

# Visões sobre ciência, visões sobre natureza: diferenças na produção de percepções sobre tecnologias nos processos de gestação, parto e puerpério<sup>1 2</sup>

Giorgia Carolina do Nascimento (UNICAMP/ Campinas - SP)<sup>3</sup>

Palavras-chave: parto; tecnologias; diferenças; raça; classe.

## Introdução

A virada do milênio no Brasil é marcada pelo aparecimento de movimentações em torno da *humanização*<sup>4</sup> do parto e nascimento. Tensionando fronteiras entre o que seriam tradicional e moderno, rural e urbano, ou natureza e cultura, tais movimentações surgem de modo a mostrar como a técnica é política (DINIZ, 2010). Contudo, corroborando os aspectos políticos imbuídos na técnica, embates históricos vêm mostrando como corpos sobre os quais são imputadas as tecnologias reprodutivas não são apenas marcados por gênero, mas também por outras diferenças, tais como a raça e classe social, categorias que constituem-se mutuamente (EFREM, 2017). Um dos exemplos mais expressivos dessas diferenças é o de como, ao longo dos séculos, tais tecnologias vêm sendo geridas entre os corpos de mulheres negras e das classes populares com vistas à não-reprodução.

Na década de 1970, a luta de feministas (socialistas e radicais) das classes médias, sobretudo brancas, em torno da saúde sexual e reprodutiva da mulher colocava em pauta o desejo de descolar a maternidade de seus corpos, já que esta era vista como parte de uma biologia que as condicionava às responsabilidades com o lar e com a família, restritivas frente a possibilidade emancipadora do trabalho<sup>5</sup>. Nesse momento, a medicalização do parto e o

---

<sup>1</sup> Trabalho apresentado na 32ª Reunião Brasileira de Antropologia, realizada entre os dias 30 de outubro e 06 de novembro de 2020

<sup>2</sup> Este texto apresenta alguns dados referentes à pesquisa de doutorado em andamento e conta com o apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), processo nº 2012/02508-9. As opiniões, hipóteses e conclusões ou recomendações expressas neste material são de responsabilidade da autora e não necessariamente refletem a visão da FAPESP.

<sup>3</sup> Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Campinas-SP, Brasil.

<sup>4</sup> Para fins de organização do texto, categorias êmicas e termos estrangeiros serão destacados pelo uso do itálico. Para expressões coloquiais, optou-se pelo uso das aspas.

<sup>5</sup> No caso das mulheres negras, que sempre estiveram inseridas no espaço público e no universo do trabalho, essa biologia não operava da mesma maneira, já que o espaço da casa era um refúgio, possibilidade da continuidade da família negra (DAVIS, 2017; hooks, 2005).

controle médico sobre o corpo feminino também se expandia. Décadas depois, surge a bandeira pela *humanização do parto* como um modo de retomar as rédeas desse evento, propondo o protagonismo feminino através da reapropriação dessa biologia (natureza), em detrimento à intervenção do homem (cultura).

No decorrer da história se vê como, mesmo após décadas, dualismos como natureza e cultura têm efeitos de poder que repercutem sobre as percepções e práticas atuais nos movimentos das mulheres em favor de sua saúde e liberdade reprodutivas. No entanto, tais dualismos eram operacionalizados de maneiras distintas a depender do lugar social ocupado por essas mulheres. No caso de mulheres negras, essa “biologia feminina” é o que subtraía seu status de humanidade no período da escravidão, já que, por sua condição de mulher, retiravam seus próprios bebês e as faziam amamentar os dos brancos (GIACOMINNI, 1988).

Este é apenas um exemplo de como há séculos as tecnologias reprodutivas vêm sendo imputadas aos corpos de mulheres negras e das classes populares com fins de não-reprodução (DAVIS, 2017; NASCIMENTO, 2018). Atualmente, entre essa população, a taxa de fecundidade tem caído significativamente, ilustrando novas possibilidades, desejos e configurações (UNFPA, 2018) familiares, a despeito do histórico menor acesso aos métodos contraceptivos.

Ao mesmo tempo em que se iniciavam as movimentações pelo *parto humanizado* no Brasil, mulheres brancas contavam com possibilidades de planejamento familiar mais efetivas e eram também as que mais utilizavam métodos contraceptivos. Ao contrário, as mulheres negras aparecem como as mais afetadas por menores opções efetivas de contracepção se comparadas às brancas (CAETANO, 2004). Neste panorama, importante observar, ainda, que para as mulheres negras e das classes populares o problema não está no excesso de tecnologias, mas na falta do que seria entendido como cuidado (LEAL, 2014, 2017).

Pensando nessas diferenças em torno da saúde reprodutiva no Brasil, nos últimos anos é crescente o número de mulheres negras disputando narrativas em torno do gestar, parir e maternar. Partindo de diferentes percepções em torno das tecnologias reprodutivas, pautadas por relações de raça e classe social, o cenário atual parece propor novas configurações ideológicas em torno daqueles que vinham sendo polissemicamente denominados como ativismos pela *humanização do parto e nascimento*.

