprodutivos de mulheres negras e de classes populares inscreveram-se através de geografias de poder distintas das de mulheres brancas das classes médias pode, de alguma maneira, iluminar alguns aspectos de certa atualidade ativista em torno da “humanização do parto e nascimento”. Muito embora haja uma diversidade em torno da bandeira, que ganha força no Brasil a partir dos anos 2000, ela surge, sobretudo, entre mulheres brancas das classes médias.

Explorando outras perspectivas sobre o evento do parto, o objetivo dessa

comunicação é investigar de quais modos experiências dissonantes podem tensionar ou corroborar os discursos sobre “humanização” e, nesse intento, auxiliar a ampliar olhares em torno da parturição. Para tanto, ao refletir sobre como gênero não é categoria universal, transcultural e transgeográfica, é fundamental não apenas olhar para os limites da categoria mulher, mas também para o binômio da diferença sexual como meio por onde se produz um outro monolítico, prática do colonialismo. Isto significa entender que, sob a mesma égide do binarismo, empreende-se o projeto ideológico humanista - antropomórfico e etnocêntrico, em que o centro é o homem ocidental e a periferia a qual o delinea seria a mulher e o oriente, ou seja, o “outro”.

### **O fundamento colonial da ginecologia moderna, trânsitos e questionamentos de saberes**

Se é também sob a racionalidade iluminista que conforma-se a concepção de ciência moderna, lógica com que operacionaliza a biomedicina hegemônica, não é possível pensar o advento de instituições modernas sem atentar para o empreendimento colonial e para as relações raciais. (GILROY, 2001; HALL, 2003). Embora jamais tenhamos sido modernos do modo como os modernos imaginaram, alguns dos efeitos de poder da produção das binariedades através das quais esse projeto se constitui é a formulação da diferença sexual. Nesse âmbito, valiosas são as análises de Laqueur (2001).

Para ele, o marco biológico da diferença sexual decorre de um processo ocorrido no final do século XVIII, em que passa a se contrastar “o antigo modelo, no qual homens e mulheres eram classificados conforme seu grau de perfeição metafísica [...] a um novo modelo de dimorfismo radical” (p.17) em que “a biologia - o corpo estável, não histórico e sexuado - é compreendida como o fundamento epistêmico das afirmações consagradas sobre a ordem social”<sup>6</sup> (p. 18). Nesse processo, o sexo passa a atuar como categoria ontológica e não mais sociológica.

No seio do empreendimento moderno, em decorrência dessa mudança é que campos de conhecimento como o da Ginecologia Obstétrica passam a se delinear no

---

<sup>6</sup> Laqueur (2001, p. 22) revela como tais descobertas, ao contrário de mera quebra de paradigmas, em nada remeteriam à “avanços positivos da ciência”: “só houve interesse em buscar evidência de dois sexos distintos, diferenças anatômicas e fisiológicas concretas entre o homem e a mulher, quando essas diferenças se tornaram politicamente importantes”

século seguinte. Dia após dia, o ambiente doméstico, o auxílio da parteira “tradicional” e o protagonismo da mulher sobre o evento da parturição vão então sendo sobrepostos pelo domínio médico e dos hospitais<sup>7</sup>. Trata-se de um panorama no qual, enquanto movimentos feministas reivindicavam o descolamento da reprodução de seus corpos, instituíam-se também, junto ao advento da ginecologia moderna no campo médico-científico<sup>8</sup>, novas tecnologias reprodutivas, a hospitalização e a medicalização do parto.

Entender também a constituição do campo da obstetrícia no Brasil e o processo de formação dos obstetras torna ainda mais profícua a análise das questões aqui propostas. Consolidando-se desde meados do século XIX, a obstetrícia em terras do mito da democracia racial tem no início do século XX as marcas do eugenismo. Fortemente influenciada por médicos neomalthusianos que indicavam a esterilização das mulheres pobres como solução e por influência das teorias advindas do darwinismo social de melhoramento da raça (MENDONÇA, 2016) historicamente as tecnologias reprodutivas no Brasil constituem-se, sobretudo, a partir dos corpos das mulheres negras e das pobres.

