

A biopolítica do nascimento: o diálogo entre as políticas de ajustes estruturais e a emergência do discurso de liberdade e não intervenção no parto

Aline de Andrade Ramos Cavalcanti

Doutoranda em Antropologia Social e Cultural,

Universidade Autônoma de Barcelona, bolsista CAPES – Brasil.

E-mail: aline.deandrade@yahoo.com.br

Resumo: A Organização Mundial de Saúde define que “no parto normal deve haver uma razão válida para interferir num processo natural”. Baseado nesta recomendação surgiu uma série de políticas ao redor do mundo que foram redefinindo as técnicas corporais para a assistência ao parto. O ano de 1987 foi marcado pela entrada formal do Banco Mundial como definidor de políticas no campo da saúde, justo quando ele está seguro de que sua agenda não se contrapõe ao neoliberalismo. O artigo analisa a emergência do discurso de liberdade e não intervenção como princípios orientadores dos novos procedimentos de assistência ao parto refletindo criticamente sobre os perigos desses protocolos num cenário de destruição de políticas sociais. Seria a humanização do parto uma política dissimulada que sequestra um direito social fundamental? Estaria concedendo os serviços de assistência ao parto à iniciativa privada através de uma prática discursiva neoliberal?

Palavras-chaves: Parto Humanizado, Medicina Baseada em Evidências, Biopolítica, Neoliberalismo, Discurso.

“The biopolitics of the birth: the dialogue between the structural politic of adjustments and the emergence of the discourse of freedom and no intervention in childbirth at the Brazilian context”.

Abstract: The Health World Organization defines that “in normal childbirth, it must be a valid reason to interfere in the natural process”. Based on this recommendation it arises a series of politics around the globe which were redefined as corporal techniques to birth assistance. The year of 1987 was marked by the formal entry of the World Bank as the responsible for redefine politics in the healthcare sector, in the moment when it affirms that its agenda is not standing in opposition to neoliberalism. The article analyzes the emergence of the discourse of freedom related with the no intervention as guiding principle of the new assistance’s procedures to childbirth, which reflects critically on the risks of these protocols, in a scenario of destruction of social politics. Would the Humanization of Childbirth be a disguised politic that abduct a fundamental social right? Would the delivery care service being granted to the private initiative trough neoliberal discursive practice?

Key-Words: Humanization of Childbirth, Evidence-Based Medicine, Biopolitics, Neoliberalism, Discourse.

«Biopolitique de la naissance: le dialogue entre les politiques d’ajustement structurel et l’urgence d’un discours de liberté et non-intervention du accouchement dans le contexte brésilien»

Résumé: L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) déclare que «dans une naissance normale, il doit y avoir une raison valable d'interférer avec un processus naturel». Sur la base de cette recommandation est venu une série de politiques à travers de la planète qui ont redéfini les techniques du corps pour les soins de l'accouchement. L'année 1987 a été marquée par l'entrée officielle de la Banque Mondiale en tant que décideur politique dans le domaine de la santé, juste lorsqu'elle est certaine que son agenda ne contredit pas le néolibéralisme. Cet article analyse l'émergence du discours de la liberté et de la non-intervention en tant que principes directeurs des nouvelles procédures de soins à

l'accouchement, reflétant de manière critique les dangers de ces protocoles dans un scénario de destruction des politiques sociales. L'humanisation de l'accouchement est-elle une politique secrète qui détourne un droit social fondamental? Accorde-t-on des services d'assistance à l'accouchement à l'initiative privée à travers une pratique discursive néolibérale?

Mots-clefs: Accouchement Humanisé, Médecine Fondée sur les Preuves, Biopolitique, Néolibéralisme, Discours

Sur l'auteur: Mme Aline de Andrade Ramos Cavalcanti est chercheuse du Programme de Doctorat à l'Étranger soutenu par la Coordination de l'Amélioration du Personnel de l'Enseignement Supérieur (CAPES-Brésil). Licence en Sciences Sociales, Université Fédérale du Pernambuco (UFPE-2010); Master en Sociologie, Programme d'Études Supérieures en Sociologie, Université Fédérale du Pernambuco (UFPE-2014) et actuellement doctorante en Anthropologie Sociale et Culturelle chez l'Université Autonome de Barcelone (UAB). Son domaine de recherche est-elle concentré sur le Mouvement de l'Humanisation de l'Accouchement, politiques du néolibéralisme, mouvement féministe et le contribution théorique de Michel Foucault aux débats autour de la biopolitique.

Humanização do parto: Liberdade, *ma non troppo*

O campo da sexualidade se constituiu como un dispositivo histórico, como uma rede que articula corpo, prazer, discurso, conhecimento, controles e resistências que se encadenam a grandes estratégias de saber e poder. E para seu funcionamento surgiu a partir do século XVIII o que Foucault chamou de “dispositivo de sexualidade” que têm como razão de ser não o reproduzir, mas o proliferar, inovar, adicionar, inventar, penetrar nos corpos de uma forma cada vez mais detalhada e controlar as populações de modo cada vez mais global [Foucault, 2009, p.117-118;122].

Segundo Foucault, a dominação buérguesa não se trata apenas de uma questão econômica ou ideológica, mas também de uma questão física. Todas as técnicas de higiene, a arte da longevidade, os métodos de ter filhos com boa saúde e para aprimorar seu tempo de vida o maior possível, os processos para melhorar a descendência, “atestam uma correlação entre preocupação com o corpo, sexo e um certo racismo” e todo este processo está ligado ao movimento pelo qual “a buérguesia afirma sua diferença e sua hegemonia”, cuja principal ironia é fazer crer que no dispositivo de sexualidade está a liberação das mulheres. Desta maneira, segue Foucault, no século XIX o dispositivo de sexualidade se constituirá como a grande tecnologia de poder, uma das mais importantes e que deve ser pensada a partir de técnicas de poder que lhes são contemporâneas [Foucault, 2009, p.137-138;164;174].