A *humanização* como categoria nativa entre os discursos ativistas e as políticas públicas pode ser mais ou menos percebida, quando agenciada em torno das experiências das mulheres na ponta dos serviços, a depender dos próprios atores envolvidos contingencialmente. Como êmica, um exercício de estranhamento em torno dela deve contemplar sua disputa. Isso significa

dizer que, além de olhar para as ciências biomédicas como um campo de disputa em sua heterogeneidade, de onde se reivindica a *humanização* enquanto ideal calcado na Medicina Baseada em Evidências, não se deve deixar de lado um olhar para o processo colonial como promotor da ascensão da própria ginecologia moderna.

Para a realização dessas reflexões, proponho nesta comunicação um olhar sobre os dados derivados da minha pesquisa de doutorado em andamento. Nela, por meio de uma etnografia multissituada realizada em centros de saúde e hospitais na Região Metropolitana de Campinas, busco entender experiências de gestação, parto e puerpério de mulheres de classes populares e mulheres negras e suas concepções de um bom parto (PULHEZ, 2015). Como pano de fundo em que elas se costuram, relacionam-se a ponta dos serviços, os ativismos em torno do parto e nascimento e também as políticas públicas.

A partir de uma perspectiva interseccional, dos feminismos negros e pensando categorias de diferenciação (DAVIS, 2017; HOOKS, 2019; KILOMBA, 2019; BRAH, 2016; AKOTIRENE, 2020, MCCKLITOCK, 1995) são entendidos os processos de gestação, parto e puerpério como experiências corporificadas atravessadas e constituídas pelas diferenças. Ou seja, as experiências são configuradas na relação com os serviços de saúde, contextos em que corpos são racializados a partir de fenótipos e em que são atribuídos estereótipos de classe, sexualidade e outros.

Com isso, o intuito desta comunicação é alargar a discussão sobre como mulheres negras e as de classes populares têm acionado discussões em torno de direitos reprodutivos e justiça reprodutiva a partir de uma reflexão sobre tecnologias, ciência, natureza e *ancestralidade*. Cabe entender como as técnicas reivindicadas entre os ativismos pelo *parto humanizado* são ressignificadas por essas mulheres a partir de outros lugares de fala, produzindo diferentes percepções sobre uso de tecnologias em sua relação com os processos de gestação, parto e puerpério.

### **Preferências sobre a via de parto e o emprego de técnicas e tecnologias**

Ao contrário do que supunha a coordenadora responsável pelas pesquisas em Saúde no município durante um diálogo que tivemos e também como algo sobre o qual eu questionava, a massiva maioria das mulheres com as quais conversei ao longo da pesquisa dizia preferir,

desde o início, o *parto normal*<sup>6</sup>. Entendendo como possibilidade de usufruir de uma tecnologia a qual, como método eletivo - e não somente - vem sendo entendido como privilégio das classes mais abastadas, esperava que elas demandassem mais por cesarianas.

Os movimentos sociais têm apontado, de modo geral, para como a cesariana aparece enquanto um desejo frequente com fins de evitar um parto normal traumático, frente às violências institucionais vividas nos hospitais (DINIZ, 2014; FREITAS et al, 2005). Esses enunciados também parecem apontar para a preferência da cesariana por parte também das mulheres de classes populares como modo de resistência às desigualdades de classe.

Trata-se de um tipo de experiência que, quando do início das movimentações pelo “parto humanizado” no Brasil, ainda não havia sido vivida pelas mulheres das classes mais populares de modo mais expressivo. No entanto, a partir dos anos 2000, essa população teve um maior acesso à serviços e bens de consumo, passando a exercer sua cidadania por meio da ampliação das possibilidades financeiras. Não obstante, vista também como um bem de consumo e sinônimo de um bom atendimento, o desejo pela cesariana ocorria como uma maneira de afirmar um lugar de sujeito no mundo.

A despeito das diferenças nesse processo, uma ampliação no acesso à tecnologias reprodutivas ocorrida nas últimas décadas poderia informar esse cenário em que, a partir da possibilidade de comparação entre as duas vias de parto, mulheres de classes populares têm expressamente optado pelo *parto normal*<sup>7</sup>. De algum modo, se tornou mais amplamente conhecida a experiência da cesária como algo que também envolve o emprego de diferentes técnicas e que, assim como o parto vaginal, tem consequências no momento e/ou futuras. Quando questionadas sobre isso, era frequente manifestarem a preferência pelo parto vaginal não por uma predileção a um tipo de estilo de parto, mas como modo de evitar essas intervenções, ou onde os profissionais pudessem errar menos.

Esta preferência por parte das mulheres revela, assim, a existência de uma série de práticas presentes no momento do parto que produzem corpos precários. Independentemente da via de parto, a técnica aparecia atrelada às estratégias biopolíticas em que o cuidado, ou a falta dele, faz viver de modo precário. Por isso, era comum interlocutoras enunciando a predileção não apenas pelo parto normal, mas, em muitas vezes, sem analgesia - por medo dos profissionais errarem a aplicação. O trecho a seguir é exemplar nesse sentido:

---

<sup>6</sup> Parto vaginal, segundo a terminologia médica.

<sup>7</sup> Este é um dado referente à minha pesquisa de campo e diz respeito a uma hipótese que ainda precisa ser olhada com mais atenção. De todo modo, seria interessante estudos em outros locais pelo país para indicar se a preferência pelo parto vaginal entre as classes populares está se tornando uma tendência.