“Desde a época da criação das Escolas Cirúrgicas, estava previsto que os professores deviam levar seus alunos para aulas práticas junto aos doentes internados nos hospitais de caridade. Estes apresentavam condições muito precárias para o atendimento dos doentes, a começar pelas péssimas instalações, a sujeira e a superlotação. Os hospitais de caridade eram a única opção para as pessoas pobres ou cidadãos de classes inferiores, como os definiu Russell-Wood (1981), homens e mulheres negros e indivíduos brancos sem posses, estrangeiros, marinheiros e soldados.” (ARTINS, 2004, 146)

Se a ginecologia é produto da modernidade, o colonialismo, processo através do qual se institui, produz seus efeitos de modo global. Por isso, na Europa é possível

---

<sup>7</sup> Tratam-se de valores “tradicionalistas” (atribuições de) femininos contrários ao de Sulamith Firestone, por exemplo, em muito decorrentes de processo bem resumido por Mendonça (2016, p. 9-10): “O terceiro momento se aproxima mais das abordagens em ciências sociais, ao desconstruir a maternidade enquanto uma defeito natural de deveria ser superado, apontando para que as causas da dominação masculina seriam decorrentes dos significados sociais atribuídos à maternidade, ao invés de consequências da conformação biológica dos corpos.”

<sup>8</sup> De certo modo, é o que nos lembra Mendonça (2016, p.13) ao atentar para os motivos pelos quais o parto se tornou uma questão. Ela coloca como “a história da medicalização do parto não deve ser entendida como um movimento uniforme de domínio dicotômico entre o pólo masculino e hospitalar e o feminino e tradicional, já que os significados ao parto medicalizado são flutuantes e foram apropriados por mulheres como direitos e possibilidades de emancipação.”

encontrar um caso bastante paradigmático de processos como esse. Num contexto em que buscava a Biologia delinear padrões - pretendendo-se e configurando-se como ciência objetiva - há o caso de Sarah Baartman, que, no século XIX, é levada de sua tribo no sul da África até a Europa para ter seu corpo examinado e exibido com fins de pesquisa. Com sua morte, seu corpo é reivindicado por cientistas para minuciosa análise.

A obsessão dos pesquisadores com seu corpo motivava-se pela tentativa de estabelecer padrões de normalidade e anormalidade. Catalogar (FAUSTO-STERLING, 2015). Entender “se” era mulher. Sem seu consentimento, seu corpo e, em especial, sua genitália, ficam expostos no museu por décadas. Sarah Bartmann, além de poliglota era, dentre os padrões de comportamentos eurocêtricos, entendida como “civilizada”.

No entanto, como mulher e africana, para o empreendimento colonial da ciência, nada mais era do que a primitiva das primitivas. A despeito da discussão atual sobre a presença ou não de consentimento, Sarah sentia-se envergonhada em participar deste estudo. Sua ressalva, inclusive, era a de que não exibiria e nem deixaria que tocassem sua genitália, exigência desrespeitada mesmo após sua morte.

Também nos EUA há caso icônico de como a ciência fundamenta-se na lógica colonial e de que alicerça a ascensão da ginecologia na primeira metade do século XIX. Nesse período, realizava seus primeiros experimentos o Dr. Marion Sims, considerado pai da ginecologia moderna. O título foi adquirido através da descoberta de um procedimento cirúrgico capaz de curar o problema de fístula vesico-vaginal, decorrente de complicações no trabalho de parto. Para os testes, Dr. Sims negociou a obtenção de onze mulheres escravizadas com esta doença, nas quais realizou seus experimentos durante quatro anos. “Sims knew that curing it would make his medical fortune and he also knew that using white women to test such painful surgeries as might be effective against it was impossible”<sup>9</sup> (WASHINGTON, 2006, p. 64).

Não apenas denunciada atualmente pelos movimentos sociais<sup>10</sup>, mas também por seus contemporâneos os quais realizavam uma discussão sobre ética no campo da medicina, uma das críticas mais contundentes ao cirurgião é a de que os procedimentos – que, em algumas dessas mulheres, foram dezenas - foram conduzidos

---

<sup>9</sup> “Sims sabia que curando isso faria a sua fortuna médica e também sabia que usar mulheres brancas para testar cirurgias tão dolorosas, tanto quanto poderia ser eficaz, seria impossível.”