Com base nesses ferramentas teóricas-metodológicas analisarei neste artigo como se operam as novas técnicas de poder no controle das populações a partir do estudo de como se opera a racionalização da prática governamental no exercício da soberania política: o neoliberalismo. Foucault afirma que esta nova arte de governar expressa numa razão de governo mínimo é um princípio que surge “para sua manutenção, seu desenvolvimento mais completo, seu aperfeiçoamento”. A conexão entre esta prática e o regime de verdade, pauta-se na ideia de que o estado “deve deixar-lo agir com o mínimo possível de intervenções, justamente para que ele possa formular sua verdade e propô-la como norma e regra à prática governamental” e este lugar de verdade onde não se deve interferir é o mercado [Foucault, 2004, p.40-44]. Foucault explica que os aspectos chaves da nova arte de governar se centram no problema do mercado e de sua verificação, cuja política será construída a partir do conhecimento preciso de tudo que ocorre na sociedade, no mercado e nos circuitos econômicos, de modo que as bases da limitação do seu poder não estarão ancoradas no respeito a liberdade individual, mas na evidência da análise econômica.

Com base na análise de Foucault perguntei: Como princípios da economia política vieram para o discurso de assistência ao parto? O que aconteceu ao redor dos anos 1980 para que os médicos começassem a falar de liberdade e não intervenção no parto e nascimento? Os dados que permitiram a elaboração das hipóteses que orientam a presente análise partiram da revisão da literatura [Tornquist, 2004, p.14-15], [Diniz, 2005, p.630] e [Gurgel e Mochele, 2007, p.73] que aponta importantes referências sobre o contexto no qual o debate sobre as políticas de humanização do parto, e aqui, a vertente da Medicina Baseada em Evidências (MBE) foram forjadas. Um dado muito relevante foi encontrado numa publicação organizada por [Matta e Lima, 2008, p.30] que discute os desafios existentes depois de 20 anos de implantação do SUS resgatando o cenário ideológico e o papel determinante dos organismos financeiros internacionais na proposição e desenho de políticas.

A ingerência dos organismos financeiros no campo da saúde coincide historicamente com o debate no interior da sociologia médica norteamericana nos anos 1970, do qual saíram as referências para o desenvolvimento dos conceitos de “humanização” e “desumanização” nas práticas de assistência em saúde [Deslandes, 2006, p.34-35]. Na metade dos anos 2000, a “humanização dos cuidados” se tornou uma arena de disputa conceitual no interior da saúde coletiva e das políticas públicas de saúde no Brasil, assumindo diferentes formulações entre distintos autores [Ayres 2005; Benevides e Passos, 2005, Deslandes 2004; Domingues e Dias 2005; Martins 2003, Teixeira, 2005]. A tese de Carmen Simone Grilo Diniz apresenta um mapeamento exaustivo dos sentidos que “humanização” pode assumir no interior do Movimento pelo Parto Humanizado, onde “humanizar” como legitimidade da Medicina Baseada em Evidências aparece como um padrão ouro das práticas [Cavalcanti, 2014, p.15; Cavalcanti, 2017, p.106]. Para terminar de entender como humanização e neoliberalismo se articulam conceitualmente, permita-me antes descrever o contexto que favoreceu esta interlocução.

A reestruturação do capital e sua ingerência no campo da saúde

Para [Correia, 2005, p.83] a crise econômica do pós-guerra e a reestruturação produtiva do capitalismo têm como agentes estratégicos os organismos financeiros internacionais, o Fundo Monetário Internacional (FMI), o Banco Mundial (BM) e a Organização Mundial do Comércio (OMC). Tais organismos representando os interesses dos Estados mais poderosos do mundo pressionam os demais Estados nacionais para que adotem políticas de liberalização, desregulamentação e privatização, através da imposição de reformas políticas, econômicas e sócio-culturais que vão ter forte implicação na soberania dos Estados-nação.

Segundo [Rizzotto, 2000, p.115] o setor de saúde, começa a aparecer como uma área de interesse para o Banco Mundial em 1969 e seu discurso voltava-se para a questão do combate à pobreza e a satisfação das necessidades humanas básicas, focada especialmente em aspectos relativos ao controle demográfico. Relata a autora que, a promoção da saúde deve ser feita apenas dentro de certos limites, a morte não deveria ser evitada a qualquer custo: “La pobreza, la mala salud, la fecundidad y mortalidad elevadas, el fatalismo y unas perspectivas a corto plazo pueden dar lugar a un cierto equilibrio social, si bien de bajo nivel” [Banco Mundial apud Rizzotto, 2000, p.125].

Data deste ano a criação do Departamento de Projetos Demográficos que têm como objetivo o controle do nascimento de pobres como “estratégia para a promoção do crescimento econômico dos países em desenvolvimento”, de forma que isto resultaria na diminuição das necessidades de investimentos em áreas sociais e a realocação de recursos para áreas produtivas.

Relata [Correia, 2007, p.1] que o primeiro documento produzido pelo Banco Mundial sobre saúde foi publicado em 1975, intitulado *Salud: documento de política sectorial*. No informe o BM anuncia as primeiras diretrizes para reforma das políticas de saúde nos países que forem subsidiados pelo organismo: “a quebra da universalidade do atendimento à saúde, a priorização da atenção básica, a utilização da mão-de-obra desqualificada para os procedimentos de atenção à saúde e simplificação dos mesmos, a seletividade e focalização da atenção aos mais pobres”. Um aspecto que [Rizzotto, 2000, p.118-119] vai identificar neste relatório é que naquela época os dirigentes do Banco Mundial tinham clareza de que se começasse a financiar projetos específicos de saúde eles acreditavam que poderiam influenciar a área e isso poderia ocorrer através da associação com a Organização Mundial de Saúde (OMS). Eles partiam do pressuposto que suas condições em termos de análise econômica eram mais qualificadas que as da OMS e assim, eles poderiam tornar-se consultores e assessores econômicos na questão da saúde. Para a autora, a decisão de atuação do Banco nesta área se efetuou quando estava assegurado que não se contrapunha ao neoliberalismo econômico, mas ao contrário, ele poderia contribuir para seu avanço:

“Poderia se constituir em elemento essencial, tanto para a difusão do discurso humanitarista, ao qual esta instituição quer se associar, como para alguma ação concreta que pretende realizar no sentido de contribuir para “mitigar a pobreza”. Mas, acreditamos que o fato mais relevante para este recente interesse do Banco Mundial na área da saúde, está em que este setor passou a se constituir em um importante mercado a ser explorado pelo capital. Estatísticas revelam que, no mundo, consome-se com serviços de saúde em torno de US\$ 1,7 trilhão (dados de 1990), ou seja, 8% do produto total mundial, em uma faixa que vai de 4% do PIB nos países “em desenvolvimento” a 12 % do PIB nos países desenvolvidos de alta renda, significando um mercado nada desprezível para o investimento do capital e sua valorização” [Rizzotto, 2000, p.120].