“A garota (bem jovem) disse que chegou ao hospital em trabalho de parto, que se iniciou às 21:00h. Foi com sua mãe e sua irmã. Já estava com cinco centímetros de dilatação e contração de três em três minutos. Foi levada direto pra sala de parto, mas não deu tempo de sua mãe entrar com ela, pois, enquanto assinavam os papéis, disse ela, colocaram “uma maquininha” em sua barriga e viram que havia algo errado. Por isso, foi às pressas fazer a cesariana, sem explicarem o que havia de errado ou o motivo da cirurgia. Conta que chegou a procurar em vários papéis se em algum deles constava a justificativa e em nenhum deles achou. Ela coloca com ressentimento o fato de não saber a justificativa<sup>8</sup>. Pergunto a ela sua opinião sobre o que aconteceu e ela propõe duas hipóteses: a primeira de que “passou da hora”, pois, inclusive, seu bebê teria nascido “roxo”. A segunda, não muito bem uma hipótese, mas algo que ela conta com alguma ironia, é o fato de ter ouvido dizerem que o médico estava mandando todas as mulheres para a cirurgia. Ela conta também que a parte mais difícil foi a da anestesia, pois pediu à enfermeira que esperasse até que a contração passasse para que fosse aplicada, mas a enfermeira disse que não havia tempo. Sendo assim, enquanto contraía, levou a anestesia. Disse que estava com muito medo, porque ouviu muitas histórias de mulheres que ficavam paraplégicas por se moverem durante a aplicação.” (Notas de campo, 21 de maio de 2019)

Era muito frequente ouvir justificativas relacionadas à falta de confiança na atuação dos profissionais dessa maternidade<sup>9</sup>, com uma ideia comum de que, caso errassem a aplicação da anestesia, elas poderiam ficar paraplégicas. Para essas mulheres, a noção de uma natureza a ser melhorada pela cultura, ou de uma biologia aprimorada pela técnica quase desaparece. Pelo contrário. Frequentemente paira o temor e o receio de práticas aprofundarem um estado de precariedade (BUTLER, 2015; DAS, 2015), em que as técnicas atuam com fins de não-reprodução (NASCIMENTO, 2018), na lógica da bionecropolítica (NASCIMENTO, 2020) e de corpos que pouco ou nada importam (BUTLER, 2002)

A recusa de determinadas técnicas aparece não como um empoderamento frente a possibilidade de experienciar o parto como processo prazeroso, e sim enquanto desejo de não se ver dependente dos profissionais do sistema de saúde. Isso porque ser dependente num hospital requer uma expertise para lidar com essas negligências e violências que normalmente só é adquirida apenas depois de vividas. Além disso, a condição de um cuidado precário

---

<sup>8</sup> Não é raro encontrar situações em que procedimentos médicos eram realizados sem que os pacientes soubessem o motivo. Fazzioni (2018) traz um pouco dessas nuances quando relaciona arranjos de cuidado e precariedades no Complexo do Alemão.

<sup>9</sup> Trata-se da unidade de referência dessa região. Não realizei a pesquisa de campo nessa maternidade.

ofertado para pessoas que valem menos aparece informando a maneira com que essas mulheres enxergam não apenas a técnica, mas também o próprio sistema de saúde.

“[...] Joguei pro grupo: ‘*E o que vocês prefeririam? Algumas já passaram pelo parto normal, o que acharam, em relação a cesária?*’. Uma das que mais falava disse que preferiria o parto normal, ‘*com certeza, principalmente por causa da recuperação*’. No primeiro, ela fazia tudo normalmente. Já nesse outro, não. Ela dizia que não podia se levantar, ir ao banheiro sozinha, beber uma água sozinha. Ou seja, dependia das profissionais do hospital para tudo e que havia poucos profissionais ou nem sempre elas estavam disponíveis. ‘*Eu me senti abandonada*’, foi o termo que ela usou. A primeira [da roda] foi, novamente, assertiva em traduzir: “A cesária é muito humilhante, a recuperação é muito humilhante” E toda a sala fica em silêncio. “*É Isso que ela tá querendo dizer. Fazer uma cesariana é muito humilhante*”. Enquanto ela reafirma, boa parte concorda, balançando positivamente a cabeça. Aí eu tensiono, questionando porque é humilhante. E ela responde que é ‘*por causa dessa dependência*’. A outra moça, que falava anteriormente, continua a resposta: ‘*Porque eles vão te dar banho, você toma banho ali em cima da cama. Você fica na sonda. Pra tomar banho, eles te jogam de um lado, jogam do outro, e você não consegue, você, tomar aquele banho, sabe?*’” (Notas de Campo, 21 de maio de 2019)

Em certo sentido, o teor dessas narrativas conflui muito com os que Carneiro (2011) observa a partir das narrativas das interlocutoras de sua tese, realizada com gestantes em grupos de apoio na cidade de Campinas:

De início, é um corpo que não tolera mais as intervenções e o controle tecnológico e social excessivos; é o corpo que se sente invadido e desrespeitado, que poderia ser o “corpo que já não aguenta mais” aquilo que essas mulheres compreendem como constrangimento cultural [...] (CARNEIRO, 2011, p. 185)