<sup>10</sup> Até este ano, havia uma estátua em sua homenagem no Central Park, em Nova Iorque. Este ano, após protestos contra a violência obstétrica, ela foi retirada. O fato tem suscitado discussões em torno do apagamento da história, sobre quem tem direito ao esquecimento e quais estátuas seriam construídas em seu lugar. Cf. <https://revistacrescer.globo.com/Curiosidades/noticia/2018/04/estatua-do-pai-da-ginecologia-e-removida-do-central-park-depois-de-protestos-contraviolenca-obstetrica.html>

sem o uso de anestésicos. No entanto, ao realizar o procedimento em mulheres brancas anos depois, eram sempre utilizados. (WASHINGTON, 2006, p. 64)

Medical journals and professional word of mouth had detailed the inhalation of ether as anesthesia since the early 1840, and Sims knew of this, but he flatly refused to administer anesthesia to the slave women and girls. He claimed that his procedures were "not painful enough to justify the trouble and risk attending the administration", but his claim rings hollow when one learns that Sims always administered anesthesia when he performed the perfected surgery to repair the vaginas of white women in Montgomery a few years later. Sims also cited the popular belief that blacks did not feel pain in the same way as whites. However, Sims own words belie him. In his memoirs, he noted that "Lucy's agony was extreme... she was much prostrated and I thought she was going to die". Sims further obscured the truth in 1852, when he described the first surgery on Lucy, writing, "That was before the days of anesthetics, and the poor girl, on her knees, bore the operation with great heroism and bravery"<sup>11</sup>. (WASHINGTON, 2006, p. 65)

Mendonça (2016), desde outras propostas analíticas, bem apontou como pensar a medicalização do parto é um aspecto importante para entender porque o parto se tornou uma questão relevante e discutida social e publicamente. Os processos aqui narrados dão luz à mais um desdobramento desse apontamento, atentando principalmente para o modo pelo qual um debate sobre medicalização – e sobre violência obstétrica – não apenas faz refletir sobre processos de humanização, mas é também capaz de unir questões em torno das tecnologias reprodutivas e o debate no debate sobre raça em saúde sexual e reprodutiva.

---

<sup>11</sup> Tradução livre: "Revistas médicas e o boca-a-boca profissional havia detalhado a inalação de éter como anestesia desde o início de 1840, e Sims sabia disso, mas se recusava a administrar anestesia às mulheres e meninas escravas. Ele alegou que seus procedimentos "não eram dolorosos o suficiente para justificar o problema e os riscos de sua administração", mas sua alegação soa vazia quando se percebe que Sims sempre administrava anestesia quando realizava a cirurgia perfeita para reparar as vaginas de mulheres brancas em Montgomery. Alguns anos depois, Sims também citou a crença popular de que os negros não sentem dor da mesma maneira que os brancos. No entanto, as próprias palavras de Sims o desmentem. Em suas memórias, ele observou que "a agonia de Lucy era extrema... ela estava muito prostrada e eu pensei que ela fosse morrer". Sims obscureceu ainda mais a verdade em 1852, quando ele descreveu a primeira cirurgia em Lucy, escrevendo: "Isso foi antes dos dias de anestesia, e a pobre menina, de joelhos, suportou a operação com grande heroísmo e bravura"

Assim, enquanto Sarah Baartman e as escravizadas Lucy, Anarcha e Betsy tiveram de seus corpos subtraída a humanidade, o quadro sobre o qual se debruça a presente comunicação remete à partes de um passado que não passa. Ou seja: enquanto a Ginecologia surge às custas de experimentos cirúrgicos em mulheres negras escravizadas, sem anestesia, hoje, no Brasil, mulheres negras – e pobres – têm seu uso frequentemente negado nos serviços de atendimento ao parto e recebem menos anestesia do que as brancas (LEAL, 2005; 2014). Já quando ocorre o acesso a essas tecnologias, há ainda outras barreiras, como a da violência obstétrica<sup>12</sup>. Nesse sentido, o que sofreu Lélia<sup>13</sup>, gestante que realizava as consultas de pré-natal em uma maternidade pública de referência na cidade de Campinas, bem demonstra essas nuances.

Numa das primeiras visitas ao campo, não pude deixar de perguntar quando avistei a enorme barriga: “Está para ganhar, né?”. Já a sua resposta foi a de que estava marcada para a quarta-feira – dali dois dias. Dizia estar muito ansiosa e que, apesar de ser a terceira, parecia ser a primeira gestação. Me despertou curiosidade a peculiaridade da gestação ao requerer a cesariana, já que o hospital é referência em assegurar partos vaginais. Ao questioná-la, me respondeu que era necessária por já ter duas cesarianas prévias<sup>14</sup>. Apesar disso, para ela, essa terceira experiência era nova, diferente. Sentia em seu corpo os sinais da vinda de sua *cria*. Suas costas doíam, a barriga estava baixa e parecia que “estava abrindo”. A enfermeira lhe disse que era o bebê “querendo sair por baixo”, mas que ela deveria “segurar a criança” até a data cirurgia.