Segundo [Misoczky, 2003, p.78] o ano de 1987 marca o início de uma estratégia que levaria o BM a ocupar “uma posição de hegemonia como grande formulador e definidor do conteúdo das prescrições das agências internacionais que cada vez mais, reproduzem as orientações do BM, ainda que com alguma divisão de tarefas”. Segundo a autora, a proposta central do documento de 1987 é a redução da responsabilidade do Estado no financiamento da saúde onde afirma a impossibilidade da universalidade: “A abordagem mais comum para a atenção à saúde nos países em desenvolvimento têm sido tratá-la como um direito de cidadania e tentar promover serviços gratuitos para todos. Essa abordagem usualmente não funciona” [Banco Mundial apud Misoczky, 2003, p.79]. Descreve Misoczky que o documento enfatiza a questão da transição demográfica que estava ocorrendo nos países “em desenvolvimento” para justificar a impossibilidade de continuidade do padrão de intervenção estatal desenvolvido até o momento e que era inspirado na estratégia de “Atenção Primária em Saúde” proposta pela OMS em 1978.

Na investigação de [Mattos, 2001, p.384] ele descreve que a proposta do documento *Financing health services in developing countries: an agenda for reform* do Banco Mundial em 1987 sofreu forte resistência da comunidade internacional, em especial da UNICEF que no final dos anos 1980 denunciou as consequências negativas de certas experiências de ajuste sobre as condições de vida das crianças. Neste mesmo período, segundo Mattos, “o banco se via em condições de iniciar um conjunto de pesquisas orientadas a superar as resistências as suas principais propostas”. Mattos relata que neste contexto o BM vai orientar suas pesquisas para o tema das consequências da transição demográfica, como também promover uma ampla pesquisa sobre “a eficácia em termos de custo de várias intervenções na área de saúde” [Mattos, 2001, p.385].

Neste mesmo período se consolida no Brasil o Movimento pela Reforma Sanitária que vai reivindicar direitos civis e políticos sociais e a existência de um sistema de proteção social nos mesmos princípios dos *welfare states* europeus e que tinha como uma de suas bandeiras mais fortes o reconhecimento da saúde como direito social universal. Em 1988 com a elaboração da Constituição Cidadã “haverá uma redefinição das prioridades políticas do Estado na área da saúde coletiva ao determinar no artigo 198 que as ações e serviços públicos de saúde integrem uma rede regionalizada e hierarquizada e constituam um sistema único. O Sistema Único de Saúde (SUS) vai ser constituído com base nos princípios de universalidade, equidade e integralidade” [Maia, 2010, p.25]. O artigo 198 da Constituição definiu o SUS como um sistema público, único, universal e descentralizado [Gerschman, 2008, p.1445]. A Constituição de 1988, como expressão do forte movimento democrático e da participação da sociedade civil, “teve dificuldades de ser implementada porque nascia na contramão da onda neoliberal que se expandia no mundo e na América Latina. Neste período surgiram várias vozes no governo Sarney que afirmavam que os direitos dos cidadãos tornaria o país ingovernável, impossíveis de ser cumpridos sem agravar a recessão econômica” [Sader, 2013, p.137]. Na realidade a dilapidação do Estado brasileiro que prosseguiu sem interrupções no mandato de José Sarney era apenas uma continuidade de um processo que já tinha se iniciado na ditadura, portanto, um terreno fértil para acolher a pregação anti-social do neoliberalismo que já era avassaladora nos países desenvolvidos [Oliveira, 1995, p.25].

Apesar do cenário de recessão econômica no país a sociedade civil começa a atuar forte no processo de reconstrução democrática e com isso colaborou fortemente para a construção de referências fundamentais para a operacionalização do SUS na Constituição: Como a aprovação da Lei Orgânica da Saúde, Lei n. 8.080, de 19/09/1990 e depois, a Lei n. 8.142, de 28/12/1990 que estabelece a participação popular no SUS e as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Entretanto, a conjuntura encontrou um terreno propício de adesão das elites e de especialistas em políticas de saúde às orientações e normativas de organismos internacionais [Matta e Lima, 2008, p.31].

Outro autor [Figueiredo apud Maia, 2010, p.26] relata que “depois da criação do SUS no Brasil há uma grande expansão da medicina suplementar e que no período entre 1987 e 1994 houve um crescimento de 73,4% da população coberta pela saúde suplementar no Brasil, que atualmente corresponde a cerca de um quarto da população brasileira. Trata-se do segundo maior mercado em números absolutos, superado apenas pelo norte-americano”. Segundo [Barros apud Maia, 2010, p.26] “o gasto total com saúde (público e privado), no Brasil, em 1998, foi estimado em 72 bilhões, sendo que o gasto privado - incluindo o gasto direto das famílias - representou 59% do total e correspondeu a 4,6% do Produto Interno Bruto (PIB), enquanto o gasto público representou 41% e corresponde a 3,3% do PIB”.

Os investigadores [Cunha e Morais, 2007, p.1.652-1.653] relatam que nos anos noventa, emerge a Atenção Gerenciada (Managed Care) e a assistência domiciliar privada em saúde no Brasil, como um projeto político para a saúde centrado numa racionalidade gerencial e financeira da produção e gestão de serviços de saúde a partir de regras de mercado. Segundo os autores, este modelo de atenção se desenvolveu a partir de uma lógica de competitividade e de redução de custos, onde estariam incluídos procedimentos de fusão de empresas, uso intensivo da informação, precarização do trabalho, trabalho em domicílio e controle dos processos relacionais e nas práticas de saúde. Os autores tentam captar as lógicas e estratégias ocultas da nova modalidade de assistência e identifica como tática de conduta na infraestrutura em domicílio a assunção pelas famílias de custos materiais acarretados e o envolvimento da mão de obra familiar gratuita como redução da mão de obra técnica qualificada. Para [Franco e Merhy, 2008, p.1515] o trabalho de atenção domiciliar é envolvido por um processo de subjetivação do trabalhador que é profundamente envolvido e

que vai criando uma imagem idealizada do caráter inovador e humanitário da atenção que faz com que ele incorpore como uma nobre missão a ser desenvolvida.