No entanto, a despeito da crescente tendência de uma intolerância aos controles tecnológicos tidos como excessivos, há uma diferença entre as narrativas das mulheres encontradas em minha pesquisa e as de grupos de apoio como os investigados por Carneiro (2011), em que a busca por experienciar o processo é grande, mostrando mulheres desejosas por

“[...] existir e ser e não simplesmente passar pela vida. Diante disso, caberia a hipótese de serem corpos que dizem buscar e querer a afetação, no sentido de não ser poupado, mas atravessado por intensidades e, por isso, trabalhar com a possibilidade da transgressão e de um tipo de superação de seus próprios limites, com o objetivo de

que sejam tratados em sua integralidade e totalidade, a saber, também em sua personalidade.” (CARNEIRO, 2011, p. 185-186)

De outro modo, entre as interlocutoras de minha pesquisa não aparece o desejo da afetação pelo parto como processo nem quando questionadas diretamente sobre isso. O ponto mais relevante que aparece enquanto uma preocupação para elas, na verdade, é a de não sentir dor ou não sofrerem com possíveis sequelas<sup>10</sup>, revelando outras nuances de uma ideia de humanização. Diferenças como essa não são novidades no campo de estudos sobre gestação e parto, como em trabalhos como o de Hirsch (2014), ao comparar experiências de mulheres de classes populares e classes médias, percebe como as primeiras entendiam o parto como um fim e as segundas como um processo.

### **Ideais de um “bom parto” e o imaginário da *humanização***

Na complexa trama que envolve os processos de gestação, parto e puerpério, tecnologias empregadas e técnicas experienciadas por meio de processos de classe, raça, gênero (entre outros) conformam diferentes percepções sobre aquilo que Pulhez (2015) entende como um “bom parto” - um conjunto de noções que configurariam o que se entende por um parto de qualidade, em seus sentidos múltiplos, para o binômio mãe e filho. Tais noções não dizem respeito apenas à percepção das gestantes, parturientes e puérperas, mas são também configuradas pelos discursos de cientistas, dos profissionais de saúde etc.

Portanto, a percepção do que seria *humanização* e justificaria o uso ou não de certas técnicas por parte dos profissionais de saúde é algo que atravessa fortemente a experiência dessas mulheres. É neste prisma que, certo dia, no Centro de Saúde Village, uma das unidades em que fiz pesquisa de campo na cidade de Campinas, uma médica residente olha para mim, segura em meus braços e pergunta se eu “teria um tempo”, porque “precisava dividir uma experiência” comigo.

“Ontem, acabei de passar por uma das experiências mais significativas da minha vida”, disse. A residente, que cumpre horas no Pronto Atendimento do CAISM<sup>11</sup>,

---

<sup>10</sup> Essa também é uma preocupação recorrente entre as mulheres adeptas do parto humanizado, mas, como no caso do trabalho de Carneiro (2011), aparecem de maneira bem menos expressiva ou até mesmo como uma barreira a ser superada.

<sup>11</sup> Se trata do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher, um hospital universitário de referência na cidade de Campinas.

estava aguardando a oportunidade de fazer seu primeiro parto no hospital. Diz que foi “tudo lindo”, que a gestante chegou lá com 5 para 6 centímetros de dilatação e contrações ritmadas. Mas fala muito é do expulsivo: ela não achou que aquela cabeça, que ficou no *canal* [vaginal] por muito tempo, pelo menos meia hora, fosse passar e que, por isso, segurava o períneo com os dedos, com receio da tensão. Achava que a pele iria estourar. [...] A professora que a acompanhava disse: “Tira a mão. O corpo dela sabe o que está fazendo”. E ela se assustou, pois onde fez a graduação, em São Paulo, a episiotomia e outras intervenções eram rotina. Inclusive a anestesia, que, no CAISM, ocorreu apenas por meio de uma pomada local. Para ela, ali passou a entender o que é a humanização na prática. O marido ao lado da parturiente.; luz ambiente; a mulher confortável; todo processo ocorrendo de maneira natural. Quando nasceu, o contato foi imediato, ao contrário do que era habituada a ver também. Por fim, a equipe toda se emocionou. A parturiente chora, a equipe também. Diz que foi marcante e bonito e que, agora, sabe que “está no caminho certo” (Diário de campo, Village, 17 de abril de 2019)

Esse ideal de *humanização*, em confluência com os discursos ativistas, supõe a existência de uma natureza que deve ser respeitada e que esse respeito ocorre por meio de um conjunto de técnicas que visam a interferência ou não no andamento desse processo a partir do entendimento do que é ou não uma necessidade. Com isso, conecta o discurso de um corpo pré-natural ao das evidências científicas a partir da *Medicina Baseada em Evidências*. No entanto, de modo contrário, uma das interlocutoras de campo que pude acompanhar desafiava essas noções sobre certas técnicas incutidas no ideal e práticas do que seria a *humanização*