De acordo com ela, a expectativa era reincidente. Disse que, por conta da inquietação, foi “xingada” pelo médico durante o nascimento de seu segundo filho, num hospital da cidade em que morou. Questionada sobre como foi, relata que o anestesista ficou irritado com sua agitação. Ele, que já vinha de outro procedimento demorado, enfatizou que “poderia ficar lá o dia inteiro, picando ela”. Como expressa a literatura<sup>15</sup>, esse tipo de ocorrência não é incomum. No entanto, a despeito do relato sobre a cesárea anterior, disse que morria de medo de *parto normal*. Não tive tempo de entender o

---

<sup>12</sup> O termo tem múltiplos agenciamentos, contudo, tem sido usualmente empregado para designar o tipo de violência, física ou psicológica, sofrido durante a gestação ou parto, através de “procedimentos hospitalares não desejados”. Ver Pulhez (2015)

<sup>13</sup> Todos os nomes são fictícios, para manter em sigilo a identidade das mulheres.

<sup>14</sup> Argumento comumente utilizado no campo da Ginecologia Obstétrica a fim de justificar o agendamento das cesarianas. Contudo, este tem sido ponto bastante questionado nas discussões em torno da “humanização do parto” e que se pautam pela “MBE - medicina baseada em evidências”.

<sup>15</sup> Há uma grande discussão em torno do VBAC (Vaginal Birth After Cesarean ou Parto Vaginal Depois de Cesárea) Vf. SALGADO, Heloisa de Oliveira. A experiência da cesária indesejada, perspectivas das mulheres sobre decisões e suas implicações no parto e nascimento. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Saúde Pública de São Paulo. 2012.

porquê. Além disso, também perguntei se teria acompanhante. A resposta foi a de que contava muito com a ajuda de uma prima. Não falou sobre o pai da criança.

Enquanto olhar para índices pode revelar o desvelamento da colonialidade no âmbito macro, o caso de Lélia, mulher negra<sup>16</sup> e de classe popular, é exemplar da tecitura desse tipo de relação no âmbito micro. Assim, apoiada em autoras como McClintock (2010) e Brah (2006) busco aqui explorar, desde o evento da gestação e da parturição, como experiências individuais se articulam com as coletivas. Contrariando uma visão positivista de “progresso”, põe-se à luz que não há um período pós-colonial, pois a colonialidade não ficou no passado, mas ainda vive. O imperialismo tampouco acabou, mas se faz se refaz na relação, através das práticas de poder presentes.

### **Do acesso à recusa, entre diferenças e desigualdades.**

Se no tópico anterior relembramos como disputas pelo que alguns movimentos feministas entendiam como emancipação feminina passam por um profundo debate em torno dos direitos e tecnologias reprodutivos, o debate neste se dará em torno do acesso. Bons exemplos de tecnologias conquistadas figuram a cesariana, a anestesia e também elementos relativos ao cuidado com as crianças, como o leite de fórmula e a mamadeira. No entanto, muitos desses direitos não são ainda gozados por mulheres pobres e negras, reflexo de uma realidade em que políticas universalistas<sup>17</sup> atingem a população negra mais tardiamente e com muito mais dificuldade.

Tais desbobramentos acionam uma discussão sobre redistribuição e reconhecimento, já bem fomentada por Nancy Fraser. Para elas, há uma interferência mútua entre injustiça econômica e cultural, mas, apesar disso, as políticas de redistribuição e as de reconhecimento possuem um caráter por vezes contraditório, em que enquanto grupos buscam reconhecer as qualidades/especificidades dos grupos, a redistribuição requer o fim destes.

Trata-se do dilema redistribuição-reconhecimento: “Pessoas sujeitas à injustiça cultural e à injustiça econômica necessitam de reconhecimento e redistribuição.

---

<sup>16</sup> Em se tratando de diálogos iniciais em campo e não de entrevistas prolongadas, neste trabalho se vale da heteroidentificação para pensar a identidade racial das interlocutoras. Contudo, na pesquisa de mestrado a reflexão será contemplada pela autoidentificação.