Descreve [Mattos, 2001, p.385] que nos anos 1990 o Banco Mundial teve a “ideia” de construir um “critério de efetividade em termos de custo”, que vai ser útil especialmente na construção de um pacote de intervenções que serão financiados pelos governos dos países em desenvolvimento e essa seria a ênfase da pesquisa sobre as prioridades da saúde nesses países. Em 1993, o Banco vai produzir um relatório sobre desenvolvimento humano em saúde, *Investir em saúde*, no qual apresenta uma proposta de pacotes de cuidados aos cidadãos com base em pesquisa acompanhados de uma estimativa de custos para países de renda baixa e de renda média [Mattos, 2001, p.385]. Data do mesmo ano (1993) um encontro de um grupo de organizações e profissionais para debater a situação da assistência ao parto no Brasil em Campinas – São Paulo. Neste encontro os participantes elaboraram um documento e fundaram a organização mais influente pela Humanização do Parto no Brasil, a ReHuNa (Rede pela Humanização do Parto e Nascimento) que promove e reivindica a prática do atendimento humanizado ao parto e nascimento em todas as suas etapas, a partir do protagonismo da mulher, da unidade mãe/bebê e da Medicina Baseada em Evidências (MBE) [Rattner et al., 2010, p.216-217]. Mas, como a MBE se tornou um discurso hegemônico no interior do campo da assistência ao parto humanizado e como ela se alinha com as diretrizes do BM? Vamos analisar cuidadosamente a seguir como se produzem e se articulam estes discursos.

A emergência do discurso de liberdade e não intervenção como protocolos de assistência ao parto

Dois acontecimentos foram centrais para que o debate sobre parto sofresse uma forte influência do paradigma da MBE. O primeiro diz respeito ao aparecimento de uma obra em 1972 escrita por um professor e pesquisador clínico do Reino Unido, Dr. Archibald Leman Cochrane chamada *Effectiveness and Efficiency: Random reflections on health services*. Esta obra é conhecida como o primeiro ensaio médico que vai dar origem as práticas da MBE.

Para realizá-la, o autor recebeu uma beca do Think-tank britânico Nuffield Provincial Hospitals Trust para fazer uma avaliação do National Health Service (NHS), o Serviço Nacional de Saúde Britânico [Cochrane, 2000, p.1]. A obra trata-se de uma crítica neoliberal aos serviços públicos de assistência à saúde partindo de uma análise de custo-benefício dos serviços e de alguns campos estratégicos. O que Cochrane escreve conforme a linha da sua fonte de financiamento são uma série de ideias que sugerem de uma forma sutil e objetiva a privatização do sistema público de saúde. No texto, é possível identificar uma série de discursos que posteriormente irão aparecer no interior do movimento pela assistência humanizada ao parto: O discurso anti-médico [Cochrane, 2000,p.5], anti-hospitalar [Cochrane, 2000, p.64-65], de liberdade de escolha [Cochrane, 2000, p.27], de não-intervenção no parto [Cochrane, 2000, p.29], de referenciamento da Holanda [Cochrane, 2000, p.66], de concepção consciente [Cochrane, 2000, p.66-67], de anti-suplementação alimentária na gestação [Cochrane, 2000, p.67] entre outros. O autor introduz uma série de “ideias” em obstetria [Cochrane, 2000, p.33] como por exemplo, um quadro de classificação dos procedimentos, que antecipa a conduta expectante/não-intervencionista que posteriormente vai inspirar o quadro síntese do *Guia para Atenção Efetiva na Gravidez e no Parto* e as *Recomendações da OMS para o Parto Normal*.

Um segundo marco acontecerá em 1989 quando aparecerá a primeira revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados relacionados com a gravidez e o parto, publicadas por Chalmers et al. com o título de *Effective Care in Pregnancy and Childbirth* que no formato

eletrônico chamava-se *Oxford Database of Perinatal Trial*. Cochrane depois da implementação desta experiência sugere que outras áreas médicas adotem este modelo e suas ideias levaram a criação em 1992 do Centro Cochrane em Oxford que no ano seguinte será conhecida como *Cochrane Collaboration*¹. O que Cochrane criou foi “uma proposta assistencial e pedagógica baseada na epidemiologia clínica, bioestatística e informática em saúde” [Luzes, 2007, p.457]. Assim nasce a MBE, em meados dos anos 80, na Universidade de McMaster no Canadá. Ela foi definida “como transição paradigmática originada de imperativos de ordem econômica e cognitiva sobre uma medicina baseada em observações não sistematizadas. A experiência clínica pessoal, imposta de forma arbitrária, empobreceria a produção de certezas e a eficácia terapêutica” [Drummond apud Vasconcellos-Silva e Castiel, 2005, p.500].

Gostaria aqui de sublinhar a partir da produção do discurso da MBE nos protocolos de assistência ao parto - as unidades discursivas - que conectam esta prática médica como tecnologia de poder a uma razão de governo orientada pelos mecanismos de verificação de mercado. Desta forma, vou apresentar aqui o que Foucault chama de *regularidades discursivas* [Foucault, 1995, p.69] para sistematizar as regras que sustentam a emergência do discurso de liberdade e não intervenção a partir do seu extremo oposto: A medicalização e institucionalização do parto. Para tanto, vou eventualmente visitar alguns fatos que nos permitem identificar algumas normas, rupturas e continuidades históricas no aparecimento dessas novas técnicas de assistência.