“Aí depois eu tive que ficar uma hora lá naquele negócio lá que eles falam, aquele *pele-à-pele*”. E dizia, indignada: “Tudo bem, é legal ele nascer, daí vim no colo, tal, mas daí... precisa ficar todo esse tempo? Eu tava lá, eles nem limpou, tava todo cheio de coisa, cheio de sangue, aí vem pra mim, eu fiquei cheia de sangue; aí quer tirar foto e tá lá, cheio de sangue. Não precisa, né? Uma hora! Podia ter levado a criança já. Quase que eu falei ‘toma, moça, já leva ele já, pode levar ele lá, pra tomar banho. Já sou mãe dele, já vou ficar com ele o tempo inteiro.” Ainda, se queixa da enfermeira que a interpelou para que colocasse cobertor no filho, que estava “geladinho”. Diz que comentou: “Olha, era só vocês ter levado ele logo. Fica naquela sala lá, com ar condicionado em cima da gente. Até eu tô com frio, tô tremendo de frio” (Diário de campo, 26 de junho de 2019)

Conhecida como *hora dourada* e pautada na *Medicina Baseada em Evidências*, afirma-se que o contato pele-à-pele entre mãe e bebê na primeira hora de vida representa momento

fundamental no que diz respeito ao fortalecimento de vínculo e potencializa o sucesso na amamentação. No entanto, como puérpera negra e periférica, em seu discurso tensiona o que é considerado padrão ouro no atendimento. Neste caso, enquanto as políticas de humanização visam garantir que ocorra aquilo que seria “natural” - a secreção de hormônios, por exemplo -, para ela foi, ao contrário, um desgaste físico e emocional.

Ainda, também não significa dizer que mulheres como ela não tenham, necessariamente, contato com temas relativos ao universo da *humanização do parto*. Muitas apenas traduzem de maneira diferente e mais pragmática, apresentando uma outra percepção sobre o tempo em sua relação com o evento do parto e o bebê que é informada pela experiência de uma mulher que cuida da casa para todos os membros da família, além de cuidar dos dois filhos e de si mesma no puerpério. Aqui, o tempo do cuidado aparece não apenas como um dispositivo de gênero, mas de raça e de classe. É também um tempo que coloniza, na medida em que se impõe sobre o que para ela seria emblemático de um tratamento *humanizado*. Isso porque a *hora dourada*, entendida como um momento privilegiado e significativo de respeito, poderia - mas não foi - ser um instante em que ela pudesse se recuperar do parto e descansar confortavelmente.

É assim que a preferência pelo emprego ou não de determinadas técnicas e tecnologias entre as mulheres interlocutoras de pesquisa diz respeito, sobretudo, aos eventos da vida ordinária que sucedem o evento do parto. Exemplar disso é o que diz com uma jovem do *Grupo RN*<sup>12</sup>, no Centro de Saúde Campo Belo, em Campinas

Ela conta que precisou realizar uma cesariana, pois estava com a pressão muito alta e os batimentos cardíacos da bebê quase parados. Ela gostaria que fosse *parto normal*. Principalmente por conta dos pontos da cirurgia. Ela ficou sozinha em casa e quando chegou do hospital ainda foi para o tanque, lavar roupa (Diário de campo, 30 de abril de 2019)

Neste caso, ainda que o parto ideal conflua com aquele agenciado em discursos sobre a *humanização* no que tange a via de parto, a motivação é outra. O parto vaginal não aparece como retorno a uma natureza idealizada, tampouco pautando a experiência em relação ao processo. O desejo por ele surge, aqui, sinalizando a possibilidade posterior de cumprir com os

---

<sup>12</sup> Trata-se do Grupo de Recém-Nascidos, uma primeira consulta coletiva que ocorria uma vez por semana. Cada encontro era composto por famílias (normalmente mãe e bebê, mas eventualmente iam pais e avós) diferentes. Frequentemente tornava-se uma espécie de “roda de puérperas”, onde as mulheres compartilhavam questões e anseios sobre suas experiências.

afazeres cotidianos que, em sua dinâmica de vida, são de sua responsabilidade e que não puderam ser delegados a outras pessoas nem mesmo no momento do puerpério.

### **Direitos e tecnologias (não) reprodutivos**

Por diversos motivos, mas também por conta de como as tecnologias (não) reprodutivas eram agenciadas pelos profissionais entre essas mulheres, muitas desejavam não ter mais filhos. O método contraceptivo mais desejado era a laqueadura, seguido pelo DIU, vasectomia e, depois, outros métodos - quão mais definitivo, era mais desejado. Na roda de puérperas, muitas vezes, as insistentes perguntas sobre o tema, em detrimento de outros, demonstrava como evitar novos filhos, ou *operar*<sup>13</sup>, para elas, por vezes importava mais do que obter informações sobre os cuidados com o bebê - especialmente entre as múltiparas.

Embora o uso desse método tenha se tornado corriqueiro até os anos 2000, Caetano (2004) relata como as mulheres pardas são as mais esterilizadas - tendo dezenas vezes mais chances de sofrerem laqueadura - e as mulheres pretas “têm a maior chance de não estarem fazendo uso de qualquer método contraceptivo [...] o que pode estar indicando obstáculos e dificuldades de acesso, por parte deste grupo de mulheres, até mesmo à esterilização.” (p. 242).