<sup>17</sup> Suscitando a criação de políticas como a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra que, a despeito de instituída há quase uma década, está ainda em longo processo de implementação.

Necessitam ambos para reivindicar e negar sua especificidade” (Fraser, 2006, p.234). Sobre esta questão, e tangendo especificamente as questões étnico-raciais e de classe no que concerne o evento do parto, Carneiro (2012) questiona:

“Por que pesa mais desejar a cesárea que as ricas têm do que questionar situações de racismo institucional e as atenções para diabetes mellitus, anemia falciforme, hipertensão e mortalidade negra? Essas são questões a serem analisadas e aprofundadas a partir do olhar etnográfico que corteje as expectativas das usuárias do SUS” (CARNEIRO, R., 2012, p.20)

É bastante movida por esse tipo de questionamento que, nesta comunicação, proponho também uma breve reflexão sobre as relações entre parto, consumo, cidadania e identidade. Grewal (2005) é muito propositiva nesse sentido. Por meio da figura da boneca Barbie<sup>18</sup> em sua versão indiana mostra como a americanidade é produzida transnacionalmente através de práticas culturais, políticas e econômicas. Assim como a boneca, alguns feminismos que circulam entre fronteiras transnacionais e repercutem em lugares distintos com a mesma lógica que tem o liberalismo sobre a ideia de “liberdade” (freedom), geopolítica e biopoliticamente. Nesse sentido, atenta para a circulação de discursos que colaboram com a racialização e generificação dos sujeitos.

Deste esse campo, Grewal nos ensina como as práticas de consumo são capazes de produzir noções sobre identidades. Num panorama em que a democracia implica também em práticas colonialistas perpetradas por meio do consumo, e entendendo consumo como produção de cidadania, coloca-se, frente ao meu campo, certo interesse em entender de quais modos desejar a cesárea agendada, a anestesia e a presença de um ginecologista obstetra pode ser também maneira de reivindicar um lugar de sujeito de direito frente ao mundo.

Desponta em relação a isso o que me contou no ponto de ônibus do hospital Joyce, menor de idade, que estava com seu bebê de um mês. Bastante empolgada em remontar o nascimento de seu filho, contou que o trabalho de parto durou 12h e ocorreu sem indução via ocitocina sintética, o que deduzi quando contou que não a colocaram no “soro”. No entanto, fala de procedimentos que remetiam a outros métodos de

---

<sup>18</sup> 10 No caso, a boneca em sua versão “indiana” nos mostra o encontro do cosmopolítico e do multiculturalismo produzidos no âmbito da reatualização das tradições (ao mesmo que cristaliza e reifica).

indução, como o exame de toque dolorido, o rompimento artificial da bolsa e episiotomia porque, de acordo com a explicação médica “o bebê estava com a mãozinha no rosto”.

Os pontos, que ainda doíam, foram suturados por um residente. Este era apenas um dos vários que acompanharam o trabalho de parto. Apesar disso, nem este, nem os procedimentos adotados apareciam como motivos de preocupação para Joyce. A jovem, além de narrar a experiência com tranquilidade, a todo tempo elogiava o tratamento dispensado pela equipe. Assim como Joyce, muitas das outras mulheres com as quais pude conversar consideravam o atendimento muito bom, “nota dez”, como disseram algumas, a despeito das intervenções ou contratemplos no atendimento.

A isso se soma o que contou Luciana no mesmo ponto de ônibus em que conversei com Joyce. Mulher que lá pariu há alguns meses, a fim de acionar sua experiência, referia-se à alta qualidade no atendimento dispensado pela equipe da maternidade - em tom elogioso. Contudo, nossa conversa acabara se centrando bastante em sua dificuldade em conseguir uma vaga na creche. Sua pontuação me fez refletir sobre quão prioritárias seriam suas demandas de vida frente ao universo do trabalho e, com isso, qual espaço existente para a reverberação de sua gestação e parto, ou seja, para refletir sobre corpo e experiência.

Boltanski (2004) nos ajuda a pensar sobre como o habitus corporal varia de acordo com diferentes experiências de classe e gênero - a presente pesquisa acrescentaria étnico-raciais -, com ênfase sobre a primeira. O sociólogo nos alerta para uma relação inversa entre "uma relação reflexiva com o corpo" (p.157) e seu intenso uso.