Permíta-me seguir minha análise a partir de alguns discursos presentes no relatório de 1993 do Banco Mundial. O primeiro ponto diz respeito a um quadro que traz recomendações que expressam a preocupação do Banco com a autonomia das mulheres. Para o BM há uma necessidade de “Proteger los derechos y la condición de las mujeres, facultándolas política y economicamente y dotándolas de protección frente a abusos” [Banco Mundial, 1993, p.15]. Há também em um outro quadro a informação de que o BM teve uma posição ativa no desenvolvimento da iniciativa Maternidade Segura em 1987, assim como, aponta novas recomendações para um programa “razoavelmente bom de assistência” relacionada à gravidez que deveria incluir “Información, educación y comunicaciones, destinadas a crear demanda de serviços clínicos, alertar a las mujeres y a otros acerca de indicios de peligros [...] Atención obstétrica en la comunidad, por enfermeras-parteras capacitadas que presten los servicios siguientes: atención prenatal [...] asistencia en el parto normal” [Banco Mundial, 1993, p.116]. É bastante interessante que este discurso do BM de divisão sexual do trabalho entre médicos e parteiras aparece como uma regularidade discursiva quando consideramos a história da obstetrícia. Segundo [Maia, 2010, p.31] “antes do advento da obstetrícia foi possível manter uma divisão do trabalho entre médicos e parteiras, na qual partos naturais eram objeto da atenção da parteira enquanto o médico era chamado a agir nos casos de complicações”. Outro aspecto que quero sublinhar sobre o atual cenário diz respeito a não ruptura com a prática de acusação sistemática de outros modelos e profissionais de cura existentes, uma tática de deslegitimação profissional que foi utilizada, por exemplo, no período de medicalização da sociedade no Brasil: “A runhida luta travada contra curandeiros e homeopatas foi um dentre os números indícios desta disputa de mercado. A decolagem do consumo e da oferta de serviços médicos privados na época, quando nas famílias privilegiadas, começou a medrar uma desconfiança permanente quanto aos riscos de doença, e uma insatisfação permanente quanto ao estado de saúde” [Costa, 1999, p.211]. Também na

1 “Cochrane is a global independent network of health practitioners, researchers, patient advocates and others, responding to the challenge of making the vast amounts of evidence generated through research useful for informing decisions about health”. Disponível em: <<http://www.cochrane.org/about-us>>. Acesso em: 18/06/2014.

pesquisa de [Mott, 1999, p.134] aparece esta mesma regularidade: “Em janeiro de 1832, o prussiano Le Masson apresentou um projeto sobre a necessidade de criação de uma maternidade no Rio de Janeiro onde seria estabelecido um curso de parteiras. Com o curso, justifica-se o pretendente, o governo do Brasil acabaria com as manobras bárbaras e rodeadas de atos de fraude e de superstição praticadas pela ignorância em todas as províncias, até mesmo no centro da metrópole do Império, que destruíam a população à proporção que nascia”.

O informe ainda vai expressar uma preocupação com as altas taxas de cesariana no Brasil que no início dos anos 1980 era uma das taxas mais altas do mundo (31%) [Faúndes e Cecatti, 1991, p.151]. No Brasil se estimava um custo financeiro de cesarianas “sem necessidade” financiada com recursos públicos de \$60 milhões ao ano [Banco Mundial, 1993, p.156]. Análises deste período no Brasil identificaram que a incidência das taxas estaria relacionada com uma medicina de classes no atendimento aos pacientes [Rocha; Ortiz; Fung, 1985, p.465] e alguns autores já se alinhavam ao discurso do BM quando enunciavam que “a iatrogenia médica associada às taxas em termos de custos desperdiçam recursos escassos dos fundos públicos, cujo custo estimado para o ano de 1989 seria de US\$102.600.000 [Faúndes e Cecatti, 1991, p.164].

Há outro elemento que gostaria de resaltar no relatório *Investir em saúde* de 1993. Primeiro a recomendação do banco no quadro 6.2 que elenca “Algumas prioridades en materia de investigación y desarrollo de productos, por orden decreciente de los seis principales factores contribuyentes a la carga global de la morbilidad” que define como campo prioritário de pesquisa as causas perinatais e maternas. Segundo o BM se deveria investigar “métodos para reducir los costos de las intervenciones de salud y mejorar la prestación de servicios en las zonas rurales” [Banco Mundial, 1993, p.158].

Descreve [Rizzotto, 2000, p.137] que para o Banco Mundial não seria necessário, nem recomendado o desenvolvimento de pesquisas pelos países periféricos, uma vez que os benefícios do conhecimento produzido e aplicado seriam universais e portanto, deveria ser deixado aos países ricos os gastos com isso, pois posteriormente, por meio de “colaboração internacional” todos seriam beneficiados. Aqui observamos claramente a demanda pela consolidação da produção científica da MBE e da emergência da Cochrane Collaboration.

Retomemos um enunciado do Banco Mundial em 1993, presente na análise de Mattos (2001) que diz: “Não há teoria ou experiência que nos indique até que ponto o setor público deve prestar assistência médica diretamente (em vez de financiá-la)” [Banco Mundial apud Mattos, 2001, p.386]. Aqui observamos claramente a evocação a uma evidência que justifique a conduta dos agentes na tomada de decisões, a despeito da clara orientação para privatização. Um aspecto interessante é que esta mesma formação discursiva aparece em algumas conclusões de revisões sistemáticas no *Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto*:

“Não há dados que apóiem uma política de dirigir o esforço de expulsão durante o segundo estágio do trabalho de parto [...] não há dados que justifiquem obrigar as mulheres a permanecerem deitadas durante o segundo estágio do trabalho de parto [...] Não há dados sugestivos de que, quando o segundo estágio do trabalho de parto está progredindo e as condições da mãe e do feto são satisfatórias, esteja justificada a imposição de qualquer limite arbitrário máximo para sua duração” [Enkin et al.,2004, p.60].

Também encontramos esta mesma formação discursiva na terceira classificação das Recomendações da Organização Mundial de Saúde que diz: “Práticas em Relação às quais Não Existem Evidências Suficientes para Apoiar uma Recomendação Clara e que devem Ser Utilizadas com Cautela até que Mais Pesquisas Esclareçam a Questão” [OMS, 1996, p.72]. A construção de um enunciado que sempre evoque uma evidência partindo de estudos, análises,

teorias e pesquisas para a tomada de decisões será uma marca do discurso baseado em evidências sobre o parto, como também, a “crítica ao regime hospitalocêntrico, em função de seus altos custos econômicos e de seus mecanismos iatrogênicos” [Drummond apud Tornquist, 2004, p.159).