Embora o tipo de acesso que as mulheres negras (pretas e pardas) têm aos métodos contraceptivos no Brasil aqui referido date de quase duas décadas, não significa que não seja mais uma realidade verificável contingencialmente na atualidade. Ao contrário, muito condiz com a encontrada no trabalho de campo que realizei no *Grupo RN*. Era frequente mulheres relatarem barreiras para a operação e a falta de explicação ou justificativa médica para a negativa, mesmo após terem respaldo médico anterior - muitas vezes no pré-natal, no caso daquelas que fariam cesariana.

Esse tipo de tratativa põe em relevo a importância de se falar sobre tecnologias reprodutivas (ou de não reprodução) a partir das diferenças. Isso porque elas dizem respeito às inscrições diversas nos modos de viver as experiências em relação aos serviços de saúde e, inclusive, no acesso ou interdição aos direitos sexuais e reprodutivos - ou seja, à determinados procedimentos, métodos e tecnologias. O emprego delas tem relação com o tipo de serviço que se acessa, e estes, por sua vez, também são informados por diferenças de raça, gênero, classe etc.

---

<sup>13</sup> É a maneira com que se referiam à laqueadura.

Uma dessas nuances é a de como as mulheres negras e as das classes populares compõem, majoritariamente, o perfil das usuárias de serviços como os oferecidos pelos hospitais escola. As experiências das mulheres neste tipo de instituição podem ser ainda mais diversas, visto que é comum serem assistidas por profissionais em diferentes estágios de formação. Em muitas das vezes, eles não apenas acompanham, mas também realizam os atendimentos. Uma faceta dessa questão aparece em um diálogo, com uma gestante negra, que tenho no ponto de ônibus em frente ao hospital:

Eu pergunto a gestante em que posto de saúde ela realiza o acompanhamento. Ela responde que apenas no CAISM. Diz que, por ser de alto risco, deveria ser assim. Comento que conheço gestantes que realizam nos dois. Pergunto se ela gosta de lá. Ela responde que não, porque toda hora troca de médico: “Um aumenta a medicação, outro abaixa. Nunca é o mesmo médico, sempre um diferente. Se não fosse por isso, seria bom”. (Diário de Campo, 09 de abril de 2019)

Assim como já colocamos o quanto para mulheres negras e pobres o problema não está no excesso de tecnologias, mas na falta do que seria entendido como cuidado (LEAL, 2014, 2017) o ideal de um bom pré-natal - ou nos termos das políticas públicas, um atendimento *humanizado* - para essa gestante aparece não como algo concernente ao emprego de determinadas técnicas, mas à maneira com que se dá o acompanhamento na instituição.

Desse modo, refletir sobre técnicas tem a ver com o tensionamento da própria ideia de *humanização*, *parto humanizado* ou o *mais humanizado possível* (NASCIMENTO, 2018). Tratam-se de processos que mostram como essas categorias, mesmo que polissêmicas (DINIZ, 2010), não necessariamente são significativas de um ideal de cuidado respeitoso<sup>14</sup> ou, ainda, são capazes de abarcar outras epistemologias .

### **Mulheres de classes populares e negras alargando noções de humanização e cuidado: o surgimento de outros ativismos**

Enquanto há mulheres que após experiências traumáticas ou fora do que têm como ideal ressignificam suas narrativas sobre suas trajetórias particulares, não necessariamente acopladas

---

<sup>14</sup> Também nesse sentido muito tem-se reivindicado outros temas como *parto com respeito*, *nascimento respeitoso* etc.

aos movimentos e políticas, há aquelas que fazem disso uma luta e se encampam em ativismos. Num panorama em que o acesso aos direitos sexuais e reprodutivos e as experiências de gestação, parto e puerpério vividas são pautadas por diferenças étnico-raciais, de classe social, etariedade etc, vêm ganhando visibilidade mulheres que reivindicam a inserção dessas temáticas dentro do debate sobre *humanização*.

Elas não apenas demarcam um novo espaço, sinalizando suas existências e disputando este campo, como também põem em relevo epistemologias outras, que tensionam experiências mais hegemônicas ou mais visibilizadas. Auxiliam, ainda, a pensar a existência de tipos de experiências de gênero que só são possíveis a partir de processos de racialização e de classe, bem como a partir de outras diferenças que constituem a vida dessas mulheres.

Exemplo recente de como as narrativas sobre *humanização* têm se popularizado é a iniciativa da deputada estadual Leci Brandão, com o Projeto de Lei 250/2013, que visa permitir a entrada de doulas em todos hospitais públicos e privados do Estado de São Paulo. Também nesse sentido têm abrolhado grupos de apoio à gestação, ao parto e ao puerpério que realizam trabalhos sociais com a intenção de promover o acesso de mulheres cuja a renda não permite consumir serviços prestados por parteiras, doulas, fotógrafas, etc. particulares. Eles se inserem, assim, na produção de novos horizontes pautados pela redução de desigualdades.