Se é assim, as regras que, nas classes populares, organizam a relação dos indivíduos e seus corpos e que, quando presentes à consciência, aparecem apenas sob forma de regras de moral, têm talvez uma função de regulação com o fim e impedir aqueles que, coagidos pela sua condição econômica, utilizam intensamente o corpo, a estabelecerem uma relação reflexiva consciente com o corpo, porque a instauração de tal relação não poderia ter outro efeito senão o de diminuir a resistência que são capazes de opor ao corpo, e portanto reduzir em qualidade e quantidade o trabalho que esse fornece (BOLTANSKI, 2004, p. 158)

Ao encontro do que analisou Boltanski (2004), ressaltam, nesse universo, incongruências entre os discursos biomédicos e o modo como as classes populares interpretam e agenciam suas explicações sobre o corpo, saúde e doença. Contudo, mesmo que busquem, as ativistas pela humanização do parto - através de disputas internas ao campo médico-científico - ressignificar esse campo de conhecimento, ambos discursos parecem ter pouco espaço e chegar com dificuldade entre as classes populares. Bem como o que ocorre com as políticas universalistas que chegam com dificuldade na população negra.

Ao conjugar os conceitos de habitus, capital social e econômico em torno da produção do "gosto", Bourdieu (2015) também auxilia a pensar a configuração do que seriam "estilos de vida" e propõe haver uma relação entre classe social e modos de consumo, que são pautadas por um valor distintivo (Bourdieu, 2015). Ou seja, mesmo que possam ocorrer independentemente de qualquer intenção de distinção, é possível pensar também a “humanização do parto” como um processo distintivo através do qual a mãe, o pai ou/e a criança se tornariam "mais humanos", ao entender:

"[...] seu acesso a tudo o que define os homens propriamente humanos com uma verdadeira mudança de natureza [...], "promoção social" vivida como uma promoção ontológica ou, se preferirmos, como um processo de civilização [...], um salto da natureza na cultura, da animalidade na humanidade" (BOURDIEU, 2015, p.235)

Se processos cotidianos em torno da distinção indicam que "a loucura de uns é a necessidade primordial de outros" (Bourdieu, 2015, p.351) o trabalho de Hirsch (2015) parece propositivo para este tipo de análise. De acordo com ela, “A classe interfere na forma como os sujeitos enxergam o mundo, podendo, portanto, influenciar a maneira como as mulheres significam os contextos” (HIRSCH, 2015, p. 231). Durante seu doutorado, no campo contrastavam-se as mulheres de camadas populares que, diferentemente das de camadas médias, importavam-se mais com a qualidade da interação equipe-parturiente e menos com as intervenções, estas vistas como “ajuda”.

“Deve-se destacar que situação semelhante foi observada por Nelson (1983) em pesquisa com mulheres de camadas populares nos EUA, o que levou a autora a afirmar que o acesso à tecnologia é um

privilégio de classe e que, para rejeitar a medicalização, é preciso antes tê-la desfrutado” (HIRSCH, 2015, p. 244).

Entre suas interlocutoras, somado à intervenção e ao medicamento enquanto auxílios, aparecia também um desejo por parir rápido e superar esse processo, corroborando a administração de ocitocina artificial, o “soro”, com bons olhos. Nesse sentido, diferenças no que diz respeito à classe social, colocam em questão o foco do evento do parto: para as de classes médias, foi o processo, enquanto que para as de classes baixas, foram os resultados. De modo bastante similar, as preocupações elencadas por minhas interlocutoras durante as visitas exploratórias ao campo também pareciam mais mobilizadas pela experiências de vida nas classes populares.

### **Considerações finais**

Lélia, Joyce e Luciana, usuárias do mesmo hospital, têm em seus casos algumas variantes emblemáticas da experiência da mulher, SUS usuária, que gesta e dá a luz no Brasil. Suas narrativas fazem questionar: através de quais processos de vida são construídos os medos e os desejos em torno do parto? Qual o lugar da agência nesses processos? Quem tem direito a escolher ser mãe? O campo, ainda pouco explorado, foi capaz de apenas suscitar uma série de questionamentos os quais delinham e motivam a incipiente pesquisa de mestrado.

No entanto, do mesmo modo que as ativistas pela humanização do parto ensinam como a técnica também é política, esta, e também as tecnologias, aqui aparecem com a possibilidade de resignificarem-se desde outras vozes. Nesse sentido, nesta comunicação buscou-se refletir sobre o que significa preterir a presença de um médico, em favor de uma enfermeira, ou o uso da anestesia, em favor da não medicalização, ou a cesárea, em favor do “mais natural possível”, e em contextos em que essas opções sequer são ofertadas.