Segundo [Rattner, 2009, p.760] nos anos 1990 já havia críticas aos excessos de intervenções no parto. Em 1996 a OMS vai publicar as *Recomendações sobre Tecnologias para Atenção ao Parto Normal* a partir da classificação das práticas baseadas em evidências científicas: “Grupo A, práticas benéficas a serem incentivadas; Grupo B, práticas danosas ou inefetivas a serem abandonadas; Grupo C, práticas com evidências insuficientes, que demandam mais pesquisas; e Grupo D, práticas que têm sido utilizadas de maneira inadequada”. Estas recomendações estão expressas no documento: *Maternidade Segura. Assistência ao parto normal: Um guia prático*. Este é o principal documento orientador da ReHuNa [Rattner et al., 2010, p.217]. Interessante que neste documento vamos encontrar uma metáfora neoliberal para a abordagem profissional no atendimento ao parto normal. Para a OMS o objetivo da assistência é ter uma mãe e uma criança saudáveis, com o menor nível possível de intervenção compatível com a segurança. Esta abordagem implica que: “No parto normal, deve existir uma razão válida para interferir no processo natural” [OMS, 1996, p.10]. No tópico antecedentes do manual a OMS há uma explicação do significado que o conceito de parto normal terá no documento e que localizamos aqui o aparecimento das categorias de não intervenção e liberdade no parto:

“A primeira questão a ser esclarecida é o significado com que este documento emprega a expressão "parto normal" [...] Este conceito apresenta várias desvantagens: [...] a interferência com a liberdade da mulher de viver a experiência do nascimento de seus filhos à sua própria maneira, no local de sua escolha; a indução de intervenções desnecessárias [OMS, 1996, p.6-7].

Novamente encontramos um discurso na publicação das Recomendações da OMS em 1996, que comparado ao documento produzido em 1985 na Conferência sobre Tecnologia Apropriada para o Nascimento e Parto em Fortaleza (Carta de Fortaleza) amplia a participação do princípio de respeito para o conceito de “liberdade de escolha das mulheres” e de “não intervenção” no sentido de invasão no corpo. Eles serão expressos na descrição das novas práticas na assistência:

“6.1. Práticas que são Demonstradamente Úteis e que Devem ser Estimuladas: 1. Plano individual determinando onde e por quem o parto será realizado, feito em conjunto com a mulher durante a gestação, e comunicado a seu marido/ companheiro e, se aplicável, a sua família (1.3) [...] 5. Respeitar a escolha da mãe sobre o local do parto, após ter recebido informações (2.4). 6. Fornecimento de assistência obstétrica no nível mais periférico onde o parto for viável e seguro e onde a mulher se sentir segura e confiante (2.4 e 2.5). 9. Respeito à escolha da mulher quanto ao acompanhante durante o trabalho de parto e parto (2.5). [...] 15. Liberdade de posição e movimento durante o trabalho do parto” [OMS, 1996, p.69-70].

Há um último elemento que gostaria de pontuar. Há uma retórica do Banco Mundial identificada na análise de [Rizzotto, 2000, p.122] que vai aparecer no debate sobre humanização do parto a partir dos anos 2000, o discurso de “satisfação das necessidades básicas”. Nós vamos encontrar este mesmo enunciado elaborado teoricamente como uma nova filosofia do nascimento na literatura produzida por um obstetra francês chamado Michel Odent, uma referência no debate sobre *fisiologia do parto*. O discurso de Odent é pronunciado, citado e revisitado incansavelmente na mídia, na literatura, nos filmes, em

programas, jornais, matérias, pesquisas, políticas como a mais contundente evidência para fundamentar uma conduta não intervencionista na assistência ao parto.

Para o autor, a ideia de manejo no parto baseia-se “numa falta de entendimento da fisiologia do parto e das necessidades básicas das mulheres em trabalho de parto”, pois o conhecimento fisiológico permite entender que as necessidades básicas da mulher que dá à luz “são sentir-se segura (baixa taxa de adrenalina), sem se sentir observada (privacidade)”. Quando há um alto nível de adrenalina a atividade do neocórtex não permite a ela “ir ao outro planeta”. Tentando se reconciliar com essas necessidades, muitas mulheres tendem a dar à luz perto de uma figura materna [Odent, 2004, p.126].

O médico Michel Odent será responsável pela construção de um discurso não intervencionista radical na assistência ao parto, com uma explícita exaltação do *Freebirth* (ou parto desassistido). Encontramos este discurso em duas de suas obras *O camponês e a parteira* e *A cientificação do amor* onde o nascimento livre aparece como a visão do futuro e o padrão de excelência no parto e nascimento. No capítulo “Ter um bebê antes de 2032: a nova natividade”, Odent relata o caso de mulheres que começam a parir sozinhas², pois sabem “intuitivamente que a autoconfiança, junto com a privacidade absoluta, cria as melhores condições possíveis para um parto fácil” [Odent, 2003, p.145]. Ou no tópico “O melhor livro de fisiologia do parto” no qual o autor menciona um “Best-seller escrito há milênios atrás” que conta a lenda no final do livro de um homem cuja missão era promover o amor entre os seres humanos e que “sua mãe encontrou uma estratégia para enfrentar uma desvantagem em potencial e reduzir a atividade de sua mente pensante [...] ela deu à luz num estábulo, no meio de outros animais, separada da comunidade humana” [Odent, 2002a, p.118-119].