Em várias localidades do país existem iniciativas nesse sentido. Para citar algumas, há o exemplo do *Mãe na Roda*, um coletivo que promove encontros de doulagem gratuitos para gestantes e puérperas na periferia da zona sul de São Paulo e, nessa mesma cidade, também o *Makota Terapia Ancestral*, pautado naquilo que entendem como *tecnologias ancestrais*; o *Coletivo de Doulas Pretas*, de Salvador, que promove rodas de gestantes e também formação de doulas exclusivamente negras; o *Coletivo Gesta*, no Rio de Janeiro, que oferece bolsas para mulheres negras nos cursos de formação de doulas.

Entre eles, alguns grupos são compostos exclusivamente por profissionais negras, especialmente doulas e parteiras, que têm abrolhado nos últimos anos. Com eles, as diferenças tornam-se explícitas não mais pela ausência, mas agora pela presença e reivindicação de espaço dessas mulheres em torno da pauta. Tais movimentações estariam deslocando os discursos e práticas em torno do que seriam natureza e também um *sagrado feminino* para, neste caso, a reivindicação de uma *ancestralidade* africana ou afro-brasileira.

Exemplar deste movimento é o caso do *Projeto de atendimento gestacional Sankofa*, desenvolvido na cidade do Rio de Janeiro, cuja proposta pautada pela experiência e os saberes científico e ancestral, cujo nome se baseia em

“Um símbolo africano de resgate do passado. Que por tantas vezes foram esculpidos em portões e janelas pelos ferreiros negros escravizados, para que a lembrança da resistência não morresse entre os nossos. Sankofa, basicamente, significa que não há problemas em voltar ao passado para resgatar algo que esqueceu e assim, ressignificar o presente. Entendendo que somos guiados por aqueles que vieram antes de nós, esse ideograma, simboliza a essência do resgate de nossas histórias pessoais e de nossa ancestralidade e a influência destas em nossa forma de cuidar e fortalecer mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal. (SANKOFA, 2020)

Movimentações, projetos e coletivos como o *Sankofa* demonstram uma relação com a natureza que tem como ideia de um “retorno” pautado por práticas ancestrais referenciadas em África. Nesses casos, o que baliza uma ideia de humanização são processos de racialização vividos no ocidente por meio da experiência da diáspora. De diferentes modos, as técnicas reivindicadas pelos movimentos de *humanização do parto* são ressignificadas por essas mulheres, ou reapropriadas, deslocando o lugar da natureza e da cultura, evidenciando como quem usurpou a potência do parir não foi um ser marcado apenas pelo gênero masculino, mas que também tem cor, a branca, e que é símbolo máximo da colonialidade.

Visibilizar as lutas dessas mulheres é indicar novas configurações ideológicas pautadas por outras epistemologias. Entre elas, novos modos de gestar e parir não se relacionam apenas a uma fuga da dor das experiências de racismo ou a uma resposta à elas, com a reivindicação de uma justiça reprodutiva, mas também se trata de frizar o processo colonial no apagamento de suas *raízes*. A ideia de um “retorno à natureza” leva em conta sobretudo estratégias de autocuidado coletivas, ilustrando uma potência criadora.

## **Considerações finais**

A relação entre natureza e cultura é tão clássica quanto atual em discussões antropológicas e, diria ainda, em diversas outras áreas de estudo. Esse dualismo aparece com força quando se trata da *humanização do parto e nascimento*, demonstrando seus efeitos de poder ao mobilizar percepções e práticas neste campo. No entanto, tais dualismos são operacionalizados de maneiras distintas a depender do lugar social ocupado pelos atores

envolvidos, revelando também uma relação entre agência e estrutura a partir de imbricações que levam em conta questões não apenas de gênero, mas de raça, classe social e outras.

Com isso, as tecnologias reprodutivas implicadas nesses jogos de poder sob o qual esse campo emerge também podem atuar com fins de não reprodução e na geração e manutenção de precariedades. A própria ideia de *humanização*, com isso, entra em jogo, quando os agentes que atuam nos serviços e nos ativismos, as mulheres em suas experiências e as políticas públicas produzem rumores, expectativas e imaginários que também são localizados socialmente.

Sem a pretensão de dar conta da discussão, a proposta foi alargar o debate sobre como mulheres negras e as de classes populares vêm tensionando a ideia de *humanização* e narrativas sobre tecnologias reprodutivas acionando uma discussão sobre evidências científicas e também sobre o que é entendido ou não como natural ou “retorno” a uma natureza perdida. O tensionamento sobre o que seriam natureza ou cultura ocorre, portanto, nas e a partir de experiências conformadas por diferenças.

Propondo novos olhares, fica pautada a importância de se teorizar o cuidado em sua relação com o tempo, com relações de consumo/mercado e entre as nuances costuradas por dispositivos de gênero, raça e classe que localizam a discussão. Um olhar atento para tais disputas que contemple os detalhes será capaz de observar a produção de novos horizontes pautados por ideais de justiça reprodutiva e pela redução de desigualdades.

Nesse panorama é que mulheres negras e de classes populares, profissionais e ativistas, vêm deslocando a própria ideia de tecnologia a partir da concepção de *ancestralidade*. Além disso, também têm visibilizado um corpo que gesta que é outro, porque circunscrito por experiências distintas daquelas que têm reivindicado a *humanização* como chave resolutiva frente às violências no campo reprodutivo. Isso porque, neste outro caso, essas violências seriam também pautadas não apenas pela colonialidade de gênero, mas de raça, por meio da experiência da diáspora.