Deste modo, embora a reflexão tenha se dado em torno da produção de desigualdades em torno dos direitos reprodutivos, a diferença é aqui colocada também como subjetividade, relação social, identidade e experiência. Pensá-la, assim, é entender como a formação do sujeito como processo, o “eu” e o “nós”, são “continuamente marcadas por práticas culturais e políticas cotidianas.” (BRAH, 2006, p.361)

Ao atentar para diferenças neste campo, a proposta foi deslocar o lugar da vítima e problematizar a categoria mulher pela recusa de seus usos homogeneizante e colonizante. Pretendendo mais ampliar o debate do que o entender enquanto acabado, persistir tensionando fronteiras (MOHANTY, 2008 [1984]) e refletir sobre seus atravessamentos é também pensar como nelas ressignificam-se os sentidos de raça, classe e gênero.

### **Referências bibliográficas**

BRAH, Avtar. *Diferença, diversidade, diferenciação*. In: Cadernos Pagu, n.26, Campinas, 2006.

BOLTANSKI, Luc. *As classes sociais e o corpo*. São Paulo: Paz e Terra, 2004, 3 ed.

BOURDIEU, Pierre. *A Distinção - Crítica Social do julgamento*. Porto Alegre: Zouk, 2015.

CARNEIRO, Rosamaria Giatti. *Desenhos de cor e de corpo daquela que gesta e dá à luz: raça, gênero e assistência ao parto no SUS contemporâneo*. (Anais do 36o Encontro Anual da ANPOCS) Águas de Lindóia, 2012.

DAVIS, Angela. “Mulher, Raça e Classe”. São Paulo: Boitempo, 2017.

FAUSTO-STERLING, Anne. “*Gender, Race and Nation: The Comparative Anatomy Hottentot Women in Europe 1815-1817*”. Terry, Jeniffer; Urla Jacqueline. *Deviant Bodies: Critical Perspectives on Difference in Science and Popular Culture*. Indiana: Indiana University Press, 1995.

FRASER, Nancy. *Da redistribuição ao reconhecimento? Dilemas numa era pós-socialista*. Tradução: Júlio Assis Simões. cadernos de campo, São Paulo, n. 14/15, p. 231-239, 2006.

GILROY, Paul. 2001 [1993]. *O Atlântico Negro – modernidade e dupla consciência*. Rio de Janeiro: Ed. 34.

GREWAL, Inderpal. *Transnational America*. Durham and London: Duke University Press, 2005.

HALL, Stuart. 2003. *Da Diáspora – identidades e mediações culturais*. Organização de Liv Sovik. Belo Horizonte: Ed. UFMG.

HIRSCH, Olivia. *O parto “natural” e “humanizado” na visão de mulheres de camadas médias e populares no Rio de Janeiro*. Dossiê: Partos, maternidades e políticas do corpo. 2015

LEAL, MARIA DO CARMO et al. *Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001*. Rev. saúde pública. 39(1). 2005.

LEAL, Maria do Carmo et al. *Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual*. Cadernos de Saúde Pública, v. 30, supl. 1, p. S17-S32, 2014.

LAQUEUR, Tomas. *Inventando o sexo: corpo e gênero dos gregos à Freud*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001.

McCLINTOCK, Anne. *Couro imperial – Raça, gênero e sexualidade no embate colonial*. Campinas: Unicamp, 2010.

MARTINS, Ana Paula Vosne. “Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX”. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004

MENDONÇA, Sara Sousa. *Por quê o parto se tornou uma questão?* 30ª Reunião Brasileira de Antropologia. 2016.

MOHANTY, Chandra. *Bajo los ojos de occidente. Academia Feminista y discurso colonial*. Liliana Suárez Navaz y Aída Hernández (editoras): *Descolonizando el Feminismo: Teorías y Prácticas desde los Márgenes*, ed. Cátedra, Madrid, 2008[1984].

PULHEZ, Mariana Marques. Mulheres mamíferas: práticas da maternidade ativa. Dissertação (Mestrado). Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Estadual de Campinas: Campinas, 2015.

WASHINGTON, Harriet A. Medical Apartheid: The Dark History of Medical Experimentation on Black Americans from the colonial times to the present. New York. Ed. Harlem Moon. 2006.