Sua defesa de respeito à fisiologia, aliada a força autoritativa de seu discurso permitiu que enunciasse que: “sem apresentar estatísticas sofisticadas, podemos tornar facilmente óbvio que, em um nível planetário, o número de mulheres que dão à luz a bebês e placentas graças à liberação do fluxo hormonal é aproximadamente zero” [Odent, 2010, p.65]. Este discurso do autor que será reafirmado no filme documentário brasileiro *O Renascimento do parto* traz uma forte marca de classe e raça, na medida em que existe uma grave situação mundial de “40 milhões de mulheres [que] tem parto em casa sem ajuda de um profissional de nascimento capacitado, todos os dias 800 mil mulheres morrem [...] aproximadamente 98 a 99% de todas as mortes maternas e neonatais ocorrem em países em desenvolvimento onde grávidas e recém nascidos não tem acesso à serviços básicos de saúde - antes, durante e depois do parto. [...] Muitas mulheres pobres de áreas rurais têm filhos em casa sem qualquer contato com o sistema de saúde” [Save The Children, 2013, p.5;19]. Perguntamos: Seria este discurso uma autodefesa da classe dominante que se vê diante de uma possível degeneração de sua raça? Parece evidente os fatores que sustentam a crítica das taxas de cesariana como centro do debate sobre assistência ao parto? Questões que gostaria de deixar em aberto para debate, análise e reflexão.

Conclusão

Observa-se que as bases críticas que constituíram o Movimento pela Humanização do Parto e Nascimento se produziram a partir de discursos, séries de técnicas corporais desenvolvidas por homens médicos num contexto de profundas mudanças históricas no modo de desenvolvimento do capitalismo. O que parece desenhado sinteticamente como um quadro é que existem uma série de regularidades discursivas existentes entre os modelos medicalizado e humanizado que aprofundam e expõem as duas retóricas numa constelação de contradições, manutenções e reinvenções.

2 Reality show americano filma partos desassistidos. Disponível em:<<https://www.youtube.com/watch?v=raf3Nz5EzQ4>>. Acesso: 14/10/2107.

A emergência do modelo humanizado parece não realizar uma ruptura com as necessidades econômicas sobre as quais o discurso se produz, isso é possível depreender a partir da localização de acontecimentos-chaves que se repetem quando ocorrem mudanças nas técnicas corporais de assistência. O que está presente no nascimento das práticas higienistas do processo de medicalização (industrialização, capitalismo monopolista industrial, consolidação do estado nacional e legitimidade da medicina como científica) se faz presente no aparecimento do modelo de humanização (Informacionalismo, capitalismo de mercado, racionalidade de governo mínimo e Medicina Baseada em Evidências). Se a marca da higiene foi a aliança do Estado com a medicina, a marca da Medicina Baseada em Evidências é o controle político do discurso da Organização Mundial de Saúde pelo Banco Mundial.

O surgimento da Medicina Baseada em Evidências parece se alinhar as mesmas condições que articulam mudança na razão de governo e necessidade de controle das populações. Sendo a MBE aqui, respondendo aos imperativos de uma razão de governo mínimo que tem como mecanismo de seu funcionamento o discurso de verificação do mercado. O que compreendi nesta análise é que fundamentalmente o discurso que criou as bases para as políticas de humanização criou ao mesmo tempo as condições históricas para a expansão da hegemonia de sua contradição: o modelo tecnocrático de assistência, na medida que, são os princípios de liberdade e não intervenção que sustentam a expansão da biomedicina tecnocrática intervencionista, a realocação de gastos governamentais para o segundo setor e a produção das políticas regulatórias.

Em resumo - médico, medicalização e indústria hospitalária - como palavras-chaves da crítica ao modelo de assistência ao parto, parecem um eufemismo para o estado intervencionista, “extremamente caro” e de bem-estar. E é a memória da medicina social, de provisão do estado, gratuita e universal, baseada nos direitos de cidadania, a memória do estado que investe nas pessoas, que o discurso crítico do intervencionismo no parto de uma forma contraditória e truncada parece apagar.

Finalmente, o discurso de liberdade e não intervenção no parto parece estar longe de romper com uma regra que se repete quando surge uma mudança nas práticas de assistência ao parto: a necessidade de uma produção específica de indivíduos. A redescritção do corpo feminino elaborada pela fisiologia moderna, assim como, as condições históricas e econômicas nas quais foram forjadas discursivamente um novo modelo de assistência ao parto me instiga a perguntar: Estamos diante de um neohigienismo? O parto humanizado nasce para responder às necessidades de reprodução do novo modo de produção do capitalismo? Uma questão que seguirá em aberto aos historiadores e intelectuais críticos do campo da medicina, obstetria e das ciências sociais.

Bibliografia

AYRES José Ricardo de Carvalho Mesquita, “Hermenêutica e humanização das práticas de saúde”, *Ciência e Saúde Coletiva*, n.3, 2005/10, p.549-560.

BANCO MUNDIAL, *Informe sobre el Desarrollo Mundial: Invertir en Salud*, Washington, Banco Mundial, 1993.

BENEVIDES Regina e PASSOS Eduardo, “A humanização como dimensão pública das políticas de saúde”, *Ciência e Saúde Coletiva*, n.3, 2005/10, p 561-571.

CAVALCANTI Aline de Andrade Ramos, “Liberdade para nascer: uma análise do discurso de humanização no cinema documentário ativista”, Dissertação de Mestrado em Sociologia, Recife, Universidade Federal de Pernambuco, 2014.

CAVALCANTI Aline de Andrade Ramos, “O cinema documentário como tática: uma revisão da produção fílmica pela humanização da assistência ao parto (1940-2017)”, *Quaderns-e de l’Institut Català d’Antropologia*, n.22, 2107/1, pp. 105-121.

COCHRANE Archibald Leman, *Efectividad y eficiencia: Reflexiones al azar sobre los servicios sanitarios*, Barcelona, Asociación Colaboración Cochrane Española (ACCE), 2000.

CORREIA Maria Valéria Costa, “O conselho Nacional de Saúde e os Rumos da Política de Saúde Brasileira: mecanismo de controle social frente às condicionalidades dos organismos financeiros internacionais”, Tese de Doutorado em Serviço Social, Recife, Universidade Federal de Pernambuco, 2005.

_____, “A Influência do Banco Mundial na orientação da política de saúde brasileira”, *Jornada Internacional de Políticas Públicas*, n.3, 2007, p.1-8.

COSTA Jurandir Freire, *Ordem médica e norma familiar*, Rio de Janeiro, Graal, 1999.