## **Referências**

AKOTIRENE, Carla. *Interseccionalidade*. São Paulo: Jandaíra. 2020.

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

BUTLER, Judith. *Cuerpos que importan: sobre los límites materiales y discursivos del “sexo”*. Buenos Aires: Paidós. 2002.

\_\_\_\_\_. *Quadros de Guerra: quando a vida é passível de luto?* Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2015.

CAETANO, André Junqueira. “A Relação entre Cor da Pele/Raça e Esterilização no Brasil: análise dos dados da pesquisa nacional sobre demografia e saúde — 1996”. In: SANSONE, Livio; MONTEIRO, Simone (org). *Etnicidade na América Latina: Um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos*. Ed. Fiocruz. 2004

CARNEIRO, Rosamaria Giatti. *Cenas de parto e políticas do corpo: uma etnografia das práticas femininas de parto humanizado*. Tese (Doutorado). Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Estadual de Campinas: Campinas, 2011.

DAS, Veena. *Affliction: Health, Disease, Poverty*. New York: Fordham University Press, 2015.

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

DINIZ, Carmen Simone Grilo. “Humanização da Assistência ao parto no Brasil: Os muitos sentidos de um movimento”. KALCKMAN, Suzana et al (org). *Coleção Temas em Saúde Coletiva: Nascer com equidade*. Instituto de Saúde, v. 11, p.53-72. São Paulo, 2010.

\_\_\_\_\_. O renascimento do parto, e o que o SUS tem a ver com isso. *Interface: Comunicação, Saúde e Educação*. 2014.

EFREM Filho, Roberto. *Mata-mata: reciprocidades constitutivas entre classe, gênero, sexualidade e território*. 2017. Tese (Doutorado). Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Estadual de Campinas: Campinas, 2017.

FAZZIONI, Natália Helou. *Nascer e Morrer no Complexo do Alemão: políticas de saúde e arranjos de cuidado*. 2018. Tese (Doutorado em Antropologia Cultural). Instituto de Filosofia e Ciências Sociais. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

FREITAS, Paulo Fontoura et al. “Desigualdade social nas taxas de cesariana em primíparas no Rio Grande do Sul”. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 39, n. 5, p. 761-767, Oct. 2005. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102005000500010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000500010&lng=en&nrm=iso)>. access on 26 out 2020.

GIACOMINI, Sônia Maria. *Mulher e Escrava: uma introdução histórica ao estudo da mulher negra no Brasil*. Rio de Janeiro: Vozes, 1988

HIRSCH, Olívia. *O parto “natural” e “humanizado” : um estudo comparativo entre mulheres de camadas populares e médias no Rio de Janeiro*. Tese (doutorado). Programa de Pós-Graduação em Sociologia PUC-Rio, 2014.

hooks, bell. *Alisando o Nosso Cabelo*. Revista Gazeta de Cuba – Unión de escritores y Artista de Cuba, janeiro-fevereiro de 2005. Tradução do espanhol: Lia Maria dos Santos. Disponível em: <<http://coletivomarias.blogspot.com/search?q=alisando+nosso+cabelo>> Acesso em: 06 de out de 2020.

\_\_\_\_\_. *O feminismo é para todo mundo: políticas arrebatadoras*. Rosa dos tempos. Rio de Janeiro, 2019;

KILOMBA, Grada. *Memórias da plantação: episódios de racismo cotidiano*. Rio de Janeiro: Cobogá, 2019.

LEAL, Maria do Carmo. “A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil”. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2017, vol.33

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

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

NASCIMENTO, Giorgia Carolina. *Ampliando olhares sobre a parturição: tensionando discursos sobre humanização à luz de experiências dissonantes*. Anais da 31ª Reunião Brasileira de Antropologia. 2018. Disponível em <<https://www.31rba.abant.org.br/arquivo/downloadpublic?q=YToyOntzOjY6InBhcmFtcyI7czoNToiYT0xOntzOjEwOiJJRF9BUiFVSZPIjtzOjQ6IjI1NDQiO30iO3M6MT0iaCI7czozMjoiMzdmNzY2ZDBmOWQ5YjA5NGE2MGUwZmI2MWE2ZmMyOTkiO30%3D>> Acesso em: 20 out 2020.

\_\_\_\_\_. *A vida e a morte entre gestar e respirar*. Disponível em: <<https://nues.com.br/a-vida-e-a-morte-entre-gestar-e-respirar/>>. Acesso em: 20 out 2020.

PULHEZ, Mariana Marques. *Vítimas de violência obstétrica: conflitos éticos em torno da legitimação de uma categoria*. XI Reunión de Antropología del Mercosur, 2015, Uruguai. Ponencias de Grupo de Trabajo 3, 2015.

SANKOFA, Projeto de atendimento gestacional. *Projeto Sankofa*. Disponível em: <<https://projetosankofa.com.br/projeto-sankofa/>>. Acesso em 20 de out 2020.

UNFPA, Fundo de População das Nações Unidas. *Fecundidade e dinâmica da população brasileira*. Disponível em: <[https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/swop\\_brasil\\_web.pdf](https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/swop_brasil_web.pdf)>. Acesso em: 20 out 2020.