CUNHA Márcia Andréa Oliveira e MORAIS Heloísa Maria Mendonça de, “A assistência domiciliar privada em saúde e suas estratégias (aparentes e ocultas)”, *Ciência e Saúde Coletiva*, n.6, 2007/12, p. 1651-1660, 2007.

DESLANDES Suely Ferreira, “Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar”, *Ciência e Saúde Coletiva*, n.1, 2004/9, p. 7-14.

DESLANDES Suely Ferreira, “Humanização: Revisitando o conceito a partir das contribuições da sociologia médica”, In *Humanização dos cuidados em Saúde. Conceitos, dilemas e práticas*, Rio de Janeiro, Fiocruz, 2006.

DINIZ Carmen Simone Grillo, “Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento”, *Ciência e Saúde Coletiva*, n.3, 2005/10, p. 627-637.

DIAS Marcos Augusto Bastos e DOMINGUES Rosa Maria Soares Madeira, “Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto”, *Ciência e Saúde Coletiva*, n.3, 2005/10, p. 699-705.

ENKIN Murray; KEIRSE Marc J.N.C.; NEILSON James; CROWTHER Caroline; DULEY Leila; HODNETT Ellen; HOFMEYR Justus, *Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto*, Rio de Janeiro, Editora Guanabara Koogan, 2000.

FAÚNDES Aníbal e CECATTI José Guilherme, “A operação cesariana no Brasil. Incidência, Tendências, Causas, Consequências e Propostas de ação”, *Cadernos de Saúde Pública*, n.7, 1991/2, p. 150-173.

FOUCAULT Michel, *Nascimento da biopolítica: Curso dado no Collège de France (1978-9879)*, São Paulo, Martins Fontes, 2008.

_____, *A vontade de saber. História da sexualidade. Volume 1*, Rio de Janeiro, Edições Graal, 2009.

_____, *Arqueologia do saber*, Rio de Janeiro, Forense Universitária, 1995.

FRANCO Túlio Batista e MERHY Emerson Elias, “Atenção domiciliar na saúde suplementar: dispositivo da reestruturação produtiva”, *Ciência e Saúde Coletiva*, n.5, 2008/13, pp. 1511-1520.

GERSCHMAN Silvia, “Políticas comparadas de saúde suplementar no contexto de sistemas públicos de saúde: União Européia e Brasil”, *Ciências e Saúde Coletiva*, n.5, 2008/13, p. 1441-1451.

GURGEL Wildoberto Batista e MOCHEL Welba Gomide, “As origens da política nacional de humanização da gestão e da atenção em saúde no Brasil”, *Ciências Humanas em Revista*, n.2, 2007/5, p.71-93.

LUZES Eleanor Madruga, “A necessidade do ensino da ciência do início da vida”, Tese de Doutorado em Psicologia, Rio de Janeiro, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2007.

MAIA Mônica Bara, *Humanização do parto. Política pública, comportamento organizacional e ethos profissional*, Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2010.

MATTA Gustavo Corrêa e LIMA Júlio César França, *Estado, sociedade e formação profissional em saúde: Contradições e desafios em 20 anos de SUS*, Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2008.

MATTOS Ruben Araújo de, “As agências internacionais e as políticas de saúde nos anos 90: um panorama geral da oferta de idéias”, *Ciências e Saúde Coletiva*, n.2, 2001/6, p. 377-389.

MARTINS Paulo Henrique, *Contra a desumanização da medicina: crítica sociológica das práticas médicas modernas*, Petrópolis, Vozes, 2003.

MIZOCZKY Maria Ceci Araujo, “O Banco Mundial e a reconfiguração do campo das agências internacionais de saúde: Uma análise multiparadigmática”, *RAP Rio de Janeiro*, n.37(1), 2003, p. 75-97.

MOTT Maria Lúcia, “O curso de partos: deve ou não haver parteiras?”, *Cadernos de Pesquisa*, n.108, 1999, p. 133-160.

ODENT Michel, *A Cientificação do Amor*, Florianópolis, Editora Saint Germain, 2002.

_____, *O Camponês e a Parteira*, Rio de Janeiro, Editora Ground Ltda., 2003.

_____, *A Cesariana*, Florianópolis, Editora Saint Germain, 2004.

_____, “A primeira verdade inconveniente”, *Revista Tempus Actas Saúde Coletiva*, 010, p.62-66.

OLIVEIRA Francisco, “Neoliberalismo à brasileira”, In *Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático*, Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1995.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, *Assistência ao parto normal: um guia prático*, Brasília, OPAS, 1996.

RATTNER Daphne; SANTOS Marcos Leite dos; LESSA Heloisa; DINIZ Simone Grillo, “ReHuNa - A Rede pela Humanização do Parto e Nascimento”, *Revista Tempus Actas Saúde Coletiva*, 2010, p. 215-228.

RATTNER Daphne, “Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas Públicas”, *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, n.1, 2009/13, p. 759-768.

RIZZOTTO Maria Lucia Frizon, “O Banco Mundial e as políticas de saúde nos anos 90: um projeto de desmonte do SUS”, Tese de Doutorado em Saúde Coletiva, Campinas, Universidade Estadual de Campinas, 2000.

ROCHA Juan Stuardo Yazlle; ORTIZ Pabla Clotilde; FUNG Yang Tai, “A incidência de cesáreas e a remuneração da assistência ao parto”, *Cadernos de Saúde Pública*, vol.1, 1985/4, p. 457-466.

SADER Emir, “A construção da hegemonia pós-neoliberal”, In *10 anos de governos pós-neoliberais no Brasil: Lula e Dilma*, Rio de Janeiro, FLASCO Brasil, 2013.

TEIXEIRA Ricardo Rodrigues, “Humanização e atenção primária a saúde”, *Ciência e Saúde Coletiva*, n.10, 2005/3, p.585-597.

TORNQUIST Carmem Susana, “Parto e poder: o movimento pela humanização do parto no Brasil”, Tese de Doutorado em Antropologia, Florianópolis, Universidade Federal de Santa Catarina, 2004.

VASCONCELLOS-SILVA Paulo Roberto e CASTIEL Luis David, “Proliferação das rupturas paradigmáticas: o caso da medicina baseada em evidências”, *Revista de Saúde Pública*, n.3, 2005/39, p. 498-506.